

Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины

№1 (23), 2019

Главный редактор
Джайнакбаев Н.Т., д.м.н., профессор

Редакционная коллегия

Белова Е.С.
Долматова И.А.
Дуйсенов Н.Б.
Есентаева С.Е.
Жангабылов А.К.
Иманбаева Ж.А.
Мадьяров В.М.
Манишарипова А.Т.
Миербеков Е.М.
Нурмагамбетов Т.С.
Оракбай А.Ж.
Садыкова Ш.С.
Тегисбаев Е.Т.
Шокарева Г.В.

Редакционный совет

Алчинбаев М.К.
Баймаханов Б.Б.
Баттакова Ж.Е.
Ботабекова Т.К.
Ведждет О.З. (Турция)
Локишин В.Н.
Маринкин И.О. (Россия)
Муминов Т.А.
Николенко В.Н. (Россия)
Попков В.М. (Россия)
Тухвотшин Р.Р. (Киргизия)

Адрес редакции

г. Алматы, 050004, ул. Турекулова, 71
Казахстанско-Российский медицинский университет
Тел. (327) 250 83 72
«Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»
Собственник - НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет»
Свидетельство о регистрации - №12178-ж от 29.12.2011 г.
Тип. «Идан», ул. Уссурийская, 118
Тираж 300 экз.
Журнал выпускается 1 раз в 3 мес.

Содержание

Некоторые методические подходы к составлению глоссария в области общественного здравоохранения. *Джайнакбаев Н.Т., Третьякова С.Н., Маншарипова А.Т., Жармедетов Т.М., Бисмельдинова А.Д., Хабиева Т.Х.* (3)

Инновационная модель развития здравоохранения в рамках науки социальной экономики. *Тинасилов М.Д., Уркумбаева А.Р.* (5)

Модель постановки сестринского диагноза. *Канушина М.А., Маншарипова А.Т., Сыздыкова А.Б.* (9)

Опыт обучения компрессии научного текста на факультете стоматологии КРМУ. *Чумбалова Г.М., Курмангалиева А.А.* (12)

Изучение научного стиля речи в медицинском вузе. *Чумбалова Г.М., Курмангалиева А.А.* (15)

Система упражнений по развитию связной речи. *Акматов Д.К.* (18)

Геропротекция и профилактика заболеваний пожилых. *Северова Е.А., Маншарипова А.Т., Третьякова С.Н., Давыденко М., Ешманова А.К., Искалиева С.А., Маншарипов Д., Аубакиров А., Жунусова С.* (20)

Стоматологиялық кәсіби тілдің үш қыры. *Құлманбетов И.Ә., Құлманбетов Р.И., С. Х. Шарипова* (22)

О рыночной экономике в системе здравоохранения. *Тинасилов М.Д., Оракбай Л.Ж., Рахметова К.У., Уркумбаева А.Р.* (25)

Уголовная ответственность за медицинские уголовные правонарушения. *Алпысбаева К., ст. преподаватель кафедры «Истории Казахстана и социально-гуманитарных дисциплин»* (27)

Қазақстан республикасында фармацевтика саласында ұлттық дәрі-дәрмек саясатын іске асыру ерекшеліктері *Тінәсілов М.Д., Мұқтар А.М.* (31)

Реабилитация гормональной функции яичников у больных, перенесших операцию по поводу внематочной беременности. *Негматуллаева М.Н., Азимов Ф.Р., Завкибекова Т.К.* (34)

Лечение геморрагического шока при акушерских кровотечениях. *Негматуллаева М.Н., Хамидова Н.Р., Ахмедов Ф.К., Туксанова Д.И.* (36)

Современные аспекты лечения дисбиотических состояний влагалища и цервикального канала у беременных. *Негматуллаева М.Н., Азимов Ф.Р., Усмонова Н.Ю.* (39)

Реабилитация больных в раннем послеоперационном периоде после трансуретральной электрорезекций доброкачественной гиперплазии предстательной железы больших размеров. *Гулиев И.Ж., Спатай Д.С.* (42)

Опыт лечения солитарных костно-хрящевых экзостозов у детей. *Дуйсенов Н.Б., Кожуханов Б.К., Сукбаев Д.Д., Сарсембаев К.К., Исаяев Н.Н., Давлетбаева А.Н., Еркасова А.Е.* (44)

Наследственно-генетически обусловленные аномалии в зубо-челюстно-лицевой области, диагностика, лечение. Патогенез с позиции системного подхода. *Телебаева Г.Т., Кульманбетов Р.И., Шарипова С.К.* (46)

Оценка состояния тканей пародонта у лиц с брекет-системами. *Искакова М.К., Куватбаева У.А.* (48)

Некоторые осложнения после эндодонтического лечения, меры их устранения. *Искакова М.К., к.м.н., профессор, Байназарова Н.Т., асс., магистр* (51)

Некоторые методические подходы к составлению глоссария в области общественного здравоохранения

Джайнакбаев Н.Т., Третьякова С.Н., Манишарипова А.Т., Жармедетов Т.М., Бисмелдинова А.Д., Хабиева Т.Х.

*НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет»,
Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»*

Вопрос терминологии является главным в любой науке, открывая её понятийный аппарат. Это в равной степени относится к науке о здоровье общества. Более того, смена общественной фармации, переход к рынку в здравоохранении и конвергенция по основным направлениям теории и практики охраны здоровья народа нашей республики делают необходимым включение новых терминов и переосмысление уже существующих.

В своей каждодневной практике, связанной в той или иной мере с анализом текущей научной информации, с рецензированием различного рода научной продукции или собственно её продуцированием, каждый из нас испытал на себе на определенном этапе ту или иную потребность в каком-либо виде справочно-рекомендательного проспекта – «путеводителя» [1].

Разнородная справочная информационная литература (энциклопедии, словари лингвистические и терминологические, справочники общего порядка и т. п.) предназначена для быстрого получения каких-либо сведений научного, прикладного и познавательного характера и является как бы гигантским аккумулятором знаний, которые выработало и вырабатывает общество. Согласно Энциклопедическому словарю, глоссарий – это собрание глосс – непонятных слов или выражений – с толкованием или с переводом на другой язык (переводной глоссарий) [2, 3]. Существующая на сегодняшний день систематизация медицинских терминов отечественными и зарубежными исследователями отражает, в основном, клинические разделы медицины.

Материалами исследования по составлению глоссария послужили монографии, научные журналы по медицинским и смежным отраслям, труды НИИ, научных центров и организаций, ключевые слова различных научных документов и материалов конференций, симпозиумов, относящихся к разным отраслевым направлениям, инструктивно-нормативная и справочная литература.

В ходе работы с использованием справочно-информационных фондов научных, научно-технических библиотек г. Алматы в доступной литературе было просмотрено 520 изданий. Отобрано 118 источников литературы, имеющих термины, семантическое содержание которых подходило к теме исследования. Проведена последующая группировка однородных по видам источников. Определен уровень отражения терминов в рамках изучаемой проблемы по видам изданий в потоке научной медицинской литературы.

Наиболее информативными в этом аспекте были монографии (30,5%), где одним из компонентов их содержания стало включение профильных слов и словосочетаний, объясняющих понятия, которые

встречаются в медицине и здравоохранении. На втором месте – публикации из сборников научных трудов и материалов конференций (17,8%), затем – терминологические словари и энциклопедии (11,9%), практикумы и учебные пособия (10,2%), а на последнем месте – публикации из журналов и диссертаций. На другие виды литературных источников пришлось 14,4%.

В процессе исследования проводились аналитико-синтетическая переработка, контент-анализ и системный анализ источников информации при мониторинге терминов по организации, финансированию и управлению здравоохранением и формировании глоссария. Мониторинг терминологии по исследуемой теме заключался в аналитической системе слежения появляющихся новых терминов, часто заимствованных из других отраслей, областей знаний и адаптированных к медицине и здравоохранению, отражающих сложные процессы реформирования отрасли.

На завершающем этапе работы в результате структурно-логического анализа сформированного массива терминов было выделено 5 основных разделов:

- «Общие понятия и термины» - как базовые, обозначающие научные понятия с высокой точностью и высокой степенью обобщения. Они закладывают фундамент для появления многочисленных новых понятий и терминов общественных и естественных наук, в том числе и медицинской науки, позволяют активизировать взаимодействия ученых разных специальностей.

- «Общественное здоровье» - исследование показало обилие подходов к определению понятия «здоровье», предлагаемых разными исследователями, что обусловлено отсутствием четкой классификации объектов здоровья. Одни определения создаются для индивидуального уровня, а другие – для популяционного.

- «Организация здравоохранения (сеть, кадры, организация медицинской помощи)» - на первом этапе исследования установлены основные термины-единицы типа: сеть, кадры, организация медицинской помощи. Далее, используя вышеуказанные базовые термины, определены границы исследуемого текста по понятиям здравоохранения и выделены термины, которые включены в данный раздел.

- «Качество медицинской помощи» - эффективность, экономичность, адекватность, научно-технический уровень являются ключевыми терминами этого раздела, выделенного в связи с важностью своевременной и качественной медицинской помощи населению.

- «Экономика здравоохранения» - представляет собой самостоятельную отраслевую научную дисциплину, исследующую действие объективных экономических законов в конкретных условиях производства и

потребления медицинских услуг, а также условия и факторы, обеспечивающие наиболее полное удовлетворение потребностей общества в медицинском обслуживании и охране здоровья населения при допустимом уровне ресурсов.

Таким образом, в результате проведенного поиска и просмотра тысячи страниц огромного количества изданий выявлено значительное рассеяние информации по исследуемой проблеме. В ходе отбора терминов мы встретили лишь единичные разработки в решении поставленных задач, но и они не дифференцировали терминологию уровней системы управления и не анализировали их функционирование в научной и медицинской литературе.

Итогом использования аналитической системы слежения и разработанного нами алгоритма ввода в ЭВМ современных терминов в области управления здравоохранением стал алфавитный электронный фрагмент понятий и терминов по организации, финансированию и управлению здравоохранением. Впервые был получен систематизированный перечень наиболее употребляемых современных терминов по указанной тематике.

После создания электронного фрагмента алфавитного глоссария были проведены лексико-семантический и грамматический анализ терминов, верификация и сопоставление всего массива алфавитного глоссария с материалами первоисточников, согласование и уточнение видоизмененных понятий и терминов с добавлением новых определений с целью подготовки терминологического фонда к изданию. Составлено предисловие к глоссарию «Организация, финансирование и управление здравоохранением», который не мог включить все новые термины в области управления здравоохранением. Поэтому перед исследователями в перспективе стоит целый ряд задач по отбору и систематизации множества новых терминов, которые не вошли в издание словаря.

В истории здравоохранения республики до настоящего времени не было специального словаря, посвященного проблеме управления здравоохранением. Составленный нами глоссарий по организации, финансированию и управлению здравоохранением, не претендующий на роль всеобъемлющего сборника слов и словосочетаний, является первым опытом создания словаря такого типа в Казахстане.

Отбор материала производился с учетом того, что словарь будет интересен и полезен не только организаторам здравоохранения, но и различным категориям специалистов, работающих в других областях отрасли и смежных дисциплин, в том числе преподавателям, аспирантам, студентам и т.д.

Сегодня практически в каждой системе здравоохранения происходят изменения. Но независимо от страны и сложившейся системы охраны

здоровья населения, главной заботой руководителей здравоохранения является наиболее эффективное достижение поставленных целей. Оптимальность принимаемых решений будет достигнута, если в каждой стране любая новая технология управления медицинской помощью и здравоохранением будет основываться на научных доказательствах и стандартах медицинских организаций и специалистов, добившихся наилучших результатов, а сами результаты при этом будут измерены через согласованные индикаторы.

Без общего достижения взаимопонимания по концепции, понятиям, терминологии трудно оценить преимущества и недостатки любой системы, организации, деятельности человека или группы людей.

К сожалению, несмотря на предпринимаемые усилия в процессе работы над глоссарием, мы убедились в том, что постоянно появляющиеся новые термины в медицине с широкой интерпретацией из терминологии других отраслей и областей знаний не будут отражать точного медицинского толкования до тех пор, пока не будут решены некоторые проблемы реформирования в здравоохранении.

В основу тематики издания положена структура науки общественного здоровья и здравоохранения с включением также общих понятий и терминов. Мы не ставили задачу переработки и унификации терминов и понятий, сознавая серьезные трудности ее реализации, поскольку многие термины, рассматриваемые в издании, носят дискуссионный характер.

Глоссарий включает свыше 1200 терминов. При некоторых терминах содержатся отсылки к терминам-синонимам. Все определения терминов включались в глоссарий под своей цифрой со скобкой с точным сохранением авторской семантической структуры и трактовки. Следует отметить, что представленные материалы не являются догмой, но представляют собой сборник существующих на сегодняшний день терминов и понятий по управлению здравоохранением. Полагаем, что издание нашего глоссария может стать инструментом согласованной лексики. Это особенно важно в связи с необходимостью перевода всех этих терминов на государственный язык.

Список литературы:

- 1 Еремин Г.Б. Базовая терминология в здравоохранении. Значение и применение // Менеджер здравоохранения. – 2011. - №11. – С. 41-46.
- 2 Исаев Д.С., Гордиенко Г.П., Тажиева А.Е. Методология научных исследований в области медицины: учебно-методическое пособие. – Алматы, 2002. – 103 с.
- 3 Энциклопедический словарь. Российский энциклопедический словарь: РЭС: в 2 кн. Кн. 1: А — Н. / Гл. ред. А. М. Прохоров, редкол.: В. И. Бородулин, А. П. Горкин (Зам. гл. ред.), В. М. Карев [и др.]. — М.: Большая Рос. энцикл., 2001.— 1023 с. [3].

Инновационная модель развития здравоохранения в рамках науки социальной экономики

Тинасилов М.Д., Уркумбаева А.Р.

НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет»

В целях реализации «Третьей модернизации Казахстана» в сфере здравоохранения необходимо создать новую модель экономического роста, которая обеспечит глобальную конкурентоспособность здравоохранения страны.

В связи с этим, инновационная модель развития здравоохранения должен предусматривать единство науки, образования и практики, международное партнерство с ведущими странами и научными центрами, охрану интеллектуальной собственности, развитие государственно-частного партнерства.

Необходимо выделить следующие направления в инновационной деятельности системы здравоохранения:

Медицинские технологические инновации, которые связаны с появлением новых методов (способов, приемов) профилактики, диагностики и лечения на базе имеющихся препаратов (оборудования) или новых комбинаций их применения.

Организационные инновации, реализующие эффективную реструктуризацию деятельности системы здравоохранения, совершенствование организации труда персонала и оргструктуры управления.

Экономические инновации, обеспечивающие внедрение современных методов планирования, финансирования, стимулирования и анализа деятельности учреждений здравоохранения.

Информационно-технологические инновации, направленные на автоматизацию процессов сбора, обработки, анализа информационных потоков в отрасли.

Медико-фармацевтические, медико-технические инновации, являющиеся разновидностью медицинских технологических инноваций, однако предполагающих, как императив, использование новых лекарственных средств (технических систем), конкурентоспособных по цене и основным параметрам медицинской эффективности.

В условиях изменения политического и экономического фундамента Казахстана социально-экономический аспект реформирования отечественного здравоохранения отражен в Стратегии «Казахстан – 2030». Президент Республики Казахстан Н. Назарбаев представил такое реформирование в качестве одного из наиважнейших и долгосрочных приоритетов, т.е. «здоровая нация – здоровая экономика».

В условиях рынка система здравоохранения РК столкнулась с множеством проблем. Интерес к этим проблемам обусловлен тем, что в условиях социально ориентированной рыночной экономики Казахстана необходимо создание инновационной модели здравоохранения.

Такая модель будет строится в рамках «смешанной экономики благосостояния», в которой формируются эффективные механизмы регулирования и финансового контроля качества медицинских услуг.

Рыночный сектор имеет инновационную направленность, экономическую эффективность использования ресурсов и реакцию на потребительский спрос. Главным моментом является то, что в условиях, когда растет по-

требность населения в медицинских услугах, а бюджетные средства на оказание этих услуг ограничиваются, удерживать все медицинские учреждения в государственном секторе нет смысла.

Инновационная модель в здравоохранении должна иметь особый механизм хозяйствования, диктующий наличие дихотомии двух начал:

- экономической эффективности
- социальной справедливости.

В медицине нужны и нерыночные процедуры координации деятельности органов здравоохранения, прежде всего со стороны государства. Государство должно проводить продуманную политику в области здравоохранения:

- отвечать за создание условий для укрепления здоровья,
- вести борьбу с социально опасными болезнями и их профилактику,
- развивать медицинскую науку.

Необходимо сделать выбор и оптимальное сочетание между бюджетной, страховой, платной медициной.

В инновационной модели здравоохранения в условиях социально-рыночной экономики доминантой должна выступать уже сама «социализированность», а «рыночность» – выполнять соподчиненную роль.

На самом деле, одной из главных целей современной экономической политики выступает здоровье населения страны как элемент человеческого капитала и пропаганда здорового образа жизни.

В условиях конкурентной экономики только здоровая нация может создать наукоемкие и интеллектуальные ресурсы. Такие ресурсы необходимы для совершенствования структуры экономики, экономического роста, развития Казахстана и, наконец, обеспечения достойной жизни каждому жильцу страны в соответствии с необходимым индексом человеческого развития (ИЧР).

В настоящее время медицина РК – это затратная, громоздкая и малоэффективная структура. Она мало справляется со сложившейся демографической, экономической, социальной ситуацией и состоянием здоровья граждан РК (из-за многих факторов, таких, как экология, плотность населения республики, несознательное отношение граждан к своему здоровью и т.д.), для этого требует решение здравоохранения РК следующих проблем:

- развития социально-экономического механизма системы здравоохранения,
- совершенствования организационно-управленческого механизма в медицине,
- создания институциональных основ данной социальной сферы.

Особо важна доступность к качественным медицинским услугам и медикаментам (ценовая, территориальная, транспортная) для населения РК.

В качестве обще концептуальной теоретической парадигмы исследования системы здравоохранения (СЗ) в условиях рынка служат теоретико-методологический инструментарий формирующейся в последнее время науч-

ной дисциплины «социальная экономика» (схожие названия: «социально ориентированная экономика», «социализированная экономика»), а также теории эффективной государственной социально-экономической политики.

Медицинская служба РК как социально-экономическая система необходимо включать следующие факторные признаки:

- экономический,
- технологический,
- организационный,
- управленческий,
- инновационный,
- законодательно-правовой,
- собственности,
- экологический,
- географический.

В направлении развития «новой модели» экономики Казахстана, а в практическом смысле в направлении инновационной социально ориентированной экономики РК рассмотрим более подробно фактор «инновационный».

Инновация в системе здравоохранения выражается в следующем: саморазрастаемости, глобальности, интеллектуальности, сотовости, компетентности, технологичности. Теперь раскроем характер каждого из шести ключевых моментов инновация системы здравоохранения.

1. *Саморазрастаемость* – это увеличение ценностной информации (медицинская наука). Постоянно находится в состоянии единства и противоположности с самоустареваемостью.

2. *Глобальность* – это организация и самоорганизация единого международного информационного экономико-медицинского пространства, так сказать, «социально-коллективный разум».

3. *Интеллектуальность* – ведущий ресурс системы здравоохранения, связанный с ростом квалификации и образования медицинского персонала, способного к опережающей инновационной деятельности.

4. *Сотовость* – это единая сотово-распределенная разно-специализированная структура системы здравоохранения. Формирование сотово-региональных медицинских информационных структур.

5. *Компетентность* – совокупность медицинских знаний, компьютер-ной грамотности, информационной культуры и стиля мышления.

6. *Технологичность* – современные производственные процессы, медицинские технологии (АРМ – автоматизированные рабочие места, МИСы – медицинские информационные системы и т.д.)

Экономика здравоохранения – это отрасль науки экономики, изучающая место здравоохранения в народном хозяйстве, разрабатывающая методы рационального использования ресурсов для обеспечения охраны здоровья населения.

Цель инновационной модели здравоохранения – удовлетворение потребностей населения в качественной медицинской помощи.

Глава государства Н.А.Назарбаев в своей программной статье «Социальная модернизация Казахстана: Двадцать шагов к Обществу Всеобщего Труда» дал ряд поручений по социальной модернизации здравоохранения, в том числе - введению обязательного

Таблица 1. Текущие затраты на научные исследования по отраслям науки.

Внутренние текущие затраты на научно-технические работы по отраслям науки млн.тенге								
годы	2010	2011	2012	2013	2008	2014	2015	2016
Внутренние текущие затраты, всего	13 863	20036	23236,0	25737,5	33685,9	38538,0	40414,5	44513,3
в том числе:								
естественные	3 405,	4924,3	6 193,1	5 916,9	9 333,2	10486	12075	14277
технические	7 3171	109578	11638,7	13643,5	1 626,4	19302,1	20534,5	21192,7
медицинские	888,7	1 275,5	1 536,1	1 692,0	1 939,4	2 391,4	1 771,8	2266,2
сельско-хозяйственные	1 301,8	1 648,4	2 567,3	2 369,7	2 620,2	3 564,4	3 788,7	3592,3
общественные	582,9	767,5	710,6	1 208,7	1 360,0	1 175,0	1 015,2	1343,3
гуманитарные	367,5	462,5	590,2	906,7	806,7	1 618,4	1 228,5	1841,1

страхования профессиональной ответственности врачей за причинение ущерба здоровью гражданина и повышение уровня осведомленности населения в отношении применения лекарственных средств.

Например, на сайте «Казахстан в цифрах» в нижеприведенной таблице 1 представлены текущие затраты на научные исследования по отраслям науки.

Из таблицы 1 видим, что в течение восьми лет на медицинскую науку выделялись финансовые средства с возрастающим эффектом, только в 2010 году был спад, а в 2011 году снова увеличение средств.

Предприятия отрасли здравоохранения сталкиваются с целым рядом трудностей. В том числе организационного плана. Разрозненные клинические системные среды больницы и постоянно усложняющиеся потоки диагностической и административной информации существенно затрудняют процесс принятия медицинских и экономических решений.

Возникла острая потребность в новой системе отчетности, которая предоставляла бы надежную информацию руководителям, отвечающим за финансовый контроль и уход за больными.

Главным приоритетом является создание надежной централизованной базы данных. С этой целью работникам больниц необходимо внедрить решение в области отчетности и анализа, которое позволило бы унифицировать и ускорить процесс экономической и медицинской оценки. Для этого необходимо создать хранилище данных. Проектная группа медицинского учреждения должна разработать индивидуализированный профессиональный технический подход к управлению информацией. Эта система будет объединять соответствующие операционные системы, оптимизировать информационные потоки и обеспечивать комплексное стратегическое управление больницей одним нажатием кнопки благодаря рациональным решениям, основанным на фактических данных. Пользователи могут войти в систему со своих компьютеров через информационный портал и при условии правильной авторизации получить доступ к нужным данным в виде отчетов и анализов. Отчеты, объединяющие и обрабатывающие данные из нескольких систем больницы, будут создаваться автоматически и обновляться ежедневно. Они будут предоставлять пользователям ценную информацию, повышать рентабельность и качество ухода за больными, а также помогать больнице выгодно выделяться на фоне конкурентов.

В числе прочего, новые достоверные данные будут

Таблица 2. Развитие науки и кадровых ресурсов

№	Показатели прямых результатов	Источник информации	Единица измерения	Отчетный период 2018 г. 2019 г.		Плановый период				
						2020 г.	2021 г.	2022 г.		
1.	Доля трудоустроенных выпускников медицинских ВУЗов	МЗ	%	91,0	92,0	92,0	92,0	98,0	98,0	99,0
2.	Охват обучением медицинских кадров на курсах повышения квалификации и переподготовки от общего количества врачей государственных организаций здравоохранения (не менее)	МЗ	%	20	20	20	20	20	20	20
3.	Удельный вес исследователей в возрасте до 39 лет в общей численности исследователей	МЗ	%	40,7	43	45	47	49	51	53
4.	Увеличение доли публикаций в международных рецензируемых изданиях	МЗ	%	18,0	19,0	20,0	20,5	21,0	21,5	22,0
5.	Увеличение доли международных патентов	МЗ	%	3,5	4,5	5	5	5,5	5,5	5,5
6.	Увеличение доли организаций медицинской науки, внедривших систему менеджмента качества, сертифицированных по стандартам ISO	МЗ	%	30	40	42	44	46	48	50
7.	Количество аккредитованных медицинских вузов	МЗ	ед.	4	5	5	6	6	6	6
8.	Количество собственных клиник медицинских ВУЗов	МЗ	Ед.	2	2	2	2	4	4	4
9.	Количество проведенных доклинических и клинических исследований биологически активных веществ, фармакологических и лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, из них	МЗ	ед.	14	50	55	60	65	70	75
	доклинические исследования				30	33	35	37	39	41
	клинические исследования в том числе:				20	22	25	28	31	34
	отечественных производителей			5	16	17	18	19	20	21
	международных клинических исследований			4	4	5	7	9	11	13
	не интервенционных			5	-	1	2	3	4	5
	фармакоэпидемиологических				3	3	4	5	6	7
10	и з д е л и й медицинского назначения и медицинской техники					1	1	1	1	1
	Кол-во специалистов, обученных на курсах повышения квалификации и переподготовки									
	внутри страны	МЗ	Чел.	20019	17026	1 5 203	1 5 221	15119	15119	15119
	за рубежом	МЗ	Чел.	237	86	151	159	159		

способствовать повышению эффективности контроля финансов и прибыли. Лица, ответственные за принятие финансовых решений, могут лучше оценить рентабельность ухода за больными.

Кроме того, добавочные расходы, которые могут быть понесены в ряде клиник, теперь можно автоматически распределять между внутренними центрами учета затрат. Пользователи могут выполнять подробный анализ в интерактивном режиме в любой момент времени, благодаря чему у них появляется возможность выявления причин изменений прибыли и обоснования своих аргументов при обсуждении бюджета больницы.

Таким образом, в рамках науки социальная экономика система медицинских услуг РК должна иметь двухсекторную структуру – рыночную (инновационную) и государственную (социальную) с целью достижения экономической эффективности и социальной справедливости.

Список литературы

1. Воронцова Н. А., Кадыров Ф. Н., Николаева О. К. Проблемы экономической эффективности внедрения и использования медицинского оборудования // Современная клиническая больница: актуальные проблемы управления, профилактики, диагностики и лечения. - СПб: ЦМСЧ, 2003. - № 122. - С. 22—29.
2. Закон Республики Казахстан от 16 ноября 2015 года № 405-V «Об обязательном социальном медицинском страховании» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 22.12.2016).
3. Тинасилов М.Д., Муканов К.Н. Опыт страховой деятельности США на инновационном рынке экономики // Тезисы докладов II международной конференции. Бишкек, НАН КР, 4 ноября 2010 г. – Бишкек, 2010. - С. 55-59.
4. Тинасилов М.Д., Муканов К.Н. Страховая деятельность Великобритании // Тезисы докладов II международной конференции. Бишкек, НАН КР, 4 ноября 2010 г. – Бишкек, 2010.
5. Тинасилов М.Д., Муканов К.Н. Инновационное развитие страхового дела в Германии Тезисы докладов II международной

конференции. Бишкек, НАН КР, 4 ноября 2010 г. – Бишкек, 2010.

6. Тинасилов М.Д., Уркумбаева А.Р. Сақтандыру ісінің негіздері. (Оқулық). - Алматы: Изд. Центр КазНТУ, 2014.

7. Тинасилов М.Д., Уркумбаева А.Р. Концептуальная модель региональной интеграции Казахстана. Сб. научных трудов II международной научно- практической конференции «Актуальные вопросы экономики и современного менеджмента». – Самара, 2015. - С. 242-245.

8. Тинасилов М.Д., Уркумбаева А.Р. Управления наукоемкими проектами: теория. методология, практика. (Монография). - Алматы: Изд. ТОО «Нур-Принт», 2015.

9. Тинасилов М.Д., Уркумбаева А.Р. Методология актуарных расчетов страхования в экономике // Научный и информационный журнал «Наука и инновационные технологии» при МОН КР. - Бишкек: Типография «Maxprint», 2017. – С. 20-23.

10. Тинасилов М.Д., Уркумбаева А.Р. Инновационная деятельность и оценка медицинской технологии Казахстана // Научный и информационный журнал «Наука и инновационные технологии» при МОН КР. – Бишкек: Типография «Maxprint», 2017. – С. 28-32.

УДК 614.253.52:37

Модель постановки сестринского диагноза

*Канушина М.А.¹, Манишарипова А.Т.², Сыздыкова А.Б.²*¹*«AC institute of international education»*²*НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет»**(отдел научной работы, отдел магистратуры)*

В статье представлена модель постановки сестринского диагноза, который является частью сестринского процесса с характеристикой симптомов для медицинских сестёр в медицинских организациях.

Ключевые слова: жалобы, сестринский диагноз.

В нашей работе мы предлагаем одну из моделей постановки сестринского диагноза при обучении и подготовке медицинских кадров среднего звена.

Субъективное обследование.

Данные должны излагаться кратко, но вместе с тем содержать достаточно полную информацию [1].

При описании жалоб необходимо указывать полную характеристику симптомов, например, при боли - ее локализацию, характер, интенсивность, после чего она возникает; при рвоте - после чего возникает, характер рвотных масс и т.п.

При описании истории настоящего заболевания необходимо указать, как оно началось, с чем пациент связывает его начало, каким образом обследовался и лечился, кратко - о результатах обследования и лечения, каким образом попал в стационар (обратился самостоятельно, был направлен врачом поликлиники, был доставлен «скорой помощью»).

