

БАТЫС ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНА ЖУРНАЛЫ

МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ ЗАПАДНОГО КАЗАХСТАНА

MEDICAL JOURNAL OF WEST KAZAKHSTAN

Тоқсан сайын шығатын ғылыми-практикалық журнал



Меншік иесі – ҚР ДСМ

«Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті» ШЖҚ РМК Журнал 2004 жылдан бастап шығады. ҚР Ақпарат және коммуникация министрлігіне 03.02.2017 ж. тіркеліп, №16330-Ж куәлігі берілген.

- Журнал «Қазпошта» АҚ «Газеттер мен журналдар» республикалық каталогында тіркелген (жазылу индексі – 74740).
- Журнал Ulrich's International Periodical Directory халықаралық және италиялық CINECA ғылыми басылымдары, сонымен қатар, Ресейлік ғылыми дәйексөз алу индексі (РИНЦ) мәліметтер базаларында индекстелді.
- Журнал 2016 жылғы 15 сәуірдегі комиссия шешімі бойынша Ғылыми еңбектің негізгі нәтижелерін жариялау үшін Қазақстан Республикасы Білім және ғылым министрлігі білім және ғылым саласындағы Бақылау комитетінің Тізіміне (ҚР БҒМ БҒСК) енгізілді.

Редакцияның және баспахананың мекенжайы:

030019, Ақтөбе қаласы,
Маресьев к. 68,
морфологиялық корпус, 116 каб.
«Батыс Қазақстан медицина журналы»
журналының редакциясы,
тел./факс: 8/7132/56-23-87,
e-mail: journal@zkgmu.kz

Көркемдеуші ред.: С.Д. Оразов

Корректорлар: С.Ұ. Тогызбаева

Л.Т. Татанова

А.С. Каримсакова

Шыққан күні: 27.06.18

Таралымы 500 дана

Тапсырыс № 001591

Марат Оспанов атындағы БҚММУ РБО,
басылып тұтпелді.



Бас редактор: Е.Ж. Бекмұхамбетов

Бас редактордың орынбасары: Г.А. Смағұлова

Жауапты хатшы: Н.І. Ізімбергенов

Жауапты шығарушы редактор:

Г.С. Дильмагамбетова

Редакциялық ұжым

Т.С. Абилов
С.К. Бермагамбетова
Ж.Ж. Гумарова
Т.А. Джаркенов
С.П. Досмагамбетов
Б.С. Жакиев
Л.М. Жамалиева
Б.К. Жолдин
Г.А. Журабекова
В.И. Котловский
А.А. Мамырбаев
Р.Е. Нургалиева
Б.Т. Тусупкалиев

Редакциялық кеңес

С.К. Ақшолақов (Астана)
Ж.А. Арзықұлов (Алматы)
А.К. Байгенжин (Астана)
В.М. Боев (Орынбор)
В.В. Власов (Мәскеу)
Ж.А. Досқалиев (Астана)
Т.Т. Киспаева (Караганда)
Р.С. Күзденбаева (Алматы)
G. Macchiarelli (Италия)
S.A. Nottola (Италия)
А.Г. Румянцев (Мәскеу)
Қ.Қ. Сабыр (Ақтөбе)
Б.Д. Сексенбаев (Шымкент)
А.Т. Тайжанов (Ақтөбе)
М.К. Телеуов (Астана)
Т.Ш. Шарманов (Алматы)

ISSN 1814-5620 БҚМЖ № 2011 1-120

Мұқабадағы сурет: "Le tubage". Georges Chicotot, 1904.

<https://everything.kz/article/33647474-le-tubage-georges-chicotot-1904>

© Барлық құқықтары қорғалған. Журнал редакциясының рұқсатынсыз мәтіндерді қайта басуға тыйым салынады. Материалдарды дәйектеу кезінде журналға сілтеме жасау міндетті.

БАТЫС ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНА ЖУРНАЛЫ

МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ ЗАПАДНОГО КАЗАХСТАНА

MEDICAL JOURNAL OF WEST KAZAKHSTAN

Ежеквартальный научно-практический журнал



Собственник – РГП на ПХВ
«Западно-Казакхстанский государственный
медицинский университет
имени Марата Оспанова» МЗ РК

Журнал основан в 2004 г.

Свидетельство о постановке на учет №16330-Ж от
03.02.2017 г. выдано Министерством по информации
и коммуникациям РК.

- Журнал зарегистрирован в республиканском каталоге «Газеты и журналы» АО «Казпочта» (подписной индекс – 74740).
- Журнал индексируется в международной базе данных Ulrich's International Periodical Directory, в итальянской базе научных изданий CINECA и в Российском индексе научного цитирования (РИНЦ).
- Журнал входит в перечень изданий, рекомендуемых Комитетом по контролю в сфере образования и науки Министерства образования и науки Республики Казахстан для публикации основных результатов научной деятельности (Решением комиссии от 15 апреля 2016 года).

Почтовый адрес редакции и типографии:

030019, г. Ақтобе,
ул. Маресьева, 68,
Морфологический корпус, каб. 116,
Редакция журнала "Медицинский журнал
Западного Казахстана",
тел./факс: 8/7132/56-23-87,
e-mail: journal@zkgmu.kz

Художественный ред.: С.Д. Оразов

Корректоры: С.У. Тогызбаева

Л.Т. Татанова

А.С. Каримсакова

Дата выпуска: 27.06.18

Тираж 500 экз.

Заказ № 001591

Отпечатано в РИЦ ЗКГМУ
имени Марата Оспанова



Главный редактор: Е.Ж. Бекмухамбетов

Зам. главного редактора: Г.А. Смагулова

Ответственный секретарь: Н.И. Изимбергенов

Ответственный выпускающий редактор:

Г.С. Дильмагамбетова

Редакционная коллегия

Т.С. Абилов
С.К. Бермагамбетова
Ж.Ж. Гумарова
Т.А. Джаркенов
С.П. Досмагамбетов
Б.С. Жакиев
Л.М. Жамалиева
Б.К. Жолдин
Г.А. Журабекова
В.И. Котлобовский
А.А. Мамырбаев
Р.Е. Нургалиева
Б.Т. Тусупкалиев

Редакционный совет

С.К. Акшолоков (Астана)
Ж.А. Арзыкулов (Алматы)
А.К. Байгенжин (Астана)
В.М. Боев (Оренбург)
В.В. Власов (Москва)
Ж.А. Доскалиев (Астана)
Т.Т. Киспаева (Караганда)
Р.С. Кузденбаева (Алматы)
G. Macchiarelli (Италия)
S.A. Nottola (Италия)
А.Г. Румянцев (Москва)
К.К. Сабыр (Ақтобе)
Б.Д. Сексенбаев (Шымкент)
А.Т. Тайжанов (Ақтобе)
М.К. Телеуов (Астана)
Т.Ш. Шарманов (Алматы)

ISSN 1814-5620 БҚМЖ № 2011 1-120

Рисунок на обложке: «Le tubage». Georges Chicotot, 1904. <https://everything.kz/article/33647474-le-tubage-georges-chicotot-1904>

© Все права защищены. Перепечатка текстов без разрешения редакции журнала запрещена. При цитировании материалов ссылка на журнал обязательна.

БАТЫС ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНА ЖУРНАЛЫ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ ЗАПАДНОГО КАЗАХСТАНА MEDICAL JOURNAL OF WEST KAZAKHSTAN

Quarterly scientific and practical journal



Titleholder- Republican state enterprise on the basis of the right of economic jurisdiction "West Kazakhstan Marat Ospanov state medical university" MH RK

The journal was founded in 2004.

Certificate of registration M16330-Zh dated 03/02/2017 issued by Ministry of information and communication of RK.

- The journal is registered in republic catalogue "Newspapers and magazines" JCS "Kazpost" (subscription index 74740).
- The journal is indexed in international database of Ulrich's International Periodical Directory, in Italian database of scientific publications CINECA and in Russian Scientific Citation Index (RSCI).
- The journal is included in the list of publications recommended by Committee for Control of Education and Science of the Republic of Kazakhstan for publication of the main results of scientific activity. (decision of commission dated April 15, 2016).

Postal address of the editorial office and printing house:

030019, Aktobe

Maresyev str., 68

Morphological department, 116 room

Editorial office of the journal "Medical journal of West Kazakhstan"

Telephone/Fax: 8 /7132/56-23-87

e-mail: journal@zkgmu.kz

Artistic editor: S.D. Orazov

Proofreaders: S.U. Togyzbayeva

L.T. Tatanova

A.S. Karimsakova

Date of issue: 27.06.18

Circulation 500 copies

Order № 001591

Printed in Editorial publishing center of West Kazakhstan Marat Ospanov state medical university



Chief editor: Ye.Zh. Bekmukhambetov

Deputy chief editor: G.A. Smagulova

Executive secretary: N.I. Izimbergenov

Executive editor: G.S. Dilmagambetova

Editorial team

T.S. Abilov

S.K. Bermagambetova

Zh.Zh. Gumarova

T.A. Jarkenov

S.P. Dosmagambetov

B.S. Zhakiyev

L.M. Zhamaliyeva

B.K. Zholdin

G.A. Zhurabekova

V. I. Kotlobovsky

A.A. Mamyrbayeva

R.E. Nurgaliyeva

B.T. Tussupkaliyev

Editorial board

S.K. Aksholakov (Astana)

Zh.A. Arzykulov (Almaty)

A.K. Baigenzhin (Astana)

V.M. Boyev (Orenburg)

V.V. Vlasov (Moscow)

Zh.A. Doskaliyev (Astana)

T.T. Kispayeva (Karaganda)

R.S. Kuzdenbayeva (Almaty)

G. Macchiarelli (Italy)

S.A. Notolla (Italy)

A.G. Rumyantsev (Moscow)

K.K. Sabyr (Aktobe)

B.D. Seksenbayev (Shymkent)

A.T. Taizhanov (Aktobe)

M.K. Teleuov (Astana)

T.Sh. Sharmanov (Almaty)

ISSN 1814-5620 WKMJ № 2011 1-120

Picture on the cover: «Le tubage». Georges Chicotot, 1904. <https://everything.kz/article/33647474-le-tubage-georges-chicotot-1904>

© All rights are reserved. Reprinting of texts without the permission of the journal editorial office is prohibited. When citing journal data, reference is strictly required.

ҚАТЕРЛІ ІСІККЕ ТҰҚЫМҚУАЛАУШЫЛЫҚҚА БЕЙІМ ОТБАСЫЛАРҒА СКРИНИНГТІК ЗЕРТТЕУЛЕРДІ ҰЙЫМДАСТЫРУ

Н.С. ИСКАКОВА*, У.С. САМАРОВА

Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті,
Семей, Қазақстан

Қатерлі ісікке тұқымқуалаушылыққа бейім отбасыларға скринингтік зерттеулерді ұйымдастыру

Н.С. Искакова*, У.С. Самарова

Семей қ. медицина университеті, Семей, Қазақстан

Кең таралуы және жоғары өлім көрсеткіштеріне байланысты қатерлі ісіктер бүкіл әлем елдерінің денсаулық сақтау саласының басты мәселелерінің бірі болып табылады. Мәселенің мән-жайын түсіну үшін бүгінгі таңда қатерлі ісіктің этиологиясы мен патогенезіне байланысты сұрақтарға жауап беруге мүмкіндік беретін көптеген мәліметтер алынды.

Онкологиялық патологияның таралуын зерттеу мақсатымен дені сау және әртүрлі онкологиялық ауруға шалдыққан науқастар арасында сауалнама жүргізілді. Біріншіден, отбасындағы онкологиялық патологияның бар-жоқтығын анықтау, екіншіден, онкологиялық аурулардың отбасылық формаларының жиілігін анықтау.

Жүргізілген экспресс-сауалнама нәтижесінде келесідей мәліметтер алынды. Сауалнамаға 96 жауап беруші қатысты (медициналық университеттің білім алушылары және онкологиялық диспансер науқастары). 43 сауалнама өздігінен толтырылды, қалғандары стационарлық науқастың картасынан көшірілді.

Негізгі сөздер: қатерлі ісіктер, генетикалық экспресс-сауалнама, генеалогиялық шежіре.

Организация скрининговых исследований для семей, склонных к наследственным онкологическим заболеваниям

Н.С. Искакова*, У.С. Самарова

Государственный медицинский университет г. Семей, Семей, Казахстан

В результате проведенного комплексного социально-гигиенического исследования частота встречаемости наследственных онкологических форм в общей выборке исследования составила 5 %. Данный эксперимент позволил определить, что в основу организации медико-генетической помощи онкологическим больным должны быть рекомендованы следующие подходы: строгая добровольность проводимых исследований, конфиденциальность, доступность данного вида помощи. Более 75 % респондентов согласились с необходимостью проведения данного рода обследований и диагностик при наличии у него или в его семье серьезной патологии, в частности, онкологической.

Взаимодействие онкологической и медико-генетической служб, действующих на территориальном уровне, позволяет обеспечить непрерывную, преемственную, этапную, комплексную схемы диспансеризации больных с генетически детерминированными злокачественными новообразованиями.

Ключевые слова: злокачественные новообразования, генетический экспресс-опрос, генеалогическое древо.

Screening research for families with hereditary oncological diseases

N.S. Iskakova*, U.S. Samarova

Semey Medical University, Semey, Kazakhstan

As a result of complex social and hygiene studies, the incidence of hereditary cancer forms in the total sample of the study was 5%. Case study determined that the organization of medical and genetic services to cancer patients should be based on the following approaches: a strictly voluntary ongoing research, privacy, availability of this type of aid. Over 75 % of respondents agreed with the need for this kind of examination and diagnosis in the presence of his family serious pathology, such as oncology. Interconnection of oncology and medical genetics services operating at territorial level enables continuous, staged and complex preventive medical examination of patients with genetically determined malignancies.