При описании истории жизни кратко указываются факты, возможно оказывающие влияние на здоровье: перенесенные заболевания, вредные привычки, условия жизни. При отсутствии данных возможны формулировки: «перенесенные заболевания отрицает», «перенесенных заболеваний не помнит», «аллергический анамнез не отягощен», «контакты с инфекционными больными отрицает» и т.п. [2]

Объективное обследование.

При указании данных объективного обследования не принято писать «норма», «в норме»; в случае отсутствия патологии можно указать «без особенностей», «обычный» («лимфатические узлы без особенностей», «кожа обычной окраски»).

Нарушенные потребности

Нарушение потребностей выявляются при проведении сестринского обследования. Однако нужно помнить, что нарушение потребностей напрямую соответствует проблемам, имеющимся у пациента. Так, наличие боли и связанной с этим бессонницы вызывает нарушение потребности «спать». Наличие ран и повязок влекут за собой проблему, формулируемую как «дефицит самоухода» и, соответственно, нарушенную потребность «быть чистым». У работающих взрослых людей при болезни, как правило, нарушена потребность «работать», а у детей (в зависимости от возраста) - потребность учиться, играть.

В зависимости от проблем (сестринских диагнозов) определяется закономерность: рвота - нарушение потребности «есть и пить», нарушение дефекации и мочеиспускания - нарушение потребности «выделять» . [3].

Проблемы пациента (сестринские диагнозы)

Настоящие проблемы чаще всего формулируются так же, как и жалобы. Например: «боль в области операционной раны», «затруднение дыхания», «слабость». Некоторые проблемы принято формулировать стандартными словарными оборотами: если есть повреждение кожных покровов (раны и т.п.) - проблема формулируется как «нарушение целостности кожных покровов». Если у пациента есть раны, повязки, ограничение (нарушение) движений (это, кстати, тоже отдельная проблема), то все это влечет за собой сестринский диагноз, который принято формулировать как «дефицит самоухода». Не будет большой ошибкой, если подобные формулировки будут заменены близкими по смыслу и при этом соответствовать нормам русской лексики («нарушение целостности кожных покровов» = «рана», «дефицит самоухода» = «затруднения в уходе за собой»). Проблемы не всегда являются жалобами: пациент может неадекватно оценивать свое состояние, не может правильно формулировать свои жалобы из-за недостаточного интеллектуального развития, пребывать в коме, наконец, просто не умеет разговаривать (маленькие дети).

Из всех проблем очень важно вычленить приоритетную проблему. Во-первых, решение ее хронологически должно стоять на первом месте. Во-вторых, при решении приоритетных проблем в некоторых случаях решаются и обусловленные ей проблемы, носящие второстепенный характер (например, нарушение сна при боли: купируется боль - нормализуется сон).

У хирургических и травматологических больных приоритетной проблемой чаще всего является боль (не забываем указывать ее характеристику: боль в животе, операционной ране и т.п.). Но есть и исключения - при кровотечении, дыхательных расстройствах именно данные проблемы будут носить приоритетный характер даже при наличии боли. Кроме этого, у части пациентов приоритетными будут проблемы психологического характера, тогда при болях небольшой интенсивности проблема боли уже не будет приоритетной. Самые частые психологические проблемы - это страх и депрессия. Например, подавляющее большинство пациентов испытывает страх перед предстоящей операцией (или другими медицинскими манипуляциями) - и именно этот страх у многих больных является приоритетной проблемой. Причины депрессии могут быть различными, очень часто это непонимание своего места в жизни при возникших обстоятельствах - утрате конечности, наложении кишечного

свища, невозможности (даже временно!) осуществлять обычные гигиенические процедуры (умываться, чистить зубы и прочее). Нередко это связано со значительной группой проблем, связанных с недостатком знаний («дефицитом знаний») – о своей болезни, о методах лечения, о приемах ухода и т.п.

Потенциальные проблемы – это, как правило, возможные осложнения заболевания. Поэтому медицинской сестре важно иметь представление о сущности врачебного диагноза у конкретного больного и наиболее часто встречающихся осложнениях этого заболевания. Наиболее часто встречающиеся потенциальные проблемы:

- риск возникновения инфекции (при наличии ран);
- риск распространения инфекции (при наличии воспалительного процесса);
- риск вторичного смещения и замедленного сращения (при переломах);
- риск возникновения шока (при травмах);
- риск тяжелой кровопотери и смерти (при кровотечении).

Достаточно редко потенциальные проблемы являются приоритетными (как правило, приоритетные проблемы – это проблемы настоящие). Например, при переломах позвоночника с повреждением спинного мозга, параличом и нарушением функций тазовых органов у пациентов возникает чрезвычайно много проблем, но такие пациенты обычно до конца своих дней остаются глубокими инвалидами, а большинство их проблем не могут быть решены в принципе; остается только направить усилия на решение проблем потенциальных (проводить профилактику осложнений – пролежней, пневмонии и, в первую очередь, мочевой инфекции), которые в данной ситуации и принимают характер приоритетных.

Определение целей сестринского ухода

Как уже писалось выше, последовательность этапов сестринского процесса предполагает логически опосредованную последовательность действий медицинской сестры. Поэтому и формулировки на каждом этапе этого процесса должны соответствовать друг другу. Поэтому формулирование цели должно соответствовать ранее сформулированной проблеме.

Первоочередной целью является, безусловно, решение приоритетной проблемы.

Вот несколько примеров формулирования цели в соответствии с проблемой

Проблема: боли в операционной ране, цель: боль уменьшится до терпимой в течение 30-40 минут.

Проблема: повышение температуры до 38,5°C, цель: температура снизится до субфебрильных цифр или до нормальной в течение 1-1,5 часов.

По времени достижения цели, как известно, могут быть краткосрочными и долгосрочными. Решение первых необходимо ожидать в течение ближайших часов и минут, решение последних – обычно к моменту выписки (для стационарных больных) или к моменту окончания [курса] лечения.

Цели сестринского ухода у пациентов до операции и после операции, конечно же, значительно отличаются, что связано с различиями в проблемах пациента в предоперационном и послеоперационном периоде.

Обычной приоритетной проблемой предоперационного периода является страх перед предстоящей операцией. Это значит, что цель ухода должна быть

сформулирована следующим образом: «Страх перед предстоящей операцией уменьшится в течение ... (времени)» (время предоперационного периода может быть различным при экстренных, срочных и плановых оперативных вмешательствах).

Следующей целью ухода в предоперационном периоде будет подготовка пациента к операции, причем в данном случае не принято упоминать предстоящую операцию в качестве самостоятельной проблемы. Цель ухода в данном случае может быть сформулирована так: «Пациент будет подготовлен к операции в течении (время будет зависеть от срочности данной операции).

Определенную сложность представляет собой формулирование целей в случае, когда больной может быть подвергнут как консервативному, так и оперативному лечению, например, при заболеваниях, которые относят к категории хирургической инфекции. Известно, в стадии инфильтрата (серозно-инфильтративной) пациентов лечат консервативно, а в стадии абсцедирования – хирургически. Конечно, выбор тактики лечения – это прерогатива лечащего врача, поэтому медицинская сестра должна уточнить, какой вид лечения предполагается применять у данного пациента (студент это согласовывает с преподавателем).

В послеоперационном периоде проблемы и, соответственно, цели, могут быть различным, но, как правило, это:

- боль в операционной ране;
- риск инфицирования (нагноения) операционной раны.

В раннем послеоперационном периоде (в первые дни после операции) приоритетной проблемой будет боль в ране; соответственно, целью ухода будет уменьшение боли [до терпимой]. Позже боли обычно уменьшаются и приоритетной проблемой становится риск инфицирования (нагноения) раны, а целью – то, что рана заживет первичным натяжением к моменту выписки.

Оценка результатов

Результаты сестринского ухода должны оцениваться в соответствии с поставленными целями и соответствующим образом формулироваться, например:

- цель: «Боль в операционной ране уменьшится до терпимой в течение часа»;

- оценка результата: «Боль в операционной ране уменьшилась до терпимой в течение часа – цель достигнута».

В случае, если цель не была достигнута или была достигнута не полностью, то производится корректировка плана, изменения в плане реализуются и вновь производится оценка результата лечения. Например, при боли в послеоперационной ране сестра по назначению врача ввела пациенту кетарол; боль уменьшилась незначительно (цель уменьшения боли до терпимой не была достигнута); тогда медсестра обратилась к дежурному врачу и по его назначению ввела более сильный анальгетик – промедол; боль у пациента уменьшилась до терпимой и цель была достигнута после корректировки плана и его реализации.

Выводы. В заключении необходимо подчеркнуть, что действия медсестры должны быть четко опосредованными, а последующий этап сестринского процесса вытекать из предыдущего:

- сбор информации → формулирование проблем на основании собранной информации → формулирование целей для решения проблем → планирование мер для

достижения целей → реализация пунктов плана для достижения целей → оценка достижения целей.

Список литературы.

1. Аканов А.А. Первичная медико-санитарная помощь. Анализ ПМСП Казахстана. Алматы, Институт общественного здравоохранения. - 2014.
2. - Часть 2. – 112 с.
3. Матвейчик Т.В., Тищенко Е.М., Мезина Э.В., Сестринское дело в XXI веке. Минск. БелМАПО 2014 .- 334 с.
4. Непрерывное профессиональное развитие медицинских работников. Методические рекомендации. МЗРК «АО Национальный медицинский холдинг». - Астана, 2012. – 11 с.

Канушина М.А., Маншарипова А.Т., Сыздыкова Ә.Б.
«Қазақстан-Ресей медициналық университеті»
Мақалада медициналық ұйымдарда мейірбикелер
үшін мейірбикелік диагноз қою мүмкіндігі берілген.
Түйінді сөздер: шағымдар, мейірбике диагнозы.

Kanushina M.A., Mansharipova A.T., Syzdykova A.B.
“Kazakh-Russian medical University»
The article presents the possibility of making a nursing
diagnosis for nurses in medical organizations.
Key words: complaints, nursing diagnosis.

Опыт обучения компрессии научного текста на факультете стоматологии КРМУ

Чумбалова Г.М., Курмангалиева А.А.

НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», кафедра языковых дисциплин с курсами,
г.Алматы, Казахстан

Резюме. Авторы статьи делятся опытом обучения студентов стоматологического факультета КРМУ компрессии научного текста. После предварительного объяснения теоретического материала о таких способах компрессии, как исключение, обобщение и упрощение студенты читают текст «Врач-стоматолог» и показывают своё умение сокращать, свёртывать информацию. В процессе обучения в КРМУ знания о компрессии помогут студентам составлять различные вторичные тексты: простые и сложные планы, конспекты, аннотации, рефераты и др.

Ключевые слова: врач-стоматолог, зубы, компрессия, научный текст, исключение, обобщение и упрощение.

Формирование у студентов культуры работы с научным текстом, совершенствование навыков и умений чтения, понимания, анализа научного текста, написание вторичного научного текста (конспекта, аннотации, реферата, реферативного обзора, рецензии, курсовой работы) – вот одна из целей преподавания русского языка в медицинском вузе. Именно поэтому обучение компрессии научного текста является одной из основных задач обучения на занятиях русского языка на первом курсе.

В данной статье мы хотели бы поделиться опытом обучения студентов 1 курса стоматологического факультета КРМУ компрессии научного текста, его грамотного сокращения.

Работа начинается со сравнения двух небольших текстов:

Текст №1

Зубы имеют большое значение для сохранения здоровья, трудоспособности и продолжительности жизни. Существовала даже поговорка: «Болезнь и смерть входят через рот». Медицинской наукой доказано, что болезни зубов могут явиться причиной заболевания многих органов и систем.

Устойчивость, качество, внешний вид зубов зависят от состояния организма. На состоянии зубов сказываются характер питания, окружающая среда, режим жизни, а также влияние наследственности. Формирование зубов у детей тесно связано со здоровьем матери во время беременности и кормления грудью. Не проходят бесследно и длительные заболевания, перенесенные в детстве. Большой вред развитию зубов приносят детские инфекционные болезни: корь, скарлатина, дифтерия. Оздоровлять полость рта особенно важно в детском возрасте, так как в эти годы окончательно формируется зубочелюстная система и заканчивается рост постоянных зубов. В зубах происходит непрерывный обмен веществ. Пища, как следует не обработанная зубами и должным образом не пропитанная слюной, нарушает работу органов пищеварения. Плохие зубы лишают человека аппетита, превращают еду в мучительную процедуру,

служат очагом инфекций.

Текст №2

Зубы имеют большое значение для сохранения здоровья, трудоспособности и продолжительности жизни. Устойчивость, качество, внешний вид зубов зависят от состояния организма, характера питания, окружающей среды, режима жизни, а также от наследственности. Оздоровлять полость рта необходимо в детском возрасте, так как в эти годы окончательно формируется зубочелюстная система и заканчивается рост постоянных зубов. Плохие зубы лишают человека аппетита, превращают еду в мучительную процедуру, служат очагом инфекций.

После чтения текстов студенты должны сформулировать тему и основную мысль каждого текста. Совпадают ли они? Если да, то в чём это совпадение? Если нет, то чем эти тексты различаются?

Студенты отмечают, что оба текста на одну и ту же тему – о значении зубов в жизни человека. Различие же между текстами в том, что второй текст короче, несмотря на то, что информация в нём та же, что и в первом тексте. Для наглядности студентам даётся задание – посчитать количество слов в каждом тексте. Получается такая картина: в первом тексте 149 слов, а во втором – 63 слова.

Что же произошло с первым текстом? Он подвергся компрессии и таким образом видоизменился.

Итак, компрессия. Что такое компрессия? Текст сократился, как бы свернулся, сжался. То есть компрессия – это свёртывание, сокращение текста. Студенты записывают в тетради: «Компрессия (от лат. compressio - сжатие) – это сокращение объёма написанного без ущерба для его содержания. Компрессия текста (он называется текстом-первоисточником) – это извлечение из текста основной информации. Текст, полученный в результате компрессии, называется вторичным текстом».

Далее преподаватель говорит о трёх основных способах компрессии текста: исключении, обобщении, упрощении. Подбираются синонимы к словам исключение, обобщение, упрощение, даётся их пояснение. После этого подробно рассматриваются указанные способы компрессии научного текста [1], даётся их пояснение:

1. Исключение (при исключении выделяется главное):

а) исключение слов, предложений, которые могут быть удалены без ущерба для содержания:

- Недобросовестный врач нарушает все принятые нормы и ошеломляет, эпатирует общество.

- Недобросовестный врач нарушает все принятые в обществе нормы.

б) исключение одного или нескольких из синонимов:

- Врач должен быть гуманным, человеколюбивым, отзывчивым человеком.

- Врач должен быть гуманным человеком.

в) исключение уточняющих и поясняющих конструкций:

- В мире постоянно появляются новые, ранее неизвестные лекарственные препараты.

- В мире постоянно появляются новые лекарственные препараты.

г) исключение фрагмента предложения, одного или нескольких предложений:

- Еще в детстве мне хотелось помочь всем, кому плохо и больно. Я возился с бездомными больными котятками и щенками, лечил голубя, у которого было сломано крыло.

- Еще в детстве мне хотелось помочь всем, я возился с больными животными и птицами.

2. Обобщение (единичные факты объединяются в общее):

а) замена однородных членов предложения словом с обобщающим значением:

- В госпитале врачи, медсёстры, нянечки, раненые солдаты радовались Победе.

- В госпитале все (определяющее местоимение) радовались Победе.

б) замена слова с более узким значением словом с более широким значением:

- На прилавке лежали таблетки, капсулы, брикеты, пилюли, пастилки.

- На прилавке лежали лекарственные препараты.

3. Упрощение (найти то, что можно сократить, иногда - с помощью замены):

а) слияние нескольких предложений в одно:

- Новая стоматологическая клиника резко отличалась от других. В тех работали по необходимости и по обязанности. Иногда зевали и скучали. Здесь не думали о наградах и отличиях. Здесь горячо любили медицину, работу, увлекались до самозабвения.

- В новой стоматологической клинике не скучали и не думали о наградах, горячо любили медицину и свою работу.

б) замена предложения или его части указательным местоимением:

- Почему она так любила заниматься своей профессией? Какая сила толкала её надевать белый халат, интересоваться здоровьем пациентов?

- Почему она так любила заниматься своей профессией? Какая сила толкала её делать это?

в) замена сложноподчинённого предложения простым:

- Всегда на выручку людям приходят «стражи здоровья» — смелые, решительные люди, которые подвергаются неведомым опасностям, вступая в борьбу с вирусами, микроорганизмами и другими возбудителями заболеваний.

- Всегда на выручку людям приходят «стражи здоровья» — врачи.

г) замена фрагмента предложения синонимичным выражением (или формулирование мысли своими словами):

- Врачи избавляют людей от страданий, помогают им в трудную минуту, это добрые люди, чувствующие чужую боль.

- Врач самая гуманная профессия на земле.

Для закрепления материала преподаватель предлагает студентам текст «Врач-стоматолог», в котором надо сжать, сократить некоторые предложения, другими словами, произвести компрессию.

Врач-стоматолог

Врач-стоматолог — это специалист, который лечит зубные болезни, челюсти и в целом челюстно-лицевой аппарат.

История профессии стоматолога невероятно длинная. Самая древняя ветвь стоматологии уходит вглубь истории Древнего Египта. В Древнем Египте появилась

первая зубная паста оригинального состава (пепел сожженных внутренностей быка, перетёртая яичная скорлупа, мирра и толчёная пемза). В одном из древних пакистанских захоронений эпохи неолита было найдено сверло и рядом черепа со следами его воздействия, что может свидетельствовать о том, что данный инструмент — древнейший стоматологический инструмент в мире. В античные времена для избавления от сильных зубных болей широко применялись опиум и мышьяк.

Современная стоматология - это высокотехнологичная наука. Утрата зуба для человека перестала быть проблемой.

Имеется несколько специализаций врача-стоматолога. Так, стоматолог-терапевт отвечает за диагностику, осмотры и общее лечение. Он может пломбировать и простейшим способом реставрировать зубы, готовить для протезирования полость рта, удалять нервы, а также лечить ряд заболеваний (флюс, кариес, пульпит, периодонтит, гингивит и воспаление нервов).

Стоматолог-ортодонт имеет отношение к коррекции неправильного положения зубов в ротовой полости (когда зубы сидят либо слишком редко, либо наезжают один на другой). Основными инструментами в профессии «стоматолог-ортодонт» являются пластинки, брекетки и треймеры.

Стоматолог-ортопед занимается протезированием и восстановлением зубов. Стоматолог-хирург оперирует челюсти, лицевые суставы и кости, удаляет зубы в случае дефектов, опухолей, травм и прочих заболеваний. Стоматолог-гигиенист нужен для осмотра полости рта и зубов, удаления зубного налёта, полировки эмали.

Сферой деятельности врача-пародонтолога являются дёсны и мягкие ткани, которые удерживают и окружают зубы. Он поможет в случае подвижности зубов, кровоточивости дёсен, при появлении камня и налёта на зубах и неприятном запахе из полости рта.

После того как пациент посетил консультацию терапевта-стоматолога, который признал невозможность вылечить зуб доступными ему инструментами, им начинает заниматься стоматолог-протезист.

Детский стоматолог специализируется на тех же функциях стоматолога-терапевта, но только в применении к детскому организму, например, при удалении зубов.

Профессия стоматолога всегда была престижной как в целом, так и по отношению ко многим другим медицинским направлениям.

После работы над содержанием текста преподаватель поясняет, что компрессия текста проходит в несколько этапов [2].

Первый этап — это членение текста, выделение его смысловых частей, подтем текста, определение связи между ними и анализ каждой части текста.

Второй этап — это исключение из текста всей второстепенной информации. К второстепенной информации относятся примеры, отступления, иллюстрации.

Третий этап - это трансформирование полученной информацию [3]. Главной смысловой трансформацией является перефразирование.

Самостоятельная работа студентов заключается в том, что они должны найти в тексте предложение, в котором можно произвести компрессию, исключив уточняющие и поясняющие слова. Студенты успешно справляются с заданием. Сравните:

- Он может пломбировать и простейшим способом реставрировать зубы, готовить для протезирования полость рта, удалять нервы, а также лечить ряд

заболеваний (флюс, кариес, пульпит, периодонтит, гингивит и воспаление нервов).

– Он может пломбировать, реставрировать зубы, готовить для протезирования полость рта, удалять нервы, а также лечить ряд заболеваний.

Следующее задание – найти предложение, в котором можно произвести обобщение – замену слова с более узким значением словом с более широким значением. Сравните:

- В античные времена для избавления от сильных зубных болей широко применялись опиум и мышьяк.

- В античные времена при зубных болях широко применялись обезболивающие.

Ещё одним способом компрессии является упрощение – замена сложноподчинённого предложения простым. Сравните:

- После того как пациент посетил консультацию терапевта-стоматолога, который признал невозможность вылечить зуб доступными ему инструментами, он начинает заниматься стоматолог-протезист.

- После консультации терапевта-стоматолога и признания невозможности вылечить зуб пациентом начинает заниматься протезист.

Следующим способом компрессии является упрощение – слияние двух предложений в одно. Сравните:

- Сферой деятельности врача-пародонтолога являются дёсны и мягкие ткани, которые удерживают и окружают зубы. Он поможет в случае подвижности зубов, кровоточивости дёсен, при появлении камня и налёта на зубах и неприятном запахе из полости рта.

- Врач-пародонтолог поможет в случае подвижности зубов, кровоточивости дёсен, при появлении камня и налёта на зубах и неприятном запахе из полости рта.

Можно встретить примеры, когда сочетается нескольких приёмов компрессии:

1. Исключение поясняющих конструкций.

2. Исключение слов, которые могут быть удалены без ущерба для содержания.

3. Упрощение – замена двух простых предложений одним сложноподчинённым.

Сравните:

- Стоматолог-ортодонт имеет отношение к коррекции неправильного положения зубов в ротовой полости (когда зубы сидят либо слишком редко, либо наезжают один на другой). Основными инструментами в профессии «стоматолог-ортодонт» являются пластинки, брекет-системы и трейнеры (34 слова в двух простых предложениях).

Стоматолог-ортодонт, основными инструментами которого являются пластинки, брекет-системы и трейнеры, занимается коррекцией зубов (13 слов в одном сложноподчинённом предложении).

После анализа указанных предложений студенты под руководством преподавателя приходят к следующим выводам:

1. Компрессия помогает лучше понять текст.

2. Во время компрессии происходит восприятие прочитанного текста и его воспроизведение за счёт сжатия, количественного изменения прочитанного текста.

3. При компрессии надо выделить основную информацию и удалить второстепенную.

4. Из текста нельзя удалять слова и словосочетания, которые помогают понять мысль автора.

5. Компрессия нужна для написания тезисов, конспектов, рефератов, аннотаций и других вторичных текстов.

Занятие по компрессии научного текста завершается

составлением кластера к понятию «Виды специализаций врача-стоматолога» и синквейна к слову стоматолог.

1. Стоматолог

2. Зубной, челюстно-лицевой

3. Пломбирует, реставрирует, протезирует

4. Бог даёт человеку зубы два раза бесплатно, за третий раз надо платить

5. Дантист. Зубной врач

Опыт показал, что изучение теоретического материала, выполнение практических заданий помогают студентам разобраться в трёх основных способах компрессии текста (исключении, обобщении, упрощении), учат их умению извлекать актуальную информацию как специалисту в области медицины, успешно составлять вторичные тексты.

Литература

1. Анисина Н.В. Основы компрессии научного текста. - СПб.: Гос. Политех. ун-т, кафедра русского языка, 2010. - 136 с.

2. Котурова М.П., Баженова Е.А. Культура научной речи: текст и его редактирование: Учебное пособие. - М.: Флинта. Наука, 2008. - 280 с.

3. Усачева И.В. Курс эффективного чтения учебного и научного текста: Учебно-методическое пособие для студентов 1-2 курсов университетов и учащихся старших классов. - М., 2008. - 68 с.

ҚРМУ СТОМАТОЛОГИЯ ФАКУЛЬТЕТІНДЕ ҒЫЛЫМИ МӘТІННІҢ КОМПРЕССИЯСЫН ОҚИТУ ТӘЖІРИБЕСІ

Чумбалова Г.М., Курмангалиева А.А.

Түйін. Мақала авторлары ҚРМУ стоматология факультетінің студенттерімен ғылыми мәтіннің компрессиясын зерттеу сабағының тәжірибесімен бөліседі. Теориялық материалды, мәтінді қысқарту жолдарын түсіндіруден кейін студенттер «Дәрігер-стоматолог» атты мәтінді оқып, өз білімдерін көрсетті. ҚРМУ сабақ барысында компрессия жайлы білім студенттерге күрделі де қарапайым жоспарлар, рефераттар, конспекттер, түйіндер жасауды, өзгертілген мәтіндермен жұмыс жасауда көмегін тигізеді.

Түйін сөздер: дәрігер-стоматолог, тістер, компрессия, ғылыми мәтін, ережеден тыс, қорытындылау және жеңілдету.

EXPERIENCE OF EDUCATING OF COMPRESSION OF SCIENTIFIC TEXT ON FACULTY OF STOMATOLOGY OF KRMU

Chumbalova G.M., Kurmangaliyeva A.A.

Resume: The authors of the article share the experience of teaching students of the Faculty of Dentistry of the KRMU the compression of a scientific text. After a preliminary explanation of the theoretical material on such compression methods as exclusion, generalization and simplification, students read the text "Dentist" and show their ability to reduce, roll up information. In the process of studying at KRMU, knowledge about compression will help students to compile various secondary texts: simple and complex plans, notes, annotations, abstracts, etc.

Key words: dentist, teeth, compression, scientific text, exclusion, generalization and simplification.

Изучение научного стиля речи в медицинском вузе

Чумбалова Г.М., Курмангалиева А.А.

НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», кафедра языковых дисциплин с курсами,
г.Алматы, Казахстан

Особенностью литературного языка считается наличие функциональных стилей речи. Когда ученый читает лекцию, выступает с докладом на научной конференции, студенты сдают экзамены в вузах, то их речь отличается от той, которая используется в неофициальной обстановке: за праздничным столом, в дружеской беседе, в кругу семьи [1]. И это естественно, т.к. в данном случае используется научный стиль речи с его характерными особенностями.

Именно эти особенности научного стиля речи мы изучаем на занятиях русского языка на 1 курсе Казахстанско-Российского медицинского университета. При этом важная роль отводится научному тексту, который предлагается студентам для чтения, грамматического анализа и пересказа [2].

В качестве научного текста для изучения его морфологических особенностей нами был взят текст «Витамины». Предтекстовая работа заключается в пояснении преподавателем таких слов и словосочетаний, как цинга, рахит, пеллагра, бери-бери, Нобелевская премия, синтезировать, косвенно, микрофлора, жвачное животное, классификация, компонент, сопротивляемость, усвоение, антиоксиданты, атеросклероз.

После чтения текста студенты вспоминают, что изучает морфология, какие самостоятельные части речи им известны, какие существительные называются отвлечёнными, абстрактными, что такое отглагольные существительные и др.

Научный стиль речи носит именной характер, это значит, что в научном стиле речи много существительных, а именно абстрактных (отвлечённых) имён существительных, которые обозначают качество, действие, состояние предмета.

Студенты рассматривают таблицу и знакомятся с суффиксами абстрактных имён существительных, которые встречаются в научном стиле речи.

С суффиксами -ни(е), -ени(е): леч-ени-е, врачева-ни-е, обеспеч-ени-е, использова-ни-е	С суффиксом -ств(о): целитель-ств-о, упор-ств-о, производ-ств-о, вмешатель-ств-о	С суффиксом -ость: массивн-ость, стёрт-ость достоверн-ость, человечн-ость
--	---	--

Внимание студентов обращается на то, что в таблице есть отглагольные существительные с суффиксами -ни(е), -ени(е). Учащиеся работают с текстом, записывая в тетради отглагольные существительные вместе с глаголами, от которых они образованы: заболеть – заболевание, соединять – соединение, кормить – кормление, усвоить – усвоение, нарушить – нарушение, учить – учение, назвать – название, значить – значение, снижать – снижение, течь – течение, обнаружить – обнаружение, содержать – содержание, исследовать – исследование, расти – растение, а также существительные с другими суффиксами: жизнедеятельность, недостаточность,

заболеваемость, сопротивляемость, живость, вещество, количество. Преподаватель с помощью проектора демонстрирует студентам наличие абстрактных и отглагольных существительных в тексте (См. ниже в тексте выделенные слова). Далее с помощью проектора на протяжении всего занятия демонстрируются слайды, наглядно показывающие место и роль каждой части речи в прочитанном тексте.

Витамины – это группа органических соединений, имеющих огромное значение для нормального обмена веществ и жизнедеятельности живых организмов.

Основоположником учения о витаминах является русский биохимик Н.И.Лунин. В 1881 году Н.И.Лунин установил, что при кормлении белых мышей только искусственным молоком, состоящим из казеина, жира, молочного сахара и солей, животные погибают. Следовательно, в натуральном молоке содержится помимо известных ингредиентов некоторое количество неизвестных нам жизненно необходимых веществ.

В 1912 году польский биохимик Казимир Функ предложил название «витамин», сложив два латинских слова: «вита» - «жизнь» и «амины» - химические структуры, без которых жизнь невозможна. К.Функ обобщил накопленные к тому времени экспериментальные и клинические данные и пришёл к выводу, что такие заболевания, как цинга, рахит, пеллагра, бери-бери, - болезни пищевой недостаточности, или авитаминоза. С этого момента наука о витаминах (витаминология) начала интенсивно развиваться.

Оценку роли и значения витаминов для жизнедеятельности организма дал видный американский химик Лайнус Полинг, дважды лауреат Нобелевской премии. Л.Полинг приходит к выводу, что ежедневный приём даже умеренных доз аскорбиновой кислоты (витамина С) приводит к снижению заболеваемости и облегчает течение простуды.