Keywords: malignant tumors, genetic express-survey, genealogical tree.

Өзектілігі. Қазіргі медицинада күннен күнге күрделеніп келе жатқан мәселе мүгедектікке әкелетін аурулар, жүрек-қан тамыр аурулары, қатерлі ісіктер болып келе жатыр. Еуропа және басқа да батыс елдерінде жыл сайын тұрғындардың 1% қайтыс болады. Олардың себептерінің 75%-ның үлесін қатерлі ісіктер, жүрек-қан тамыр аурулары және инсульттер алып отыр. Байқап отырғанымыздай, әрине, өлім жағдайларының жиілігі жас ұлғайған сайын өсетіні белгілі, бірақ бала-

лар өлімінің себептерінің ішінде кездейсоқ оқиғалардан кейін қатерлі ісіктер екінші орында тұр.

Қазіргі таңда қатерлі ісіктердің тұқым қуалайтын мүмкіндігі бар екендігі күмән келтірмейді. Қатерлі ісіктердің тұқым қуалайтын түрлері орналасуы бойынша барлық мүшелерде кездеседі және орта есеппен барлық қатерлі ісіктердің 5-15%-ын құрайды. Кейбір неоплазияларда (балалардың эмбрионалды ісіктерінде) тұқымқуалаушылық нұсқалардың үлесі

*Искакова Н.С. – м.ғ.м., қоғамдық денсаулық сақтау кафедрасының оқытушысы; e-mail: nazum_iskakova@mail.ru
Самарова У.С. – м.ғ.к., қоғамдық денсаулық сақтау кафедрасының доценті.

30-40 %-ға жетеді. Отбасылық жинақталу (3 және одан да көп науқастанған туыстар) фактісі және аурудың ерте жаста басталуы барлық тұқымқуалайтын қатерлі ісіктердің басты белгілері болып табылады.

Тұқым қуалайтын формалардың профилактикасы жүйесінде қатерлі ісікке генетикалық жоғары шалдығу мүмкіндігі бар отбасы мүшелерін динамикалық бақылау және уақтылы профилактикалық көмек көрсету негізгі міндет болып табылады. Қауіп-қатер тобын бақылаудың негізгі мақсаты – ауруды ерте кезеңде анықтау және емдеу жүргізу.

Осының барлығына қарамастан онкологиялық және медико-генетикалық қызметтердің әрекеттесуінің ғылыми негізделген тәсілінің жоқтығы, бұл бағыттағы қажетті жұмыс санының аздығы аталмыш зерттеуді жүргізуге түрткі болды.

Зерттеудің мақсаты. Кешенді әлеуметтік әдіс негізінде қатерлі ісікке тұқымқуалаушылыққа бейім отбасыларға медициналық көмекті көрсету және алдын алудың ұйымдастырушылық технологияларын ғылыми негіздеу және құрастыру.

Зерттеу материалдары мен әдістері.

Зерттеу 1-кестеде көрсетілген сызбаға сәйкес жүргізілді.

Ұсынылған зерттеу статистикалық, социологиялық және ұйымдастырушылық-функционалды әдістер арқылы жүзеге асырылды. Статистикалық әдіс тіркеу-есептік құжаттарды талдауда қолданылды. Социологиялық әдіс арнайы әзірленген сауалнама-интервью түрінде жүргізілді. Осыған байланысты Семей қаласының өңірлік онкологиялық диспансеріндегі 4 стационарлық бөлімде ем қабылдап жатқан 96 науқастан сауалнама-интервью алынды.

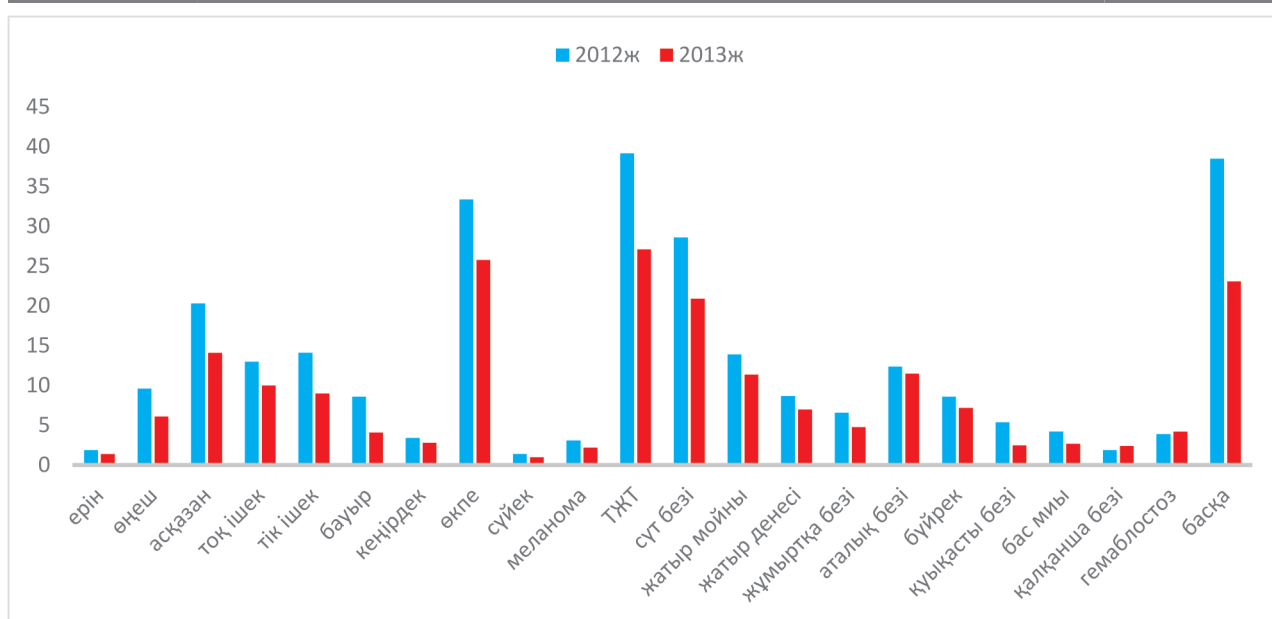
Зерттеу нәтижелері және оларды талдау.

Семей қаласындағы қатерлі ісіктермен сырқаттанушылық көрсеткіштері ШҚО бойынша 2012 жылы қатерлі жаңа түзілістермен сырқаттану – 2445, ал 2013 жылы – 1925-ті құрап, 21,3% ға азайды. 2013 жылдың соңғы 9 айындағы ШҚО аумағы бойынша қатерлі

жаңа түзіліс ауруларының жас - жыныстық таралуына назар аударсақ, науқастанғандар саны: ерлер – 960, әйел адамдар – 965; бұл 2012 жылмен салыстырғанда, ерлерде ауру көрсеткіші – 15,7 %, әйелдерде – 26,2 % азайғанын көрсетеді (1-сурет).

Осы жылдар аралығында көрсеткіштерінде елеулі айырмашылықтар болған жаңа түзілістердің локализациясын сипаттасақ: асқазанда шоғырлану 2013 жылы 21%-ға, әйелдерде – 18,8% төмендеген, кеңірдек, бронх, өкпе жаңа түзілістері ерлерде – 14%, әйелдерде – 18,75% төмендеген. Терінің басқа түзілістері: ерлерде – 26,5%, әйелдерде – 25,9%, сүт безінің қатерлі жаңа түзілісі – 25,5 % жатыр мойнының – 32,8% төмендесе, ерлер арасында қуық асты бездің қатерлі жаңа түзілісі – 10,1% жоғарылады. Ал қатерлі жаңа түзілістер шоғырының елеусіз өзгерген түрлері: ерін – ер (8,3%), әйел (50%), тіл, ауыз қуысы, жұтқыншақта ер (26,7%), әйел (21,4%), өңеште ер (55,8%), әйел (17,4%); тоқ ішек – ер (20,1%), әйел (17,8%); тік ішек – ер (10,7%), әйел (40%); бауыр және бауыршілік өт жолдары – ер (34,3%), әйел (41,4%); ұйқы безі – ер (5,9%), әйел (47,1%); кеңірдек – ер (18,5%), әйел (50%); сүйек және буын байламдары – ер (42,9%) азайса, әйел (37,5%) көбейген; байланыстырушы және басқа да жұмсақ тіндер – ер (5,6%) көбейсе, әйелдерде (37,5%) азайған; тері меланомасы – ер (8,3%), әйел (33,3%); әйелдерде жатыр денесі – 11%, жұмыртқа безі – 38,2%; аталық без – 42,9%, бүйрек – ер (16,7%), әйел (32,4%); бас миы және орталық жүйке жүйесі – ер (14,3%), әйел (50%); қалқанша без – ер (50%), әйел (13,3%) азайған. 2012 жылы ерлер арасында өкпе, бронх, кеңірдек қатерлі ісігімен дерттену 55-64 жас аралығында жиі кездессе – 96 (58,3%), терінің басқа да жаңа түзілістерімен 70-74 жас аралығында сырқаттану - 40 (73,5%), асқазан – 70-74 жас аралығында – 22 (79,8%) сырқаттану жиі кездеседі, ал әйелдер арасында терінің жаңа түзілістері қатерлі ісігімен сырқаттану – 70-74 жас аралығында жиі кездессе – 51 (80,3%), жатыр мойнының қатерлі ісігі 50-54 жас аралығындағы әйел адамдарда – 21 (82,4%) жиі

N	Зерттеу кезеңдері	Әдістері	Негізгі көздері және көлемі
1	I кезең		
	Зерттеу бағдарламасын жасау, зерттеу мақсаттары мен міндеттерін анықтау	Ретроспективті талдау	Басқа авторларды зерттеу
2	II кезең		
	Әдебиет көздерін, нормативтік-құқықтық актілер құжаттарын, ЕПМ есептерін сараптау	Ретроспективті талдау	Әдебиет көздері Нормативтік-құқықтық актілер
3	III кезең		
	Сауалнама, интервьюирлеуге эксперттік баға беру	Э к с п е р т т і к , социологиялық	Қатерлі ісікке шалдыққан 96 науқастан сауалнама алынды шілде-тамыз 2014 жыл
4	IV кезең		
	Жиналған мәліметтерді сараптау	Аналитикалық Статистикалық	
5	V кезең		
	Қатерлі ісікке тұқымқуалаушылыққа бейім отбасыларға скринингтік зерттеулерді ұйымдастыру		



Сурет 1. 2012-2013 жылдардағы қатерлі жаңа түзілістермен ШҚО бойынша сырқаттану көрсеткіштері

кездеседі. 2013 жылдың соңғы 9 айындағы деректер бойынша ерлер арасында 60-64 жаста кеңірдек, бронх, өкпенің, 70-74 жаста терінің басқа да жаңа түзілістерінің, 60-64 жаста аталық бездің, 75-79 жас аралығында асқазанның қатерлі жаңа түзілістерімен сырқаттану жиі кездеседі. Әйелдер арасында 75-79 жаста терінің жаңа түзілістері, 50-54 жаста сүт безінің, жатыр мойнының, жатыр денесінің қатерлі жаңа түзілістерімен сырқаттану жиі кездеседі. 2012 жылы қатерлі жаңа түзілістермен сырқаттанушылық 3851(276,2), өлімділік 2159(154,6) науқасты құраса, үстіміздегі жылдың 9 айы қорытындысы бойынша сырқаттанушылық 2888(207,1), ал өлімділік 1496 (107,3) құрады. ШҚО аумағының 2012 жылғы өлімділік көрсеткіші бойынша Шемонайха ауданында 96(200,9), Өскемен қаласында 142(190,3), Глубокий ауданында 118 (185,7) жоғары. Ал 2013 жылдың 9 айында Риддер қаласында 91(157,1), Шемонайха ауданында 71(151), Зырян қаласында 101(137,1), Өскемен қаласында 440(137) алдыңғы қатарлы өлімділікті беруде. Оның ішінде асқазан қатерлі ісігінен Бесқарағай ауданы 6(27,9), бауыр қатерлі ісігінен Риддер қаласы 11(19,0), ұйқы безі қатерлі ісігінен Шемонайха ауданы 5(10,5), тоқ ішек қатерлі ісігінен Риддер қаласы 15(25,9), тік ішек қатерлі ісігінен Курчатов қаласы 2(17,2), өкпе қатерлі ісігінен Абай ауданы 7(47,5), Зырян қаласы 30(40,2), сүйек қатерлі ісігінен Аягөз қаласы, Абай, Бесқарағай, Бородулиха аудандарында 1 жағдайдан, сүт безі қатерлі ісігінен Глубокий ауданы 15(23,6), Өскемен қаласында 71(22,2), жатыр мойны қатерлі ісігінен Өскемен 31(37,1), жатыр денесі қатерлі ісігінен Курчатов қаласында 1(9,0), жұмыртқа безі қатерлі ісігінен Зырян қаласында 5(6,7), аталық без қатерлі ісігінен Глубокий ауданы 7(11,0) тіркелген (2-сурет).

Сүт безінің қатерлі ісігіне скринингтік зерттеу жүргізу аумағы болып Абай, Бородулиха, Бесқарағай, Жарма, Уржар, Аягөз, Көкпекті аудандары және Семей,

Курчатов қалалары таңдалды. Мақсатты топ ретінде (50,52,54,56,58,60 жас). Жоспар бойынша тексеруден 16195 халық саны алынды, алайда 15254(94%) әйелдер маммографиялық тексеруден өтті. Скрининг нәтижесі бойынша теріс нәтижені 18 адам көрсетті. 1А кезеңде – 5; 2А кезеңде – 5; 2Б кезеңде – 4; 3 кезеңде – 4 әйел адамнан сүт безінің қатерлі ісігі анықталды.

2013 жылдың соңғы 10 айында колоректалды қатерлі ісікке скринингтік тексеру үшін Семей, Курчатов қалалары, Абай, Аягөз, Бородулиха, Жарма, Бесқарағай, Уржар аудандарынан жоспар бойынша 34169 адам алынды, алайда зерттеуден өткендердің нақты саны 34082 болды, оның ішінде гемодақыл тесттен оң нәтижені – 900 (2,6) адам көрсетті, ал эндоскопиялық колоноскопиядан өткендер саны 880(98,2) адам болды. Зерттеу нәтижесі көрсеткен ауру кезеңдері бойынша: 1 кезеңде – 2(6,6), 2 кезеңде – 3(10,3), 4 кезеңде – 1 адам анықталды. Семей қаласында колоректалды қатерлі ісікпен 1 кезеңдегі 1 адам (3,5), 2 кезеңде – 2 адам (7,1), 4 кезеңде 1 адам анықталды, Курчатов қаласында 2 кезеңде – 1 адам, ал Уржар қаласында – 1 кезеңде – 1 адам анықталды.

Қуықасты безінің қатерлі ісігінің Семей аумағы бойынша скринингтік зерттеулері жоғарыда аталған 6 аумақта жүргізілді. Жоспар бойынша тексеруден 9548 адам өткізілуі көзделді, оның ішінде ПСА 4нг/мл өткендер саны 9018, ПСА 4-10нг/мл өткендер саны - 478, ПСА 10нг/мл жоғарылар саны - 72 болды, Қуықасты безінің саулық индексі (Phi) 25-тен жоғары – 376 болды, биопсиялар саны – 74, оның ішінде ДГПЖ анықталғандар – 59, ал қуықасты безінің қатерлі ісігі анықталғандар – 15 болды. Семей қаласында – 12, Курчатов қаласында – 2, Бородулиха ауданында – 1 анықталды.

Еңеш және асқазан қатерлі ісігі бойынша Семей аумағының жоғарыда аталған 6 аумағынан өзге Мақаншы, Семей қ. ММУ, Семей қ. ҚДЦ тексеруден өткізілді.

Жоспар бойынша 16954 адам өткізілуі көзделді, алайда өткендер саны 15805 құрады (93,2%). Өңешті зерттеу нәтижесі бойынша: ES1-7451; ES2-3; ES3-1577; ES7-3; ES8-21; ES10-1; ES12-1; анықталды, ал асқазанды зерттеу нәтижесі бойынша GS1-1977, GS2-117; GS3-7552; GS4-69; GS5-23; GS6-25; GS7-103; GS8-3; GS9-6; GS11-1 адам анықталды.

Бауырдың қатерлі ісігін анықтауға арналған скринингтік зерттеулер Семей және Курчатова қалаларында 340 адамға жүргізілуі көзделсе, тексеруден (бауыр УЗИ, АФП) – 299 (88,0) адам өтті, ал ауылдық елді мекендерден (Абай, Аягөз, Бесқарағай, Бородулиха, Үржар) 82 адам өткізілуі жоспарланса, нақты өткендер саны – 71(88,8) адам өтті. Скрининг нәтижесі бойынша науқастанғандар анықталған жоқ.

Жатыр мойнының қатерлі ісігіне скринингтік тексеру аумағы болып Семей, Курчатова қалалары, Абай, Бесқарағай, Жарма аудандары таңдалды, скринингтік тексеруден өткізуге жоспарланғандар саны – 11300 болды. Пар тест, сұйықтық патологиясы бойынша зерттелген әйелдер саны – 8219 құрады (72,7). LSIL анықталғандар – 324(3,9), HSIL анықталғандар – 65(0,8), Carcinoma in situ анықталғандар – 5 (0,1), ал жатырдың қатерлі ісігі анықталғандар – 4(0,04) болды. Мақсатты топ ретінде (30,35,40,45,50,55,60 жастағылар) алынды, оның ішінде: 1а кезеңде – 2, 1б кезеңде – 2, 3 кезеңде – 1 адамда анықталды.

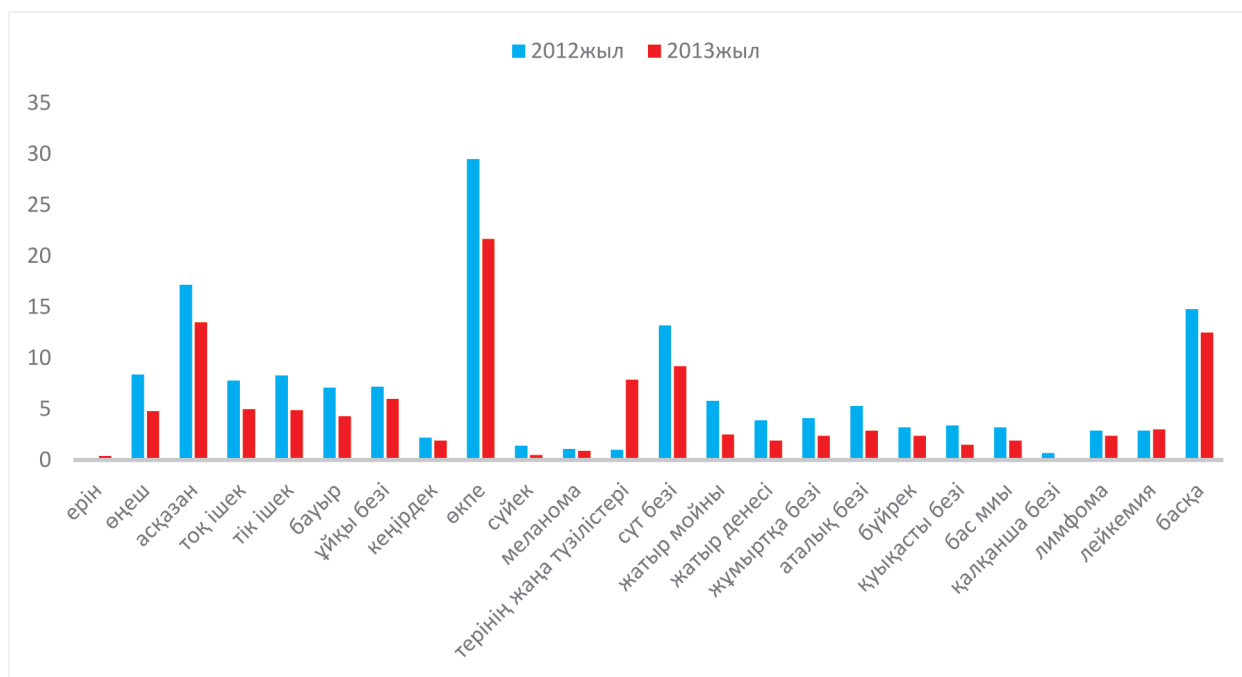
2012 мен 2013 жылдың 9 ай аралығындағы өлім көрсеткіші 44,3% кеміген. 2013 жылы скринингке енгізілген кеңірдек қатерлі ісігі 14%-ға, асқазан қатерлі ісігі 27%-ға, бауыр қатерлі ісігі 65%-ға, аталық без қатерлі ісігі 80%-ға түсті. 2013 жылдың 9 ай қорытындысы бойынша жатыр денесі қатерлі ісігінің сырқаттанушылығы 159-ға көтерілсе, өлімділік 55-ке төмендеді,

ал аталық без қатерлі ісігі сырқаттанушылығы 161-ге көтерілсе, өлімділік 41-ді құрады. Осы екі жылдың қорытынды көрсеткіштері бойынша асқазан, ұйқы безі, бауыр қатерлі ісіктерімен өлім көрсеткіші сырқаттанушылық көрсеткішінен жоғары болуы алаңдатуда.

Қорытындылай келсек, «XXI ғасыр індетіне» айналған қатерлі ісіктің профилактикалық шаралары қазіргі таңда белсенді жүргізілуде. Бұл мақсатта «Саламатты Қазақстан» бағдарламасы негізінде скринингтік зерттеулер бағдарламасы қатарына жатыр мойнының, сүт безінің, аталық бездің және колоректалды қатерлі ісікті анықтау мақсат етілді, бұл арқылы халық арасында I-II кезеңдегі қатерлі ісікті анықтауға болады, алайда осы көрсеткіштер негізінде аталған скрининг түрлері жүргізілсе де қатерлі ісікпен науқастанған ерте кезеңдегі науқастар саны жоғарыламауда, бұл скринингтің дұрыс жүргізілу сапасының сын көтермейтіндігін аңғартады. Ал скринингтік зерттеу нәтижелері Семей аумағында сүт безінің, қуықасты безінің қатерлі ісігімен және асқазан қатерлі ісігімен сырқаттанушылық және анықталуы жоғары дәрежеде тұрғанын көрсетті. Соның ішінде 1 және 2 кезеңдегі қатерлі ісіктер жиі анықталды. Алайда жазылған сан мен халық денсаулығының сапасы арқашан сай келе бермейтіндігі бесенеден белгілі. Сондықтан да қатерлі ісікпен күрес жолында скринингтік зерттеулерді барша аумақтарда міндетті түрде жүргізсе нұр үстіне нұр болары анық.

Генетикалық экспресс-сауалнама нәтижелері

Онкологиялық патологияның таралуын зерттеу мақсатымен дені сау және әртүрлі онкологиялық ауруға шалдыққан науқастар арасында сауалнама жүргізілді. Біріншіден, отбасындағы онкологиялық патологияның бар-жоқтығын анықтау, екіншіден, онкологиялық ауру-



Сурет 2. 2012-2013 жылдар бойынша қатерлі жаңа түзілістермен ШҚО бойынша өлім көрсеткіштерін салыстыру

лардың отбасылық формаларының жиілігін анықтау.

Жүргізілген экспресс-сауалнама нәтижесінде келесідей мәліметтер алынды. Сауалнамаға 96 жауап беруші қатысты (медициналық университеттің білім алушылары және онкологиялық диспансер науқастары). 43 сауалнама өздігінен толтырылды, қалғандары стационарлық науқастың картасынан көшірілді.

96 сауалнаманың 43 (30 %) әртүрлі туыстық жақындықтағы онкологиялық патологияның бар екендігін көрсетті. Олардың 95 % жағдайында біріншілік немесе екіншілік туыстық жақындық дәрежесі. Одан кейін онкологиялық патологиясы бар науқастардың сауалнамалары өңдеуге ұшырады. Барлық туыстық жақындық дәрежелерінде 14 онкологиялық нозология көрсетілген, орташа есеппен алғанда ол әрбір анкетаға 1,6 % нозологиядан келетіндігін көрсетеді. Сирек кездесетін және отбасылардағы тұқым қуалайтын онкологиялық аурулардың саны бойынша жалпы таралуы келесідей болды: 24 сауалнамада онкологиялық аурудың бір түрі ғана көрсетілген, яғни ол онкологиялық патологиясы бар сауалнаманың 25%-ын құрайды. 3 сауалнамада (3,1%) отбасында екі нозология, 3 сауалнамада (3,1%) үш нозология және 2 сауалнамада (2 %) төрт және одан да көп нозология көрсетілген.

Біздің жүргізген зерттеуіміз әдебиеттерде көрсетілген қатерлі ісіктердің тұқымқуалауға бейім түрлерінің санының кездесу жиілігін мақұлдады.

Отбасылық түрлердің кездесу жиілігі біздің зерттеуіміздің жалпы таңдамасында, онкологиялық диспансер науқастарының сауалнамасын санамағанда, 12,4 % құрады. Мысалы ретінде біз онкологиялық патологияның қомақты жиналуын көрсететін екі отбасының генетикалық шежіресін ұсынамыз.

Аталмыш адамдардан алынған анамнездік мәліметтер берілген отбасыларда генетикалық тұрғыдан тұқымқуалаушылыққа бейім қатерлі ісіктердің бар екендігіне жоғары дәрежеде сенімділікке мүмкіндік береді. Бұл жағдайда генеалогиялық зерттеудің нәтижесін науқастар отбасыларында әртүрлі диагностикалық (клиникалық, генетикалық) шараларды жүргізуге алғышарт ретінде қабылдауымыз керек. Отбасының барлық мүшелерінің патологиялық геннің тасымалдаушысы болуы міндетті емес, бірақ мамандандырылған генетикалық диагностиканы қолдану дәл осы жағдайда қажетті болып табылады.

Сонымен қатар, сауалнамадан онкологиялық патология жайлы алынған нәтижелер толық емес болуы мүмкін, себебі респонденттердің барлығы туыстарындағы, кейбіреулері тіпті жақын туыстарындағы нақты қандай аурулармен науқастанғанын білмеуі мүмкін. Бұл жерде сонымен қатар «патологияны ауыстыру» феномені туралы айта кеткен жөн. Яғни, біздің сауалнамаға қатысқан егде жастағы адамдар (жас және одан жоғары) көбінесе туыстары туралы мәліметтердің жоқтығының себебі ретінде соғыс, әртүрлі миграциялық және басқа да әлеуметтік факторлардың әсеріне сілтеме жасады. Аталмыш факт, әрине, зерттеудің дәлдігін өзгертеді,

бірақ бұл жағдай отбасылық формалардың кездесу жиілігінің сандарын төмендетпейді.

Тұрғындардың қатерлі ісіктің түрі мен орналасуы бойынша ақпараттануына келетін болсақ, 85 % жағдайда респонденттер бұл сұраққа жауап бере алады. Алайда, жауап алынғандардың 30 % қатерлі ісіктің белгісіз жерде орналасуын нұсқайды.

Әрине, әрбір онкологиялық патологияның отбасылық формасы тұқым қуаламайды, бірақ аталмыш зерттеу көптеген онкологиялық патологиясы бар науқастардан қажеттілеріне керек генетикалық кеңестен өтуді қарапайым, арзан және жылдам әдістермен іріктеп алуға мүмкіндік берді.