Метод обнаружения витаминов, применённый Луниным (содержание животных на специальной диете – вызывание экспериментальных авитаминозов), был положен в основу исследований. Было выяснено, что не все животные нуждаются в полном комплексе витаминов. Отдельные виды животных могут самостоятельно синтезировать те или иные витамины. Но главным был вывод о том, что витамины необходимы для всех живых организмов.

Первоисточником витаминов служат главным образом растения. Человек и животные получают витамины непосредственно с растительной пищей или косвенно – через продукты животного происхождения. Важная роль в образовании витаминов принадлежит также микроорганизмам. Например, микрофлора, обитающая в пищеварительном тракте жвачных животных, обеспечивает их витаминами группы В. Витамины поступают в организм животных и человека с пищей, через стенку желудочно-кишечного тракта. Недостаточность снабжения организма витаминами ведёт к его ослаблению, резкий недостаток витаминов

Кластер к понятию "Морфологические особенности научного стиля речи"



- к нарушению обмена веществ и заболеваниям – авитаминозам, которые могут окончиться гибелью организма. Авитаминозы могут возникать не только от недостаточного поступления витаминов, но и от нарушения процессов их усвоения и использования в организме.

Витамины имеют буквенные обозначения, химические названия или названия, характеризующие их по физиологическому действию. В 1956 году всеми странами была принята единая классификация витаминов, которая стала общеупотребительной.

Витамин А - существенный компонент для всех позвоночных, от него зависит острота зрения, хорошее состояние кожной ткани, нормальное развитие костей. Витамин С укрепляет иммунную систему человека. Установлено также, что в результате приёма большого количества аскорбиновой кислоты увеличивается сопротивляемость организма в условиях холода. При регулярном приёме аскорбиновой кислоты предотвращаются заболевания позвоночника, повышается живость и острота ума. Витамины группы В улучшают обмен углеводов, жиров, белков, прекрасные антиоксиданты, препятствуют развитию атеросклероза. Витамин Е препятствует развитию сердечно-сосудистых, нервных, онкологических и других заболеваний. Витамин Д повышает усвоение пищевого кальция, необходим для роста костей. Опыты показывают, что недостаток витаминов приводят к болезням.

Отмечая именно характер научного стиля речи, обращается внимание на словосочетания, в которых есть цепочки существительных в родительном падеже (далее Р.п.):

огромное значение (Р.п.) для обмена (Р.п.) веществ, в результате (Р.п.) приёма аскорбиновой (Р.п.) кислоты, необходим (Р.п.) для роста (Р.п.) костей, оценку (Р.п.) роли и (Р.п.) значения (Р.п.) витаминов (Р.п.) для жизнедеятельности (Р.п.) организма, недостаточность (Р.п.) снабжения (Р.п.) организма и др.

Студенты приходят к выводу, что в научном стиле речи часто встречаются цепочки существительных в родительном падеже.

Какова роль полных прилагательных в научном стиле речи? Записав в тетрадь такие словосочетания, как органические соединения, аскорбиновая кислота, сердечно-сосудистые заболевания, кожная ткань, пищевой кальций, пищеварительный тракт,

экспериментальные авитаминозы, молочный сахар, искусственное молоко, экспериментальные данные, клинические данные, живой организм, растительная пища, физиологическое действие, нервные заболевания, онкологические заболевания и другие, студенты отмечают, что полные прилагательные в научном стиле речи часто используются в качестве определений в составных научных терминах.

В отличие от полных прилагательных, краткие прилагательные и причастия в научном стиле речи выступают в роли составного именного сказуемого:

1. В 1912 году польский биохимик Казимир Функ предложил название «витамины», сложив два латинских слова: «вита» - «жизнь» и «амины» - химические структуры, без которых жизнь невозможна.

2. Метод обнаружения витаминов, применённый Луниным (содержание животных на специальной диете – вызывание экспериментальных авитаминозов), был положен в основу исследований.

3. Но главным был вывод о том, что витамины необходимы для всех живых организмов.

4. В 1956 году всеми странами была принята единая классификация витаминов, которая стала общеупотребительной.

5. Витамин Д повышает усвоение пищевого кальция, необходим для роста костей.

Рассматривая глаголы в тексте «Витамины», студенты обращают внимание на то, что абсолютное большинство глаголов в научном стиле речи употребляется в форме настоящего времени несовершенного вида со значением постоянного действия: является, содержится, облегчает, погибают, служат, принадлежат, получают, принадлежит, получает, обеспечивает и др.

Анализ причастий показывает, что в научном стиле речи встречаются причастия всех видов-временных форм:

1. Витамины – это группа органических соединений, имеющих огромное значение для нормального обмена веществ и жизнедеятельности живых организмов.

2. Н.И.Луинин установил, что при кормлении белых мышей только искусственным молоком, состоящим из казеина, жира, молочного сахара и солей, животные погибают.

3. К.Функ обобщил накопленные к тому времени экспериментальные и клинические данные и пришёл к выводу, что такие заболевания, как цинга, рахит, пеллагра, бери-бери, - болезни пищевой недостаточности, или авитаминоза.

4. Метод обнаружения витаминов, применённый Луниным (содержание животных на специальной диете – вызывание экспериментальных авитаминозов), был положен в основу исследований.

5. Например, микрофлора, обитающая в пищеварительном тракте жвачных животных, обеспечивает их витаминами группы В.

6. Витамины имеют буквенные обозначения, химические названия или названия, характеризующие их по физиологическому действию.

В небольших количествах в научном тексте встречаются также наречия, деепричастия и числительные.

Например, числительные встречаются в таких предложениях:

1. В 1881 году Н.И.Луинин установил, что при кормлении белых мышей только искусственным молоком, состоящим из казеина, жира, молочного сахара и солей, животные погибают.

2. В 1912 году польский биохимик Казимир Функ предложил название «витамины», сложив два латинских

слова: «вита» - «жизнь» и «амины» - химические структуры, без которых жизнь невозможна.

3. В 1956 году всеми странами была принята единая классификация витаминов, которая стала общепотребительной.

Встречается небольшое количество наречий:

1. С этого момента наука о витаминах (витаминология) начала интенсивно развиваться.

2. Отдельные виды животных могут самостоятельно синтезировать те или иные витамины.

3. Человек и животные получают витамины непосредственно с растительной пищей или косвенно – через продукты животного происхождения.

В тексте встречается также деепричастие: В 1912 году польский биохимик Казимир Функ предложил название «витамин», сложив два латинских слова: «вита» - «жизнь» и «амины» - химические структуры, без которых жизнь невозможна.

В конце занятия студенты под руководством преподавателя делают вывод о морфологических особенностях научного стиля речи:

1. Частотность употребления абстрактных (отвлечённых) существительных с суффиксами: -ни(е), -ени(е), -ств(о), -ость.

2. Частотность употребления отглагольных существительных.

3. Частое использование цепочки существительных в Р.п.

4. Использование полных прилагательных в составных научных терминах в качестве определений.

5. Использование кратких прилагательных и причастий в роли составного именного сказуемого.

6. Использование абсолютного большинства глаголов в форме настоящего времени несовершенного вида со значением постоянного действия.

7. Использование причастий всех видов-временных форм.

8. Использование некоторого количества наречий, деепричастий, местоимений и числительных.

Затем на основе выводов студенты составляют кластер к понятию «Морфологические особенности научного стиля речи» и синквейн к слову «Витамины»:

1. Витамины

2. Полезные, необходимые

3. Укрепляют, лечат, стимулируют

4. Первоисточником витаминов служат главным образом растения

5. Источник жизни. Эликсир жизни

Обучение языку специальности предполагает обогащение словарного запаса студентов общенаучной и терминологической лексикой, знаниями о морфологических особенностях научного стиля речи, характерными для научного стиля синтаксическими конструкциями, дальнейшее развитие и совершенствование умений и навыков извлечения основной информации из учебно – научных текстов. Всё это успешно выполняется на занятиях русского языка в Казахстанско-Российском медицинском университете.

Литература

1. Дума Е. Н. Методическая разработка урока по дисциплине «Русский язык и культура речи» на тему: «Стили речи. Научный стиль». г. Солнечногорск, 2016 г. Вид занятия (тип урока): урок-лекция.

2. Чумбалова Г.М. Научный стиль речи (медицинский профиль). Учебное пособие. Алматы, 2010. -104 с.

Резюме. В данной статье представлен опыт изучения морфологии научного стиля речи на основе текста на 1 курсе Казахстанско-Российского медицинского университета. На занятии преследовались следующие цели: образовательные (углубить знания о научном стиле речи), развивающие (развить речевую культуру студентов, выразительность речи), воспитательные (воспитать речевой вкус, пробудить интерес к изучаемой дисциплине). Использовались: раздаточный материал в виде текста научного стиля «Витамины», техническое средство обучения (проектор).

Ключевые слова: научный стиль, витамины, морфология, части речи, кластер, синквейн.

МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖОҒАРҒЫ ОҚУ ОРНЫНДАҒЫ ҒЫЛЫМИ СТИЛЬДІ ЗЕРТТЕУ САБАҒЫ

Чумбалова Г.М., Курманғалиева А.А.

Түйін. Бұл мақалада ҚРМУ 1 курс студенттерімен ғылыми стильдің морфологиясын мәтін негізінде қарастыру тәжірибесі көрсетілген. Сабақ барысында келесі мақсаттар көзделді: білімділік (ғылыми стилін зерттеуді тереңдету), дамытушылық (студенттердің сөйлеу мәдениетін дамыту), тәрбиелік (тілге деген талғам, пәнге деген қызығушылығын тәрбиелеу). Қолданылған материал: «Дәрумендер» атты ғылыми стиліндегі мәтін, проектор.

Түйін сөздер: ғылыми стиль, дәрумендер, морфология, сөз табы, кластер, синквейн.

A STUDY OF SCIENTIFIC STYLE OF SPEECH IS IN MEDICAL INSTITUTION OF HIGHER LEARNING

Chumbalova G.M., Kurmangaliyeva A.A.

Resume: This article presents the experience of studying the morphology of scientific style of speech on the basis of text in the Russian language classes by first-year students of the Kazakh-Russian Medical University. The following objectives were pursued at the lesson: educational (to deepen knowledge about the scientific style of speech), developing (to develop students' speech culture, expressiveness of speech), educational (to cultivate speech taste, to awaken interest in the discipline). Used: handouts in the form of the text of the scientific style "Vitamins", a technical tool of training (projector).

Key words: scientific style, vitamins, morphology, parts of speech, cluster, cinquain.

Система упражнений по развитию связной речи

Акматов Д.К.

НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», старший преподаватель кафедры языковых дисциплин

В данной статье мы попытаемся рассмотреть систему упражнений по развитию связной речи, опираясь на дидактическую теорию методов обучения.

Как известно, с помощью упражнений обучающиеся овладевают таким компонентом содержания образования, как способ деятельности. С помощью упражнений, применяемых в работе по развитию связной речи, обучающиеся овладевают способами творческой деятельности, так как они учатся создавать текст, речевые произведения. Этим объясняются особенности упражнения при обучении связной речи.

Рассматриваемые упражнения характеризуются следующим:

а) строятся на дидактическом материале, представляющем собой текст.

б) содержат задания, которые опираются на обобщенные предписания действий или обобщенные знания (а не правила, указывающие конкретные действия).

Например, сообщается, что есть два способа «сжатия» текста - исключение и обобщение, раскрывается их суть, указываются границы применимости, но что именно надо исключать в конкретном тексте, какие речевые средства обобщения следует использовать, как сжато сформулировать мысль - это каждый решает заново и не по шаблону, поэтому если даже предлагается одно и то же задание (составить план, написать сжатое изложение и т.д.), то оно каждый раз выполняется применительно к другому тексту и носит творческий характер;

в) в них не приводятся образцы выполнения задания. Анализ образцов текста (положительного и негативного характера) используется как прием подготовки к устным и письменным высказываниям (а не как образец выполнения задания);

г) предлагаемые задания требуют при их выполнении сочетания различных действий, в том числе и репродуктивного типа.

Указанные особенности подчеркивают преимущественно творческий характер упражнений по развитию связной речи (не случайно многие из них относятся к творческим работам).

Чтобы организовать речевую деятельность обучающихся в работе по развитию связной речи, преподаватель действует самым различным образом. Например, для того чтобы обучающиеся усвоили определенные знания о том, как строится описание, какие требования предъявляются к устному докладу, какое значение имеет систематизация материала к сочинению и т.д., преподаватель может использовать рассказ, чтобы передать необходимую информацию в готовом виде (объяснительно - иллюстративный, или информационно - рецептивный метод), или беседу, в ходе которой обучающиеся сами, но с помощью преподавателя сделают выводы, разовьют некоторые выдвинутые им положения, пользуясь данными или самостоятельно найденными примерами (эвристический, или частично - поисковый метод). При этом во многих

случаях используется текст.

Однако усвоение особенностей речевого произведения и овладение способами его создания происходит только в процессе выполнения упражнений. При этом нередко слово преподавателя, беседа включаются в упражнение, так как сообщаемые преподавателем теоретические знания носят практический характер.

Вопрос о типологии упражнений при обучении связной речи не разработан в методике, хотя такие попытки предпринимались. Обычно указывается, что рассматриваемые упражнения различаются по цели: обучающие (подготовительные) и проверочные (контрольные); по месту оформления работы: и домашние; по форме словесного выражения мысли: устные и письменные; по мыслительным операциям, которых они требуют от обучающегося: аналитические, аналитическо-синтетические, синтетические.

Первые три из указанных параметров относятся к любым упражнениям и потому мало раскрывают существо дела, последний - чисто логического недостаточен для характеристики речевых упражнений.

С нашей точки зрения, упражнения при обучении связной речи должны быть охарактеризованы, во-первых, по содержательной задаче: упражнения направленные на овладение умением раскрыть тему высказывания, строить рассуждения, выступать с докладом и т.д.; во-вторых, по заданиям, которые программируют учебные действия обучающихся, усвоение ими определенных знаний и способ деятельности.

Задания в упражнениях по развитию связной речи организуют учебные действия, которые связаны с работой над текстом - готовым и создаваемым. И потому, как соотносятся действия по готовому и создаваемому тексту, можно выделить пять групп упражнений.

Рассмотрим каждую из них.

1. Упражнения аналитического характера по готовому тексту. Среди заданий этой группы упражнений выделяются:

а) задания, требующие в основном анализа текста. Например:

определите (найдите) основную мысль высказывания, сформулированную вторым; позицию, с которой описывается местность, (автор указывает на эту позицию); часть в которой содержится доказательство..., в которой дается описание того-то и т.д.; озаглавьте отрывок словами текста;

Проследите зависимость употребления таких-то языковых средств от задачи (замысла) высказывания и т.д.;

Найдите (определите) в тексте лишнее; часть которую следовало бы расширить; неудачно введенные в текст цитаты и т.д. Объясните правку текста, произведенную автором, и т.д.

б) задания, требующие при анализе сравнение текстов. Например:

Сопоставьте план, тезисы и конспект;

Сравните отзыв о фильме и рецензию на него.

Укажите общее в данных текстах и их отличия (сравниваются тексты на одну тему, но различающиеся смыслом, жанром, стилем, композиционной формой и т.д.).

II. Упражнения аналитико - речевого характера по готовому тексту

Задания и этих упражнениях требуют анализы, абстрагирования, обобщения и определенных речевых действий, в результате чего на базе готового текста создаются элементы текста (но не текст в целом).

Например:

Сформулируйте тему высказывания, основную мысль автора.

Озаглавьте текст (придумайте заголовок);

Составьте композиционную схему текста.

III. Упражнения на переработку готового текста. Задания в этих упражнениях требуют исправления текста, в результате чего возникают усовершенствованные, новые или обновленные (переработанные) части текста. Например:

Введите в текст цитаты, подтверждающие высказанные автором суждения;

Исключите из текста лишнее (повторения);

Придайте тексту в соответствии с замыслом автора более ярко выраженный публицистический характер;

Устраните непоследовательность в изложении материала, внесите необходимую правку (необходимые исправления) в текст сочинения (отредактируйте текст).

IV. Упражнения, требующие создания нового текста на основе данного (готового). Например:

(составьте план текста, тезисы к нему);

Изложите подробно (сжато) такую-то часть текста или весь текст;

Подготовленные сообщения на такую-то тему текста или весь текст.

Ответьте на вопрос, поставленный в тексте и т.д.;

Перестройте данный рассказ, чтобы он начинался с самого интересного эпизода;

Разверните данный сюжет (сюжетную схему) в рассказ.

Запишите услышанный рассказ и т.д.

V. Упражнения, тренирующие обучающихся и создании своего (в новом смысле этого слова) текста. Например:

Составьте план сочинения, тезисы выступления;

Напишите сочинение на такую-то тему или на одну из данных тем; Нетрудно заметить, что упражнения последних двух групп на виды работ, которые принято называть в методике изложениями и сочинениями (за исключением первых заданий на составление плана и тезисов). Они издавна выделяются методистами, считаются основными видами упражнений, служащими задачам развития связной речи обучающихся (как устной, так и письменной), и относятся к числу более разработанных в методике (поэтому в данной статье мы не останавливаемся на их подробной характеристике).

Разумеется, приведенная выше группировка упражнений весьма условна. Анализ, как правило, сочетается с синтезом, сравнение предполагает отвлечение и обобщение и т.д. кроме того, в реальном педагогическом процессе различные по характеру и сложности задания сочетаются между собой, объединяются общей задачей, требующей решения. Однако осмысление типологии заданий имеет большое значение и для теории, и для практики обучения.

Эффективность применения упражнений во многом зависит от того, как сочетаются между собой отдельные задания, в какой последовательности они предлагаются, обеспечивается ли постепенное усложнение деятельности обучающихся, формирование умения создавать текст. В общем виде "движение" от первой группы упражнений к последней программирует нарастание трудностей. Однако на самом деле все не так- просто, как может показаться. Сложность выполнения задания зависит от степени участия преподавателя в работе, от его помощи обучающимся. Трудность воспроизведения текста зависит от его объема, содержания, языкового оформления и т.д. сложность сочинения определяется его темой, жанром, источником получения материала и т.д. Таким образом, внутри упражнений одной группы может быть своя граница трудностей (сложности) упражнений.

Отсутствие специальных исследований, посвященных изучению взаимодействия отдельных приемов, приводит к тому, что создаваемые на эмпирическом уровне "системы" упражнений недостаточно эффективны. Так, до недавнего времени считалось, что изложение должно предшествовать сочинению такого же типа. Исследование вопроса о взаимовлиянии изложений и сочинений типа описания (человека, помещения) показало, что где проводятся эти сочинения, эффективна такая последовательность работы над описанием, при которой изложения проводятся не до, а после соответствующих сочинений. Другое исследование (в частности, лабораторный перекрестный эксперимент, в ходе которого одной группе обучающихся предлагалось описывать натуральный предмет, другой группе обучающихся этот же предмет, но изображенный на картине) позволило установить, что описание изображенных на картине предметов затрудняет обучающихся меньше, чем описание тех же предметов "с натуры", что описать изображенное, в том числе и на сюжетной картине, легче чем составить рассказ на основе увиденного. В результате удалось определить место использования сочинений по картине в системе упражнений по речи обучающихся. В частности, доказана целесообразность использования натюрморта для работы над описанием. В этом случае сочинение-описание изображенного на картине служит своеобразным подготовительным этапом к самостоятельному сочинению-описанию на основе жизненного опыта, по наблюдениям, по воображению.

Итак, о системе упражнений можно говорить только в том случае, если каждая из проводимых работ выполняет свою роль в формировании определенного коммуникативного умения, целенаправленны, последующие опираются на предыдущие и поднимают обучающихся на новый уровень овладения умением. Системный подход к решению вопросов развития речи открывает возможности более экономного и рационального использования времени, которое отводится для работы по развитию речи на занятиях родного языка. Разработка системы упражнений — важнейшее условие повышения действенности обучения связной речи.

Литература:

1. Добромислов В.А. Вопросы типологии упражнений при обучении связной речи. — М., 1975.
2. Лернер И.А. Дидактическая система методов обучения. — М., 1976.
3. Лернер И.А. Проблемное обучение. — М., 1974.

УДК 615.322

Геропротекция и профилактика заболеваний ПОЖИЛЫХ

Северова Е.А., Манишарипова А.Т., Третьякова С.Н., Давыденко М., Ешманова А.К., Искалиева С.А.,
Манишарипов Д., Аубакиров А., Жунусова С.
КазРосмедуниверситет, Алматы, РК
Ассоциация молодых медиков, Алматы, РК
АО Национальный медицинский университет, Алматы, РК

Аннотация. Известно, что распространенные возрастзависимые заболевания связаны с нарушением антиоксидантной системы организма в условиях изменяющейся среды. В работе показаны результаты изучения свойств антиоксидантной композиции, предназначенной для адаптации организма при процессах старения в зонах с изменяющейся средой. В доклинических исследованиях выявлено, что препарат не оказывает токсического действия в условиях изменяющейся среды.

Ключевые слова. Антиоксидант, доклинические исследования, среда.

Известно, что распространенные возрастзависимые заболевания связаны с нарушением баланса показателей про- и антиоксидантной системы организма в условиях изменяющейся среды [1, 2]. Для нормализации этих процессов предлагаются различные антиоксидантные препараты [3]. Благодаря широкому спектру фармакологической активности, комплексному воздействию на организм растительные лекарственные средства с антиоксидантным действием широко применяются в геронтологической практике [4]. Поэтому была разработана фитокомпозиция «Ювелакс», которая проявляет антиоксидантные свойства и может быть средством для улучшения активного долголетия.

Целью работы

было разработка растительной антиоксидантной фитокомпозиции для антиэйджинговых программ в условиях изменяющейся среды.

Материалы и методы

Разработана оригинальная технология производства масляного бальзама из лекарственных трав с учетом закономерностей выхода биологически активных веществ от технологических факторов, а также разработаны спецификации качества и стандартизация фитокомпозиции (патент РК № 24818). Физико-химические свойства фитопрепарата изучены методом спектрофотометрии. Исследования хронической токсичности «Ювелакса» на животных проводились согласно «Правилам проведения доклинических исследований, медико-биологических экспериментов и клинических испытаний в Республике Казахстан» утвержденным приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан (№442) в соответствии с Госстандартом Республики

Казахстан «Надлежащая лабораторная практика. Основные положения», утвержденным приказом Министра индустрии и торговли РК от 29 декабря 2006 года (№ 575 и № 557). При проведении экспериментов руководствовались рекомендациями, изложенными в «Европейской конвенции о защите позвоночных животных, используемых в экспериментальных и научных целях», Страсбург 18 марта 1986 г.

Были проведены тесты на белых лабораторных 124 крысах обоего пола для определения токсичности препарата (12 месяцев). Животные до начала экспериментов были помещены в карантин на две недели. Во время карантина проводился ежедневный осмотр животных. Экспериментальные группы животных формировали методом случайной выборки с учетом массы тела в качестве определяющего показателя.

В исследовании учитывались рекомендации, изложенные в «Руководстве по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических веществ» [5]. У всех животных проводили определение массы тела и их органов (весы BL 120 Sartorius), гематологические, биохимические, макроскопические, гистологические показатели (DM2500 Leica) по стандартным методикам на анализаторах крови. Распределения, являющиеся приближенно нормальными, описывались средним (M) и среднеквадратичным отклонением (SD) для всех животных в группе. Для описания распределений, не являющихся нормальными, применяли медиану и интерквартильный размах. Интерквартильный размах указывался в виде 25% и 75% процентилей. Сравнение показателей, имеющих нормальное распределение, проводили между двумя группами с использованием двухстороннего критерия Стьюдента [6]. При сравнении показателей, которые не подчиняются нормальному распределению, использовали Т-критерий Манна-Уитни [6].

Результаты и их обсуждение

В процессе работы была создана фитокомпозиция по оригинальной методике, которая содержит масло тыквы, зародышей пшеницы, крапивы, облепихи, пальмы в соответствующих концентрациях и пропорциях. Так, действие основного компонента фитокомпозиции - масла тыквы обусловлено входящими в их состав биологически активными веществами: токоферолами, каротиноидами, фосфолипидами, стеринами, фосфатидами, флавоноидами, витаминами, насыщенными, ненасыщенными и полиненасыщенными жирными кислотами, микроэлементами [2].

Фитокомпозиция прошла государственную систему сертификации Республики Казахстан и имеет сертификат соответствия (KZ.7500678.05.01.01959 от 17 апреля 2013г), зарегистрированный в государственном реестре и соответствует требованиям безопасности и качества, установленным СТ ТОО 01330509-02-2006 пп.3.2.2, 3.2.3, 3.2.5. Фитокомпозиция прошла государственную регистрацию и установлено, что фитокомпозиция соответствует нормативу «Гигиенические требования к безопасности и пищевой ценности пищевых продуктов».

Протокол испытаний на органолептические свойства показал, что фитокомпозиция соответствует требованиям ГОСТа. Это легкоподвижная масляная жидкость без осадка, с цветом соответствующей используемому сырью, с красноватым оттенком, со вкусом и запахом, свойственным используемому сырью, без постороннего запаха и привкуса.

Исследования на токсические элементы, пестициды, митотоксины, радионуклиды и микробиологические показатели показали, что препарат не содержит этих элементов.

Исследования физико-химических свойств фитокомпозиции показали, что содержание в ней токоферола ацетата составляет 47,5 мг на 100 г, бета-каротина - 26,9 мг на 100 г, аскорбиновой кислоты - 5,7 мг на 100 г, имеются следы витамина А. Плотность фитокомпозиции составляет 0,914г/см³, сухое вещество - 72,4 %, кислотное число соответствует 0,26 мг КОН/г.

При длительном пероральном введении средства «Ювелакс» не наблюдалось признаков интоксикации и гибели животных. Не выявлено половых различий в чувствительности крыс к действию препарата. Результаты токсиметрии, данные наблюдений на протяжении 180 дней после ежедневного введения «Ювелакса» свидетельствуют об отсутствии патологических изменений в поведении и соматических показателях у животных. Результаты исследования «Ювелакса» при его пероральном введении один раз в сутки, в течение 60, 90, 120, 150, 180, 210 дней, в дозе 0,3 мл/кг у крыс обоего пола в сравнении с контрольным веществом показали, что величины изменений физиологических показателей, вызванных применением препаратов, статистически достоверно не отличались друг от друга. Во всех тестах степень изменения показателей, вызванных контрольным веществом и препаратом «Ювелакс», была практически одинакова; достоверного различия между группами не отмечалось ($p > 0,05$). При исследовании влияния применения «Ювелакса» на гематологические показатели не выявлено патологических изменений на всех сроках наблюдения. Так, на протяжении хронического эксперимента не установлено статистически значимых различий в количестве эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов и уровне гемоглобина у животных, получавших «Ювелакс» по сравнению с контрольными животными. В условиях хронического применения «Ювелакса» не выявлено существенных изменений в уровне общего белка в сыворотке крови, что указывает на стабильность белковообразующей функции печени ($p > 0,05$). Для выявления возможного повреждающего действия «Ювелакса» на печень, исследовали активность аспартат-аланинаминотрансфераз, щелочной фосфата-

зы и общей лактатдегидрогеназы сыворотки крови. На протяжении всего хронического эксперимента изменения активности этих ферментов в сыворотке крови животных всех подопытных групп не выходили за пределы физиологической нормы для данного вида лабораторных животных ($p > 0,05$). Активность аминотрансфераз, лактатдегидрогеназы, а также щелочной фосфатазы у животных обоего пола, получавших «Ювелакс» в течение эксперимента, существенно не отличались от соответствующих показателей в контроле ($p > 0,05$). Данные макро- и микроскопических исследований показали отсутствие токсического действия «Ювелакса» при его хроническом введении.

Таким образом, нами проведены доклинические исследования антиоксидантного фитопрепарата и выявлено, что фитокомпозиция не обладает токсичностью, что может быть использовано для профилактики заболеваний в условиях изменяющейся среды.

Список литературы

- 1 Обухова Л.К. Экспериментальное продление жизни антиоксидантами: границы возможного // Биологические механизмы старения V международный симпозиум Тезисы докладов 30 мая - 1 июня 2002 года. - Харьков 2002 г. - с. 7-8.
- 2 Клиническая фармакология по Гудману и Гилману. Под общей редакцией А. Г. Гилмана. - М., Практика, 2006. - 1648 с.
- 3 Бышевский А.Ш., Галян С.Л., Ральченко И.В., Рудзевич А.Ю., Алборов Р.Г., Винокурова Е.А., Волков А.И., Умутбаева М.К. Влияние комбинации витаминов-антиоксидантов на гемостаз при экспериментальной гипероксидации // Экспериментальная и клиническая фармакология. - 2005. - Т. 68. - № 3. - С. 34-36.
- 4 Гуманова Н.Г., Артющкова Е.Б., Метельская В.А., Кочаров В.И., Покровская Т.Г., Даниленко Л.М., Корнеев М.М., Покровский М.В., Пашин Е.Н. Влияние антиоксидантов пкQ510 и резвератрола на регуляторную функцию эндотелия у крыс с моделированной артериальной гипертензией // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. - 2007. - Т. 143. - № 6. - С. 619-622.
- 5 Руководство по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических веществ // под общей ред. член-корреспондента РАМН, проф. Р.У. Хабриева. - 2-изд., перераб и доп. - М.: ОАО «Издательство «Медицина». - 2005. - 832 с.
- 6 Гланц С. Медико-биологическая статистика. - М.: Практика. - 1999. - 215с.

Summary

Study Of Preparation For The Adaptation Of The Organism

Ertazoeva Simbat (7th year student of the KRMU), Mansharipov Daniyar (2nd year student of the KRMU), Aubakirov A (2nd year student of the KRMU), Kuzhymukhan A. (1st year student of the KRMU), Mansharipova A.T. KRMU, Almaty, Kazakhstan.

It is known that the common age-related diseases associated with impaired antioxidant system in a changing environment. The paper shows the results of studying the antioxidant properties of the composition for the adaptation of the organism in aging processes in areas with a changing environment. In preclinical studies showed that the drug has no toxic effect in a changing environment.

Стоматологиялық кәсіби тілдің үш қыры

Құлманбетов И.Ә., Құлманбетов Р.И., С. Х. Шарипова
С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ-дың стоматология факультеті
МЕББМ Қазақстан-Ресей Медициналық Университеті
стоматология факультеті

Түйіндеме. Тақырыпқа байланысты лингвистикалық бағдарлама тілдескіш, терминологиялық сөздік және медициналық мақал-мәтелдерді пайдалану арқылы жүзеге асырылған.

Түйін сөздер: лингвистика, терминология, полилингвизм, мақал мен мәтелдер, үш тілдік оқыту үрдісі, білім, дағды, іскерлік.

Зерттеудің өзектілігі. Біздің көп ұлттық елімізде қазақ тілі мемлекеттік тіл болса, орыс тілі ұлттаралық қатынас тіл болып табылады. Қазақстан Республикасы тәуелсіз болған жолдардан бері қоғам өмірінде қазақ тілінің рөлі күрт өсіп, беделі артты. Бұл мәселе, әсіресе, ұлты әр түрлі науқастарды қабылдайтын дәрігерлер үшін маңызды. Әр дәрігер өзінің күнделікті тәжірибесінде қазақ және орыс тілін тең дәрежеде пайдалануы тиіс. Қазіргі таңда ағылшын тілін білу де уақыт талабына айналды. Әсіресе, білім сапасының аса жоғары құндылыққа айналуы, дәрігер мамандарды даярлауға деген талаптың күшеюі, ақпараттың күннен-күнге өсуі – осының барлығы университетте тілдерді оқытудың белгілі мақсаттарын қайта қарастыруға түрткі болып отыр. Әлемдік білім беру кеңістігінде және ықпалдасу үрдістерінің тереңдеуі барысында лингвистикалық біліктілік қарым-қатынастық кілтіне айналды. Оның үстіне біздің ҚазҰМУ-да жасалған тілдер бағдарламасы өзінің мазмұны, құрылымы бар толыққанды курс болып табылады және ол коммуникативті тұрғыда бағдарланып, кәсіби бағытталған [1,2,3,4].

Зерттеудің мақсаты. Оқыту үрдісіне, яғни студенттерге, дәрігер интерндерге үш тілдік білім беру жүйесін енгізу, үш тілдегі сөздердің мағынасын ашуға талпыныс жасау.

Зерттеудің әдістері мен материалдары. Белгілі-бір тақырыпты игеру барысында студенттер мен дәрігер-интерндер немесе жас дәрігерлер өз мамандықтары

бойынша қарым-қатынас орнатуға қажетті лексикалық сөздік қор жинақтай алатыны белгілі.

Жоғарыда аталған мақсатқа сәйкес лингвистикалық әдістер яғни тілдескіш, стоматологиялық терминдер сөздігі және медициналық мақал-мәтелдер үш тілдік (орысша-қазақша-ағылшынша) тұрғыдан қарастырылып аталмыш оқыту бағдарламасын іске асыруға пайдаланылды.

Зерттеудің нәтижесі. «Орысша-қазақша-ағылшынша тілдескіш» дәрігер-стоматологпен науқас арасындағы кейбір жағдайда туындайтын сұрақтар мен жауаптардан тұратын диалог ретінде құрастырылды [5,6,7]. Оған мынандай мысалдар келтіруге болады. «Дәрігер-стоматолог-терапевтің қабылдауындағы» жағдаят (ситуация):

В р а ч : Здравствуйте!	- Сәлеметсіз бе!	Doctor: Hello!
Врач: - Проходите, пожалуйста.	Дәрігер: -Төрлетіңіз.	Doctor: Come in, please.
Врач: - Садитесь, пожалуйста, в кресло, я проведу осмотр.	Дәрігер: -Мына креслоға отырыңыз, мен қара тексерейін.	Doctor: Please sit down in a chair, I will hold examination.
Врач: - Как Вас зовут?	Дәрігер: -Сіздің есіміңіз кім?	Doctor: What's your name?
Пациент: - Меня зовут...	Науқас: - Менің есімім...	Patient: My name is...
Врач: - На что жалуетесь?	Дәрігер: -Шағымыңыз қандай?	Doctor: What to complain?
Пациент: - Болят зуб.	Науқас: - Тісім ауырады.	Patient: Toothache.

Екінші әдіс бойынша стоматологиялық терминдер сөздігі үш тілдік оқыту бағдарламасына сай төменгідей түрде құрастырылды. Олар:

Орысша	Қазақша	Ағылшынша
Укорочение зубов	Тістерді қысқарту	Dental abbreviation
Неправильный прикус	Қисық тістем	Occlusion abnormality
Стирание (зубов)	Қажалу (тістің)	Abrasion
Анкилоз	Тасбуын	Acampsica
Опорный зуб	Тірек тіс	Abutment
Разрастание десны	Қызылиектің үлкеюі	Gingival accretion
Обезболивающее средство	Жансыздандырушы дәрілер	Accsodyne
Невралгия тройничного нерва	Үштармақты нерв невралгиясы	Trigeminal neuralgia

Оттисная масса	Қалып алғыш пасталар	Impression paste
Пародонтоз	Қанжел	Periodontosis
Зубной налет	Тіс қағы	Dentobacterial plaque
Базисная пластинка протеза зубов	Тіс протезінің базистік пластинкасы	Base plate
Базис протеза зубов	Тіс протезінің базисі	Olentaepiante
Частичный съемный протез зубов	Жартылай алмалы салмалы тіс протезі	Partial plate
Ортодонтические щипцы	Ортодонтиялық қысқаш	Orthodontic pliers
Десневой карман	Қызылиек қалтасы	Gingival pocket
Тело мостовидного протеза	Көпір тәрізді протездің денесі	Pontic
Окклюзионные отношения челюстей	Жақ сүйектердің окклюзиялық қатынасы	Acclusal position
Шинирование зубов	Тістерге шендеуіш салу	Splinting teeth
Пломбированный зуб	Пломбыланған тіс	Filled tooth
Обложенный язык	Өңезді тіл	Furred tonque
Зубной имплантат	Тіс имплантанты	Dental implant
Наконечник для бормашины	Бормашина ұштығы	Dental handpiece
Үш тілдік оқыту бағдарламасын жүзеге асыру үшін коммуникативтік дағдыларды мақал- мәтелдер арқылы жетілдіруді жөн көрдік. Қанша дегенмен «мақал бекер айтылмас болар» (пословица не даром молвится). Сол сияқты “даналық-мәтелде” (в поговорке мудрость) деп тіл арқылы ой- пікір алмасуға, ақпарат жеткізуге мән бердік.		
Орысша	Қазақша	Ағылшынша
В здоровом теле, здоровый дух	Тәні саудың жаны сау	A sound mind in a sound body
Кто болезнь скрывает, тот со смертью играет	Ауруын жасырған өледі	Who conceals his illness, that plays with death
Еда человеку силу дает	Ас адамның арқауы	Meal gives the person strength
Здоровье выходит пудами, а входит золотниками.	Кесел батпандап кіріп, мысқалдап шығады.	Mischief come by the pound and go away by the ounce.
Кто рано ложится и рано встает, здоровье, богатство и ум наживет.	Ерте тұрған елден озады.	Early go to bed and early to rise makes a man healthy, wealthy and wise.
Тяжело болеть, тяжелее того над болью.	Сұрап алған аурудың емі жоқ.	The evils we bring on ourselves are the hardest to bear.
Здоровье дороже богатства.	Денсаулық-зор байлық.	Health is better than wealth.
Чистота-залог здоровья.	Тазалық бар жерде денсаулық бар.	If each would sweep before his own door, he should have a clean city.
Предупреждение лучше лечения.	Алдын алу ауруды жеңу.	Prevention is better than cure.
Аптека и лечит, как калечит.	Сәтін салса, дәрі ауруға -ем, сәтін салмаса, дәрі-у.	The remedy is worse than the disease.
Чем ушибся, тем и лечись.	Неден ұшынсаң, сонымен емдел.	Take a hair of the dog that bit you.

Қорытынды: Сонымен, үш тілдік оқыту бағдарламасын жүзеге асыру үшін тілдескішті, стоматологиялық терминдер сөздігін және медициналық мақал-мәтелдерді пайдалану оқу сапасын көтеруге мүмкіндік береді. Стоматологиялық көмек көрсету кезінде дәрігер стоматолог пен науқас

адамның бір- бірімен еркін тілдесуіне жәрдемдеседі. Соның арқасында сапалы ем мен стоматологиялық денсаулыққа қол жеткізуге ықпал ететін өзара серіктестік қарым-қатынас қалыптасады.

Үш тілдік оқыту жүйесі әлеуметтік және кәсіби бағытталған қарым- қатынас аясында, тілдерді

белсенді түрде меңгеруге ынта-ықылас тугызып, болашақ дәрігер маманның мәдени және лингвистикалық біліктілігін арттыруға көмектеседі.

ПАЙДАЛАНҒАН ӘДЕБИЕТ:

1. Ақанов А.А., Есенжанова Г.М., Абирова М.А., С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ -да үш тілдік оқыту бағдарламасы. Алматы, 2009.

2. Ахметов М. Медициналық терминдер сөздігі. Орысша-қазақша- ағылшынша. Алматы, 2009.

3. Сауранбаев Н.Т., Мусабаяев Г.Г. Русско - казахский словарь. - Алматы, 2005.

4. Құлманбетов И.А., Құлманбетов Р.И. Русско - казахский стоматологический словарь. - Алматы, 2004.

5. Құлманбетов И.А. Казахско-русский медицинский словарь для стоматологов. - Алматы, 2006.

6. Радзевич А.Э., Куланов Ю.А., Госьева Е.В. Краткий толковый словарь медицинских терминов. - М., 2004.

7. Драгункин А. Самоучитель английского языка. - М., 2011.

Три грани профессионального стоматологического языка

КУЛЬМАНБЕТОВ И.А., КУЛЬМАНБЕТОВ Р.И., ШАРИПОВА С.К.

КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, стоматологический факультет,

НУО «Казахстанско–Российский медицинский университет», стоматологический факультет.

Резюме: Языковая компетенция студентов находит свое развитие путем составления разговорника, словаря стоматологических терминов, пословиц и поговорок на медицинскую тему в плане трехязычного (казахского, русского, английского) обучения.

Ключевые слова: лингвистическая компетенция, разговорник, стоматологические термины, полилингвизм.

Three facets of professional dental language

ISATAI A. KULMANBETOV, RUSLANI. KULMANBETO, SAULE K. SHARIPOVA

Kazakh National Medical University named after Asphendiarov S.D., Faculty of Dentistry

Kazakh- Russian Medical University, Faculty of Dentistry
The ways of trilingual education program development.

Summary: Language competence of students finds its development by forming of phrasebook, dictionary dentistry terms, proverbs and sayings on medical theme in plan of trilingual (Kazakh, Russian, English) education.

Keywords: linguistic competence, phrasebook, dentistry terms, multilingualism.

О рыночной экономике в системе здравоохранения

*Тинасилов М.Д., Оракбай Л.Ж., Рахметова К.У., Уркумбаева А.Р.
НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет»*

Здоровье населения и экономика тесно связаны друг с другом. Здравоохранение потребляет часть валового национального продукта. Экономические достижения в обществе, уровень экономического развития, благосостояния существенно отражаются на состоянии здоровья населения. Здоровье населения является критерием качества народонаселения, с которым связаны оценка уровня образования и культуры, профессиональной подготовки, производительности труда. Здоровье нации – это способность к воспроизводству трудового потенциала, трудовых ресурсов, с чем связано увеличение производительных сил. В этом заключается непреходящая экономическая ценность для общества. Старение населения, распространение острых и хронических заболеваний, и процессы инвалидов, наносят ущерб производительным силам общества, сказываются на экономическом развитии стран.

Охрана и укрепление здоровья населения представляет собой многогранную систему государственных, общественных, социально-экономических и медицинских мероприятий, в основе которых лежат профилактическая направленность, единство медицинской науки и практики, широкое использование достижений научно-технического прогресса, разработка и внедрение научно обоснованной системы мероприятий, осуществляемых органами государственного и местного самоуправления, позволяющих наиболее полно и результативно сочетать потребности населения в медицинской помощи, лекарственным обеспечении и санитарно-противоэпидемическом обслуживании с экономическими возможностями ее удовлетворения.

Современное состояние здравоохранения в Казахстане характеризуется недостаточным ресурсным и финансовым обеспечением, низкой эффективностью деятельности лечебно-профилактических учреждений, неадекватным качеством медицинской помощи при наличии достаточной обеспеченности населения врачебными кадрами и больничными койками.

Переход региональных комплексов в РК на принципы рыночной экономики в условиях либерализации цен, высокого уровня инфляции и дефицита государственного бюджета остро поставил проблему выживаемости здравоохранения, находящегося на бюджетном финансировании. Сегодня здравоохранение переживает серьезный кризис в связи:

- с недостатком финансовых и материальных ресурсов,
- низкой оплатой труда,
- отсутствием организационно-экономического механизма,
- адекватность рыночной экономике.

В этих условиях возрастает значение поиска адекватных форм социальной поддержки здравоохранения, в том числе реформирования организационно-хозяйственного механизма на принципах социальной рыночной экономики, обеспечивающих не только выживание данной сферы, но и дальнейшее развитие в рыночной среде.

В современных условиях рациональная стратегия не только развития, но и функционирования здравоохранения предполагает опережение качественных параметров изменений по сравнению с количественными. В другом направлении средства, вкладываемые в данную сферу, не дадут должного результата.

В системе экономики здравоохранение Республики Казахстан гарантировало всем гражданам бесплатное и общедоступное медицинское обслуживание. Практика финансирования отрасли здравоохранения за счет средств государственного бюджета приводила к постоянному снижению доли расходов на медицину в общей сумме бюджетных ассигнований. В результате недостаточное финансирование, с одной стороны, и нерациональное использование средств — с другой, привели отрасль к критическому состоянию. Резкое падение большинства показателей, характеризующих уровень медицинской помощи, сделало очевидным необходимость принципиальной перестройки отечественного здравоохранения.

По данным ВОЗ и Всемирного Банка Развития, одним из путей выхода отрасли из кризиса было внедрение в систему здравоохранения, начиная с начала 90-х годов, новых форм управления, планирования и финансирования. В этот период начался активный поиск оптимальных форм и методов хозяйствования сферы здравоохранения в новых экономических условиях.

Практический опыт некоторых международных медицинских организаций реализации реформы в здравоохранении показал, что не был решен важнейший вопрос - не устранен остаточный принцип финансирования здравоохранения. Кроме того, отсутствовал механизм надежного контроля необходимых объемов и качества медицинской помощи.

Из анализов мировых ученых-экономистов известно, что простое увеличение ассигнований в любую сферу деятельности не позволяет рассчитывать на соответствующее повышение ее эффективности. В условиях экономического кризиса возникли реальные предпосылки и социальная необходимость коренной перестройки деятельности всей системы здравоохранения.

В современных условиях развитию сферы здравоохранения и их совершенствованию оптимальной модели управления и финансирования здравоохранения, соединяющей в себе социальную направленность и элементы рыночных отношений посредством медицинского страхования, придается особое значение.

Рыночная экономика, формирующаяся в Казахстане и постепенно все более охватывающая различные сферы деятельности, имеет свои принципы, к которым относятся:

- свобода выбора видов и форм деятельности;
- всеобщность рынка;
- равноправие рыночных субъектов с различными формами собственности; саморегулирование деятельности; принцип договорных отношений;
- свобода ценообразования;

- самофинансирование;
- децентрализация управления и самостоятельность;
- экономическая ответственность;
- государственное регулирование;
- конкуренция и механизмы социальной защиты.

Здравоохранение в условиях современной рыночной экономики в той или иной мере использует ее законы и принципы для решения своих задач, поэтому знание основ рыночной экономики столь необходимо специалистам системы здравоохранения. Система экономических наук включает политэкономию, экономическую теорию, отраслевые экономические науки. Экономика здравоохранения является одной из таких экономических наук.

Следовательно, экономика здравоохранения - это отраслевая экономическая наука, которая изучает проблемы эффективного использования ограниченных ресурсов здравоохранения, управления ими для максимального удовлетворения потребностей людей в здоровье, товарах и услугах медицинского назначения.

В целях функционирования модернизации системы здравоохранения Республики Казахстан, как и любой другой отрасли, необходимы правовая, экономическая, структурная или организационная и социально-психологическая основы. Для гармоничного формирования основ здравоохранения в новых условиях рынка медицинских услуг специалистам нужно иметь экономическое мышление, основанное на изучении того, как принимаются рациональные решения, исходя из сопоставления результатов (выгод) и затрат (издержек). При изучении экономики здравоохранения детально рассматриваются две основные категории:

- стоимость
- эффективность.

В связи с этим, конечной целью всей экономической деятельности медицинских организации является удовлетворение многообразных потребностей пациентов и юридических учреждений, в том числе потребностей, в товарах и услугах здравоохранения, в здоровье.

Список литературы:

1. Герасименко Н. Ф., Кадыров Ф. Н. «Актуальные вопросы правового регулирования экономических аспектов деятельности учреждений здравоохранения» // *Здравоохранение РК*. – 2004. - № 2.
2. Баранов А.А. Формирование государственной политики в области здравоохранения в РК: проблемы и решения. – 2014. - №6.
3. Филатов В.Б. Мировой рынок здравоохранения: состояние и развитие. – 2014. - №6.
4. Стародубов В.И. Приоритеты развития здравоохранения. – 2014. - №5.
5. Ямщиков А.С., Попенко И.Г. Системные аспекты управления эффективностью в здравоохранении. – 2004. - №9.
6. Тинасилов М.Д., Уркумбаева А.Р. Инновационная деятельность и оценка медицинской технологии Казахстана // *Научный и информационный журнал «Наука и инновационные технологии» при МОН КР*. – Бишкек: Типография «Maxprint», 2017. - С. 28-32.
7. Тинасилов М.Д., Уркумбаева А.Р. Инновация здравоохранения Республики Казахстан в условиях новой модели экономического роста // *Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины*. - № 4 (18). - 2017. - С. 14-15.
8. Тинасилов М.Д. Модернизация технологических систем – важный рычаг роста экономики Казахстана // *Научный и информационный журнал «Наука и инновационные технологии» при МОН КР*. – Бишкек: Типография «Maxprint», 2018. - С. 157-160.

Уголовная ответственность за медицинские уголовные правонарушения

*Алтысбаева К., ст. преподаватель
кафедры «Истории Казахстана и социально-гуманитарных дисциплин»
Казахстанско-Российского Медицинского Университета*

Аннотация. В данной статье рассматриваются виды медицинских уголовных правонарушений и наказания за них с учетом тяжести совершения деяния, формы вины и других обстоятельств.

Медицинские уголовные правонарушения – это один из специализированных со своими сложностями виды уголовных правонарушений, для расследования которых требуются высокий профессионализм, различные виды экспертиз и консультаций врачей.

Как показывает практика, распространенными причинами совершения медицинских уголовных правонарушений являются халатное отношение к пациенту, несвоевременная и неквалифицированная медицинская помощь, установление неправильных диагнозов, разглашение врачебной тайны и другие. К сожалению, такие служебные проступки часто приводят к летальным исходам либо неотвратимым последствиям, нанося существенный вред здоровью граждан.

Согласно ст.10 Уголовного Кодекса РК, уголовные правонарушения в зависимости от степени общественной опасности и наказуемости подразделяются на преступления и уголовные проступки. Преступлением признается совершенное виновно общественно опасное деяние (действие или бездействие), запрещенное настоящим Кодексом под угрозой наказания в виде штрафа, исправительных работ, ограничения свободы, лишения свободы или смертной казни. Уголовным проступком признается совершенное виновно деяние (действие либо бездействие), не представляющее большой общественной опасности, причинившее незначительный вред либо создавшее угрозу причинения вреда личности, организации, обществу или государству, за совершение которого предусмотрено наказание в виде штрафа, исправительных работ, привлечения к общественным работам, ареста [1].

Основанием для привлечения к уголовной ответственности является совершение лицом деяния, содержащего все признаки состава уголовного правонарушения, предусмотренного Уголовным кодексом РК. Признаками состава уголовного правонарушения являются: объект преступления, объективная сторона преступления, субъект преступления, субъективная сторона преступления. Объект - это то, благо, тот общественный интерес, который защищается (например, жизнь и здоровье человека). Объективная сторона – это совокупность внешних черт преступления: деяние; причинно-следственная связь; время, место, обстановка и другие детализирующие данные. Субъект – физическое лицо, которое совершает преступление (это медицинский или фармацевтический работник). Субъективная сторона характеризуется виной, мотивом и целью. Вина лица может быть в виде умысла (прямого или косвенного) или неосторожности (преступное легкомыслие или преступная небрежность).

В 2014 году был принят новый Уголовный кодекс РК. В новом УК РК медицинские правонарушения впервые выделены в отдельную главу 12, предусматривающую семь составов правонарушений, из них три преступления:

- Нарушение порядка проведения клинических исследований и применения новых методов и средств профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации (ст. 318).

- Незаконное производство аборта (ст.319).

- Обращение с фальсифицированными лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения или медицинской техникой (ст.323).

И четыре проступков:

- Ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинскими и фармацевтическими работниками (ст.317).

- Неоказание помощи больному (ст.320).

- Разглашение врачебной тайны (ст.321).

- Незаконная медицинская и фармацевтическая деятельность и незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ (ст.322).

Ненадлежащее выполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником (ст.317 УК РК). Халатное, небрежное отношение к своим служебным обязанностям является наиболее частым поводом привлечения медицинского персонала к уголовной ответственности. Формы халатности в действиях врачей могут быть различными. Они могут проявляться в чрезмерно поспешном, невнимательном сборе анамнеза или даже в игнорировании его, в поверхностном, небрежном обследовании больного, что влечет за собой ошибочный диагноз и неправильное лечение. Относительно частым последствием халатности и небрежности врача-хирурга является оставление инородного предмета (марлевый тампон, салфетка, инструмент) в полостях тела во время операции. Наиболее часто небрежность медицинского персонала связана с применением другого лекарственного препарата вместо необходимого или передозировкой его, либо использованием очень концентрированных растворов медикаментов [3].

Объективная сторона уголовного правонарушения ч.1 ст. 317 УК РК включает в себя действия или бездействие, связанными: с невыполнением; ненадлежащим выполнением профессиональных обязанностей; несоблюдением порядка или стандартов оказания медицинской помощи. Состав по законодательной конструкции материальный, поэтому уголовное правонарушение считается оконченным с момента наступления по неосторожности средней тяжести вреда здоровью.

По ст. 36 Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения» медицинская деятельность включает

профессиональную деятельность физических лиц, получивших высшее или среднее профессиональное медицинское образование, а также юридических лиц, осуществляющих деятельность в области здравоохранения [2]. В рамках такой деятельности осуществляются следующие виды медицинской помощи: доврачебная; квалифицированная; специализированная; высокотехнологичная медицинская услуга; медико-социальная. В соответствии с п.112 ст. 1 данного Кодекса, фармацевтическая деятельность – это деятельность, осуществляемая в области здравоохранения по производству, изготовлению (за исключением медицинской техники), оптовой и розничной реализации лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, связанная с закупом (приобретением), хранением, ввозом, вывозом, контролем качества, оформлением, распределением, использованием и уничтожением лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, а также обеспечением их безопасности, эффективности и качества. Субъективная сторона характеризуется неосторожной формой вины. Субъект уголовного правонарушения специальный – медицинский или фармацевтический работник. Квалифицирующими признаками являются причинение по неосторожности: тяжкого вреда здоровью (ч.2); смерти человека (ч.3); смерти двух или более лиц (ч.4). Во второй уголовно-правовой норме, содержащейся в анализируемой статье (ч.5 ст. 317 УК РК) предусмотрена ответственность медицинских работников или работников бытового или иного обслуживания населения за ненадлежащее выполнение ими профессиональных обязанностей, повлекшее заражение другого лица ВИЧ/СПИД [1].

Уголовный Кодекс РК за правонарушение ч.1 ст.317, предусматривает штраф, общественные работы, исправительные работы, арест, с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до одного года или без такового. За деяния предусмотренные ч.2 предусмотрены штраф, исправительные работы, ограничение свободы, лишение свободы, с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет. За деяния предусмотренные ч.3, 4, 5 применяют лишение свободы [1].

Нарушение порядка проведения клинических исследований и применения новых методов и средств профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации (ст.318 УК РК). Объективная сторона выражается в несоблюдении требований, предъявляемых к различным направлениям медицинской деятельности, обозначенных в заголовке статьи. Согласно п.58 ст. 1 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» клиническим исследованием признается исследование с участием человека в качестве субъекта, проводимое для выявления или подтверждения безопасности и эффективности средств, методов и технологий профилактики, диагностики и лечения заболеваний. Под диагностикой понимается комплекс медицинских услуг, направленных на установление факта наличия или отсутствия заболевания. Лечение – комплекс медицинских услуг, направленных на устранение, приостановление и (или) облегчение течения заболевания, а также предупреждение его прогрессирования. Медицинская реабилитация трактуется как комплекс медицинских услуг, направленных на сохранение, частичное или полное восстановление

нарушенных и (или) утраченных функций организма больных и инвалидов [2]. Состав по конструкции формальный. Субъективная сторона уголовного правонарушения выражается в неосторожной форме вины. Отягчающими деяние обстоятельствами являются совершение данного деяния должностным лицом либо причинение в его результате тяжких последствий. Данное деяние наказывается штрафом в размере до двух тысяч месячных расчетных показателей либо исправительными работами в том же размере, либо ограничением свободы на срок до двух лет, либо лишением свободы на тот же срок, с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет [1].

Незаконное производство аборта (ст.319 УК РК). В настоящее время имеются объективные условия полной ликвидации криминальных абортов. Однако встречаются случаи, когда женщина по тем или другим соображениям, чаще желая скрыть прерывание беременности, старается произвести аборт вне больницы. Следует подчеркнуть, что ответственность за незаконное производство аборта зависит не только от последствий, но и от всех обстоятельств совершения преступления.

Объективная сторона уголовного правонарушения содержит две формы. Деяние состоит в активных действиях, направленных на искусственное прерывание беременности и нарушающих установленные правила. Квалифицирующим признаком является смерть потерпевшей в результате неосторожности виновного лица, производившего аборт, либо отсутствия у него профессиональных навыков и соответствующего образования. В данной ситуации необходимо установить причинную связь между действием и наступившими последствиями. Составы носят формально-материальный характер. С субъективной стороны уголовного правонарушения, предусмотренное ч.1 ст. 319 УК РК, характеризуется прямым умыслом, ч.5 ст. 319 УК РК – умыслом по отношению к действию (производству аборта) и неосторожностью (легкомыслие или небрежность) по отношению либо к смерти потерпевшей, либо причинению тяжкого вреда ее здоровью. Субъектом уголовного правонарушения является специальный субъект, в качестве которого может быть как лицо, не имеющее высшего медицинского образования соответствующего профиля (ч.1) как врач, имеющее такое образование и специальность, позволяющее производить подобные операции, но с соблюдением всех необходимых требований (ч.3). Деяние наказывается штрафом в размере до двух тысяч месячных расчетных показателей либо исправительными работами в том же размере, либо ограничением свободы на срок до двух лет, либо лишением свободы на тот же срок. В деяниях предусмотренных ч.2, 3, 4, 5 этой статьи наказание такие же, но с учетом их особенностей ужесточается. И еще дополнительно наказывается лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью [1].

Неоказание помощи больному (320 ст УК РК). Широко разветвленная сеть скорой и неотложной помощи, большое число медицинских работников в районах, где нет скорой и неотложной помощи, создают объективные условия, исключающие возможность неоказания помощи больному. В случаях, угрожающих жизни гражданина, медицинские работники имеют право использовать бесплатно любой имеющийся вид транспорта для перевозки гражданина в ближайшее лечебно-профилактическое учреждение. Поэтому любой

случай неоказания медицинской помощи больному всегда подвергается общественному осуждению, нередко с привлечением виновных в этом медицинских работников к уголовной ответственности. Вопрос о том, является ли причина неоказания помощи уважительной, решается следственными органами и судом в каждом конкретном случае на основании всех обстоятельств дела. С юридической точки зрения, уважительной причиной, по которой медицинские работники не несут уголовной ответственности за неоказание помощи больному, является болезнь их самих, невозможность в момент вызова оставить другого тяжело больного или опасность передвижения к месту нахождения больного [4]. Неоказание помощи больному чаще всего проявляется в неявке медицинского работника по вызову, в отказе госпитализировать его и организовать за ним наблюдение, в отказе оказать неотложную медицинскую помощь гражданам в дороге, на улице. Практика показывает, что чаще подобные случаи встречаются в условиях, когда оказать медицинскую помощь для медицинского работника не составляло особого труда. Вместе с тем эффективность медицинской помощи зависит от своевременности ее оказания, а следовательно, и от времени обращения за ней со стороны больного, его родственников или окружающих лиц. Следует иметь в виду, что оказание помощи человеку, находящемуся в опасности, является не только моральным долгом, но и обязанностью каждого гражданина. Следовательно, к уголовной ответственности может быть привлечен любой гражданин, если он сам не оказал помощи лицу, находящемуся в опасном для жизни состоянии, или не сообщил надлежащим учреждениям или лицам о необходимости оказания такой помощи.