Жеке нозологиялар бойынша онкологиялық патологияның құрылымын бағалай келе ең жиі кездесетін нозологиялар деп келесілерді атауға болады – сүт безінің, онкогинекология (аналық без, жатыр мойны және жатыр денесінің қатерлі ісіктері), лимфа түйіндерінің қатерлі ісіктері (3-сурет).

Отбасыларында онкологиялық патологиялар кездесті деп жауап берген респонденттердің ең жиі кездескен туысы – әкесі мен анасында болған (4-сурет).

Бұл фактілерді жалпыландыра келе, онкологиялық көмектің жалпы жүйесінде қатерлі ісіктердің алдын алуды арнайы мамандандырылған медико-генетикалық кеңесті ұйымдастыру арқылы жүзеге асыруды қарастыру қажет.

Аталған сұрақтардың шешімдерінің жетістігі тек қана медико-генетикалық кеңес берудің стратегиясын құруға мүмкіндік бермей, сонымен қатар патогенетикалық емдеу және қатерлі ісіктердің алдын алудың әдістемесін жасауға мүмкіндік беруші еді.

«Генетикалық экспресс – сауалнама» негізгі мақсаты – шартты дені сау адамдардың отбасыларында онкологиялық аурулардың отбасылық және тұқым қуалайтын түрлерінің санын анықтаудан басқа туыстары онкологиялық науқас болып табылатын респонденттермен жұмыс істеу барысында кейбір психологиялық аспектілерді де ашып берді. Сауалнаманы толтыру 106 адамға ұсынылды, олардың 96 жауап беруге келісті, ал 10 жағдайда бас тарту жағдайлары болды. Зерттеуіміздің басында біз сауалнаманы ұсынған адамдарға негізгі мақсатты түсіндірдік. Біз мақсатты түрде бас тарту себептеріне сараптама жүргіздік және оның басым себебінің бірі отбасында онкологиялық аурудың жиі кездесетіндігі анықталды. Профилактикалық шаралардың мүмкіндіктері туралы білімнің жоқтығы, онколог-дәрігердің науқасы болу алдындағы қорқыныш, берілген жағдайда өз-өзін сақтандыру әрекетінен басымдық танытты.

Әлеуметтік сауалнама қорытындылары

Тұрғындардың медико-генетикалық көмекті ұйымдастыру саласындағы білім деңгейлерін бағалау және көзқарасын зерттеу мақсатымен біз сауалнама-интервью құрастырдық. Респонденттер ретінде жастық, жыныстық, кәсіптік және әлеуметтік құрамы бойынша әртүрлі популяциялық топтар алынды. Жалпы сауалнамаға 220 адам қатысты. Медико-генетикалық көмек са-

ласындағы білімнің қажет екендігі туралы жауап берушілердің $-83 \pm 2,8\%$ өз көзқарастарын білдірді.

Қалыпты дені сау отбасы құру үшін некеге тұрар алдында болашақ жұбайының тұқымқуалаушылық мәліметтерін білу қажет деп $68 \pm 4,5\%$ респондент жауап берді. Керісінше өзінің генетикалық мәселелері туралы болашақ жұбайын ақпараттандыру $60-63 \pm 3,5\%$ құрады. Күрделі тұқым қуалайтын ауруы бар сәбидің келешектегі өмірі туралы сұраққа респонденттердің $41 \pm 3,0\%$ мұндай баланы тәрбиеге алу керек деп санайды, ал $34 \pm 3,9\%$ баладан бас тарту керек деп есептейді.

Сауалнаманың басты сұрақтарының бірі егер отбасында күрделі патология болған жағдайда өзінің нақты диагнозын білгіміз келеді деп респонденттердің $75 \pm 4,8\%$ санайды, себебі бұл жағдайды білу өмір сапасын сақтап қалу үшін қажетті өзін-өзі сақтандыру шараларын жүргізуге мүмкіндік береді.

Сауалнаманың алғашқы сұрағы «Генетика бойынша сізге білім қажет пе?» (5-сурет). бұл сұраққа «иә, қажет» деп орташа есеппен респонденттердің $85 \pm 2,5\%$ жауап берді.

Сауалнаманың қорытындылары көрсеткендей, өзінің денсаулығына деген қызығушылық курс өскен сайын жоғарылайтыны байқалды. Егер 1 курстарда «иә» жауабы $75 \pm 4,9\%$ жағдайды құраса, ал 4-5 курстарда $90 \pm 4,8\%$ құрады. Жоғары курс студенттерінің мұндай жауаптары оқу барысында алынған профилактиканың рөлі, оның артықшылықтары туралы білімдерінің тереңдегенімен түсіндірілуі мүмкін.

Сауалнама көрсеткендей, студенттер отбасындағы кең таралған ауруларды білгісі келеді $85 \pm 2,3\%$, ал онкологиялық патология туралы $75 \pm 3,7\%$ респондент білгісі келеді. Аталмыш факт онкологиялық аурулардың

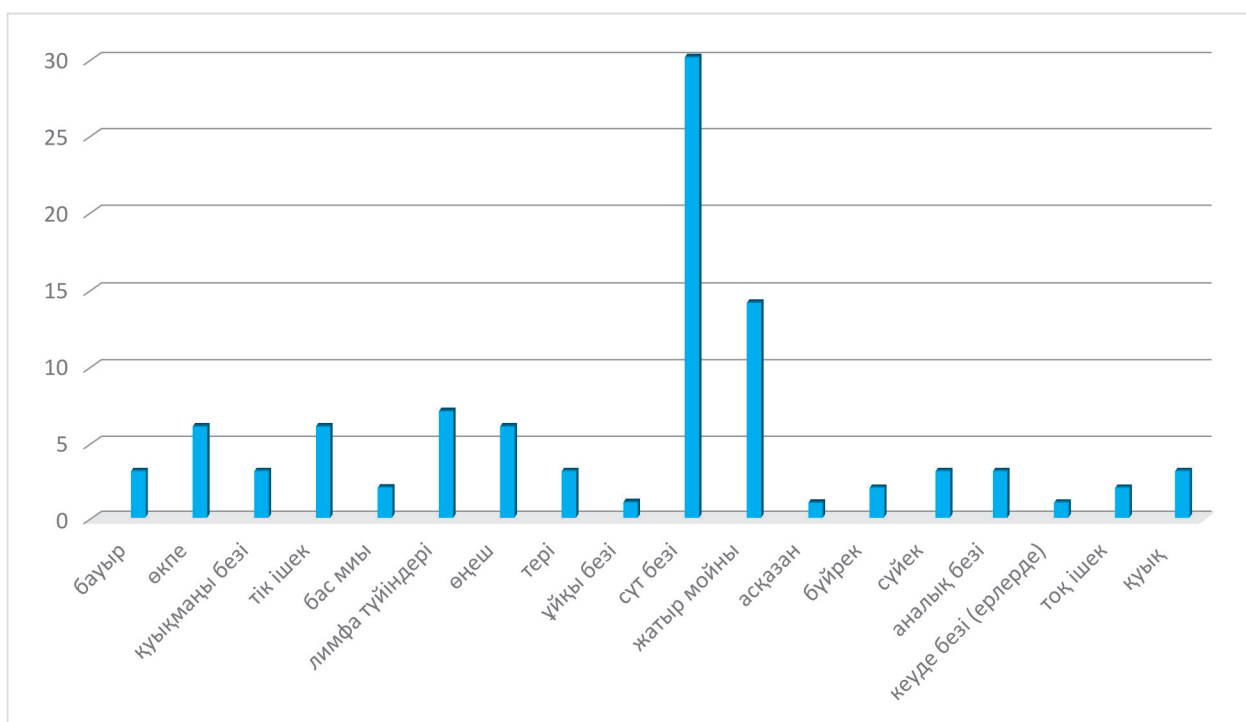
профилактикасы жөнінде мағлұматтың аздығын көрсетеді. Мысалы, өлім себептерінің ішінде жүрек-қан тамыр аурулары бірінші орында тұрғандықтан, тұрғындар арасында бұл патологияның жиі кездесуі және ауру ағымының ұзақтығы науқастарға бұл ауруға байыпты қарауымен түсіндіріледі. Ал қатерлі ісіктердің салыстырмалы түрде ағымының жылдамдығы, жиі өлім себептерінің кездесуі, сонымен қатар жалпыға ортақ қатерлі ісік емделмейді деген көзқарас тұрғындарды үрейлендіретін факт болып табылады.

Отбасындағы дамуы мүмкін генетикалық ауруларға деген студенттердің көзқарасын келесі сұрақтарға жауаптардан көруге болады:

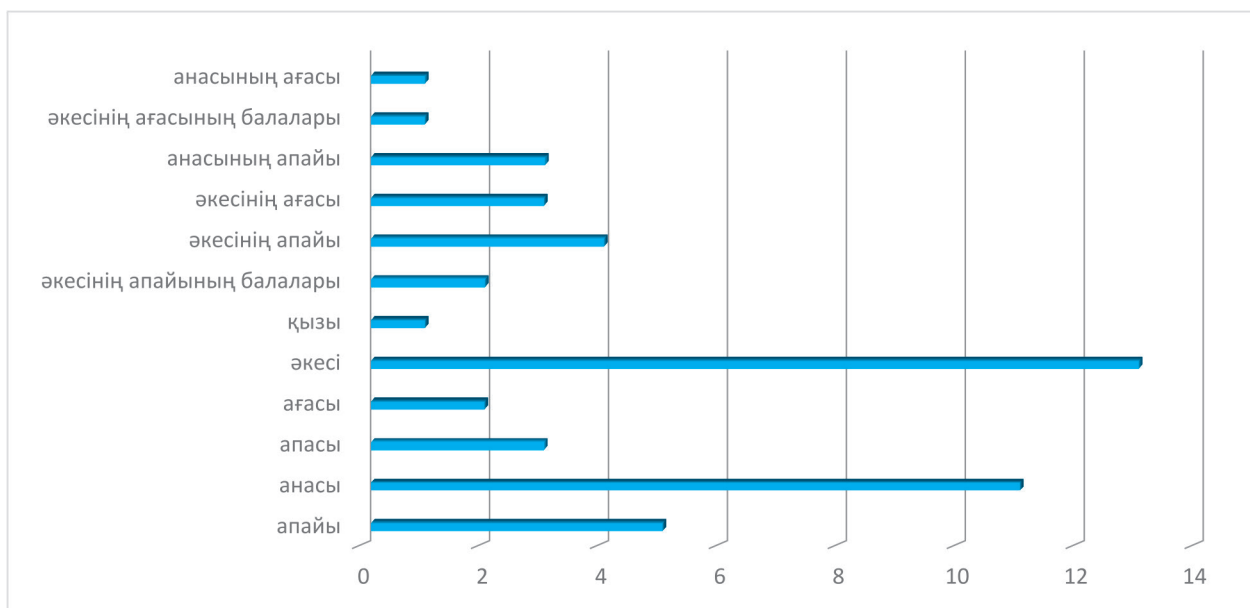
«Некеге тұрар алдында болашақ жарыңыздың тұқымқуалайтын мәселелеріне қызығушылық танытасыз ба?» және кері сұрақ «Сіз болашақ жарыңызға өзіңіздің генетикалық мәселелеріңіз туралы айтасыз ба?». Сұрақтар бір-біріне ұқсаса да оған жауаптар бір-бірінен ерекшеленді. Егер жарының тұқымқуалайтын мәселелерін білгіміз келеді деп $80 \pm 2,8\%$ жауап берсе, ал өзінің генетикалық мәселелері туралы тек $65 \pm 3,2\%$ айтамыз деп жауап берді (7-сурет).

Осылайша, біздің сауалнама күрделі өмірлік жағдайларды адамның өзіне және отбасына болу мүмкіндігіне жобалауды көрсетті. Бір жағынан келесі мәліметтерді алдық:

- Біріншіден, студенттердің дені сау отбасы құру үшін қажетті ақпаратты білу және келешекте қолдануға деген қызығушылық;
- Екіншіден, кейбір сұрақтарға жауаптар жауап берушілердің популяцияда кең таралған аурулардың, соның ішінде онкологиялық патологияның алдын алу мүмкіндігі туралы ақпараттандудың төмендігін



Сурет 3. Жеке онкологиялық нозологиялар бойынша Семей қаласының жалпы сырқаттанушылығы



Сурет 4. Науқастардың туыстарындағы онкологиялық аурулардың кездесуі

көрсетеді;

- Үшіншіден, студенттердің отбасындағы мүмкін болатын күрделі жағдайларға көзқарасын және оларды шешу жолдарын бағаладық.

Аталмыш сауалнаманың ерекшелігі қатысқан студенттердің екі жақты тұрғыдан көзқарастарын білдіруінде, біріншіден, жеке аурулары, мәселелері, өмірлік тәжірибесі бар қарапайым адамдар ретінде, екіншіден, өзіндік кәсіптік білімдері, көзқарастары бар қалыптасып келе жатқан дәрігерлер ретінде.

Алынған нәтижелерді талқылау. Қатерлі іскпен сырқаттанушылық, күмәнсіз, қазіргі денсаулық сақтаудың аса үлкен мәселесі болып табылады. Жалпы алғанда, қазіргі таңда қолданылып отырған қатерлі ісікті анықтайтын диагностика және емдеу әдістері бұл аурулардан өлім көрсеткіштерін және мүгедектіктің жалпы деңгейін төмендетпей отыр.