Скорая медицинская помощь согласно Кодексу РК о здоровье народа и системе здравоохранения оказывается гражданам при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства [2]. Она осуществляется безотлагательно лечебно-профилактическими учреждениями независимо от территориальной, ведомственной подчиненности и формы собственности, медицинскими работниками, а также лицами, обязанными ее оказывать в виде первой помощи, в силу закона или специального правила.

Объективная сторона рассматриваемого деяния состоит в бездействии, недобросовестном или несвоевременном оказании помощи больному. Квалифицирующим признаком уголовного правонарушения является причинение по неосторожности смерти больному или тяжкого вреда его здоровью (ч.2). Субъективная сторона характеризуется умыслом в отношении действия и неосторожностью по отношению к наступившим последствиям. Субъект уголовного правонарушения специальный, им является лицо, обязанное оказывать медицинскую помощь больным в силу закона или специального правила. В первую очередь это врачи и лица среднего медицинского персонала, а также лица, обязанные принимать меры к вызову врача или транспортировке больного (работники полиции, проводники в отношении пассажира и др). Неоказание помощи больному наказывается штрафом в размере до трехсот месячных расчетных показателей либо исправительными работами в том же размере, либо привлечением к общественным работам на срок до двухсот сорока часов, либо арестом на срок до семидесяти пяти суток, с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до двух лет или без такового [1].

Разглашение врачебной тайны (321 ст УК РК). Согласно ст.95 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и (или) лечении, составляют врачебную тайну. Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей [2].

Непосредственным объектом разглашения врачебной тайны является право на неприкосновенность частной жизни, связанное со здоровьем человека. Объективной стороной являются сбор данных и личных сведений о лице, которые являются его личной или семейной тайной без его разрешения; разглашение полученных данных посредством сети интернет, телевидения или же в публичном выступлении. Стоит сказать, что состав преступления имеет формальную сторону. Окончание преступления наступает после того, как было совершено одно или несколько вышеуказанных действий. Субъективной стороной разглашения медицинской тайны является вина, имеющая форму прямого умысла. Обвиняемый отдает себе отчет в том, что он делает, понимает степень общественной опасности и умышленно идет на преступление. Субъектом является медицинский работник.

Разглашение медицинским работником без профессиональной или служебной необходимости сведений о заболевании или результатах медицинского освидетельствования пациента, выразившееся в сообщении сведений о наличии у лица ВИЧ/СПИД, наказывается штрафом в размере до трехсот месячных расчетных показателей либо исправительными работами в том же размере, либо привлечением к общественным работам на срок до двухсот сорока часов, либо арестом на срок до семидесяти пяти суток, с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет.

Разглашение медицинским работником без профессиональной или служебной необходимости сведений о заболевании или результатах медицинского освидетельствования пациента, если это деяние повлекло тяжкие последствия наказывается штрафом в размере до четырех тысяч месячных расчетных показателей либо исправительными работами в том же размере, либо ограничением свободы на срок до четырех лет либо лишением свободы на тот же срок, с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового [1].

Незаконная медицинская и фармацевтическая деятельность и незаконная выдача либо подделка рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ (ст. 322 УК РК). Как было указано выше, медицинской деятельностью по общему правилу предусматривается наличие у лица профессионального медицинского образования, а также сертификата специалиста (для наемных работников) либо сертификата специалиста и лицензии на избранный вид медицинской деятельности (для лиц, занимающихся частной медицинской практикой). А на медицинского работника как специального субъекта рассматриваемых уголовных правонарушений, должна быть возложена обязанность по оказанию соответствующего вида медицинской помощи. Такая обязанность может вытекать либо из

факта наличия трудовых отношений между медицинским работником и медицинским учреждением (организацией) государственной или частной системы здравоохранения, либо из факта занятия медицинским работником частной медицинской практикой как гражданином, осуществляющим в установленном законом порядке предпринимательскую деятельность без образования юридического лица [6]. Из смысла ст. 393 ГК РК следует, что медицинский работник, занимающийся частной медицинской практикой, обязан заключить публичный договор с каждым, кто к нему обратится, разумеется, в пределах разрешенных для него видов медицинской деятельности [5].

Данная статья предусматривает уголовную ответственность за занятие указанной деятельностью без лицензии, если это повлекло неосторожное причинение вреда здоровью. Объективная сторона выражается в деяниях, связанных с занятием частной медицинской или частной фармацевтической деятельностью без соответствующего разрешения (лицензии). Под медицинской практикой имеется в виду деятельность по диагностированию состояния здоровья, оказанию больным лечебных услуг, а фармацевтическая деятельность предполагает производство и выдачу лекарств, как по назначению врача, так и общедоступных (отпускаемых без рецепта). Признак незаконности раскрывается через указание на отсутствие сертификата и (или) лицензии. Поскольку состав уголовного правонарушения является материальным, обязательными признаками объективной стороны будут наряду с указанными деяниями причинение деянием тяжкого или средней тяжести вреда здоровью (ч.1), смерти потерпевшего (ч.3, 4) и наличие причинной связи между деянием и причиненным здоровью вредом или смерти. Субъект уголовного правонарушения – физическое, вменяемое лицо, достигшее шестнадцатилетнего возраста. Субъективная сторона характеризуется неосторожной формой вины. Виновный предвидит возможность наступления вреда здоровью, но без достаточных к тому оснований самонадеянно рассчитывает на предотвращение такого вреда (легкомыслие) либо, хотя и не предвидит наступление вреда здоровью, при необходимой внимательности и предусмотрительности должен был и мог предвидеть общественно опасные последствия (небрежность). Квалифицирующие признаки включают: совершение деяния должностным лицом (ч.2); причинение по неосторожности смерти потерпевшему (ч.3); совершение должностным лицом повлекшее по неосторожности смерть человека (ч.4). Часть 5 статьи 322 УК РК предусматривает ответственность за незаконную выдачу либо подделку рецептов или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ. Объективная сторона состоит в незаконной выдаче, т.е. без соответствующих медицинских показаний или в обход установленных правил рецепта или иных документов, дающих право на получение наркотических средств или психотропных веществ, либо в подделке рецептов или иных документов, т.е. их фальсификации. Состав по конструкции формальный, деяние окончено с момента совершения указанных действий. Субъект уголовного правонарушения – физическое, вменяемое лицо, достигшее шестнадцатилетнего возраста. Субъективная сторона характеризуется прямым умыслом. Виновный осознает незаконный характер своих действий и желает их совершения. За такое деяние предусмотрены наказания в виде штрафа в размере до трехсот месячных расчетных показателей либо исправительных работ в том

же размере, либо привлечение к общественным работам на срок до двухсот сорока часов, либо арест на срок до семидесяти пяти суток, с лишением права занимать определенные должности и заниматься определенной деятельностью на срок до двух лет или без такового [1].

Обращение с фальсифицированными лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения или медицинской техникой (ст.323 УК РК).

Объектом данного правонарушения является здоровье населения. Объективная сторона состоит в производстве, изготовлении или хранении в целях сбыта, а равно применение или сбыт фальсифицированных лекарственных средств, изделий медицинского назначения или медицинской техники. Субъект уголовного правонарушения – физическое, вменяемое лицо, достигшее шестнадцатилетнего возраста. Субъективная сторона характеризуется прямым умыслом. Производство, изготовление или хранение в целях сбыта, а равно применение или сбыт фальсифицированных лекарственных средств, изделий медицинского назначения или медицинской техники, если это повлекло тяжкие последствия наказываются штрафом в размере до двух тысяч месячных расчетных показателей либо исправительными работами в том же размере, либо ограничением свободы на срок до двух лет, либо лишением свободы на тот же срок, с конфискацией имущества, с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до двух лет или без такового. Те же деяния, совершенные: группой лиц по предварительному сговору; неоднократно; в крупном размере - наказываются штрафом в размере до пяти тысяч месячных расчетных показателей либо исправительными работами в том же размере, либо ограничением свободы на срок до пяти лет, либо лишением свободы на тот же срок, с конфискацией имущества, с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового. Деяния, предусмотренные частями первой или второй настоящей статьи, совершенные преступной группой, - наказываются лишением свободы на срок от пяти до десяти лет с конфискацией имущества, с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до пяти лет или без такового [1]. Таким образом, уголовные медицинские правонарушения, выражающиеся в неисполнении, ненадлежащем исполнении своих обязанностей по профилактике, диагностике, лечению заболеваний лиц, обратившихся за медицинской помощью; в разглашении врачебной тайны; в незаконной медицинской и фармацевтической деятельности; в неоказании медицинской помощи; нарушении правил проведения клинических исследований являются основанием для привлечения к уголовной ответственности.

Список литературы:

1. Уголовный кодекс РК от 03.07.2014 г (с изменениями и дополнениями)
2. Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18.09.2009г (с изменениями и дополнениями)
3. Сергеев Ю.Д. Медицинское право. - М: ГЭОТАР-МЕДИА, 2009
4. Поленов Г. Ф. Уголовное право Республики Казахстан. Алматы, 2001 г.
5. Гражданский кодекс РК РК от 27.12.1994г (с изменениями и дополнениями)
6. Трудовой кодекс РК 23.11.2015г (с изменениями и дополнениями)

Қазақстан республикасында фармацевтика саласында ұлттық дәрі-дәрмек саясатын іске асыру ерекшеліктері

Тінасілов Мұқтар Дөңбайұлы,
Мұқтар Аружан Мұхитқызы

Мемлекет басшысы Н.Ә.Назарбаев 2012 жылғы 14 желтоқсандағы «Қазақстан-2050» стратегиясы: қалыптасқан мемлекеттің жаңа саяси бағыты» атты Қазақстан халқына Жолдауында қойған еліміздің одан әрі дамуы және 2050 жылға қарай әлемнің ең дамыған 30 елінің қатарына кіруі жөніндегі стратегиялық мақсатқа қол жеткізу үшін Экономикалық ынтымақтастық және даму ұйымы (бұдан әрі - ЭЫДҰ) елдері мен Қазақстанның дамуы арасындағы алшақтықтарды жою қажет.

Осыған орай, мемлекет ұсынылатын медициналық қызметтердің сапасы мен қолжетімділігін жақсартуға, денсаулық сақтау жүйесін басқару және қаржыландыру жүйесінің тиімділігін арттыруға, сондай-ақ қолда бар ресурстарды ұтымды пайдалануға бағытталған ЭЫДҰ елдерінің стандарттарын кезең-кезеңімен енгізуді қамтамасыз етуге тиіс.

Медициналық көмектің жоғары сапасы мен қауіпсіздігін, денсаулық сақтау жүйесінің қаржылық тұрақтылығын қамтамасыз ету, отандық фармацевтикалық өндірісті дамыту мақсатында Ұлттық дәрі-дәрмек саясаты (бұдан әрі - ҰДС) іске асырылады.

ҰДС-тың негізін құрайтын - Фармацевтика саласының дамыту, яғни дәрілік заттардың қолжетімділігі, сапасы, тиімділігі мен қауіпсіздігі қағидаттарына сәйкес интеграциялық процестер жағдайындағы денсаулық сақтау жүйесінің, қазақстандық қоғамның, фармацевтика нарықтарының заманауи талаптарын ескере отырып, дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің пациентке бағдарланған моделін құруға бағытталатын дәрілік заттар, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техника инновациясы негізінде ұйымдастырылады.

Дәрі-дәрмек саясатын іске асырудың мақсаты, алдымен дәріханаларда дәрілік препараттарға сұранысты зерттеу және қажеттілікті анықтаудың негізгі принциптерін анықтау керек.

Мемлекетіміздің елді мекендердегі тұрғындарға және емдеу-профилактикалық мекемелерде емделетін стационарлық сырқаттарды кепілді көлемде медициналық және фармацевтикалық көмектермен сапалы түрде қамтамасыз ету үшін фармацевтикалық көтерме сауда және бөлшек сауда звеналарын дәрілік заттармен, медициналық бұйымдармен, басқа да фармацевтикалық тауарлармен тиімді түрде қамтуды ұйымдастыру керек.

Фармацевтикалық көтерме сауда және бөлшек сауда жүйелерін дәрі-дәрмектермен қамту келесі өндірістік операцияларды қамтулары тиіс:

- дәрілік заттардың қажетті мөлшерін анықтау;
- дәрілік заттардың өндіруші кәсіпорындармен шартқа отыру;
- дәрі-дәрмектердің қажеттілігіне қарай сұрау-талап қағаздарының уақытылы толтырылып жіберілуі;
- дәрілік заттардың, медициналық бұйымдардың, басқа да фармацевтикалық тауарлардың қозғалысы

құжаттарның дұрыс және бекітілген талаптарға сәйкес безгедірілуі т.б.

Дәрі-дәрмектердің қажеттілігі және қажетті мөлшерін анықтау, дәрілік заттарға, басқа да фармацевтикалық тауарларға сұраныстың және ұсыныстың өзгеру заңдылығына байланысты. Дәрі-дәрмектердің сұранысы мен ұсынысының өзгеруіне дәрілік заттардың қолдануына әсер ететін факторлар ықпал етеді. Аталған факторлардың негізгілеріне келесілер жатады:

- тұрғындардың әлеуметтік жағдайы мен демографиялық санының өсуі;
- дәріханалық және медициналық ұйымдар жүйесі мен медициналық және фармацевтикалық мамандар санының өсуі;
- халықтың мәдени деңгейінің өсуі, дамуы;
- медициналық және фармацевтикалық ғылымдардың дамуы;

- тұрғындар арасында аура түрлерінің өсуі т.б.

Дәрі-дәрмектерге деген сұранысты маркетингтік зерттеу, талдау кезінде сұраныстың қанағаттандырылған, қанағаттандырылмаған және қалыптасып келе жатқан түрлері қарастырылады. Дәрілік заттарға деген қалыптасқан сұраныс фармацевтикалық көтерме сауда және бөлшек сауда жүйелерінде дәрілік заттардың, медициналық бұйымдардың, басқа да фармацевтикалық тауарлардың жеткіліктілігін көрсетеді. Қанағаттандырылмаған сұраныс фармацевтикалық сату, өткізу жүйесінде дәрілік заттар ассортименттерінің толық еместігін немесе жеткіліксіздігін көрсетеді. Қалыптасып келе жатқан сұраныс негізінен жаңа шығарылған отандық және шетелдік дәрілік заттарға, басқа да фармацевтикалық тауарларға қалыптасады.

Дәрі-дәрмектердің қасиетті мөлшерін анықтауда медициналық тәжірибедегі қолданыстағы барлық дәрілік заттарды негізгі үш топқа бөліп қарастырылады:

- ерекше әсері бар дәрілік заттар;
- қолданылуы бақылауға алынатын дәрілік заттар;
- кең түрде қолданылатын дәрілік заттар.

Ерекше әсері бар дәрілік заттарға белгілі ауру түрін емдеуде қолданылатын дәрілік заттар жатқызылады, туберкулез, қант диабеті, қатерлі ісік аурулары т.б. Әр ауру түрін емдеуде қолданылатын дәрі-дәрмектердің қажетті мөлшерін анықтаудың өзіне тән ерекшеліктері болады. Көрсетілген дәрі-дәрмектер тобының қажетті мөлшерін анықтау үшін, ауру түрімен ауыратын тұрғындардың санын, әр ауруға жылына жүргізілетін емдеу курсының санын және бір емдеу курсы жүргізуге қолданылатын дәрілік заттар санын білу керек. Аталған көрсеткіштер есептеудің шығарылғаннан кейін, ерекше әсері бар дәрілік заттардың жылдық қажеттілігі келесі формула бойынша есептеледі:

$$ДЗҚ = Ш \times ЕК \times АС,$$

ДЗҚ - ерекше әсері бар дәрілік заттардың бір жылға қажетті мөлшері;

ДШ - бір аурудың емдеу курсына жұмсалатын дәрілік заттардың шығыны;

ЕК - аурулардың бір жылда қабылдайтын емдеу курстарының саны;

АС - ерекше әсері бар дәрілік заттарды пайдаланатын аурулардың саны.

Аурулардың жылда қабылдайтын емдеу курстарының саны, бір аурудың емдеу курсына жұмсалатын дәрілік заттардың шығыны және ерекше әсері бар дәрілерді пайдаланатын аурулардың саны жергілікті емдеу-профилактикалық ұйымдардың, денсаулық сақтауды басқару органдарының статистикалық-есепке алу бөлімдері арқылы анықталады.

Қолданылуы бақылауға алынатын дәрілік заттардың қажетті мөлшерін анықтау, атап айтқанда амбулаториялық және стационарлық науқастар үшін наркотикалық заттардың және этил спиртінің қажеттіліктері ҚР ДСМ арнайы бұйрықтарымен бекітілген есептік нормативтері негізінде жүргізіледі.

Амбулаториялық және стационарлық науқастар үшін наркотикалық дәрілік заттардың қажеттілігінің есептік нормативтері Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау істері жөніндегі агенттігінің 2000 жылғы 24 сәуірдегі № 234 бұйрығына сәйкес анықталған.

Амбулаториялық және стационарлық жағдайда емделетін науқастар үшін наркотикалық дәрілік заттар қажеттілігінің есептік нормативтері төмендегі таблицада көрсетілген:

1-кесте. Жылына 1000 адамға шаққандағы халықтың есірткі дәрілік заттарға (граммен) қажеттілігінің есептік нормативтері

№	Дәрілік заттардың атаулары	1000 адамға шаққандағы норматив
1	Морфин гидрохлориді	0,3
2	Промедол (тримепиридин)	5,0
3	Оmnopон	0,3
4	Кокаин	0,02
5	Дионин (этилморфин)	0,1
6	Эстоцин гидрохлориді	0,3
7	Кодеин	70,3
8	Апиын	833,3
9	Фентанил	0,006

Ескерту: Нормативтер барлық дәрілік түрлерді таза әсер етуші заттарға ауыстырып есептеу жолымен белгіленген, сондықтан тапсырыстарды норматив бойынша есептік қажеттіліктермен салыстырғанда құрамында көрсетілген заттар бар барлық дәрілік заттарды таза әсер етуші заттарға ауыстырып есептеу жасау керек.

Мысалы, наркотикалық дәрілік заттардың дәріханаларға қажетті мөлшері төмендегі формула бойынша есептелінеді:

$$D_m = D_n \times T_c / 1000$$

D_m - дәрілердің мөлшері;

D_n - дәрінің 1000 адамға есептелінген нормасы;

T_c - тұрғындар саны.

Стационарлық жағдайда емделіп жатқан науқастар

үшін наркотикалық дәрілік заттардың қажеттіліктері емдеу-профилактикалық ұйымдардың емдеу бағыттары мен ем жүргізуші бөлімдері бойынша бір ауру төсегіне есептелініп анықталған есептік нормативтері арқылы жүргізіледі.

Наркотикалық дәрілік заттардың жылына бір ауру төсегіне керекті есептік нормативтері емдеу-профилактикалық ұйымдардың бөлімдері бойынша жоғарыда аталып көрсетілген № 234 бұйрықтың 2 таблицасында көрсетілген.

Этил спиртінің шығындалу нормативтер мен есепке алу тәртібі Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау істері жөніндегі агенттігінің 2000 жылғы 18 сәуірдегі №224 бұйрығымен бекітілген.

Этил спиртінің шығындалуының есептік нормативтері емдеу-профилактикалық ұйымдарында бір стационарлық науқасқа есептелінген (95%) нормалары бойынша анықталады. Амбулаториялық-емханалық ұйымдарда этил спиртінің қажеттілігі 1000 келушіге есептелінген нормалар бойынша жүргізіледі. Мысалы, туберкулезге қарсы емдеу диспансерінде 1000 келушіге 800 г., тері-венерологиялық емханада 1000 келушіге 1000 г., онкологиялық емханада 1000 келушіге 1300 г., эндокринологиялық емханада 1000 келушіге 900 г., кардиологиялық емханада 1000 келушіге 800 г., наркологиялық емханада 1000 келушіге 800 г., аллергологиялық емханалық ұйымдарда 1000 келушіге 1100 г., акушерлік-гинекологиялық емханалық ұйымдарда 1000 келушіге 800 г. т.б.

Таза күйіндегі этил спирті концентрациясының ауытқуын (96°-тан 97°) есепке алмастан босатады.

Камфорлы спирт түрінен басқа бор, салицил, құмырсқа спиртітері жеке және басқа дәрілік заттар құрамында емдеу-профилактикалық ұйымдарға босатылуы, таза этил спирті нормативті есебінен жүргізіледі.

Дәріханаларда этил спиртінің қажетті мөлшерін анықтауда дәріхананың жұмыс көлеміндегі өзгерістер ескеріліп, рецептура санына байланысты анықталады.

Кең түрде қолданылатын дәрілік заттарға антибиотиктер, сульфаниламидті препараттар, витаминдер, гормонды препараттар, қызуды төмендететін дәрілер т. б. жатады.

Аталған дәрілік заттар тобының қажетті мөлшерін анықтау, олардың нақтылай пайдаланылған мөлшеріне талдау жүргізудің негізінде жүргізіледі. Кең түрде қолданылатын дәрілік заттардың нақтылай пайдаланылуына талдау жасау жұмысы екі сатыдан тұрады:

1) дәрілік заттардың қолданылу көрсеткіштерін жинау және талдау;

2) талдаудың негізінде дәрілік заттардың қажетті мөлшерін есептеу.

Дәрілік заттардың қажетті мөлшерін анықтау күрделі де, қиын жұмыс.

Дәрілер топтарының қажетті мөлшерін анықтау барысында түрлі әдістемелік нұсқаулар, нормалар және компьютерлік техникалар кеңінен қолданылады.

Сол себепті, Қазақстан Республикасында азаматтарды тиімді және қауіпсіз және сапалы дәрі-дәрмектік көмекпен қамтамасыз ету үшін, ҚР Денсаулық сақтау министрлігі жүйесінің медициналық және фармацевтикалық қызметтерді бақылау Комитетіне, және Дәрілік заттарды, медицина бұйымдарын және медициналық техникаларды сараптаудың Ұлттық орталығына жүктеледі.

Дәрілік заттардың және басқа да фармацевтикалық тауарлардың сапасын бақылау жүйесі – дәрілік заттардың, медициналық бұйымдардың, медициналық техникалардың, биологиялық белсенді қоспалардың,

емдікпрофилактикалық заттардың, косметикалық және стоматологиялық тауарлардың сапасыфн қамтамасыз ету шараларының кешенін құрайды.

Қорыта айтқанда денсаулық сақтау жүйесіндегі фармацевтикалық саласынҰДС-ны іске асыру мынадай маңызды міндеттер жүктеледі:

дәрілік заттардың қолжетімділігін қамтамасыз етуді;
дәрілік заттардың сапасы мен қауіпсіздігін қамтамасыз етуді;

дәрілік заттардың ұтымды қолданылуын қамтамасыз етуді іске асыруға арналған іс-шаралар кешенін әзірлеуді, орындауды және тиімділігін мониторингтеуді көздейді.

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі:

1. Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2016 - 2019 жылдарға арналған «Денсаулық» мемлекеттік бағдарламасын бекіту және «Мемлекеттік бағдарламалар тізбесін бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Президентінің 2010 жылғы 19 наурыздағы
2. № 957 Жарлығы.
3. *Организационные вопросы осуществления фармацевтической деятельности в объектах розничной реализации лекарственных средств: методические рек. / сост. А.Д. Ахимова [и др.]. – Шымкент, 2009.*
4. *Умурзахова Г.Ж. Правила обслуживания потребителей фармацевтических услуг и критерии их оценки. Планирование дополнительной сезонной потребности в фармацевтических кадрах методические рекомендации. – Шымкент: Б. и., 2011.*
5. *Балашов А.И. Формирование механизма устойчивого развития фармацевтической отрасли: теория и методология. СПб., 2012.*
6. *Тінәсілов М.Д. «Фармацевтикалық қызметті ұйымдастыру негіздері» пәнінің жұмыс бағдарламасы. ҚРМУ. Алматы 2017.*
7. *Тинасилов М.Д., Уркумбаева А.Р. Инновационная деятельность и оценка медицинскоц технологии Казахстана. Научный и информационный журнал «Наука и инновационные технологии» при МОН КР. Типография «Maxprint» г.Бишкек 2017. С.28-32*

Реабилитация гормональной функции яичников у больных, перенесших операцию по поводу внематочной беременности

Негматуллаева М.Н., Азимов Ф.Р., Завкибекова Т.К.
Бухарский государственный медицинский институт
РНЦЭМП Бухарского филиала г. Бухара

Изучить особенности гормональной функции яичников у женщин перенесших операцию по поводу внематочной беременности на фоне приема низко дозированных комбинированных оральных контрацептивов (КОК). Низкодозированный КОК – Линдинет-20 в связи с хорошей переносимостью и низкой частотой побочных явлений может быть препаратом выбора для реабилитации пациенток перенесших операцию по поводу внематочной беременности. Предложенная тактика ведения женщины после операции произведенной по поводу внематочной беременности помогает активизировать репродуктивные перспективы, которые планируют беременность в будущем.

Ключевые слова: внематочной беременности, оральных контрацептивов, Линдинет 20, беременность

To study the peculiarities of the hormonal function of the ovaries in women undergoing surgery for ectopic pregnancy while taking low-dose combined oral contraceptives. Low-grade - Lindinet-20 due to its good tolerance and low incidence of side effects may be the drug of choice for the rehabilitation of patients undergoing an ectopic pregnancy. The proposed management tactic for a woman after an operation performed on an ectopic pregnancy helps to activate the reproductive prospects that are planning a future pregnancy.

Key words: ectopic pregnancy, oral contraceptives, Lindinet 20, pregnancy

За последние годы во всем мире отмечается рост частоты внематочной беременности в три раза. Внематочная беременность встречается примерно в 2-3% от всех беременностей. Трубная беременность составляет 98% от всех локализаций внематочной беременности. Смертность от внематочной беременности остается высокой и в XXI-м веке, занимая в структуре материнской смертности второе место в мире, третье-четвертое - в индустриально развитых странах мира [1,3,5].

Существует множество факторов, увеличивающих риск возникновения внематочной беременности: неуклонный рост числа воспалительных заболеваний внутренних половых органов, увеличение числа аборт, использование внутриматочной и гормональной контрацепции, применение индукторов овуляции и вспомогательных репродуктивных технологий, перенесенные ранее оперативные вмешательства на трубах, опухоли и опухолевидные образования матки и придатков, эндометриоз, генитальный инфантилизм, вегетативно-сосудистые и нейроэндокринные нарушения,

повышенная активность трофобласта, стресс [2,6].

Внематочная беременность в дальнейшем может привести к бесплодию и повторной внематочной беременности. Во 40-50% случаев нарушается менструальная функция, наблюдается кистозные изменения яичников, нарушается гинекологический статус пациенток [4,7,8].

Целью нашего исследования явилось

Изучить особенности гормональной функции яичников у женщин перенесших операцию по поводу внематочной беременности на фоне приема низко дозированных комбинированных оральных контрацептивов (КОК).

Материалы и методы исследования:

Нами было исследовано 80 женщин перенесших операции по поводу внематочной беременности. Первую группу составили 30 женщин, которые с первого дня очередного менструального и в последующем в течение 3 месяцев получали низкодозированный КОК – Линдинет 20. 30 пациенток составивших вторую группу, КОК не получали. 20 здоровых женщин с нормальным менструальным циклом составили группу контроля.

Все наблюдавшиеся женщины находились в активном репродуктивном возрасте и были идентичными. Кроме общеклинических методов, исследовалось содержание гормонов в динамике менструального цикла методом ИФА. Содержание ФСГ и ЛГ исследовали на 5-7, 14-16 и 21-27 дни, прогестерона – на 5-7 и 21-22 дни, Эстродиола и кортизола во 2 фазу 1-го и 3 –го менструальных циклов.

Результаты исследования и обследования:

По данным анамнеза нарушение менструальной функции отмечалось у 10 (33%) женщины первой и у 11(36%) второй группы. Воспалением придатков матки страдали 26(86%) пациенток первой и 28(93%) второй групп. Первая беременность завершилась родами у 3(10%) женщин обеих групп, роды и аборт имели в анамнезе 13(43%) женщины первой и 22(73%) женщины второй группы у 3(10%) пациенток обеих групп до наступления внематочной беременности были аборт и выкидыши.

У каждой третьей пациентки первой группы внематочная беременность была первой беременностью, во второй группе этот факт наблюдался лишь у 2-х пациенток. В послеоперационном периоде всем женщинам проводили первый этап реабилитационных

Таблица №1. Средний уровень гормонов в динамике менструального цикла обследованных пациенток (n=80)

	1 группа (n=30)			2 группа (n=30)			Контрольная группа(n=20)		
Дни цикла	5-7	14-16	21-22	5-7	14-16	21-22	5-7	14-16	21-22
ФСГ(МЕУ)	10,2±1,5	17,0±1,8	7,3±1,4	9,9±1,3	16,8±1,6	7,1±1,3	10,1±1,3	17,1±1,5	7,4±1,2
ЛГ(МЕУ)	6,8±0,8	28,4±1,8	9,4±1,3	6,7±0,4	28,2±1,7	9,4±1,5	6,5±0,5	28,4±1,5	9,2±1,1
Э2(ммоль/л)			170±22			184±26			172±22

мероприятий: инфузионная и антибактериальная терапия.

С целью контрацепции и нормализации гормональной функции яичников нами был выбран КОК Линдинет -20. На фоне приема Линдинет-20 у 90% пациенток 1 группы нормализовался менструальный цикл. Во 2 группе этот показатель составил 47% наблюдений. К третьему месяцу менструальной функции нормализовалась у 100% (женщины первой и у 87% второй группы. Побочные явления, связанные с приемом КОК (тошнота , мажущиеся выделения), наблюдались только у 3-х женщин и ликвидировались к концу 2-го месяца приема КОК.

После операции у 25 женщин 1 группы уровень ФСГ, ЛГ и Э2 составлял среднюю величину норм. Во второй группе такие показатели были лишь у 13. К 3-му менструальному циклу гормональный показатель был в пределах средней величины у 29 пациенток первой и у 23 второй группы.

После операции в течение всего периода наблюдений содержание в крови прогестерона и кортизола в обеих группах существенно не отмечалось и были в пределах нормы(48.2±6.3 и 39.2 ±26 нмоль /л соответственно).

Выводы:

Применение низко дозированного КОК Линдинет -20 в качестве второго этапа послеоперационной реабилитации у пациенток перенесших, операцию по поводу внематочной беременности обеспечивает нормализацию функции яичников к третьему менструальному циклу.

Низкодозированный КОК – Линдинет-20 в связи с

хорошей переносимостью и низкой частотой побочных явлений может быть препаратом выбора для реабилитации пациенток перенесших операцию по поводу внематочной беременности. Предложенная тактика ведения женщины после операции произведенной по поводу внематочной беременности помогает активизировать репродуктивные перспективы, которые планируют беременность в будущем.

Литература:

1. Практическая гинекология с неотложными состояниями В.К. Лихачев 2013г»Медицинское информационное агентство»
2. Серов В.Н., Сухих Г.Т., ред. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. 4-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2014. 1024с.
3. Кулаков В.И., Манухин И.Б., Савельева Г.М., ред. Гинекология. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2007. 1072с.
4. Науменко А.А. Современные методы диагностики и лечения редких форм внематочной беременности: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М.; 2012. 27с.
5. Чернова И.С. Современные подходы к лечению женщин с эктопической беременностью различной локализации: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М.; 2011. 126с.
6. Корсак В.С., Коршунов М.Ю., Михайлов А.В., Исакова Э.В., Кирсанов А.А., Полянин А.А. О проблеме эктопической беременности после ЭКО. Проблемы репродукции. 2007; 3(2): 61-4.
7. Цхай В.Б., Грицан Г.В., Момот А.П. Состояние системы гемостаза при применении рекомбинантного фактора rFVIIa в терапии массивных акушерских кровотечений. Вестник Новосибирского государственного университета. Серия: Биология. Клиническая медицина. 2010; 8(4): 219-20.
8. Singh S. Diagnosis and management of cervical ectopic pregnancy. J. Hum. Reprod. Sci. 2013; 6(4): 273-6.

Лечение геморрагического шока при акушерских кровотечениях

Негматуллаева М.Н., Хамидова Н.Р., Ахмедов Ф.К., Туксанова Д.И.

Бухарский государственный медицинский институт

Резюме,

Цель исследования изучение опыта лечения геморрагического шока в акушерском стационаре и оценка ее эффективность. Интенсивная терапия геморрагического шока в акушерстве должна быть направлена на устранение источника кровотечения и восполнение объема циркулирующей крови с учетом стадии процесса. Своевременная оценка объема кровопотери, степени тяжести шока и необходимости адекватной интенсивной терапии с включением гемотрансфузии, переливание свежезамороженной плазмы препятствуют развитию ДВС-синдрома и гемической гипоксии, что способствует снижению полиорганных нарушений, инвалидизации пациенток и предотвращению плачевных фатальных исходов.

Ключевые слова: акушерские кровотечения, геморрагический шок, шоковый индекс, беременность

Акушерлик кон кетишларида геморрагик шокни даволаш.

Негматуллаева М.Н., Хамидова Н.Р., Ахмедов Ф.К., Туксанова Д.И.

Бухоро давлат тиббиёт институти

Резюме,

Тадкикотнинг максади – тугрук комплексида геморрагик шокнинг даволаш тажрибасини ўрганиш ва унинг самарадорлигини баҳолашдан иборат. Акушерликда геморрагик шокни жадал даволаш кон кетиш манбасини бартараф этиш ва жараённинг босқичини ҳисобга олган ҳолда организмда айланб юрган кон микдорини тўлдиришга йўналтирилган бўлиши керак. Шокнинг оғирлик даражасига, кон йуқотишнинг ҳажмига янгича ёндашиб баҳо берган ҳолда етарли микдорда интенсив даволашга эҳтиёжни уз вақтида баҳолаш, ДВС ва гемик гипоксиянинг олдини олиш, янги музлатилган плазма трансфузияси, бу мултиорган касалликларнинг камайишига, беморларнинг ногиронлигига ва ҳалокатли натижаларни олдини олишга ёрдам беради.

Калит суз: акушерлик кон кетишлари, геморрагик шок, шок индекси, ҳомиладорлик.

Treatment of hemorrhagic shock in obstetric hemorrhage
Negmatullaeva M.N., Khamidova N.R., Akhmedov F.K.,
Tuksanova D.I.

Bukhara State Medical Institute

Resume,

The purpose of the study is to study the experience of treating hemorrhagic shock in an obstetric hospital and assess its effectiveness. Intensive treatment of hemorrhagic

shock in obstetrics should be aimed at eliminating the source of bleeding and replenishing the circulating blood volume, taking into account the stage of the process. Timely assessment of blood loss, severity of shock and the need for adequate intensive care with the inclusion of blood transfusion, transfusion of fresh frozen plasma prevent the development of DIC and hemic hypoxia, which contributes to the reduction of multiorgan disorders, the disability of patients and the prevention of disastrous fatal outcomes.

Key words: obstetric hemorrhage, hemorrhagic shock, shock index, pregnancy

Известно, что массивные акушерские кровотечения являются одной из ведущих причин материнской смертности и инвалидизации женщин [1, 2]. Среди различных акушерских осложнений, возникающих в родах и раннем послеродовом периоде, кровотечения продолжают занимать одно из ведущих мест. В последние годы, по данным ВОЗ, ежегодно кровотечения, связанные с беременностью, наблюдаются у 14 млн. женщин, из них 128 тыс. умирают обычно в первые 4 часа после родов. Внедрение новых методов борьбы с массивными кровотечениями не всегда приемлемо в акушерских стационарах разного уровня и не приводит к уменьшению их частоты [3]. Существует множество методов прогнозирования массивных кровотечений, в то же время достоверность и эффективность их использования недостаточна [4], что диктует необходимость продолжения научных исследований в этом направлении.

Тяжесть кровопотери зависит от индивидуальной переносимости кровопотери, преморбидного фона, акушерской патологии и метода родоразрешения. Факторами, предрасполагающими к кровотечению в послеродовом и раннем послеродовом периодах, являются перенесенные аборт, многочисленные беременности, рубец на матке, аномалии развития матки, преэклампсия и эклампсия, ожирение, многоплодная беременность, крупный плод, многоводие, различные экстрагенитальные заболевания матери, применение токолитиков, мертвый плод, дефект гемостаза (болезнь Виллебранда и др.).

В настоящее время акушерские кровотечения продолжают представлять угрозу жизни рожениц и родильниц. Геморрагический шок у женщин в перинатальный период вызывает острые и массивные кровотечения, приводящие к резкому снижению объема циркулирующей крови (ОЦК), фракция выброса (ФВ) и тканевой гипоперфузии. Развитию геморрагического шока способствуют хронические циркуляторные и метаболические нарушения, вызванные экстрагенитальной патологией, преэклампсии и другими осложнениями беременности.

В патогенезе геморрагического шока большое значение имеет несоответствие снижающегося при

кровотечении ОЦК и емкости сосудистого русла. Уменьшение венозного возврата к сердцу вследствие дефицита ОЦК приводит к снижению ударного и минутного объема сердца, артериального давления (АД).

Следует учитывать, что в связи с недостаточным приростом ОЦК у беременных с преэклампсией, ожирением, заболеваниями сердца геморрагический шок может развиваться при умеренной кровопотере.

Что в связи с недостаточным приростом ОЦК у беременных с преэклампсией, ожирением, заболеваниями сердца геморрагический шок может развиваться при умеренной кровопотере.

Цель исследования

изучение опыта лечения геморрагического шока в акушерском стационаре и оценка ее эффективность.

Материалы и методы исследования

Настоящее исследование проводилось на базе кафедры акушерства и гинекологии Бухарского медицинского института, в городском родильном комплексе. Проведен анализ лечения геморрагического шока у 20 женщин, в средний возраст пациенток составил $36,1 \pm 2,4$ года, находившихся на лечении в родильном доме. Первородящих из них было 3(15%) человек, у 2(10%) были вторые роды, у 6(30%) – третьи и у 9(45%) – четвертые. Паритету первородящие 3(15%), повторнородящие – 17 (85%). Во всех случаях развивалась на фоне различных экстра генитальных и гинекологических заболеваний. Диагноз геморрагического шока ставился на основании субъективных ощущений, клинических и дополнительных методов исследования.

Все наблюдаемые пациентки проходили полное клиническое обследование в условиях родильного дома. Общий анализ крови производился по общепринятой методике. Всем женщинам производились биохимические анализы крови: определяли общий белок, билирубин, мочевину.

Исследование свертывающей системы крови (фибриноген, Д- димеры, протромбиновый индекс (ПТИ),

время свертывания по Ли-Уайту) производились согласно возможностям существующей лабораторной службы данного лечебно- профилактического учреждения.

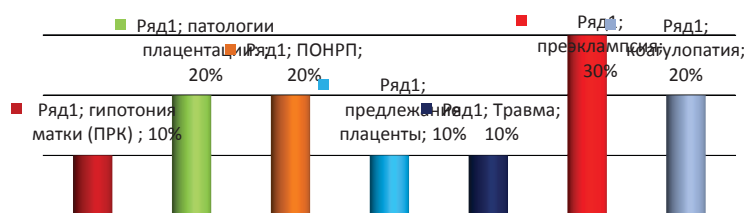
Тяжесть геморрагического шока оценивали по общему состоянию, определению артериального давления (АД), частоты сердечных сокращений (ЧСС), дыхания (ЧД), температуры тела, величин центрального венозного давления (ЦВД), сатурации гемоглобина кислородом (SpO2) с помощью пульсоксиметра, почасового диуреза.

Для оценки стадий геморрагического шока придерживались следующих критериев. Геморрагический шок I ст – соответствует кровопотере 15% ОЦК (≤ 1000 мл). В клинической картине отмечаются бледность кожных покровов и слизистых, умеренная тахикардия до 100 уд/мин, умеренная олигурия (менее 50 мл/ч). Систолическое АД не ниже 100 мм рт. ст., ЦВД – ниже 5 см вод. ст. Геморрагический шок II степени - устанавливается при кровопотере 15-25% ОЦК (1000-1500мл). При этом спазм периферических сосудов не может компенсировать малый сердечный выброс, АД 100/60 мм рт. ст. уменьшается амплитуда пульсового давления, выраженная тахикардия (120-130 уд/мин), одышка, акроцианоз на фоне бледности кожных покровов, холодный пот, беспокойство, глухость сердечных тонов, снижение ЦВД до 0 мм вод. ст. Диурез 20-30 мл/час. Шоковый индекс – 1. Геморрагический шок III степени - развивается при кровопотере, превышающей 25-40% ОЦК (1500-2000мл). В патогенезе необратимого шока основную роль играют парез капилляров, потеря плазмы, агрегация форменных элементов крови, нарастающий метаболический ацидоз. Пульс более 120 уд. в мин. АД от 100 до 60 мм рт. ст., заторможенное состояние, спутанное сознание, резкая бледность, акрацианоз, холодный пот. Одышка в покое, дыхание частое с нарушением ритма, беспокойное поведение. Диурез – олигурия 5-20 мл/ч. Шоковый индекс – 1,3-1,4. Усиливаются расстройства внешнего дыхания, отмечается крайняя бледность или мраморность кожных покровов, анурия, ступор, потеря сознания. Геморрагический шок IV степени - развивается при кровопотере, превышающей более 2000 мл (более 40% ОЦК). Пульс более 140 уд. в мин. САД – менее 60 мм. рт. ст. определяется трудом, диастолическое-0. Крайняя бледность кожных покровов, холодный пот. Выраженная

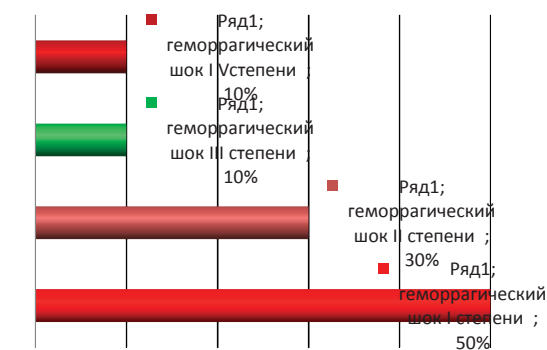
отдышка, ослабленное дыхание с нарушением ритма. Отсутствие сознания. Полиорганная недостаточность, анурия.

«Шоковый индекс Альговера» вычислялась – отношение частоты сердечных сокращений (ЧСС) к величине систолического АД. В норме этот показатель равен 0,5.

Статистическую обработку результатов производили с использованием критерия Стьюдента при помощи пакета программ Statgraf и Microsoft Excel версии для Windows.



Основные причины кровотечения. Рис.№1



Частота развития постгеморрагического шока. Рис.№2

Результаты исследования

В наших исследования получены следующие данные, которые отражены в рисунке №1. Детально анализируя причины акушерской патологии приводящие геморрагическому шоку можно сказать, что основную часть составляет гипотония матки (ПРК) - 2(10%), патологии плацентации: преждевременная отслойка нормально расположенной плацента-4(20%), предлежание и вращение плаценты: placenta accreta- 2(10%), травматические поврежде-

дения матки- 1(10%), острый выворот матки-1 (5%). Преэклампсия и преждевременный разрыв плодных оболочек составляли равные количества - 6(30%), коагулопатии- 4 (20%). Рис.№1.

Следует отметить, что само оперативное вмешательство, проводимое для остановки кровотечения, также сопровождается кровопотерей, особенно на фоне ДВС-синдрома, что усугубляет течение геморрагического шока.

Исследования показали, что геморрагический шок I степени у 10(50%) женщин, II степени – у 6(30%), III степени – у 2(10%) и IV степени-2(10%).Рис.2.

При интенсивной терапии геморрагического шока стремились к срочной остановке кровотечения, быстрому устранению нарушений параметров объема циркулирующей крови и показателей центральной и системной гемодинамики путем своевременной, адекватной инфузионно-трансфузионной терапии.

Так как обильное кровотечение и геморрагический шок способствуют развитию ДВС-синдрома, то ДВС в той или иной стадии имел место во всех случаях. Поэтому в комплекс интенсивной терапии обязательно включали мероприятия по профилактике и борьбе с коагулопатией путем переливания СЗП, ингибиторов протеаз и протромплекс -600. Проводили мониторинг определения параметров продуктов деградации фибрина - Д-димера. Борьба с дыхательной недостаточностью и ее профилактика также становилась необходимыми мерами в плане лечения.

При проведении ИТТ объем вводимой жидкости зависел от объема кровопотери или стадии геморрагического шока. Инфузионную терапию начинали с коллоидных растворов (рефортан, стабизол).

Благоприятный эффект при лечении геморрагического шока имеет свежемороженая плазма (СЗП), так как она содержит все факторы свертывания. СЗП переливали как с целью восполнения ОЦК, так и для борьбы с ДВС-синдромом и его профилактики. В II стадии геморрагического шока использовали 300-450 мл СЗП, во III и IV стадии 600-800 мл СЗП и более. Также вводили ингибиторы протеаз (контрикал по 80000 АЕ, гордокс по 300000 ЕД).

Так как снижение гематокрита ниже 25% ведет к нарушению кислородно-транспортной функции крови, при кровопотере, составляющей 1-1,5% от массы тела (800-1200 мл), решали вопрос о переливании компонентов крови.

Все больные были выведены из геморрагического шока. Однако в первые дни восстановительного периода состояние их оставалось тяжелым. Лечение продолжалось в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Таким образом, своевременная диагностика начавшегося кровотечения должно проводиться с использованием стандартного подхода, начиная от пошагового действия и дальнейшим решением

проблем по мере их выявления. Необходимо одновременно динамически оценивать состояние пациентки. Интенсивная терапия геморрагического шока в акушерстве должна быть направлена на устранение источника кровотечения и восполнение объема циркулирующей крови с учетом стадии процесса. Своевременная оценка объема кровопотери, степени тяжести шока и необходимости адекватной интенсивной терапии с включением гемотрансфузии, переливание свежесмороженной плазмы препятствуют развитию ДВС-синдрома и гемической гипоксии, что способствует снижению полиорганных нарушений, инвалидизации пациенток и предотвращению плачевных фатальных исходов.

Литература

1. Инфузионно - трансфузионная терапия при коагулопатических послеродовых кровотечениях [Текст] / [Г. Т. Сухих, В. Н. Серов, Т. А. Федорова, и др.]. - Москва, 2009. - 15 с.
2. Малкова, О. Г. Анализ основных ошибок в проведении интенсивной терапии у пациенток с тяжелой акушерской патологией в ОРИТ ОКБ №1 – ретроспективный анализ за 5 лет / О. Г. Малкова, А. Л. Левит // Интенсив. терапия. – 2005. – № 3. – С. 163-169.
3. Марютин А.В., Левченко Л.Б. и др. Кровопотеря – гиповолемия, подходы к инфузионно-трансфузионной коррекции // Анестезиология и реаниматология. - 2018. - №3. - С. - 35-40.
4. Салов, И. А. Прогноз и лечение массивной акушерской кровопотери / И. А. Салов, Д. В. Маршалов // Вопр. гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2008. – № 2. – С. 29-33.
5. Ткаченко Р.А. Выбор инфузионных сред при терапии массивной кровопотери в акушерстве. Ч. 2 // Мистецтво лікування, № 2 (028), 2016, с. 76–78.
6. Франке Р. Восполнение объема циркулирующей крови с использованием коллоидных растворов // Анестезиология и реаниматология. - 2009. - №3. - С. 70-76.
7. Reducing maternal deaths through state maternal mortality review [Text] / [S. J. Kilpatrick, P. Prentice, R. L. Jones, et al.]. // J. Womens Health (Larchmt). - 2012. - Vol. 21 (9). - P. 905 - 909.
8. Tuncalp, O. New WHO recommendations on prevention and treatment of postpartum hemorrhage [Text] / O. Tuncalp, J. P. Souza, M. Gülmezoglu // Int. J of Gynecology and Obstetrics. - 2013. - Vol. 123 (3). - P. 254 - 266.
9. Predictors of massive blood loss in women with placenta accreta [Text] / [J. D. Wright, S. Pri - Paz, T. J. Herzog, et al.]. // American J. of Obstetrics and Gynecology. - 2011. - Vol. 205. - P. 38. e1.
10. Management of placenta accreta: a survey of Maternal - Fetal Medicine practitioners [Text] / [J. A. Jolley, M. P. Nageotte, D. A. Wing, et al.]. // J. Maternal-Fetal and Neonatal Medicine. - 2012. - Vol. 25 (6). - P. 756.
11. Surgical management of placenta accreta: a cohort series and suggested approach [Text] / [T. Angstmann, G. Gard, T. Harrington et al.]. // American J. of Obstetrics and Gynecology. - 2010. - Vol. 202. - №1. - P. 38 - 46.
12. Risk factors for uterine atony postpartum hemorrhage requiring treatment after vaginal delivery [Text] / [L. A. Wetta, J. M. Szychowski, S. Seals, et al.]. // American J. of Obstetrics and Gynecology. - 2013. - Vol. 209 (1). - P. 51. e1- e6.

Современные аспекты лечения дисбиотических состояний влагалища и цервикального канала у беременных

Негматуллаева М.Н., Азимов Ф.Р., Усмонова Н.Ю.
Бухарский государственный медицинский институт
РНЦЭМП Бухарского филиала г. Бухара

Целью данного исследования явилась оценка эффективности комплексной схемы коррекции микро биоценоза нижнего отдела генитального тракта беременных группы риска с применением антисептика «Повидон-йодин» в сочетании с эубиотиками. Проведение медикаментозного лечения препаратом «Повидон - йодин» у беременных с урогенитальной инфекцией позволяет достоверно снизить частоту развития послеродовых гнойно-септических осложнений и таких гестационных осложнений, как несвоевременное излитие околоплодных вод, хроническая фетоплацентарная недостаточность, преждевременное старение плаценты, послеродовые воспалительные заболевания у матери и новорожденного.

Ключевые слова: Повидон – йодин, воспалительные заболевания, лактобацилл, *Trichomonas vaginalis*, *Gardnerella vaginalis*

The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of a complex scheme for the correction of the micro biocenosis of the lower section of the genital tract of pregnant women at risk using the Povidone-Iodine antiseptic in combination with eubiotics. Conducting drug treatment with Povidone-Iodine in pregnant women with urogenital infection can significantly reduce the incidence of postpartum purulent-septic complications and such gestational complications, such as untimely rupture of the amniotic fluid, chronic placental insufficiency, premature aging of the placenta, and a susceptible process.

Key words: Povidone-Iodine, inflammatory diseases, lactobacillus, *Trichomonas vaginalis*, *Gardnerella vaginalis*.

Урогенитальная инфекция является основной причиной возникновения многих заболеваний, встречающихся в акушерстве и гинекологии. Отрицательное действие ее многогранно. Урогенитальная инфекция вызывает не только воспалительные заболевания женских половых органов, что само по себе приводит к различным тяжелым осложнениям, но и является фактором патогенеза других не воспалительных заболеваний[3.5.6]. При дисбиозе влагалища наблюдается доминирование факультативно-анаэробной флоры в просветной области или облигатно-анаэробной флоры в пристеночной зоне при резком снижении количества лактобацилл по сравнению с нормациенозом[1,4,8].

Одним из главных условий профилактики и лечения осложнений беременности, развившихся на фоне урогенитальной инфекции, является своевременная адекватная и комплексная терапия инфекционных

заболеваний[8,10]. Своевременная санация влагалища беременной предотвращает инфицирование плода, его патологические состояния[2,7,9].

Целью данного исследования явилась

оценка эффективности комплексной схемы коррекции микро биоценоза нижнего отдела генитального тракта беременных группы риска с применением антисептика «Повидон - йодин» в сочетании с эубиотиками.

Материал и методы

Нами были обследованы 104 беременные женщины. У всех обследованных проведен анализ течения беременности, родов и послеродового периода. Применительно к нашим исследованиям все беременные были разделены на две группы, сопоставимые по основным характеристикам.

Первую группу (основную) составили 64 беременные с различными формами нарушений микро биоценоза влагалища, которым назначалась санация влагалища вагинальным антисептиком «Повидон - йодин» с одновременным поддержанием или восстановлением норм биоценоза.

Во вторую группу вошли 40 беременных с различными дисбиотическими состояниями влагалища, выявленными непосредственно при поступлении в отделение патологии беременных. Женщинам этой клинической группы комплекс лечебных мероприятий (назначение препарата «Повидон - йодин» и эубиотика) по различным причинам не проводился.

Критериями эффективности лечения были результаты клинического, бактериологического, ультразвуковые критерии плаценты, а также результаты ПЦР-диагностики. В клинических группах анализировались исход беременности, течение родов и раннего послеродового периода, результаты гистологического исследования плаценты.

Средний возраст женщин в группах был сопоставимым - $23 \pm 2,3$ и $25,1 \pm 2,1$ лет соответственно.

С целью санации нижних отделов генитального тракта и нормализации влагалищного биотопа пациенткам 1 группы назначался препарат «Повидон - йодин» компании ФП «Farmaprim» по одному вагинальному суппозиторию дважды в день в течение 5 дней.

Результаты и обсуждение

Анализ данных бактериоскопических и бактериологических исследований биотипов влагалища и цервикального канала в 1-й (до лечения) и во 2-й группах

показал, что дисбиотический характер выявленных изменений заключался в резком угнетении резидентной микрофлоры влагалища и цервикального канала (лактобактерий). В норме обеспечивающей колонизационную резистентность этого биотопа, на фоне конкурентного замещения представителями факультативной условно - патогенной группы микроорганизмов: аэробов, анаэробов и представителей грибковой флоры.

В результате лечения микробный пейзаж, как влагалища, так и цервикального канала существенно изменился. Так, снизилась концентрация условно- патогенных грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов, существенно повысился уровень лактобактерий, снизилось количество грибковой флоры. Положительные результаты терапии Повидон - йодом выражались также в купировании клинических субъективных симптомов на фоне оптимизации уровня pH влагалищной среды, положительной динамики других скрининговых тестов.

Анализ результатов ПЦР-диагностики специфических инфекций у обследуемых беременных 1-й группы показал положительный лечебный эффект Повидон - йодин в отношении *Trichomonas vaginalis* и *Gardnerella vaginalis* (рис. 1).

Отмечено достоверное снижение частоты субкомпенсированных форм почечной недостаточности и тяжелых форм преэклампсии у беременных, получавших «Повидон - йодин» в сочетании с эубиотиком. Критерием эффективности санации хронической внутриматочной инфекции было снижение частоты многоводия и преждевременного излития околоплодных вод.

Ультразвуковые критерии состояния плаценты на фоне комплексного лечения у беременных 1-й группы имели положительную динамику. Достоверно снижалась толщина плаценты (в 18,5%) и число случаев выявления повышенной эхогенности и неоднородной гомогенности (в 29,6%), что свидетельствовало о купировании воспалительного процесса в плаценте. Частота встречаемости варикозного расширения сосудов плаценты и меж ворсинчатого пространства в 1 и 2 группах (55,6% и 53,4%), а также кист и кистообразных включений (88,9% и 86,2%) достоверно не отличалась.

Эффективность проводимого комплекса лечебных мероприятий в плане профилактики не вынашивания отражает срок родоразрешения, который составил соответственно в 1-й группе — 39,3, а во 2-й — 36,6 недели гестации.

Анализ течения раннего неонатального периода у детей, показал, что частота рождения недоношенных детей в 1-й группе составила 3,1%, а во 2-й группе этот показатель был равен 40%. Антропометрические данные новорожденных свидетельствовали о том, что при отсутствии достоверных различий в длине, отмечалась тенденция к рождению маловесных детей у женщин 2-й группы. Нормальное течение периода адаптации констатировано в исследуемых группах детей со следующей частотой: в 1-й — (37,5%, во 2-й - 15%). В то же время клинические проявления внутриутробной инфекции (ВУИ) в виде конъюнктивита, ринита, омфалита, ранней желтухи и патологического

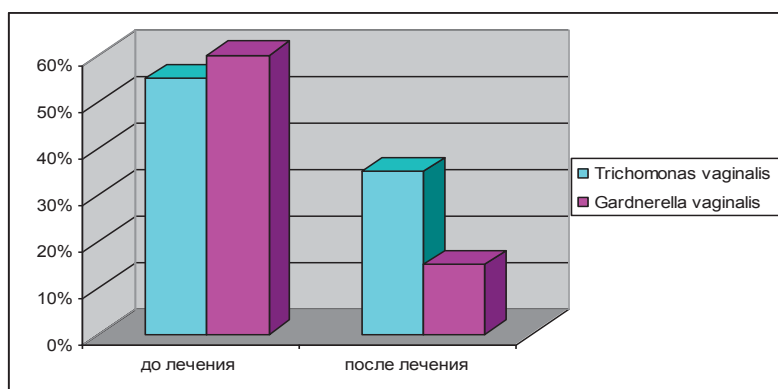


Рис. 1. Частота встречаемости специфических инфекций у пациенток 1 группы по данным ПЦР-диагностики

стула, характерные для раннего неонатального периода, выявлены у 12,5% детей 1-й группы и у 60% детей 2-й группы.

Критерием эффективности санации инфекции при беременности, помимо вышеуказанных показателей, является характеристика течения раннего послеродового периода. Частота возникновения инфекционно— воспалительных осложнений у наблюдаемых нами женщин составила 9,3% в 1-й группе и 55% во 2-й. Частота вынужденного применения антибиотикотерапии в послеродовом периоде: (34,3% и 80%) соответственно исследуемым группам. Пребывание беременных в послеродовом отделении составило в среднем 5 и 6, 3 суток соответственно.

Таким образом, лечебный комплекс, примененный нами в 1-й группе, позволяет не только сократить пребывание женщин в послеродовом отделении, но и эффективно предупреждать послеродовые осложнения.

Нами проведен анализ данных патоморфологического исследования плаценты у женщин обеих клинических групп. У беременных 1-й группы гистологическая структура плацент существенно отличалась от таковой у женщин 2-й группы (у беременных 2-й группы на различных сроках гестации была диагностирована внутриматочная инфекция, однако по различным причинам санация не проводилась).

В обеих клинических группах в ткани плаценты преобладало подавление компенсаторных сосудистых реакций в виде гипоплазии сосудистого русла ворсин, фиброзной облитерирующей ангиопатии. Однако у беременных 2-й группы субтотальные воспалительные изменения в виде обширных очагов виллузита, перивиллузита, хорионита и плацентита отмечались в два раза чаще, чем в 1-й группе.

Во 2-й группе определялась активация инволютивных процессов на фоне дифференцировки, соответствующей сроку гестации. Число плацент с дифференцировкой, адекватной срокам гестации, в 1-й группе оказалось вдвое больше, а количество плацент с активацией инволютивных процессов встречалось вдвое реже. В 45% случаев у беременных 1-й группы в ткани плаценты отсутствовали признаки воспаления, в 55% - отмечались невыраженная воспалительная клеточная инфильтрация и деструктивные изменения, преобладал мелкоочаговый виллузит, рассеянный васкулит в опорных ворсинах. В 82% случаев в 1 группе беременных компенсаторные сосудистые реакции в плаценте были сохранены, а среди плацент, имеющих признаки воспаления, обращало

на себя внимание увеличение объема маточно-плацентарного кровотока за счет уменьшения фиброзной облитерирующей ангиопатии.