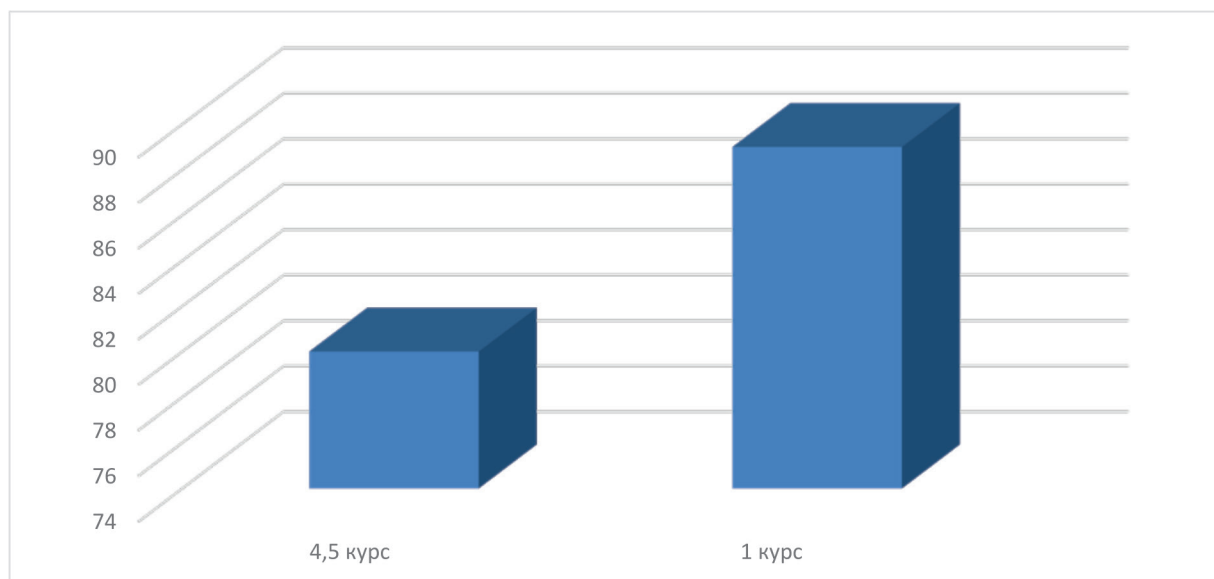
Абсолютті және салыстырмалы көрсеткіштерде,

тұрғындардың тұрғылықты мекенжайына байланысыз, жас және нозологиялық құрылымның сақталуы қатерлі ісіктер жағдайларының өсуі, онкологиялық патологияны емдеудің және алдын алудың жаңа жолдары мен мүмкіндіктерін іздеуді мәжбүрлетіп отыр.

Қатерлі ісіктің асқину жағдайларының жоғары көрсеткіштері, аталмыш аурулар түрін кеш анықтау, тұрғындардың осы мамандандырылған көмекке төменгі дәрежеде жүгінуі, ең алдымен тұрғындардың өз денсаулығына енжар тұрғыда қарайтындығын, диагностиканың толық деңгейде болмауы, әсіресе ауылдық елді-мекендерде екендігін көрсетеді.

Осының барлығы, сонымен қатар қатерлі онкологиялық үрдістің өте жылдам дамуы, әсіресе патологияның осы түрінен өлім көрсеткіштерінің жоғарылауы қазіргі денсаулық сақтаудың күрделі мәселесіне айналдырып отыр [1].

Көптеген онкогенетикалық синдромдардың не-



Сурет 5. «Медициналық генетика бойынша білім сізге қажет пе?» сұрағына жауап нәтижелері

гізінде ісіктің пайда болуының жоғары қауіп-қатері олардың популяциядағы төмен жиілігіне қарамастан, онкологтардың назарын аудартып отыр. Генетикалық детерминирленген ісіктер отбасыларда жинақталатындығы маңызды, бұл жағдай жоғары онкологиялық қауіп-қатердегі адамдарды анықтауды, диспансеризациялауды жеңілдетеді, осыған сәйкес қатерлі ісіктердің ерте анықталуын қамтамасыз етеді.

Біздің жүргізген зерттеуіміз генетикалық детерминирленген қатерлі ісіктердің таралуын кешенді бағалау бойынша жұмыстардың жалғасы болып табылады. Осы сияқты зерттеулер біздің елімізде, басқа елдермен салыстырғанда таяуда ғана пайда болды, және ғылыми қызметтің осы бағыты әлі толық дамымаған.

Біздің жұмысымызда аймақтық деңгейде онкологиялық науқастар және олардың отбасы мүшелерінің арасында медико-генетикалық іс-шараларға қажеттілік анықталды. Генетикалық экспресс-сауалнама нәтижелері барлық қатерлі ісіктердің 5 % тұқым қуалайтындығын анықтады [2].

Консультативті медико-генетикалық кабинеттердің міндеттеріне келесілер кіретін болады [3]:

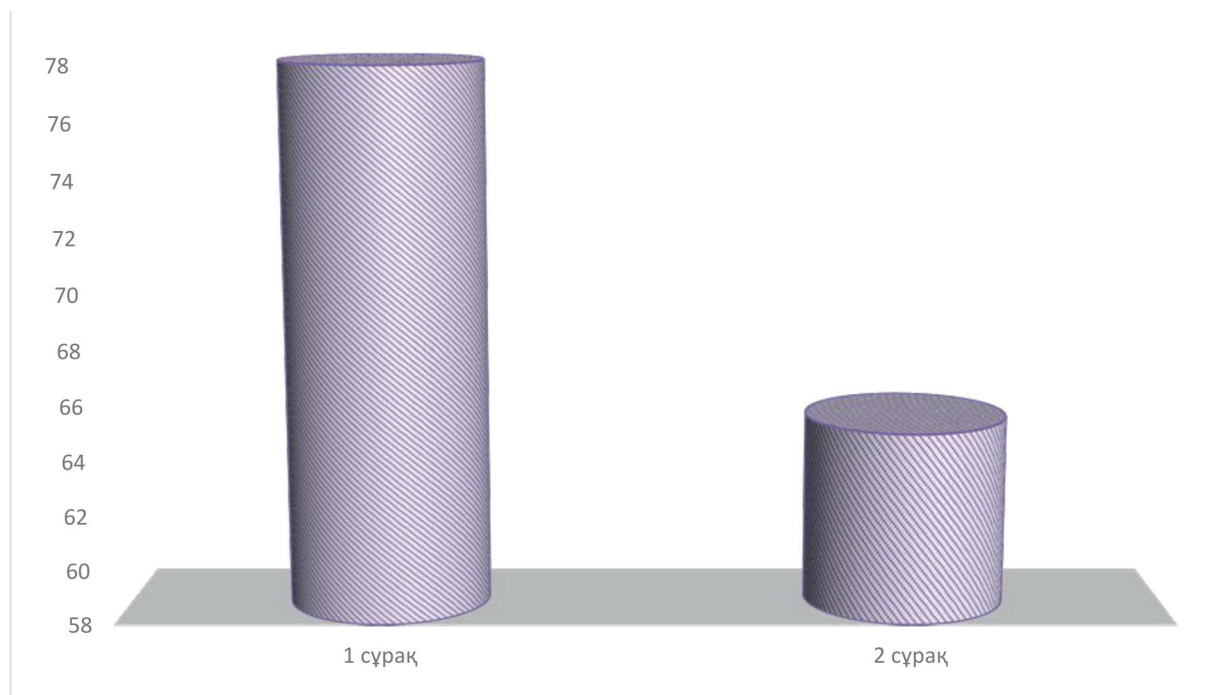
1. Науқастың отбасын клинико-генеалогиялық қараудан өткізу, науқастың туыстарында ауруды және ауруалды жағдайларды ерте диагностикалау;
2. Отбасы мүшелерінде аурудың даму мүмкіндігін анықтау («денсаулық болжамы»);
3. Проспективті кеңес беру, профилактикалық қарауларға, тұрғындардың селективті скринингі бағдарламаларына қатысу арқылы ауруға шалдығу мүмкіндігі жоғары («қауіп-қатер тобы») адамдарды анықтау;

4. «Қауіп-қатер топтарын» диспансеризациялау, тұрғындар арасында медико-генетикалық білімдерді насихаттау (біріншілік профилактика, қауіп-қатер топтарындағы профилактика, пренаталды диагностика көмегімен екіншілік профилактика, инвазивті және инвазивті емес әдістерді қолдану және жаңа туылғандарға арналған скринингтік бағдарламалар).

5. Негізгі мультифакторлық аурулардың құрылымын зерттеу, қоршаған ортаның белгілі бір факторларына тұқым қуалаумен шартталған сезімталдықтың маркерлерінің популяциялық жиілігін анықтау.

Онкологиялық ауруларға тұқымқуалаушылыққа бейім науқастарға көмекті ұйымдастыруда аталмыш науқастардың регистрін құру маңызды сәттердің бірі болып табылады. Генетикалық регистр медико-генетикалық қызметтің барлық аспектілерінің қосылуы болып табылады: клиникалық, эпидемиологиялық, профилактикалық, статистикалық, әдістемелік және ұйымдастырушылық, әкімшілдік. Тұқым қуалайтын патологиялардың генетикалық регистрі болған жағдайда аурудың айқын емес белгілері бар отбасы мүшелері уақтылы анықталып, оларға сәйкес көмек көрсетіледі.

Бұл шаралардың барлығы осы бағыттағы профилактикалық жұмыстардың ажырамас бөлігі болып табылады. Қазіргі таңдағы медициналық мекемелердің жұмысында тұрғындарды диспансеризациялау және профилактика сұрақтары қайта қарауды талап етеді. Қайта құруда созылмалы мүгедектікке әкелетін аурулардың индивидуалды және отбасылық профилактика жүйесін құру мақсатымен бақылаудың отбасылық фор-



Сурет 7. «Некеге тұрар алдында болашақ жарыңыздың тұқым қуалайтын мәселелеріне қызығушылық танытасыз ба?» және «Сіз болашақ жарыңызға өзіңіздің генетикалық мәселелеріңіз туралы айтасыз ба?» сұрақтарына жауап нәтижелері.

маларына аса жоғары мән берілуі қажет.

Біздің жүргізген зерттеуіміз онкологияның медико-генетикалық қызмет мүмкіндіктерін толық пайдаланбауы тек өзара байланыстың жоқтығымен емес, сонымен қатар жеке онкологиялық аурулардың тұқымқуалайтын табиғаты туралы дәрігерлердің білімдерінің төмен деңгейі, отбасылық жинақталу жағдайындағы қатерлі ісіктердің дамуындағы нақты заңдылықтарды анықтауда қарапайым генеалогиялық әдістерді минималды қолдана білмеуі болып табылады.

Осыған байланысты біз кадрларды дайындауда дәрігерлердің квалификациясын жоғарылату курстарында сәйкес оқу циклының енгізуді ұсындық.

«Қатерлі ісік отбасыларының» скринингі және оларға медико-генетикалық кеңес беру бойынша жұмыс проспективті мәнге ие. Ісіктердің екіншілік профилактикасы – толық шынайы мақсат болып табылады, оған жету үшін науқастың туыстарынан скринингтен өткізу және қатерлі ісікке жоғары қауіпі бар адамдарды белсенді динамикалық диспансеризациялау қажет.

Отбасылық анамнезге негізделген скрининг-бағдарламасы басқа скрининг бағдарламаларынан бірнеше есеге тиімді болып келеді. Синдромның клиникалық белгілері мен отбасылық анамнез жеткіліксіз болғанда, ген тасымалдаушысын идентификациялау үшін ДНҚ-диагностика сияқты күрделі әдістерді пайдалануға болады.

Әзірше қатерлі ісіктердің тұқымқуалайтын түрлерін генетикалық профилактика жүйесінің ұйымдастыру мен қызметін жүзеге асыруда бұл жалғыз әдіс-тәсіл болып отыр. Өз кезегінде онкологиядағы мамандандырылған медико-генетикалық кеңес берудің

негізгі міндеттерін 3 кезеңге бөлуге болады:

- Генетикалық скрининг (онкологиялық тұқымқуалаушылыққа бейім отбасыларды анықтау және тіркеу);
- Генетикалық кеңес беру – науқас туыстарына (денсаулық болжамы) және оның болашақ балаларына (ұрпақ болжамы) арналған қатерлі ісіктің дамуы қауіп-қатерін анықтау;
- Жоғары генетикалық қауіп-қатер контингентіне жатқызылған адамдардың денсаулығына клиника-генетикалық мониторинг жүргізу [4].

Қорытынды. Кешенді социологиялық зерттеу нәтижесінде зерттеудің жалпы таңдамасында тұқым қуалайтын қатерлі ісіктердің кездесу жиілігі онкологиялық науқастар және шартты дені сау адамдар арасында 10%-ды құрады.

Социологиялық әдіс онкологиялық науқастарға медико-генетикалық көмекті ұйымдастырудың негізіне келесі әдіс-тәсілдерді анықтауға мүмкіндік берді: жүргізілетін зерттеулердің толықтай еріктілігі, құпиялылық, аталған көмек түрінің қолжетімділігі. Респонденттердің 75%-дан астамы егер отбасында күрделі патология, соның ішінде онкологиялық патология болатын болса аталмыш тексерістер мен диагностикадан өтуге келісімін берді.

Онкологиялық және медико-генетикалық қызметтердің өзара әрекеттестігі қатерлі ісікке тұқымқуалаушылыққа бейім отбасыларды диспансеризациялаудың үздіксіз, сабақтастықты, кезеңді, кешенді жүйесін қамтамасыз етуге мүмкіндік береді.

Келіп түсті: 28.03.2018.

Баспаға қабылданды: 06.06.2018.

Әдебиеттер тізімі:

1. Дурнев А.Д., Жанатаев А.К., Шредер О.В., Середина В.С. «Генотоксические поражения и болезни», Молекулярная медицина 2013;3:3-19.
2. Егоренков В.В., Моисеенко Ф.В. «Скрининг рака толстой кишки», Практическая онкология 2010;11(2):81-87.
3. Имянитов Е.Н. «Скрининг для лиц с наследственной предрасположенностью к раку», Практическая онкология 2010;11(2):102-109.
4. Любченко Л.Н., Батенова Е.И. «Медико-генетическое консультирование и ДНК-диагностика при наследственной предрасположенности к раку молочной железы и раку яичников», Пособие для врачей, с.5-32.
5. Цуканов А.С., Шубин В.П., Поспехова Н.И., Сачков И.Ю., Кашников В.Н., Шельгин Ю.А. «Наследственные раки желудочно-кишечного тракта», Практическая онкология 2014;15(3):126-133.
6. ҚР онкологиялық көмекті дамыту бағдарламасы adilet.zan.kz/kaz/docs/P1200000366
7. Bauer C.M., Ray A.M., Halstead-Nussloch B.A., et al.: Hereditary prostate cancer as a feature of Lynch syndrome. *Fam Cancer*. 2011;10(1):37-42.
8. Lynch H.T., Snyder C., Lynch J. Hereditary breast

Spisok literatury:

1. Durnev A.D., Zhanatayev A.K., Shreder O.V., Seredenina V.S. «Genotoksicheskiye porazheniya i bolezni», *Molekulyarnaya meditsina*, 2013;3:3-19.
2. Yegorenkov V.V., Moiseyenko F.V. «Skrining raka tolstoy kishki», *Prakticheskaya onkologiya* 2010;11(2):81-87.
3. Imyanitov Ye.N. «Skrining dlya lits s nasledstvennoy predraspolozhennost'yu k raku», *Prakticheskaya onkologiya*, 2010;11(2):102-109.
4. Lyubchenko L.N., Batenova Ye.I. «Mediko-geneticheskoye konsul'tirovaniye i DNK-diagnostika pri nasledstvennoy predraspolozhennosti k raku molochnoy zhelezy i raku yaichnikov», *Posobiye dlya vrachey*, s.5-32.
5. Tsukanov A.S., Shubin V.P., Pospekhova N.I., Sachkov I.YU., Kashnikov V.N., Shelygin YU.A. «Nasledstvennyye raki zheludochno-kishechnogo trakta», *Prakticheskaya onkologiya*, 2014;15(3):126-133.
6. ҚР онкологиялық көмекті дамыту бағдарламасы adilet.zan.kz/kaz/docs/P1200000366
7. Bauer C.M., Ray A.M., Halstead-Nussloch B.A., et al.: Hereditary prostate cancer as a feature of Lynch syndrome. *Fam Cancer*. 2011;10(1):37-42.

- cancer: practical pursuit for clinical translation. *Ann Surg Oncol.* 2012;19(6):1723-31.
9. Lalwani N., Prasad S.R., Vikram R. et al. Histologic, molecular, and cytogenetic features of ovarian cancers: implications for diagnosis and treatment. *Radiographics* 2011;31(3):625-46.
10. Long K.C., Kauff N.D. Hereditary ovarian cancer: recent molecular insights and their impact on screening strategies. *Curr Opin Oncol.* 2011;23(5):526-30.
11. National Comprehensive Cancer Network. Clinical practice guidelines in oncology genetic /familal high-risk assessment: breast and ovarian. Version 1. 2012. http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp.
12. http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp.
8. Lynch H.T., Snyder C., Lynch J. Hereditary breast cancer: practical pursuit for clinical translation. *Ann Surg Oncol.* 2012;19(6):1723-31.
9. Lalwani N., Prasad S.R., Vikram R. et al. Histologic, molecular, and cytogenetic features of ovarian cancers: implications for diagnosis and treatment. *Radiographics.* 2011;31(3):625-46.
10. Long K.C., Kauff N.D. Hereditary ovarian cancer: recent molecular insights and their impact on screening strategies. *Curr Opin Oncol.* 2011;23(5):526-30.
11. National Comprehensive Cancer Network. Clinical practice guidelines in oncology genetic /familal high-risk assessment: breast and ovarian. Version 1. 2012. http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp.
12. http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp.

УДК 616.12-008.331.1:613.1
МРНТИ 76.29.30

РИСК ОСЛОЖНЕНИЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В УСЛОВИЯХ ЖАРЫ

А.Ж. АЖМУХАНБЕТОВА^{1*}, М.С. БАЯДИЛОВ^{2,3}, С.К. ОЛЖАТАЕВ^{2,3},
Ж.Ж. ДЖАКИПБЕКОВА¹, Г.О. ДОЛАНОВА¹, Г.У. ЖОЛДЫБАЕВА¹, Г.С. САДЫКОВА¹

¹Международный казахско-турецкий университет им. Х.А. Ясави, Туркестан, Казахстан

²Шымкентский медицинский институт, Шымкент, Казахстан

³Областная клиническая больница, Шымкент, Казахстан

Риск осложнений артериальной гипертензии в условиях жары

А.Ж. Ажмуханбетова^{1*}, М.С. Баядилов², С.К. Олжатаев², Ж.Ж. Джакипбекова¹, Г.О. Доланова¹, Г.У. Жолдыбаева¹, Г.С. Садыкова¹

¹Международный казахско-турецкий университет им. Х.А. Ясави, Туркестан, Казахстан

Шымкентский медицинский институт, Шымкент, Казахстан

Областная клиническая больница, Шымкент, Казахстан

Статья посвящена изучению воздействия климатических факторов на повышение артериального давления (АД) в условиях резкого повышения температуры воздуха. Проведенный рядом авторов анализ показал влияние температурных перепадов и атмосферного давления на повышение АД. Основным фактором риска смерти в условиях жары является пожилой возраст.

Важное значение имеет оповещение населения о резком повышении температуры воздуха, использование в помещениях кондиционеров и своевременное обращение за медицинской помощью. Стабильное поддержание целевого уровня систолического артериального давления (САД) в течение суток <130-140 мм.рт. уменьшает риск развития инсульта, коронарных осложнений и сердечно-сосудистой смерти.

Ключевые слова: САД, диастолическое артериальное давление (ДАД), артериальная гипертензия, резкое повышение температуры воздуха, повышение смертности, пожилой возраст, меры предупреждения.

Ыстық ауа райы жағдайында артериалды гипертензияның асқыну қаупі

А.Ж. Әжмұханбетова^{1*}, М.С. Баяділов^{2,3}, С.К. Олжатаев^{2,3}, Ж.Ж. Жақыпбекова¹, Г.О. Доланова¹, Г.Ө. Жолдыбаева¹, Г.С. Садыкова¹

Қ. А. Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, Түркістан, Қазақстан

Шымкент медицина институты, Шымкент, Қазақстан

Облыстық клиникалық аурухана, Шымкент, Қазақстан

Мақалада жаһандағы күрт құбылмалы ауа-райлы елдердегі аномальды жоғары температураның халықтың өлім-жітіміне әсері зерттеліп, артериалды гипертензия ауруы асқынуының алдын алу шаралары туралы баяндалады.

Авторлардың жүргізген сараптамалары бойынша, атмосфералық қысымнан артериялық қан қысымының көтерілуін және температураның төмендеуін көрсетті. Көптеген авторлардың сараптамаларына сәйкес, ыстық ауа райындағы өлім қауіп-қатері кәрілік жас болып табылады. Ауа райының күрт жоғарылауы туралы тұрғындарға ескерту, ғимараттарға кондиционер орнатып, дер кезінде медициналық жәрдемге жүгіну қажеттігі аурудың алдын алуда маңызды іс-шаралар болып табылады. САҚ-ның күні бойына 130-140 мм. сын.бағ. тұрақты деңгейде ұстап тұру инсульттің дамуын, қан-тамыр ауруының асқынуын және жүрек қан-тамыр өлімін азайтады.

Негізгі сөздер: систолалық артериялық қысым (САҚ), диастолалық артериялық қысым (ДАҚ), артериалды гипертензия, ауа температурасы қысымының лезде жоғарылауы, өлім-жітімнің көбеюі, кәрілік жас, ескерту шаралары.

Risk of hypertension developing in hot weather

A.Zh. Azhmukhanbetova^{1*}, M.S. Bayadilov^{2,3}, S.K. Olzhatayev^{2,3}, Zh.Zh. Jakipbekova¹, G.O. Dolanova¹, G.U. Zholdybayeva¹, G.S. Sadykova¹

¹Akhmet Yassawi International Kazakh-Turkish University, Turkestan, Kazakhstan

Shymkent Medical Institute, Shymkent, Kazakhstan

Regional Hospital, Shymkent, Kazakhstan

The article is devoted to the preventive measures from developing hypertension risk in hot weather.

The analysis of researches has shown the hot temperature and atmosphere pressure influence on the developing high-level of arterial pressure. Old age is leading to the risk factor of death in anomalous heat.

The important value has population notification about the hot weather, use of conditioners in the apartments and early referral for medical assistance. Stable maintenance of the target level of systolic arterial pressure during the day <130-140 mm.Hg. reduces the risk of stroke, coronary complication and cardiovascular mortality.

Keywords: systolic arterial pressure, diastolic arterial pressure, hypertension, anomalous hot weather, increased mortality, old age, preventive measures.

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) является одной из социально значимых заболеваний в мире. Известно, что АГ принадлежит роль главной причины преждевременной смерти в экономически развитых странах мира. Несмотря на фармацевтические успехи в лечении АГ, общее число больных АГ в мире составляет более 1 млрд. АГ остается ведущей причиной смерти населения (12,8%), что составляет 7,5 млн. человек в год. Особенно тревожным является растущее число гипертонических кризов, способствующих неблагоприятному прогнозу и повышению смертности [1]. Важное значение в повышении АД имеют внешние (психоэмоциональные и физические нагрузки) и внутренние (активация симпатико-адреналовой системы, ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, нарушения барорефлекторного контроля АД и эндотелий зависимой вазодилатации, задержка натрия в организме, ригидность артерий) факторы [2,3]. С увеличением числа пораженных органов-мишеней (сердца, почек, сосудов, головного мозга) возрастает риск развития сердечно-сосудистых осложнений [4], причем распространенность неконтролируемой АГ остается высокой [5].

Выявлено, что повышенная вариабельность САД в ночное время является независимым предиктором развития инсульта у пожилых больных с изолированной систолической АГ [6]. По данным других авторов, проводивших длительное 10-летнее наблюдение вариабельности САД и ДАД, установлено, что вариабельность САД и ДАД являлась достоверным предиктором смерти от сердечно-сосудистых осложнений (ССО), смерти от ишемической болезни сердца (ИБС), а также церебральных осложнений [7]. В России и США более 95% смертей от болезней системы кровообращения приходится на возраст 50 лет и старше [8]. По данным публикаций американских исследователей, среди афроамериканцев гипертоническая болезнь (ГБ) чаще регистрируется, чаще сопровождается осложнениями, при лечении реже удается достичь оптимальных показателей и смертность среди афроамериканцев от ГБ с преимущественным поражением почек почти в 2 раза выше, чем среди белых американцев [9]. Казахстанские исследователи, изучавшие распространенность АГ у жителей ЮКО, выявили значительное преобладание национальной принадлежности на распространенность АГ. Наиболее часто повышенный уровень АД наблюдали у казахов (55,3%), реже у представителей европейской национальности (43,8%) [10]. Известно, что каждый регион, область Казахстана имеют свои климатические особенности, влияние которых на по-

казатели АД недостаточно исследовано. Изучение влияния погодных факторов на повышение АД является актуальным.

В связи с глобальным потеплением на Земле, возникновением периодов аномального повышения температуры воздуха в целом ряде регионов мира: жара в Европе в августе 2003г, когда температура воздуха в Великобритании достигала 38,1°С, в Германии – 40,4°С, на севере Италии – до 40°С, а во Франции до 35°С, стала причиной смерти в этих странах 35 000 человек (во Франции 15000 человек), причем в 70-90% случаев это были люди старше 75 лет [11]. По данным американских исследователей выявлено, что достоверное повышение смертности населения города Нью-Йорка происходило в случае, если температура воздуха не только превышала 30°С, но и удерживалась на этом уровне более 2-х суток [12]. Суточная смертность вследствие длительного повышения температуры воздуха увеличивалась с возрастом, причем в наибольшей степени у пожилых женщин [13]. Последний феномен связан с социальными причинами (пожилые женщины чаще одиноки) и физиологическими особенностями, снижением способности потоотделения, что уменьшает резистентность тепловому стрессу.

Исследование влияния аномально высокой температуры воздуха на смертность населения в европейской части РФ показало, что при увеличении максимальной дневной температуры на 10°С число обращений за медицинской помощью возрастало на 100%, а общая смертность на 8% [14]. Во время летней жары в июле-августе 2010 г. Россия потеряла в сравнении с предыдущими 2008 и 2009 гг. около 25 000 человек [15]. Одним из наиболее пострадавших от летней жары 2010г. регионов была Москва. В июле 2010г. по сравнению с июлем 2009г. смертность населения Москвы от болезни системы кровообращения возросла в 1,76 раза, а в августе – в 2,04 раза. Смертность от церебро-vasкулярных заболеваний (ЦВБ) возросла в июле в 1,9 раза, а в августе – 2,15 раз, от ИБС в июле – 1,78 раз, в августе – 2,03 раза. Наиболее высокой была смертность от ЦВБ и ИБС [16]. В условиях аномального повышения температуры воздуха большое значение имеет уточнение факторов риска смерти. Основным фактором риска считается проживание в условиях города, особенно в центральной его части, на последнем этаже при отсутствии кондиционеров [17]. Возраст также является фактором риска смерти в условиях жары [18]. Следует отметить такие факторы, как социальная изоляция и низкий уровень доходов [19]. По данным других авторов выявлено, что уровень утреннего САД и ДАД

*Ажмуханбетова А.Ж. – к.м.н. доцент кафедры общеклинических дисциплин и скорой помощи тел. 87755970517, e-mail: serik2187kz@mail.ru;

Баядилов М.С. – зав. нефрологическим отделением областной клинической больницы;

Олжатаев С.К. – старший ординатор отделения хронической сердечной недостаточности;

Джакипбекова Ж.Ж. – ассистент кафедры общеклинических дисциплин и скорой помощи;

Доланова Г.О. – ассистент кафедры, врач общей практики;

Жолдыбаева Г.У. – ассистент кафедры общеклинических дисциплин и скорой помощи;

Садыкова Г.С. – к.м.н., и.о. доцента кафедры общеклинических дисциплин и скорой помощи.