Хочется отметить, что при проведении терапии препаратом «Повидон - йодин» нами не было выявлено случаев непереносимости препарата, а также побочного действия на организм матери и плода.

Выводы

Комплексная терапия суппозиториями вагинальными «Повидон - йодин» с одновременным включением реабилитационно-восстановительного этапа с помощью пробиотиков оказывает выраженный эффект в отношении восстановления количественного соотношения микробных ассоциаций.

Проведение медикаментозного лечения препаратом «Повидон - йодин» у беременных с урогенитальной инфекцией позволяет достоверно снизить частоту развития послеродовых гнойно-септических осложнений и таких гестационных осложнений, как несвоевременное излитие околоплодных вод, хроническая фетоплацентарная недостаточность, преждевременное старение плаценты, послеродовые воспалительные заболевания у матери и новорожденного.

Проведенное исследование доказало высокую клиническую эффективность и безопасность вагинальных суппозиториях «Повидон - йодин» в сочетании с пробиотиками в акушерской практике, что позволяет рекомендовать препарат для санации влагалищного биотопа у беременных группы высокого риска.

Литература:

1. Анализ гнойно-воспалительных заболеваний в позднем послеродовом периоде у родильниц / Ю.Н. Тарасенко, Н.А. Салов, Н.Ф. Хворостухина, А.В. Романовская // *Мать и дитя: материалы IV Пер. науч. форума.* — М., 2010.- С.282-283.
2. Биоценоз гениталий у женщин при неразвивающейся беременности в периоперационном периоде / М.А. Соколов, И.М. Ордиянц, Ч.Г. Гагаев и др. // *Вестник РУДН, Серия «Медицина», 2017.-№5.- С.46-48.*
3. Буданов, П.В. Новое в терапии нарушений микроценоза влагалища / П.В. Буданов // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.- 2016.-№1.- С.104-108.*
4. Жуковская, И.Г. Оценка клинической эффективности комплексной терапии хронических цервицитов при различных методах лечения / И.Г. Жуковская // *Мать и дитя: материалы IV Пер. науч. форума.* М., 2010-С.118-119.
5. Макаров, И.О. Особенности беременности при патологии шейки матки / И.О. Макаров, И.А. Куликов // *Мать и дитя: материалы XI Всерос. науч. форума.* М., 2010.- С.133-134.
6. Орлова, В.С. Нормоценоз влагалища у женщин репродуктивного возраста, механизмы его регуляции и дисбиотические варианты / В.С. Орлова, Ю.И. Набережнев // *Рос. вестник акуш.-гинеколога,- 2007.- №4.-С.36-39.*
7. Стулова, С.В. Клиническая и микробиологическая картина дисбиоза влагалища у женщин в первом триместре беременности / С.В. Стулова // *Мать и дитя: материалы XI Всерос. науч. форума.* — М., 2010 С.231-232.
8. Joesoef, V.R. Bacterial vaginosis: review of treatment options and potential clinical indications for therapy / V.R. Joesoef, G.P. Schmidt, S.L. Hiller // *Clin. Infect. Dis.* 2008. - Vol.28(1). - P.57-65.
9. Numazaki, K. Current problems of perinatal Chlamydia trachomatis infections // *Journal of Immune Based Therapies and Vaccines-* 2014.-Vol.2(4).- P.233-235.
10. Topical treatment of vaginal candidosis with sertaconazole and econazole substaisted-release suppositories / P. Delenbach, J.-L. Thomas, V. Guerin et al. // *International Journal of Gynecology & Obstetrics.- 2010 — Vol.71.- P.47-52.*

Реабилитация больных в раннем послеоперационном периоде после трансуретральной электрорезекций доброкачественной гиперплазии предстательной железы больших размеров

Гулиев И.Ж., Спатай Д.С.

«Казахстанско-Российский медицинский университет», г. Алматы

Применение α_1 -адреноблокаторов (доксазозин и тамсулозин) в раннем послеоперационном периоде позволяет ускорить процесс реабилитации больных пожилого и старческого возраста после ТУР ДГПЖ крупных размеров и соответственно повысить эффективность ее лечения.

Ключевые слова: ДГПЖ крупных размеров, ТУР предстательной железы, α_1 -адреноблокаторы (доксазозин и тамсулозин).

Актуальность

Обладая высокой клинической эффективностью, трансуретральная электрорезекция предстательной железы имеет определенные осложнения, уровень которых хорошо изучен и остается достаточно стабильным [1].

Достигая поставленной цели в плане снижения количества осложнений при ТУР доброкачественной гиперплазии предстательной железы, как кровотечение во время и после операции (возникающее у 0,9-10% пациентов), а также синдром водной интоксикации организма – «ТУР-синдром» (0,1-1% пациентов), известные методики малоинвазивных вмешательств в настоящее время все же уступают ТУР по эффективности, как в клиническом, так и в экономическом отношении [2, 3].

При лечении ДГПЖ крупных размеров после ТУР возникают вопросы, требующие решения, кроме усиления эффекта местного гемостаза, как ранняя реабилитация больных с учетом имеющейся сопутствующей патологии [2].

Известно, что операция ТУР, как общепринятый «золотой стандарт», наряду с аденомэктомией относится к радикальным лечебным вмешательствам при ДГПЖ [3]. Литературные данные ряда авторов и практика показывает, что существенное число пациентов после этой операции не испытывают желаемого симптоматического улучшения. Как хирургический метод, ТУР в большей степени уменьшает

обструктивные симптомы ДГПЖ (на 60-77%) по сравнению с ирритативными (на 28-49%). В то же время применение α_1 -адреноблокаторов в равной степени уменьшает (на 39-43%) симптоматику как фазы наполнения, так и опорожнения мочевого пузыря. Кроме того, эффективность этих препаратов по снижению суммарных баллов симптомов ДГПЖ (40-60%) приближается к таковому после ТУР (60-80%).

Указанные обстоятельства послужили обоснованием для сочетанного применения ТУР и α_1 -адреноблокаторов при ДГПЖ крупных размеров. При этом из группы α_1 -адреноблокаторов выбраны селективный препарат – зоксон и суперселективный – тамсулозин.

Цель исследования

– анализ эффективности применения комбинированных методов лечения ДГПЖ крупных размеров в раннем послеоперационном периоде у больных пожилого и старческого возраста с учетом имеющейся сопутствующей патологии.

Материал и методы

Для реализации поставленной задачи были выбраны три группы больных с ДГПЖ крупных размеров (таблица). Больные 1 группы (20 пациентов) после ТУР не получали α_1 -адреноблокаторы (контроль). Во 2 группе 20 пациентов принимали зоксон (доксазозин) и в 3 группе 15 пациентов получали тамсулозин (омник).

Зоксон (доксазозин) назначали с первого дня после удаления уретрального катетера (у больных, не имевших эпицистотому) в дозе 1,0 мг под контролем артериального давления, учитывая влияние препарата на его значение, с последующим подбором дозы в зависимости от клинической ситуации до достижения максимальной лечебной эффективности его действия. Окончательная суточная

Таблица – Основные показатели до и после лечения у больных ДГПЖ, прооперированных методом ТУР и получивших α_1 -адреноблокаторы

Показатели	ТУР (контроль)		ТУР + зоксон		ТУР + тамсулозин	
	до операции	через 30 дней после операции	до операции	через 30 дней после операции	до операции	через 30 дней после операции
IPSS, баллы	21,5±5,2	12,2±1,9	23,6±4,8	8,0±2,2	23,5±4,2	8,1±2,4
Q _{max} , мл/сек	8,2±3,8	13,1±3,2	7,7±3,1	16,5±2,7	7,5±3,3	16,2±2,9
Количество остаточной мочи, мл	130,5±40,2	31,2±7,5	121,7±30,1	18,4±5,7	129,5±36,5	16,1±6,0

доза зоксона составила 2,0 мг у 15 (75%), 4,0 мг – у 5 (25%) больных. Тамсулозин (омник) назначали в полной терапевтической дозировке, равной 0,4 мг, однократно в сутки после завтрака, так как высокая аффинность к α_1 -адренорецепторам позволяла значительно уменьшить терапевтическую дозу препарата. В связи с этим при назначении препарата не требовалось подбор и титрование дозы, в отличие от зоксона. С первого дня лечения назначали оптимальную терапевтическую дозу.

Данные таблицы 1 показывают, что суммарный балл симптоматики ДГПЖ больных всех трех групп был примерно одинаковым. Несколько больше были показатели максимального объема скорости потока мочи у больных 1 группы (ТУР), чем у двух других групп (ТУР+зоксон и ТУР+тамсулозин). В связи с этим и были значения количества остаточной мочи у больных трех групп. Объемы ДГПЖ во всех трех группах больных были оценены как крупные, т.е. они были более 70 см³ по данным УЗИ.

Установлено, что показатели ближайших послеоперационных результатов ТУР ДГПЖ крупных размеров по таким данным, как сроки удаления уретрального катетера после операции (от 3 до 4,5 суток), длительность гематурии (от 2 до 5 суток) после операции во всех сравниваемых группах оказались примерно идентичными.

Установлено заметное увеличение максимальной объемной скорости потока мочи во всех сравниваемых группах по истечении 30 дней после ТУР и от начала приема α_1 -адреноблокаторов. Между тем, у больных 1 группы, где они были подвергнуты только ТУР, увеличение Q_{max} (с 8,2 до 13,1 мл/сек) было хотя и заметным, но статистически недостоверным. Препараты – зоксон и тамсулозин после ТУР ДГПЖ крупных размеров способствовали статистически существенному увеличению максимальной объемной скорости потока мочи (с 7,7 до 16,5 мл/сек и с 7,5 до 16,2 мл/сек соответственно) в условиях 45-дневного приема непосредственно после оперативного лечения.

Оперативное лечение ДГПЖ крупных размеров методом ТУР способствовало заметному снижению (с 21,5 до 12,2 баллов) (статистически недостоверному) шкалы общей симптоматики заболевания. Сочетание метода ТУР с применением в послеоперационном периоде препаратов группы α_1 -адреноблокаторов способствовало статистически существенному ($p < 0,001$) снижению суммарных баллов симптоматики ДГПЖ при оценке через 30 дней после ТУР и начала приема лекарственных препаратов (с 23,6 до 8,0 баллов при ТУР+зоксон и с 23,5 до 8,1 баллов при ТУР+тамсулозин).

Во всех трех группах наблюдений отмечали существенное уменьшение количества остаточной мочи. Хотя уровень достоверности в 1 группе был меньшим (с 130,5 до 31,2 мл, $p < 0,05$), чем в двух других группах (от 121,7 до 18,4 мл при ТУР+зоксон и от 129,5 до 16,1 мл при ТУР+тамсулозин) ($p < 0,001$). Более того, при незначительной разнице количества остаточной мочи в дооперационном периоде у больных трех сравниваемых групп, и ее объем через 30 дней после ТУР и начала лекарственной терапии был несколько отличительным. Так, зоксон и тамсулозин способствовали более

заметному снижению остаточной мочи в мочевом пузыре, чем самостоятельное оперативное вмешательство методом ТУР.

Выводы:

При ДГПЖ крупных размеров у больных пожилого и старческого возраста с учетом имеющейся сопутствующей патологии, комбинированное применение метода ТУР и препаратов группы α_1 -адреноблокаторов в раннем послеоперационном периоде, значительно уменьшает симптоматику ДГПЖ.

Применение α_1 -адреноблокаторов в раннем послеоперационном периоде позволяет ускорить процесс реабилитации больных пожилого и старческого возраста с учетом имеющейся сопутствующей патологии после ТУР ДГПЖ больших размеров и соответственно повысить эффективность ее лечения.

Список использованных источников:

1. Под редакцией Н.А. Лопаткина, А.Г. Мартова. Избранные лекции по урологии. - М., 2008. – С. 406-408.
2. Мартов А.Г., Лопаткин Н.А. Руководство по трансуретральной эндоскопической электрохирургии доброкачественной гиперплазии простаты. – М., 1997. – С. 144.
3. Лопаткина Н.А. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. – М., 1999. – С. 52-53.

Ірі көлемді қабқж түр әдісімен жасаған операциядан кейінгі ерте кезеңде басқа ағзаларының созылмалы сырқаттары бар егде тартқан науқастарды айықтыру
И.Ж. Гулиев, Д.С.Спатай.

«Қазақстан-Ресейлік медициналық университеті»,
қ.Алматы

ТҰЖЫРЫМ

Ірі көлемді ҚАБҚЖ кезінде ТУР әдісін және α_1 -адреноблокаторларды (доксазозин және тамсулозин) операциядан кейінгі ерте кезеңде қиыстырып қолдану, басқа ағзаларының созылмалы сырқаттары бар, егде тартқан науқастардың операциядан кейін сауығуын тездетуге және емдеудің клиникалық нәтижелілігін арттыруға мүмкіндік береді.

Негізгі сөздер: Ірі көлемді қуық асты безінің қатерсіз гиперплазиясы (ҚАБҚЖ), қуық асты безінің ТУР әдісі, α_1 -адреноблокатор (доксазозин и тамсулозин).

Rehabilitation Of Patients In Early Postoperative Period After Tur Of Bph Large, Based On Existing Underlying
I.Zh. Guliyev, D.S.Spatay.

«Kazakh-Russian medical university», Almaty c.

SUMMARY

Postoperative combined application of TUR method and α_1 -adrenergic blockers (doxazosin and tamsulosin) in case of BPH allowed to significantly enhance postoperative rehabilitation and clinical efficiency of the treatment.

Keywords: BPH is a large size, TUR of the prostate, α_1 -adrenergic blockers (doxazosin and tamsulosin).

Опыт лечения солитарных костно-хрящевых экзостозов у детей

Дуйсенов Н.Б., Кожыханов Б.К., Сукбаев Д.Д., Сарсембаев К.К., Исаев Н.Н., Давлетбаева А.Н.,
Еркасова А.Е.

НВО КРМУ г. Алматы

В настоящее время во всём мире отмечается стабильный рост опухолевых, опухолевидных и диспластических заболеваний скелета, этногенез которых основан на мутации генов. Наиболее часто экзостозная хондродисплазия проявляется у детей в возрасте 5-16 лет, когда идет активный рост костного скелета, чем и объясняется актуальность лечения вышеуказанной патологии.

Экзостозная хондродисплазия встречается в 27,4 - 43,0%, от всех случаев опухолей, опухолеподобных и диспластических заболеваний скелета в детском возрасте и является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний опорно-двигательного аппарата. В последнее время отмечается явная тенденция к нарастанию частоты заболевания с увеличением количества осложненных вариантов течения [1].

По данным литературы, в 31% случаев, костно-хрящевые экзостозы приводят к возникновению вторичных деформаций опорно-двигательной системы. Основной причиной развития вторичных деформаций сегментов верхних и нижних конечностей является укорочение поражённой кости на фоне нарушения функции ростковой зоны при пролиферации экзостозов [2,3,4].

Недостаточная информативность проведенных ранее исследований обуславливает актуальность дальнейшего изучения патогенетических механизмов развития вторичных деформаций опорно-двигательного аппарата у детей и подростков при данной патологии с разработкой оптимальной тактики лечения, дифференцированного подхода к срокам и методам оперативных вмешательств.

Все авторы едины во мнении о необходимости применения только хирургического лечения данной патологии. По поводу методов лечения, сроков, показаний и противопоказаний, здесь имеются существенные разногласия вплоть до полярных. Некоторые авторы предлагают приступать к оперативному лечению только после окончания роста скелета ребенка, то есть устранять уже сформировавшиеся вторичные деформации и осложнения, которые не будут в дальнейшем прогрессировать. Большинство хирургов рекомендуют оперативное лечение больных на фоне имеющихся деформаций и осложнений, уже являющихся показанием к хирургическим вмешательствам. При хирургическом лечении предпочтение отдается абсолютным показаниям без учета сроков оперативных вмешательств и тактики дальнейшего ведения больного [1,3,5].

Материалы и методы

На базе Центра детской неотложной медицинской помощи г. Алматы в травматолого-ортопедическом отделении за период 2018 года было произведено

оперативное лечение 17 детям. Мальчиков было 15, девочек 2. В возрасте 4-6 лет поступило 2 пациентов, 6-10 лет – 5 детей, 10-15 лет – 11 больных.

Таблица № 1. Распределение детей по локализации поражения

№	Локализация	Количество	%
1	Бедренная кость	3	17,6%
2	Плечевая кость	3	17,6%
4	Большеберцовая кость	7	41,2%
5	Локтевая кость	1	6%
6	Предплюсневая и плюсневой кости	3	17,6%

Распределение зависимости от локализации поражения представлено в таблице № 1, из которой видно, что большинство детей обратились с жалобами на наличие данной патологии с локализацией на нижних конечностях. Ведущим синдромом был болевой, который усиливался при нагрузках.

В нашей клинике используется метод краевой резекции поражение кости с удалением костно-хрящевого экзостоза. Так же использовались методы исследования: клинический, рентгенологический, лабораторно-диагностический и динамическое обследование. Клинический метод заключается в выяснении жалоб и анамнеза заболевания больного, а именно, времени появления его первых признаков, особенностей течения патологического процесса, сроков обращения к врачу и постановки диагноза, характера проводимых лечебных мероприятий, а также объективного состояния пациента на момент госпитализации, включающего определение ортопедического (локализация и размеры экзостоза, наличие укорочения и степени вторичных деформаций конечностей) и неврологического статусов (наличие сдавления нервных стволов экзостозами). На рентгенологическом снимке выявляется на костной ткани наросты, хрящевая ткань не определяется (на снимке виден размер, форма новообразования).

Техника оперативного лечения заключается в том, что доступ производится в зависимости от локализации костно-хрящевого экзостоза, полное обнажение костно-хрящевого экзостоза вместе с основанием и капсулой, остеотомия образования на уровне ее перехода в материнскую кость и удаление костно-хрящевого экзостоза единым блоком вместе с капсулой (важно удалить капсулу полностью). С помощью фрезы обрабатывалась поверхность материнской кости, без образования костного дефицита или дефекта кости.

В последующем производилась иммобилизация оперированной конечности в сроки от 2 недель до 2 месяцев в зависимости от локализации поражения. После удаления иммобилизации ребенку назначалась реабилитация, с целью восстановления мышечного

тонуса оперированного сегмента конечности и объема движений близлежащего сустава. Пациенты получали ЛФК, массаж, физиотерапевтические процедуры.

Результаты

Результаты лечения оценивались по шкале, разработанной нами и используемой с 2009 года «Система оценки функционального статуса при повреждениях или заболеваниях верхних и нижних конечностей». Согласно проведенным результатам оценки функционального статуса случаев декомпенсации не было, субкомпенсация в пределах $3,4 \pm 0,2$ балла, отмечалась у 12 пациентов, компенсация ($4,20,1$ балла) у 5 детей.

Необходимо отметить, что в случаях компенсации ведущим синдромом был косметический дефект. У этих детей производилось этапное наблюдение в течение 1-3 лет, при наличии признаков увеличения, не дожидаясь признаков деформации конечности, болевого синдрома и т.д., производилось оперативное лечение.

Близлежащие и отдаленные результаты хирургической коррекции и последующей реабилитации экзостозной хондродисплазии положительные: случаев декомпенсации и субкомпенсации функционального статуса не выявлено. Компенсация отмечалась во всех случаях в пределах $4,6 \pm 0,15$ баллов.

Таким образом, оперативная коррекция пациентов с экзостозной хондродисплазией является единственным методом лечения пациентов с данной патологией. Исходы лечения 17 детей, которым произведена операция за 2018 год оптимальные - объем близлежащих суставов разработан до оптимального, болевого синдром купировался, был достигнут хороший косметический эффект, что позволило значительно улучшить качество жизни пациентов.

Список литературы

1. Волков М.В. Травматология и ортопедия. М.: Медицина. 1985.
2. Корнилов Н.В. Травматология и ортопедия. Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2018 г.
3. Цыбанов А.С., Хирургическое лечение детей и подростков с экзостозной хондродисплазией. //автореф. Канд. Дисс. – С.П. 2004. – 24с.
4. Рейнберг С.А. Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов. -М.: Медицина, 1964-Т.2.- 572 с.
5. Котельников Г.П., Миронов С.П., Мирошниченко В.Ф. Травматология и ортопедия: учебник+СД – М. 2014, ГЭОТАР-Мед

Резюме

Опыт лечения солитарных костно -хрящевых экзостозов у детей

Дүйсенов Н.Б., Кожыханов Б.К., Сукбаев Д.Д., Сарсембаев К.К., Исаев Н.Н., Давлетбаева А.Н., Еркасова А.Е.

Оперативная коррекция пациентов с экзостозной хондродисплазией является единственным методом лечения пациентов с данной патологией. Исходы лечения 17 детей, которым произведена операция за 2018 год оптимальные - объем близлежащих суставов разработан до оптимального, болевого синдром купировался, был достигнут хороший косметический эффект, что позволило значительно улучшить качество жизни пациентов.

Түжйерім

Балаларда жалғыз сүйек пен шеміршектегі емдеу тәжірибесі

Дүйсенов Н.Б., Кожыханов Б.К., Сукбаев Д.Д., Сарсембаев К.К., Исаев Н.Н., Давлетбаева А.Н., Еркасова А.Е.

Экзостозды хондродисплазияға шалдыққан науқастарды хирургиялық түзету - бұл патологиямен науқастарды емдеудің жалғыз әдісі. 2018 жылға хирургиялық операциядан өткен 17 баланың емдеу нәтижелері оңтайлы болды - жақын буындардың көлемі оңтайлы болды, ауру синдромы тоқтатылды, жақсы косметикалық әсерге қол жеткізілді, бұл пациенттердің өмір сүру сапасын айтарлықтай жақсартты.

Summary

Experience in the treatment of solitary bone and cartilage exostoses in children

Duisenov NB, Kozhakhanov B.K., Sukbaev DD, Sarsembayev KK, Isaev N.N., Davletbaeva A.N., Erkasova A.E.

Surgical correction of patients with exostose chondrodysplasia is the only method for treating patients with this pathology. The treatment outcomes of the 17 children who underwent surgery for 2018 were optimal - the volume of the nearby joints was developed to the optimum, the pain syndrome was stopped, a good cosmetic effect was achieved, which significantly improved the quality of life of the patients.

Наследственно-генетически обусловленные аномалии в зубо-челюстно-лицевой области, диагностика, лечение. Патогенез с позиции системного подхода

¹Телебаева Г.Т., ¹Кульманбетов Р.И., ²Шарипова С.К.

¹Институт Стоматологии КазНМУ

²НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», кафедра хирургической и ортопедической стоматологии

Резюме: Инновационная проблема научных исследований факторов здоровья человека, наследственно-генетически обусловленных болезней зубочелюстно-лицевой области требует изучения твердых тканевых структур челюстей.

Ключевые слова: наследственность, генетика, болезни зубочелюстно-лицевой области.

На современном уровне развития медицины, исследователи единых знаний показали, что истоки наследственно-генетически обусловленных болезней человека следует искать в его внутренней среде процесса онтогенеза на уровне хромосом ДНК-клетки. По данным ВОЗ – 5% детей рождаются в мире с наследственными болезнями, 50% населения сохраняют предрасположенность к наследственным болезням при неблагоприятных условиях с низким уровнем качества жизни, при слабом звене иммуно-биологических свойств организма, даже предрасположенность может сыграть существенную роль в возникновении «дремлющих» наследственных болезней. Установлена вероятность 3500 генетических болезней, вызванных генетическими «поломками». Имеющиеся данные специальной литературы со второй половины XIX столетия сохраняют много клинических описаний, когда наследственно-генетические факторы не являлись редкостью возникновения аномалии зубочелюстно-лицевой области (ЗЧЛО), причём в ее разнообразии, устойчивого сохранения на всю жизнь у индивидуума. Нарушена эстетика лица, прикуса, улыбки, основные функции и артикуляции речи. Становится ясно, что у взрослой молодежи возникают проблемы в выборе профессии, в любви и в общении с окружающими. Красноречива статистика. Данные по России показывают число врожденной аномалиейной щели верхней челюсти 2:1000 родившихся. Аномалии развития челюстей с положением зубов, зубным рядом встречаются среди 30-50% всех детей и подростков и от 25-36% среди взрослого населения, 50% населения нуждаются в ортодонтическом лечении [1]. Данные врожденной щели верхней челюсти по Республике Казахстан (РК) свидетельствуют о том, что показатели по городу Алматы встречаются 1:639 (более близки к данным ВОЗ 1:700 в мире), по Центральному Казахстану - 1,1:1000, а по Семипалатинскому региону очень высокая [2]. Аномалии у взрослых колеблются от 11,66±0,08 до 21,76±3,56 с учетом 5 регионов РК [3].

Диагноз у детей с врожденными аномалиями

устанавливается с первых дней после рождения. Высокоэффективный метод диагностики УЗИ может определить врожденную щель верхней челюсти у плода в утробе матери. До сегодняшнего времени диагноз как симптом аномалии чрезмерного развития и недоразвития челюстей устанавливается чаще в периоде прикуса постоянных зубов благодаря морфологическим изменениям костных структур, придающие им видимые аномальные формы с признаками локализаций на какой-либо челюсти на 1-верхней или 2-нижней, либо 3-на обеих челюстях, нарушающие соотношения зубных рядов челюстей в окклюзионном смыкании прикуса и внешнего вида лица. В классификациях аномалии прикуса советских клинических исследователей для обозначения форм пользуются терминами, состоящие из двух слов: макро, микро в первой, гнатия, гиния во второй части; или единичными как прогнатия верхней или нижней челюсти, прогения, истинная прогения нижней челюсти, глубокий и т.д. [4-9].

В лечении детей с врожденной аномальной щелью верхней челюсти мы обобщили результаты клинических исследований, проведенных в течение 25 лет. Нами отработан интегральный принцип стандарта модели алгоритма организации и инновационной технологии оказания протетико-ортодонт-хирургической помощи в комплексе с обще-медико-социальными мерами.

Модель алгоритма организации, технологий прежде направлена на отработку солидарной ответственности всех врачей различного профиля в качественном излечении этой болезни у детей в дошкольном возрасте до 7 лет, а не в 21-22 года жизни [10, 11]. Лечение аномальных состояний форм челюстей осуществляется практически поздно по «обращаемости» на основе признака нарушения «эстетики лица» в периоде прикуса постоянных зубов. С целью медико-социальной реабилитации осуществляется соответствующие клинко-стационарные объемы лечения: комплексные ортодонт-хирургические и сложные эстетико-реконструктивно-хирургические у взрослого населения [12, 13, 14]. На сегодняшний день находимся ли мы на правильном пути в решении медико-генетических задач этой проблемы в стоматологии? На данном этапе еще «срабатывает» принцип: «что профессионально умеем, то и делаем», т.е. излечиваем последствия, не вписывающиеся в рамки профилактической медицины XXI столетия. Безусловно, определенная группа населения страны носит гены наследственных аномалий ЗЧЛО, ибо окончательно не излечились. Аномалии могут повторяться у их поколения

и опять отражаться на качестве жизни отдельного члена семьи и в обществе, ибо они являются прямыми причинными факторами, а не опосредованными аномалиями ЗЧЛО.

В этой проблеме научные исследования востребованы, ибо с развитием высоких технологий в генетике, молекулярной биохимии, мы осознаем, что требуется диагностировать аномалии методикой геномной инженерии, «очистить» и оздоровить внутреннюю среду homo sapiens на клеточном уровне. У стоматологов РК есть мотивация – это лицо, важнейшая часть организма, где срабатывает понятие – право на здоровье у человека появляется до его рождения. Не случайно, что ряд стран – экономическо-развитые выделяют достаточные средства на генетические программы. В эти программы должны быть интегрированы казахстанские исследователи, стажировавшись по программе «Болашақ».

В клинической стоматологии о патогенезе развития наследственно-генетических аномалий ЗЧЛО достаточного представления не имеем. На наш взгляд, патогенез развития предположительно рассмотрим с позиции системного подхода с ориентацией на ряд закономерных особенностей свойства аномалий. Процесс развития патогенеза рассматривается в следующих направлениях:

- Наличие связи с этиологией единичного фактора «наследственно-обусловленные биологические поломки», связанные с мутацией гена хромосом ДНК клетки;

- По теории «памяти форм» действия «новорожденного» гена является самым продолжительным т.е. отделение клеток для воспроизводства себе подобных до окончательного формирования аномальных состояний в различных тканевых структурах, где по времени возникает щелинные «несращения» на уровне естественных швов верхней челюсти, «переизбыток» или «недостаточность» определенных тканей в мягких – уздечек губ, языка, твердых – зубов и челюстей. Если механизму воздействия «повреждающего» гена подвержены ростковые зоны костных структур челюстей, то в своем развитии могут «усиливаться» или «угнетаться» и в постнатальном периоде;

- Во внутрисредовых условиях сохраняется весь диапазон уровневых естественного биологического хода генно-патологической неразрывной цепи развития в микромире-клетке (о чем будет предположительное сообщение), затем в макромире – генетически уровневый макрогенез различных тканевых структур, которые приобретают определенные аномальные состояния в перинатальном периоде.

Кроме того, при наличии единичного фактора, механизм развития патогенеза в различных тканевых структурах может быть различен по специфичности. Здесь нужно понять связь между «повреждающим» геном и чувствительностью каких-то тканей, которые реагируют и становятся «мишенью» в формировании аномальных состояний во внутрисредовых условиях. Особого изучения требуют твердые тканевые структуры челюстей. И эта проблема инновационная, явно станет программой научных исследований, направленных на здоровье человека.

Примечание: *В серии «Факторы, предрасполагающие и «повреждающие» в развитии аномалии ЗЧЛО (зубо-челюстно-лицевой области)» - это третья публикация.

Литература:

- 1 Леонтьев В.К., Шестаков В.Т., Воронин В.Ф., Оценка основных направлений развития стоматологии. - Москва, 2003. - 275 с.
 - 2 Супиев Т.К. Лекции по стоматологии детского возраста. Учебное пособие/под ред. Т.К. Супиева – Алматы: «Стомлит», 2006.
 - 3 Есембаева С.С. Особенности организации стоматологической помощи сельскому населению Республики Казахстан в современных условиях (Учебное пособие). - Алматы, 2006. - 83 с.
 - 4 Бетельман А.И., Бынин Б.Н. Ортопедическая стоматология. - М., 1957. - 272 с.
 - 5 Курляндский В.Ю. Ортопедическая стоматология. - М., 1977. - 487 с.
 - 6 Калвелис Д.А. Ортодонтия. - М.: Медицина, 1964. - 238 с.
 - 7 Сухарев Г.Т. Диагностика аномалий жевательного аппарата (прикуса) // Стоматология. - 1968. - №3. - С. 95-96.
 - 8 Каламкарров Х.А. Клинико-морфологическая классификация в диагностике зубочелюстных деформаций// Стоматология. - 1972. - №2. - С. 81-84.
 - 9 Ильина-Маркосян Л.В. Методы диагностики в ортодонтии. Классификация зубочелюстных аномалий// Руководство по ортопедической стоматологии. - М.: Медицина, 1974. - С. 331-341.
 - 10 Телебаева Г.Т., Супиев Т.К., Негаметзянов Н.Г. Алгоритм организации и технология оказания протетико - ортодонтической помощи в комплексе с хирургическим лечением врожденных расщелин губы и неба. Материалы IV съезда стоматологов Республики Казахстан. - Алматы, 2008. - С. 83-89.
 - 11 Телебаева Г.Т. Модель алгоритма организации и технология оказания протетико-ортодонт-хирургической помощи детям с врожденной расщелиной губы и неба в комплексе с общемедико-социальными мероприятиями. Вопросы ортодонтии Ортодонтия мәселелері (двуязычие: каз, рус.). - Алматы, 2010. - С. 88-103.
 - 12 Курашев А.Г., Хегай С.М., Каюпова А. Совершенствование костно-реконструктивных операции при аномалии развития и деформации нижней челюсти. Клиническая и экспериментальная стоматология. - Алма-Ата, 1992. - С. 120-123.
 - 13 Уразалин Ж.Б., Курашев А.Г. Аномалии развития и деформации нижней зоны и новые методы их хирургического лечения// Хирургия Казахстана. - №1-2. - 1995. - С. 56-60.
 - 14 Сукачев В.А. Атлас реконструктивных операции на челюстях. - М: Медицина. - 1984. - 118 с.
- Материал с разрешения автора предоставила Сауле - Касен Райхан-Қызы.

Түйіндеме.

Генетикалық-тұқым қуалаушылық факторлармен байланысты бет-тісжақсүйек

аймағындағы аномалиялар жақсүйек қатты тіндерін инновациялық әдіспен зерттеуді

талап етеді.

Кілттік сөздер: тұқым қуалаушылық, генетика, бет – тісжақсүйек аномалиялары.

Summary: the innovative problem of the scientific study of the human health is a factor of

hereditary and genetically caused diseases of dental maxillofacial area, it requires the study of solid tissue structures of the jaws.

Key words: heredity, genetics, diseases of the maxillofacial area.

Оценка состояния тканей пародонта у лиц с брекет-системами

Искакова М.К., Куватбаева У.А.

НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет»

Кафедра терапевтической и детской стоматологии

С каждым годом увеличивается число пациентов с воспалительными заболеваниями тканей пародонта и это количество продолжает увеличиваться [1, 2]. В последние десятилетия наблюдается тенденция к увеличению частоты воспалительных заболеваний пародонта среди лиц более молодого возраста [2]. По данным ВОЗ, распространенность заболеваний пародонта составляет 9-10% у детей младшего возраста и достигает 81-90% у подростков [3, 4, 5, 6].

По данным научного доклада ВОЗ (1990), в котором обобщены результаты обследования населения 53 стран, высокий уровень заболевания пародонта отмечен как в возрастной группе 15-19 лет (55-99%), так и в группе 35-44 года (65-98%) [7]. По данным отчета Европейского бюро ВОЗ, собранном в 35 странах мира, отмечалась высокая распространенность заболеваний пародонта (свыше 75%) среди лиц в возрасте 35-44 лет в семи странах, высокая распространенность (40-73%) в тринадцати странах и умеренная (менее 40%) в пятнадцати странах [8].

Одной из причин увеличения числа больных с патологией пародонта среди лиц молодого возраста являются недостатки в организации пародонтологической помощи: наличие объективных социально-экономических факторов, низкая медицинская грамотность и низкая активность населения [9, 10, 11, 12, 13].

Среди лиц молодого возраста (15–34 года) в развитии воспалительных заболеваний пародонта важное значение имеют аномалии строения мягких тканей преддверия полости рта и наследственная предрасположенность, а среди взрослого населения (старше 35 лет) – патология прикуса и соматическая отягощенность [14]. Причём, начальные признаки воспалительных заболеваний пародонта (ВЗП) выявляются уже в молодом возрасте. Так, у 15-летних подростков признаки заболевания тканей пародонта по индексу CPI регистрируются в разных городах Российской Федерации от 15,7 (г. Ижевск) до 34,0% (г. Воткинск). Причём, в данной возрастной группе, из выявленных признаков, преобладают начальные – в виде кровоточивости дёсен (59,26%) и зубного камня (33,33%), которые регистрируются в среднем в 0,92 и 0,59 секстантах зубного ряда. В молодом возрасте (15 лет) по КПИ риск развития ВЗП выявлен у 7,70% обследованных пациентов, а у 13,83% уже диагностированы ВЗП различной степени тяжести. У молодых людей ВЗП преимущественно имеют лёгкое течение (84,62%), а количество лиц со средней степенью заболевания составляет 15,38% [14]. Результаты исследований факторов риска выявили, что у лиц молодого возраста с ВЗП в 1,6 раза чаще, чем в группе сравнения, выявляются хронические соматические заболевания ($p<0,01$). Преобладающей соматической патологией в этом возрасте являются заболевания желудочно-кишечного тракта ($p<0,01$). Лица молодого возраста в 2,5–2,6 раза чаще болеют простудными

заболеваниями ($p<0,001$), у большинства из них имеет место наследственная отягощенность по заболеваниям пародонта ($p<0,001$). Установлено, что среди пациентов с диагностированными ВЗП достоверно больше курящих ($p<0,001$) и употребляющих мучную пищу ($p<0,001$), чем среди лиц, не имеющих патологии пародонта [15]. При клиническом обследовании тканей пародонта 129 больных в возрасте от 20 до 39 лет воспалительные заболевания пародонта выявлены у 95,3%: у 46,5% - хронический генерализованный катаральный гингивит, у 24,8% - хронический генерализованный пародонтит легкой степени, у 16,3% - пародонтит средней степени, у 7,7% - пародонтит тяжелой степени; только у 4,7% пациентов ткани пародонта были здоровы [16].

Выявлена распространенность заболеваний пародонта – 92%, кариеса – 93,7%. Установлено, что длительная плохая гигиена полости рта может стимулировать развитие генерализованного пародонтита. Выявлена высокая распространенность местных раздражающих факторов. Просматривается прямая корреляционная зависимость между состоянием гигиены полости рта, наличием апроксимального кариеса, распространенностью и тяжестью течения заболеваний пародонта. Высокая распространенность заболеваний пародонта обуславливает необходимость диспансерного наблюдения лиц в возрасте 15-35 лет необходимо создание сети профилактических стоматологических кабинетов для обучения методам гигиенического ухода за полостью рта. Профессиональная гигиена полости рта должна занимать решающее место в комплексном лечении генерализованного пародонтита у лиц молодого возраста [17].

Наряду с патологией тканей пародонта увеличивается количество пациентов, нуждающихся в ортодонтическом лечении. Довольно часто ортодонты сталкиваются с ситуацией, когда пациенты желают изменить положение отдельных зубов при незначительном их отклонении от нормы, что приводит к наиболее частому выбору и применению несъемных ортодонтических аппаратов (Хорошилкина Ф.А., 1986; Лепорский Д.В., 2006; Тимофеев А.А., 2011). Несмотря на популяризацию несъемных ортодонтических технологий и значительное повышение их эффективности, удельный вес различных осложнений, включая изменения со стороны тканей пародонта остается достаточно высоким: от 32,7 до 50% (Абрамова О.Г., Арсенина И.О., Осипанова Г.Б., 1999; Арсенина О.Г., Григорьян А.С., 2004; Олейник Е.А., 2007; Рамм Н.Л., Кисельникова Л.П., 2001). Ортодонтическое лечение ухудшает гигиеническое состояние ротовой полости, а также микроциркуляцию тканей пародонта. При этом после фиксации ортодонтического аппарата ухудшение гигиенического состояния полости рта связано с ретенционными особенностями ортодонтических конструкций. Накапливающийся при этом зубной налет оказывает мощное бактериальное воздействие на

органы и ткани ротовой полости. Риск возникновения кариеса и увеличения очагов поражения при лечении несъемными ортодонтическими аппаратами повышается и составляет от 15 до 85 %. По данным М. П. Водолацкого и Ю. Д. Христофорандо (1989), ортодонтическое лечение усугубляет кариесогенную ситуацию в ротовой полости, снижая кислотоустойчивость эмали зубов, что диктует необходимость включать в план ортодонтического лечения противокариозные мероприятия.

Проблема повышения эффективности лечения зубочелюстных аномалий и деформаций у взрослых с болезнями тканей пародонта остается актуальной, вследствие, вызываемого ими резкого ухудшения состояния тканей пародонта, высокого процента осложнений в процессе и после ортодонтического лечения, большой склонности к рецидивам, необходимости адаптации пациента к несъемным ортодонтическим аппаратам, что, несомненно, ухудшает результаты и качество лечения (Денисова Ю.Л., 2007). Ортодонтическое лечение является одним из этапов комплексной терапии заболеваний пародонта. Однако ортодонтическое передвижение зубов у взрослых может вызвать патологические изменения в тканях пародонта (Денисова Ю.Л., 2007).

В настоящее время остаются неизученными факторы риска патологии пародонта при использовании брекет-систем, отсутствуют данные о состоянии тканей пародонта у данной категории пациентов, отсутствуют практические рекомендации по уходу за полостью рта. Поэтому изучение факторов риска и оценка состояния тканей пародонта у пациентов при использовании брекет-систем является актуальной проблемой, наряду с разработкой и внедрением профилактических мероприятий.

Цель исследования

разработать алгоритм профилактики заболеваний тканей пародонта для лиц с брекет-системами.

Материалы и методы исследования

Для регистрации клинических и дополнительных методов обследования: фиксация времени установки брекет-системы, состояние тканей пародонта, коррекция и наблюдение в зависимости от сроков ношения, была разработана специальная медицинская карта «Карта обследования и наблюдения ортодонтического пациента» с учетом рекомендаций ВОЗ. В карте фиксировали индивидуальный номер пациента, паспортные данные (Ф.И.О., возраст, пол, род занятий), дату первичного обращения, жалобы на период обращения; кратность обращения к врачу-ортодонт, наличие вредных привычек, наследственный фактор; данные объективного осмотра и внутриротового обследования (состояние преддверия полости рта, уздечек, слизистой оболочки полости рта, языка, прикуса, форма нёба). Подробно описывается стоматологический статус, состояние зубов, тканей пародонта, соблюдение гигиены полости рта. При осмотре полости рта отмечалось гигиеническое состояние, очаги одонтогенной инфекции (наличие кариозных полостей, острых краев разрушенных зубов, пломб с дефектами; состояние тканей пародонта), нуждаемость в санации, ортодонтическом или ортопедическом лечении. Должное внимание уделялось наличию травмирующего фактора, состоянию прикуса и их связи с возникновением заболевания. Обращали

внимание на состояние десневого края, его цвет, степень кровоточивости десны, характер и выраженность воспалительного процесса, наличие зубных отложений, оценивали качество имеющихся пломб.

На основании указанных данных пациенту выставляется предварительный диагноз, после проведения дополнительных методов обследования окончательный диагноз. В заключение карты фиксируются данные наблюдения состояния тканей пародонта в зависимости от срока ношения брекет-системы.

Результаты исследования:

Было проведено обследование и наблюдение 25 пациентов в возрасте от 18 до 25 лет, которые будут разделены на 3 группы в зависимости от срока ношения брекет-системы:

1 группа (основная группа) – 10 пациентов в возрасте от 18 до 25 лет, которым были установлены брекет-системы в течение трёх месяцев;

2 группа (основная группа) – 10 пациентов в возрасте от 18 до 25 лет, которым были установлены брекет-системы в шести месяцев;

3 группа (группа сравнения) – 5 пациентов в возрасте от 18 до 25 лет, у которых отсутствуют брекет-системы.

Для регистрации клинических и дополнительных методов обследования была использованная нами разработанная нами специальная медицинская карта «Карта обследования и наблюдения ортодонтического пациента» с учётом рекомендации ВОЗ (приложение А). В данной карте каждому пациенту проводилась следующая запись: индивидуальный номер пациента, паспортные данные (Ф.И.О., возраст, пол, род занятий), дата первичного обращения, жалобы на период обращения; кратность обращения к врачу-ортодонт, наличие вредных привычек, наследственный фактор; данные объективного осмотра и внутриротового обследования (состояние преддверия полости рта, уздечек, слизистой оболочки полости рта, языка, прикуса, форма нёба). В карту вносились данные стоматологического статуса, состояние зубов, тканей пародонта, соблюдение гигиены полости рта. При осмотре полости рта отмечалось гигиеническое состояние, очаги одонтогенной инфекции (наличие кариозных полостей, острых краев разрушенных зубов, пломб с дефектами; состояние тканей пародонта), нуждаемость в санации, ортодонтическом или ортопедическом лечении. При осмотре выявляли факторы, способствующие травматизации слизистой оболочки полости рта: острые края зубов, корни разрушенных зубов, некачественные ортодонтические или ортопедические конструкции. Проводили осмотр десны и десневого края: цвет, степень кровоточивости десны, характер и выраженность воспалительного процесса, наличие зубных отложений, оценивали качество имеющихся пломб.

Результаты клинического осмотра показали, что индекс КПУ среди пациентов первой группы имел следующие значения: компенсированная форма кариеса у пациентов женского пола составил 66,67% и среди мужчин - 33,33%; субкомпенсированная форма кариеса - 55,6% и 44,4% соответственно среди женщин и мужчин; декомпенсированная форма кариеса - 60% среди женщин и 40% - среди мужчин.

Среди пациентов второй группы индекс КПУ имел следующие значения: компенсированная форма кариеса была зарегистрирована у 70,59% женщин и у 29,41% мужчин; субкомпенсированная форма кариеса,

одинаково по 50% как среди женщин, так и среди мужчин; декомпенсированная форма кариеса - у 33,33% женщин и 66,67% - мужчины.

Среди пациентов третьей группы индекс КПУ имел следующие показатели: 75% женщин и 25% - компенсированная форма кариеса; субкомпенсированная форма кариеса - 72,73% женщины и 27,27% - мужчины; декомпенсированная форма кариеса - 16,67% женщины и 83,33% - мужчины. Высокий показатель распространенности и интенсивности кариеса зубов наблюдается во второй группе: декомпенсированная форма кариеса была зарегистрирована среди 33,33% женщин и 66,67% - мужчин. В этой же с одинаковой частотой поражения среди пациентов мужского и женского пола были зафиксированы данные по субкомпенсированной форме кариеса зубов: по 50%. В этой же группе отмечаются высокие показатели компенсированной формы кариеса зубов: 70,59% - женщины и 29,41% - мужчины. Этот факт подтверждают литературные данные, что при длительном ношении брекет-системы возможна патология твердых тканей зубов.

Более стабильная ситуация наблюдается среди пациентов третьей группы, что свидетельствует о хорошем состоянии твердых тканей зубов: компенсированная форма кариеса зубов зафиксирована среди 75% женщин и 25% мужчин.

Среди пациентов первой группы (основная группа) гигиеническое состояние полости рта было неудовлетворительным: гигиенический индекс равнялся $2,0 \pm 0,05$ (высокий индекс нарушения гигиены полости рта, плохое состояние); индекс КПУ - $6,8 \pm 1,90$. В структуре КПУ преобладала составляющая «к», «п». Среди пациентов второй группы (основная группа) гигиенический индекс составлял $2,3 \pm 0,22$; индекс КПУ - $7,6 \pm 1,21$. Основной составляющей индекса был «к», «п». Среди пациентов третьей группы (группа сравнения) гигиеническое состояние полости рта удовлетворительное, индекс гигиены полости рта составил $1,42 \pm 0,05$; индекс КПУ - $4 \pm 0,03$, основной составляющей индекса являлись кариозные зубы.

Таким образом, уровень стоматологического здоровья пациентов в различных обследуемых группах зависит от срока ношения брекет-системы и состояния тканей пародонта.

Наши исследования показали, что практически у всех пациентов выявлен низкий уровень стоматологического здоровья, особенно среди пациентов со сроком ношения брекет-системы в течение трех месяцев. Проведение своевременных профилактических мероприятий, рекомендации по средствам гигиены полости рта, обладающих противовоспалительными и антимикробными действиями, привело к понижению интенсивности кариеса зубов и уменьшению воспалительных признаков со стороны тканей пародонта.

Для успешного завершения терапии с пациентами необходимо проводить разъяснительные беседы с демонстрацией их состояния в полости рта до начала ортодонтического лечения и на этапе. Основываясь на полученных результатах, можно считать, что ортодонтическое лечение с применением несъемной ортодонтической аппаратуры при соблюдении и выполнении рекомендаций врача-ортодонта и врача-пародонтолога, может способствовать снижению уровня гигиены полости рта. Учитывая, что по данным исследования в зависимости от срока ношения брекетов, среди пациентов наблюдается ухудшение гигиены полости рта, необходимо контролировать гигиеническое состояние полости рта при каждом

повторном обращении пациента. Необходимо увеличить количество проведенных профессиональной гигиены - до 1 раза в 3 месяца, с целью профилактики заболеваний тканей пародонта на фоне ортодонтического лечения. Необходимо мотивировать пациентов на регулярное и правильное выполнение ухода за полостью рта и регулярно посещать врача-пародонтолога, при необходимости пройти курс противовоспалительной терапии. Для устранения негативных проявлений во время установки и в период ношения проводить психологический тест для оценки психоэмоционального состояния и его коррекции.

Использованная литература:

1. Антонова Н.М. Роль профессиональной гигиены полости рта в комплексном подходе к диагностике и лечению воспалительных заболеваний пародонта: автореф. дисс. канд. мед. наук. - Санкт-Петербург, 2000. - 21 с.
2. Гриценко Е.А., Суятов Д.Е., Харитонова Т.Л., Лебедева С.Н. Основные аспекты этиологической профилактики пародонтопатий у детей и подростков // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2011 №1 (том 7). - С. 234-239.
3. Grossner C.G., Unell L. Alongitudinal study of dental health from the age of 14 to 41 // *Sweed Dent J*. 2007. 31 (2). - С. 65-74
4. Кузьмина Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний у беременных женщин и детей раннего возраста: метод. рекомендации. Москва: МГМСУ. - 1999. - 36с.
5. Беляев В.В. Распространенность основных стоматологических заболеваний и особенности их профилактики у детского населения Тверской области: автореф. дис. ...канд. мед. наук. - Тверь. - 1998. - 18 с.
6. Science and Therapy Committee of the American Academy of Periodontology. Periodontal Diseases of Children and Adolescents (2003) // *J. Periodontol*, 2003. - № 74. - P. 1696-1704
7. Боровский Е.В., Иванов В.С., Максимовский Ю.М. и др. Терапевтическая стоматология: учебник. - М.: Медицина, 2011. - 736 с.
8. Сидельникова Л.Ф., А.Г. Ткаченко Обоснования и контролируемая индивидуальная гигиена полости рта - важный фактор стабилизации патологического процесса при генерализованном пародонтите // Современная стоматология. - 2006. - №2. - С. 46-48.
9. Юсупова Л.Г. Основы критериев качества диагностики и лечения гингивита // Казанский медицинский журнал, 2006. - том 85. - №5. - с. 393-394.
10. Грудянов А.И. Заболевания пародонта. - М.: Издательство "Медицинское информационное агентство", 2009. - 336 с.
11. Алимский А.В., Селахов И.С. Состояние и динамика научных исследований по организации стоматологической помощи // Стоматология для всех. - 2012. - № 2. - С. 48-50.
12. Белоусов Н.Н., Буланов В.И. Проблемы обследования и диагностики при заболеваниях пародонта // Стоматология. 2004. - № 2. - С. 19-20.
13. Гожая И.Н., Гожая Н.Н. Риск развития заболеваний пародонта при наличии хронических социальных стрессов у клинически здоровых // Пародонтология. - 2012. - №1(62). - С. 21-25.
14. Тарасова Ю.Г. Повышение качества лечения пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта: автореферат на соиск. уч. ст. д.м.н., Пермь. - 2013. - 48 с.
15. Тарасова Ю.Г., Кузнецова В.Ю., Любомирский Г.Б. Значимость местных и общих факторов в развитии воспалительных заболеваний пародонта у лиц разного возраста // Ж. Клиническая стоматология. - 2011. - №3. - С. 70-74.
16. Копецкий И.С., Побожьева Л.В. Современные лечебно-профилактические средства для индивидуальной гигиены полости рта // Ж. Лечебное дело. - 2012. - №3. - С. 29-32.
17. Димитрова А.Г. Распространенность и интенсивность заболеваний пародонта у студентов НМУ // Современная стоматология. - 2015. - №3. - С. 23-25.

* Данные результаты являются фрагментом магистерской диссертации Куватбаевой У.А., научный руководитель, Исакова М.К.

Некоторые осложнения после эндодонтического лечения, меры их устранения

Искакова М.К., к.м.н., профессор

Байназарова Н.Т., асс., магистр

Казахстанско-Российский медицинский университет

Кафедра терапевтической и детской стоматологии

Оценка качества эндодонтического лечения приобретает актуальность в связи с увеличением числа пациентов с осложненными формами кариеса, сложностью проведения ряда лечебных манипуляций, возможными ошибками и осложнениями во время и после проведения эндодонтического лечения. Эндодонтическое лечение, на сегодняшний день, является одним из сложных методов лечения в терапевтической стоматологии.

Заболевания пульпы и заболевания периодонта остаются одной из основных причин удаления зубов. Зубы с элементами деструкции у верхушки корня являются очагами хронической инфекции, приводящими к системным заболеваниям. Наличие очага инфекции у верхушки зуба может вызывать системные расстройства, в то же время состояние здоровья пациента часто оказывает влияние на успех проводимого эндодонтического лечения. В настоящее время благодаря пониманию сути патологических процессов, протекающих в периодонте, и значительным успехам эндодонтической техники остается все меньше медицинских противопоказаний к лечению. Однако оно должно проводиться с определенными предосторожностями, а в ряде случаев пациент в обязательном порядке должен проконсультироваться с наблюдающим его врачом. Иначе говоря, чтобы не причинить пациенту вреда и защитить врача от необоснованного обвинения необходимо взвесить все факторы и с их учетом планировать лечение.

Цель исследования

оценить качество эндодонтического лечения на основании анализа медицинской документации

Материалы исследования

Для определения оценки качества лечения осложненного кариеса зубов, были взяты 20 пациентов, которые были распределены следующим образом:

1 группа – 10 пациентов, в возрасте от 18 до 45 лет, женского и мужского пола, которым было проведено эндодонтическое лечение в течение трёх месяцев;

2 группа – 10 пациентов, в возрасте от 18 до 45 лет, женского и мужского пола, которым было проведено эндодонтическое лечение в течение шести месяцев.

Результаты исследования

Внешний осмотр и осмотр полости рта проводился по классической схеме. Однако во время проведения осмотра полости рта большое значение имело гигиеническое состояние, наличие очагов одонтогенной инфекции (кариозные полости, острые края разрушенных зубов, пломбы с дефектами; состояние тканей пародон-

та). У 70% пациентов были выявлены кариозные зубы и пломбы (компенсированная форма кариеса); у 10% пациентов - были пломбы, не отвечающие требованиям и разрушенные зубы (субкомпенсированная форма кариеса) и 20% пациентов нуждались в хирургическом и ортопедическом лечении (декомпенсированная форма кариеса). Практически у всех пациентов наблюдались воспалительные и воспалительно-деструктивные заболевания тканей пародонта, зубные отложения. 20 пациентам в двух группах, ранее проводилось эндодонтическое лечение, но на протяжении трёх и шести месяцев у пациентов наблюдались различные осложнения в виде боли в зубе при накусывании, боли постоянного и ноющего характера, припухлость мягких тканей лица. Поэтому этим пациентам проводилось перелечивание зубов с повторным проведением эндодонтического лечения (таблица 1). Было пролечено 38 зубов, из них однокорневых зубов было 17, многокорневых – 21.

Таблица 1 – Виды осложнений после эндодонтического лечения (по срокам наблюдения)

Группа /сроки наблюдения	Виды осложнений			
	боль при накусывании на зуб	постоянная боль в зубе	неполная obturation канала	выведение эндодерметика за верхушку корня
1 группа	8/80%	2/20%	7/70%	-
2 группа	3/30%	5/50%	6/60%	2/20%
	11/55%	7/35%	13/65%	2/10%

Как следует из таблицы 1, наиболее частой причиной после эндодонтического лечения была неполная (некачественная) obturation корневого канала – в 65% случаях. Высокий процент осложнения наблюдается среди пациентов двух групп, предъявляющие жалобы на боли при накусывании на зуб. На постоянную боль в зубе жаловались, в основном пациенты 2 группы – 50%. Значительно реже были выявлены факторы выведения эндодерметика за верхушку корня зуба. Всем пациентам, после проведения основных и дополнительных методов обследования, было проведено повторное эндодонтическое лечение по следующей схеме: рентгенодиагностика, обезболивание, удаление пломбы, создание доступа к устьям корневых каналов, удаление корневой пломбы, проведение инструментальной и медикаментозной обработки корневых каналов. Применяли временные антибактериальной повязки на основе гидроксида кальция, временная повязка. При положительной динамике: отсутствие боли в зубе меняли временный эндодерметик на постоянный (АН 26 с гуттаперчевыми штифтами), контрольный рентгеновский снимок, постоянная пломба. Через 3 месяца пациенту проводилась контрольная рентгенодиагностика для

изучения состояния периапикальных тканей.

Для наглядности приводим выписку из амбулаторной карты стоматологического пациента: пациент М., 39 лет обратился в клинику с жалобами на боль, усиливающуюся при накусывании. В ходе обследования поставлен диагноз обострение хронического гранулирующего периодонтита. На рентгенограмме нижний первый моляр с неадекватно запломбированными корневыми каналами, в периапикальной области обширный очаг разрежения костной ткани. Лечение: удаление пломбы, создание доступа к устьям корневых каналов, удаление корневой пломбы из дистального и медиально-язычного канала, проведение инструментальной и медикаментозной обработки корневых каналов. После инструментальной обработки провели ирригацию корневых каналов эндодонтическим шприцом с эндоглой 3% раствором гипохлорита натрия для качественной медикаментозной обработки корневых каналов. Лечение зуба проводили с применением временной антибактериальной повязки на основе гидроксида кальция, которую вводили в корневые каналы в виде жидкой суспензии. Временную повязку меняли каждые 2 недели. Через 3 месяца временную повязку удалили, корневые каналы были obturированы силлером с гутаперчей (методом латеральной конденсации).

Второй клинический случай: для наглядности приводим выписку из амбулаторной карты стоматологического пациента: пациентка Т., 28 лет обратилась в клинику с целью осмотра перед протезированием. На прицельной рентгенограмме нижнего первого моляра отмечается неполная obturация корневых каналов. Во втором моляре, вероятно, ранее также было проведено эндодонтическое лечение, о чем свидетельствуют остатки пломбировочного материала в полости зуба, но каналы не obturированы. Лечение: удаление старых пломб, создание доступа к

устьям корневых каналов, в первом моляре проведено распломбирование корневых каналов, во втором моляре проведена ревизия корневых каналов. После тщательной инструментальной и медикаментозной обработки корневые каналы были obturированы силлером с гутаперчей (методом латеральной конденсации). На контрольной рентгенограмме корневые каналы моляров герметично obturированы на всем протяжении до верхушек.

Таким образом, на основании проведенного исследования нам был предложен алгоритм в случае повторного эндодонтического лечения (перелечивание): проведение основных и дополнительных методов обследования; обезболивание по показаниям (с учётом групповой принадлежности зуба); удаление постоянной пломбы (в случае её наличия на зубе); создание доступа к устьям корневых каналов; удаление корневой пломбы; проведение инструментальной обработки корневых каналов (машинными файлами); проведение медикаментозной обработки корневых каналов (эффективными и безопасными лекарственными средствами, такими как группа галлогеносодержащих антисептиков - 3-4% раствор гипохлорида натрия, 3-4% раствор гипохлорида кальция; временная obturация корневых каналов с использованием временного эндогерметика (желательно применять временные эндогерметики, обладающие противовоспалительным и антибактериальным действием); при положительной динамике проводится пломбирование корневого канала с обязательным проведением контрольного рентгеновского снимка и в завершении постоянная пломба.

** Данные результаты являются фрагментом магистерской диссертации Байназаровой Н.Т., научный руководитель, Исакова М.К.*