коррелирует с показателями температуры воздуха и атмосферного давления [20]. Рядом авторов показана метеозависимость АГ, связанная с резким колебанием атмосферного давления [21]. Установлено, что метеофакторы влияют на течение и развитие осложнений АГ [22]. Кроме того, имеются данные о влиянии факторов геомагнитной активности на повышение АД, что в совокупности при определенных погодных условиях может приводить к возникновению серьезных последствий [23]. Выявлено влияние температурных перепадов и атмосферного давления на повышение АД в разных климатических регионах Казахстана [24]. Так, повышение или понижение температуры воздуха в ЮКО на 10-15 °С приводило к увеличению вызовов скорой медицинской помощи по причине АГ [25,26].

Исследование жителей ЮКО показало повышенный уровень АД ($\geq 140/90$ мм рт.ст.) у 43,9% респондентов, преимущественно у лиц старше 50-ти лет [10]. Выявлена четкая зависимость уровня АД от возраста: среди лиц в возрасте от 25 до 39 лет нормальный уровень АД зафиксирован у 73,2%, а в группе от 60 до 69 лет только у 34,4% респондентов. Обследование лиц в возрасте 18-69 лет, проживающих в городе Актобе и Актюбинской области, показало, что с возрастом распространенность АГ нарастает, среди лиц старше 60 лет у 45,3% респондентов была выявлена АГ [27].

Учитывая распространённость АГ в Казахстане, следует отметить, что оповещение населения об изменении температуры воздуха имеет важное значение. В большинстве стран для прогнозирования влияния погоды на здоровье применяют простые индексы, основанные на результатах измерения температуры воздуха и влажности. Пороговый критерий для выпуска предупреждений о наступлении жары в ЮКО составляет 40-43 °С, для Азербайджана -40С, для Белоруссии-35 °С. Информация о наступлении жары может передаваться в несколько этапов. Например, в Израиле принята трехступенчатая процедура предупреждения: первая дается на 2-3 дня, вторая - за 1 день, а третья – за 12 час до ожидаемого явления [11].

В связи с вышеизложенным, экстренные сообщения службы оповещения 112 о наступлении жары и медицинские рекомендации по поведению граждан в условиях жары являются актуальными и своевременными.

Главной медицинской рекомендацией является употребление большого количества жидкости комнат-

ной или прохладной температуры не менее 2,0 – 2,5 л (включая фрукты и овощи) в день. В жаркую погоду следует пить воду, даже если человек не испытывает жажды. Это особенно важно для пожилых людей, у которых восприятие чувства жажды снижено [28]. Вместе с тем, для пожилых людей, нередко страдающих АГ и диастолической сердечной недостаточностью в сочетании со снижением выделительной функции почек, избыточное употребление жидкости может спровоцировать повышение АД или приступ сердечной астмы, в связи с этим к пациентам этой возрастной группы необходим индивидуальный подход [15. с: 36].

Первостепенной задачей является тщательное соблюдение больными АГ врачебных предписаний и безотлагательной консультации у специалистов при ухудшении самочувствия в период жары для возможной корректировки проводимой терапии. Важную роль в положительных результатах лечения играет приверженность пациентов к лечению и своевременный прием антигипертензивных лекарственных препаратов, назначенных врачом. Нередко при первых положительных результатах лечения 50% больных прекращают лечение в течение 6-ти месяцев от начала лечения по причине опасения «вреда» от проводимого лечения, боязни побочных эффектов, привыкания или зависимости от лекарств и понятия «достаточность курсовой терапии». Пациенты с низкой приверженностью к лечению - проблема, имеющая особое значение у пожилых в силу снижения памяти, что требует со стороны медицинского персонала использование систем напоминания по телефону о необходимости приема лекарств, особенно в условиях жары. Стабильное поддержание целевого уровня САД в течение суток $<130-140$ мм.рт.ст. уменьшает риск развития инсульта, коронарных осложнений и сердечно-сосудистой смерти [29]. Немаловажное значение имеет ведение пациентами дневников по измерению АД, что увеличивает их собственное внимание и внимание врачей к проблеме АГ и подбора терапии [30].

Вместе с тем, тактика ведения и лечения больных АГ пожилого возраста в условиях жары требует дальнейшего изучения.

Поступила: 13.03.2018.

Принята к публикации: 10.05.2018.

Список литературы:

1. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC). Hypertension 2013;31:1281-1357.
2. Толстов С.Н., Мычка В.Б., Сулов И.А. Вариабельность артериального давления и состояние органов мишеней у женщин климактерического

Spisok literatury:

1. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC). Hypertension 2013;31:1281-1357.
2. Tolstov S.N., Mychka V.B., Suslov I.A. Variabel'nost' arterial'nogo davleniya i sostoyaniye organov misheney u zhenshchin klimaktericheskogo perioda.

- периода. Российский кардиологический журнал 2014;6(1-10):62-70.
3. Кобалава Ж.Д., Троицкая Е.А., Ежова Н.Е. Фиксированная комбинация амлодипина, индапамиды и периндоприла: новые горизонты антигипертензивной терапии. Кардиология 2017;4:79-88.
 4. Sehestedt T., Jeppesen J., Hansen T.W. et al. Risk prediction is improved by adding markers of subclinical organ damage to score. Eur. Heart J. 2010;31:883-891.
 5. Lozano R., Naghavi M., Foreman K. et al. Global and regional mortality from causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2012;380:2095-2128.
 6. Pringle E., Phillips C., Thijs L. et al. Syst-Eur investigators. Systolic blood pressure variability as a risk factor for stroke and cardiovascular mortality in the elderly hypertensive population. Journal Hypertens 2003;21:2251-2257.
 7. Mena L.J., Maestre G.E., Hansen T.W., et al. The behalf of the International Database on Ambulatory Blood Pressure in Relation to Cardiovascular Outcomes (IDACO) Investigators How Many Measurements Are Needed to Estimate Blood Pressure Variability Without Loss of Prognostic Information? Am. J. Hypertens 2014;27(1):46-55.
 8. Бойцов С.А., Андреев Е.М., Самородская И.В. Оценка возможности сравнения показателей смертности от болезней системы кровообращения в России и США. Кардиология 2017;1:5-16.
 9. N. Komo V.T., Gardin J.M., Shelton T.N. et al. Burden of valvular heart diseases: a population-based study. Lancet 2006;368:1005-1011.
 10. Беркинбаев С.Ф., Джунусбекова Г.А., Мусагалиева А.Т. и др. Современная система эпидемиологического мониторинга у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. Медицина 2016;167(5):2-8.
 11. Ревич Б.А. Волны жары и смертность населения. Демоскоп Weekly 2010;439-440.
 12. Davis R.E., Kappenberger P.C., Novicoff W.M., Michaels P.J. Decadal changes in summer mortality in U.S. cities. Int. J. Biometeorol. 2003;47:166-175.
 13. Sardon J.P. The 2003 heat wave. Euro Surveill. 2007;12(3):226.
 14. Ревич Б.А., Шапошников Д.В., Галкин В.Т. и др. Воздействие высоких температур атмосферного воздуха на здоровье населения в Твери. Гигиена и санитария 2005;2:20-24.
 15. Чазов Е.И., Бойцов С.А. Влияние аномального повышения температуры воздуха на смертность населения. Терапевтический архив 2012;1:29-36.
 16. Зайратьянц О.В., Полянок Н.И. Демографические показатели Москвы за последнее столетие. Структура смертности населения. Качество прижизненной диагностики в медицинских учреждениях. Итоги работы патолого-анатомической службы взрослой сети лечебно-профилактических учреж-
- Rossiyskiy kardiologicheskiy zhurnal 2014;6(1-10):62-70.
 3. Kobalava ZH.D., Troitskaya Ye.A., Yezhova N.Ye. Fiksirovannaya kombinatsiya amlodipina, indapamida i perindoprila: novyye gorizonty antigipertenzivnoy terapii. Kardiologiya 2017;4:79-88.
 4. Sehestedt T., Jeppesen J., Hansen T.W. et al. Risk prediction is improved by adding markers of subclinical organ damage to score. Eur. Heart J. 2010;31:883-891.
 5. Lozano R., Naghavi M., Foreman K. et al. Global and regional mortality from causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2012;380:2095-2128.
 6. Pringle E., Phillips C., Thijs L. et al. Syst-Eur investigators. Systolic blood pressure variability as a risk factor for stroke and cardiovascular mortality in the elderly hypertensive population. Journal Hypertens 2003;21:2251-2257.
 7. Mena L.J., Maestre G.E., Hansen T.W., et al. The behalf of the International Database on Ambulatory Blood Pressure in Relation to Cardiovascular Outcomes (IDACO) Investigators How Many Measurements Are Needed to Estimate Blood Pressure Variability Without Loss of Prognostic Information? Am. J. Hypertens 2014;27(1):46-55.
 8. Boytsov S.A., Andreyev Ye.M., Samorodskaya I.V. Otsenka vozmozhnosti sravneniya pokazateley smertnosti ot bolezney sistemy krovoobrashcheniya v Rossii i SSHA. Kardiologiya 2017;1:5-16.
 9. N. Komo V.T., Gardin J.M., Shelton T.N. et al. Burden of valvular heart diseases: a population-based study. Lancet 2006;368:1005-1011.
 10. Berkinbayev S.F., Dzhunusbekova G.A., Musagaliyeva A.T. i dr. Sovremennaya sistema epidemiologicheskogo monitoringa u bol'nykh serdechno-sosudistymi zabolevaniyami. Meditsina 2016;167(5):2-8.
 11. Revich B.A. Volny zhary i smertnost' naseleniya. Demoskop Weekly 2010; 439-440.
 12. Davis R.E., Kappenberger P.C., Novicoff W.M., Michaels P.J. Decadal changes in summer mortality in U.S. cities. Int. J. Biometeorol. 2003;47:166-175.
 13. Sardon J.P. The 2003 heat wave. Euro Surveill. 2007;12(3):226.
 14. Revich B.A., Shaposhnikov D.V., Galkin V.T. i dr. Vozdeystviye vysokikh temperatur atmosfernogo vozdukha na zdorov'ye naseleniya v Tveri. Gigiyena i sanitariya 2005;2:20-24.
 15. Chazov Ye.I., Boytsov S.A. Vliyaniye anomal'nogo povysheniya temperatury vozdukha na smertnost' naseleniya. Terapevticheskiy arkhiv 2012; 1:29-36.
 16. Zayrat'yants O.V., Polyanko N.I. Demograficheskiye pokazateli Moskvy za posledneye stoletie. Struktura smertnosti naseleniya. Kachestvo prizhiznennoy diagnostiki v meditsinskikh uchrezhdeniyakh. Itogi raboty patologo-anatomicheskoy sluzhby vzrosloy

- дений Департамента здравоохранения Москвы за 2000-2010г.г. (в таблицах и графиках). М.; 2010.
17. Kilbourne E.M., Choi K., Jones T.S., Thacker S.B. Risk factors for heatstroke. A case-control study. *J. A. M. A.* 1982;247:3332-3336.
 18. Greenberg J.H., Bromberg J., Reed C.M. et al. The epidemiology of heat-related deaths. *Am. J. Publ. Health* 1983;73:805-807.
 19. McGeehin M.A., Mirabelli M. The potential impacts of climate variability and change on temperature-related morbidity and mortality in the United States. *Environ. Health Perspect* 2001;109(2):185-189.
 20. Заславская Р.М., Шербань Э.А., Тейблум М.М., Логвиненко С.И. Достоверность корреляционных отношений между погодными факторами и показателями гемодинамики у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца при традиционном лечении и комплексном лечении с мелатонином. *Клиническая медицина* 2011;5:49-52.
 21. Zenchenko T.A., Tsagarehshvili Ye.V., Oshchepkova E.V. и др. К вопросам влияния геомагнитной и метеорологической активности на больных артериальной гипертензией. *Клиническая медицина* 2007;1:31-35.
 22. Хаснулин В.И., Гафаров К.В., Воевода М.И. Влияние метеофакторов у жителей Новосибирска. *Экология человека* 2015;7:3-8.
 23. Комаров Ф.И., Рапопорт С.И., Бреус Т.К., Чибисов С.М. Десинхронизация биологических ритмов как ответ на воздействие факторов внешней среды. *Клиническая медицина* 2017;6:502-512.
 24. Яковлева Н.А., Крюкова В.П., Долгих С.А., Салагаева В.А. Изменение климата в РК и здоровье населения: основные проблемы, пути решения. *Гигиена, эпидемиология и иммунология. Алматы* 2009;2:93-99.
 25. Ботабекова А.К., Кауызбай Ж.А., Бекмурзаева Э.К. Воздействие метеорологических факторов на течение артериальной гипертензии в разных регионах Казахстана. *Вестник ЮКГФА* 2015;4:75-76.
 26. Ботабекова А.К., Кауызбай Ж.А., Бекмурзаева Э.К. Сезонная динамика обострений артериальной гипертензии у жителей города Шымкент. *Вестник ЮКГФА* 2017;1:48-52.
 27. Беркинбаев С.Ф., Джунусбекова Г.А., Мусагалиева А.Т., Кошумбаева К.М., Исабекова А.Х. и др. Распространенность факторов риска основных сердечно-сосудистых заболеваний (по данным эпидемиологического исследования в г. Актобе и Актыубинской области). *Медицина* 2017;5:9-16.
 28. Смирнова М.Д., Свирида О.Н., Виценя М.В., Михайлов Г.В., Агеев Ф.Т. Эффективность российских медико-санитарных рекомендаций по саногенному поведению в условиях аномальной жары. *Кардиология* 2015;5:66-71.
 29. Wright J.T., Williamson J.D., Whelton P.K. et al. A randomized trial of intensive versus standard seti lecebno-profilakticheskikh uchrezhdeniy Departamenta zdravookhraneniya Moskvy za 2000-2010g.g. (v tablitsakh i grafikakh). М.; 2010.
 17. Kilbourne E.M., Choi K., Jones T.S., Thacker S.B. Risk factors for heatstroke. A case-control study. *J. A. M. A.* 1982;247:3332-3336.
 18. Greenberg J.H., Bromberg J., Reed C.M. et al. The epidemiology of heat-related deaths. *Am. J. Publ. Health* 1983;73:805-807.
 19. McGeehin M.A., Mirabelli M. The potential impacts of climate variability and change on temperature-related morbidity and mortality in the United States. *Environ. Health Perspect* 2001;109(2):185-189.
 20. Zaslavskaya R.M., Sherban' E.A., Teyblyum M.M., Logvinenko S.I. Dostovernost' korrelyatsionnykh otnosheniy mezhdu pogodnymi faktorami i pokazatelyami gemodinamiki u bol'nykh arterial'noy gipertenziyey i ishemicheskoy boleznyu serdtsa pri traditsionnom lechenii i kompleksnom lechenii s melatoninom. *Klinicheskaya meditsina* 2011;5:49-52.
 21. Zenchenko T.A., Tsagarehshvili Ye.V., Oshchepkova Ye.V. i dr. K voprosam vliyaniya geomagnitnoy i meteorologicheskoy aktivnosti na bol'nykh arterial'noy gipertoniyey. *Klinicheskaya meditsina* 2007;1:31-35.
 22. Khasnulin V.I., Gafarov K.V., Voyevoda M.I. Vliyaniye meteofaktorov u zhiteley Novosibirska. *Ekologiya cheloveka* 2015;7:3-8.
 23. Komarov F.I., Rapoport S.I., Breus T.K., Chibisov S.M. Desinkhronizatsiya biologicheskikh ritmov kak otvet na vozdeystviye faktorov vneshney sredy. *Klinicheskaya meditsina* 2017;6:502-512.
 24. Yakovleva N.A., Kryukova V.P., Dolgikh S.A., Salagayeva V.A. Izmeneniye klimata v RK i zdorov'ye naseleniya: osnovnyye problemy, puti resheniya. *Gigiyena, epidemiologiya i immunologiya. Almaty* 2009;2:93-99.
 25. Botabekova A.K., Kauyzbay ZH.A., Bekmurzayeva E.K. Vozdeystviye meteorologicheskikh faktorov na techeniye arterial'noy gipertenzii v raznykh regionakh Kazakhstana. *Vestnik YUKGFA* 2015;4:75-76.
 26. Botabekova A.K., Kauyzbay ZH.A., Bekmurzayeva E.K. Sezonnaya dinamika obostreniy arterial'noy gipertenzii u zhiteley goroda Shymkent. *Vestnik YUKGFA* 2017;1:48-52.
 27. Berkinbayev S.F., Dzhunusbekova G.A., Musagaliyeva A.T., Koshumbayeva K.M., Isabekova A.KH. i dr. Rasprostranennost' faktorov riska osnovnykh serdechno-sosudistyykh zabolevaniy (po dannym epidemiologicheskogo issledovaniya v g. Aktobe i Aktyubinskoy oblasti). *Meditsina* 2017;5:9-16.
 28. Smirnova M.D., Svirida O.N., Vitsenya M.V., Mikhaylov G.V., Ageyev F.T. Effektivnost' rossiyskikh mediko-sanitarnyykh rekomendatsiy po sanogennomu povedeniyu v usloviyakh anomal'noy zhary. *Kardiologiya* 2015;5:66-71.
 29. Wright J.T., Williamson J.D., Whelton P.K. et al.

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

- blood pressure control. N. Engl. J. Med. 2015;373 (22):2103-2116.
30. Uhlig K., Palel K., Ip S. et al Self-measured blood pressure monitoring in the management of hypertension: a systematic review and meta-analysis. Ann. Intern. Med. 2013;159(3):185-194.
- A randomized trial of intensive versus standard blood pressure control. N. Engl. J. Med. 2015;373 (22):2103-2116.
30. Uhlig K., Palel K., Ip S. et al Self-measured blood pressure monitoring in the management of hypertension: a systematic review and meta-analysis. Ann. Intern. Med. 2013;159(3):185-194.

ӘОЖ: 614.253
МРНТИ 76.75.27

ДӘРІГЕР МЕН ПАЦИЕНТТІҢ ӨЗАРА ҚАТЫНАСЫ: ӘДЕБИ ШОЛУ

Г.Д. ТЕМІРБАЕВА*, У.С. САМАРОВА

Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті, Семей, Қазақстан

Дәрігер мен пациенттің өзара қатынасы: әдеби шолу

Г.Д. Темірбаева*, У.С. Самарова

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті, Семей, Қазақстан

Зерттеу мақсаты. Денсаулық сақтау саласында дәрігер мен пациенттің өзара қатынасын жүйелі талдау.

Зерттеу әдістері. Біз Web of Science, PubMed, Medline, EBSCOhost электронды деректер базасынан жүйелі іздеу жүргіздік, сонымен қатар Google Scholar қосымша ақпараттық ресурсын қолдандық. Нақты зерттеуге қосу және қоспау критерийлері қолданылды. Іздеу тереңдігі 15 жылды құрады.

Нәтижесі. Кілттік сөздер бойынша 3704 мақала табылды. Біріншілік талдаудан кейін 16 мақала қосу критерийлеріне сәйкес келіп, қорытынды талдауға алынды.

Қорытынды. Пациенттердің шағымдарының көбі дәрігердің клиникалық күзiреттiлiктерiне байланысты емес, коммуникативтік мәселелерге (дәрігердің мұқият тыңдамауы, толық және түсінікті жауап бермеуі және т.б) байланысты болды. Ал дәрігер мен пациенттің тиімді ара-қатынасы медициналық қызметке қанағаттануға және пациенттердің өзіне сенімділігін арттыруға септігін тигізеді және мотивациялану мен позитивтік көзқараста болуы олардың денсаулық жағдайына әсер етуі мүмкін.

Негізгі сөздер: дәрігер мен пациент қарым-қатынасы, пациенттің қанағаттанушылығы, медициналық көмек сапасына қанағаттану.

Взаимоотношение врача и пациента: обзор литературы

Г.Д. Темірбаева*, У.С. Самарова

Государственный медицинский университет города Семей, Семей, Казахстан

Цель исследования. Проведение литературного обзора, касающегося взаимоотношения врача и пациента в области здравоохранения.

Материалы и методы. Проведен систематический поиск в электронных базах данных PubMed, Medline, Cinahl, Embase, e-library, Google Scholar. Глубина поиска составила 15 лет. Используются конкретные критерии для включения в исследования. Данные были проанализированы.

Результаты: 3704 статьи соответствовали критериям включения. Поиск по ключевым словам выдал 3704 статей, после первичного анализа для итогового анализа были отобраны 16 статей.

Выводы: Наиболее часто встречающаяся жалоба, поступающая от пациентов - неспособность практикующих врачей внимательно выслушать, давать ясные и понятные ответы и, в первую очередь, точно выявить те проблемы, с которыми пациент пришел к врачу. Большинство жалоб по поводу врачей связаны с вопросами коммуникации, а не клинической компетентности. Эффективное взаимоотношение врача и пациента может повысить удовлетворенность работой и укрепить уверенность в себе пациентов, их мотивацию и позитивный взгляд на состояние здоровья, которые могут повлиять на результаты в отношении здоровья.

Ключевые слова: взаимодействие врача и пациента, удовлетворенность пациентов, удовлетворенность медицинской помощью.

Doctor-patient communication: review of the literature

G.D. Temirbayeva*, U.S. Samarova

¹Semey State Medical University, Semey, Kazakhstan

Aim: conducting a literature review of doctor-patient communication in the field of health.

Methods: searching in the Web of Science, PubMed, Medline, EBSCOhost databases, and in additional information resource Google Scholar. The duration of searching is 15 years.

Results: 3704 articles were identified by key words; after the initial analysis for the final analysis, 16 articles were selected.

Conclusion: the most common complaint from patients is the inability of practicing doctors to listen carefully, to give clear and understandable answers, and primarily, to identify precisely those issues that the patient came to the doctor. Most complaints about doctors are related to communication, not clinical competence. An effective doctor-patient communication can improve job satisfaction and enhance the confidence of patients, motivation and a positive outlook on their health, which can affect their health outcomes.

Keywords: doctor-patient communication, patient's satisfaction, satisfaction of medical care.

*Темірбаева Г.Д. – магистрант, e-mail: gulbarshyn_1_12@mail.ru, тел.: 87082011293;
Самарова У.С. – м.ғ.к., қоғамдық денсаулық сақтау кафедрасының доценті,
e-mail: samarova58@mail.ru, тел.: 87779845030.

Медицинаның пайда болғанына мыңжылдықтар өтсе де дәрігер мен науқастың өзара қатынасы әлі де маңыздылығын сақтайды. Табысты емделудің кепілі – сенім, қолдау, түсіністік, жанашырлық пен құрметке негізделген дәрігер мен пациенттің арасындағы қарым-қатынас. Бірінші кезекте дәрігердің коммуникативтік дағдылары мен науқасқа күрделі медициналық рәсімдердің табиғатын түсіндіруге мүмкіндігі жатады, ал беделді оқу орнын бітіргендігі фактісі соңғы орында болады [1].

Кез келген дәрігер-пациент коммуникациясының түпкі мақсаты – пациенттің денсаулығын және медициналық көмекті жақсарту болып табылады [2].

Қазіргі уақытта елімізде медициналық көмектің қолжетімділігінің төмендеуі және тұрғындардың медициналық көмек сапасына қанағаттанбауының өсуі байқалады. Бұл қоғамдағы әлеуметтік шиеленіс деңгейінің жоғарылауына белгілі бір үлес қосады [3].

Дәрігерлерге қатысты ең жиі кездесетін сұрақ – бұл олардың емделушілермен тиімді қарым-қатынас жасау қабілеті. Ең жиі кездесетін пациенттерден түсетін шағымдар – дәрігерлердің мұқият тыңдай алмауы, айқын және түсінікті жауаптар бере алмауы және ең алдымен науқастың дертін дәл анықтай алмауы. Тиімсіз қарым-қатынас денсаулыққа жету жолында тосқауыл болып табылады [4].

Пациенттер қазір өз құқықтары туралы және медицина ғылымының дамуы туралы жақсы хабардар. Олар дәрігер не айтса соған сенетін бұрынғы кездің пациенттерінен ерекшеленеді. Дәрігер мен науқастың дәстүрлі қарым-қатынастары неғұрлым тұтынушы мен қызмет көрсетуші қатынасына ұқсайды. Пациенттер дәрігерге кенес үшін келеді, дәрігердің айтқандарын сыни тұрғыдан талдап, және содан кейін өз бетінше емдеуге қатысты шешім қабылдайды, өйткені баламалы терапиялық стратегияларды таңдау мүмкіндігіне ие [5].

Пациенттің денсаулық сақтау жүйесі қызметін тұтынушы ретінде көзқарасы – әлемдегі медициналық қызмет көрсетуде реформаланған сапа тұжырымдамасының негізгісіне айналуға [6].

Статистика медициналық қызметкерлер мен пациенттің өзара қарым-қатынастарда жанжал салдарынан сот істерінің көпшілігін растайды. Дәрігер-пациент арасында жақсы қарым-қатынас жасауға кедергілер бар, бұл кедергілер әртүрлі мәселелер тудыруы мүмкін, тіпті олар өз кезегінде, сот істеріне жүгінуге алып келуі мүмкін. Шағымдар, әдетте медициналық көмектің сапасына емес, медициналық персоналдардың селсоқтығына байланысты болады [7].

Дәрігер мен пациенттің арасындағы қарым-қатынас тек абсолютті сенімділікке негізделген жағдайда, пациент барлық дәрігердің оған айтқанына сенімді болған жағдайда, диагноз кезінде де, ауруды емдеуде де жақсы нәтижелер күтуге болады [8].

Дәрігерлер үшін өз жұмыстарына қанағаттану үшін, жұмыспен байланысты стрестің азаюына, күйінудің азаюына қанағаттанған пациенттер тиімді болып

табылады [9].

Дәрігер мен пациент арасындағы жақсы қарым-қатынас дәрігердің жұмысына қанағаттануы артуына және өз-өзіне сенімділік нығайтуға, мотивациялауға және пациенттің денсаулық жағдайына позитивтік көзқараста болуға әсер етеді, және бұл пациенттердің денсаулық нәтижелеріне қатысты әсер етуі мүмкін [10].

Жоғарыда айтылғандарға байланысты зерттеудің мақсаты – денсаулық сақтау саласында дәрігер мен пациенттің өзара қатынасын жүйелі талдау болып табылады.

Зерттеу әдістері. Біз Web of Science, PubMed, Medline, EBSCOhost электронды деректер базасынан жүйелі іздеу жүргіздік, сонымен қатар Google Scholar қосымша ақпараттық ресурсын қолдандық. Нақты зерттеуге қосу және қоспау критерийлері қолданылды. Іздеу тереңдігі 15 жылды құрады.

Іздеу үшін мынадай кілттік сөздер қолданылды: дәрігер мен пациент қарым-қатынасы, пациенттің қанағаттанушылығы, медициналық көмек сапасына қанағаттану, дәрігер мен пациент арасындағы мәселелер.

Кілттік сөздер бойынша 3704 мақала табылды. Біріншілік талдаудан кейін 16 мақала қосу критерийлеріне сәйкес келіп, қорытынды талдауға алынды.

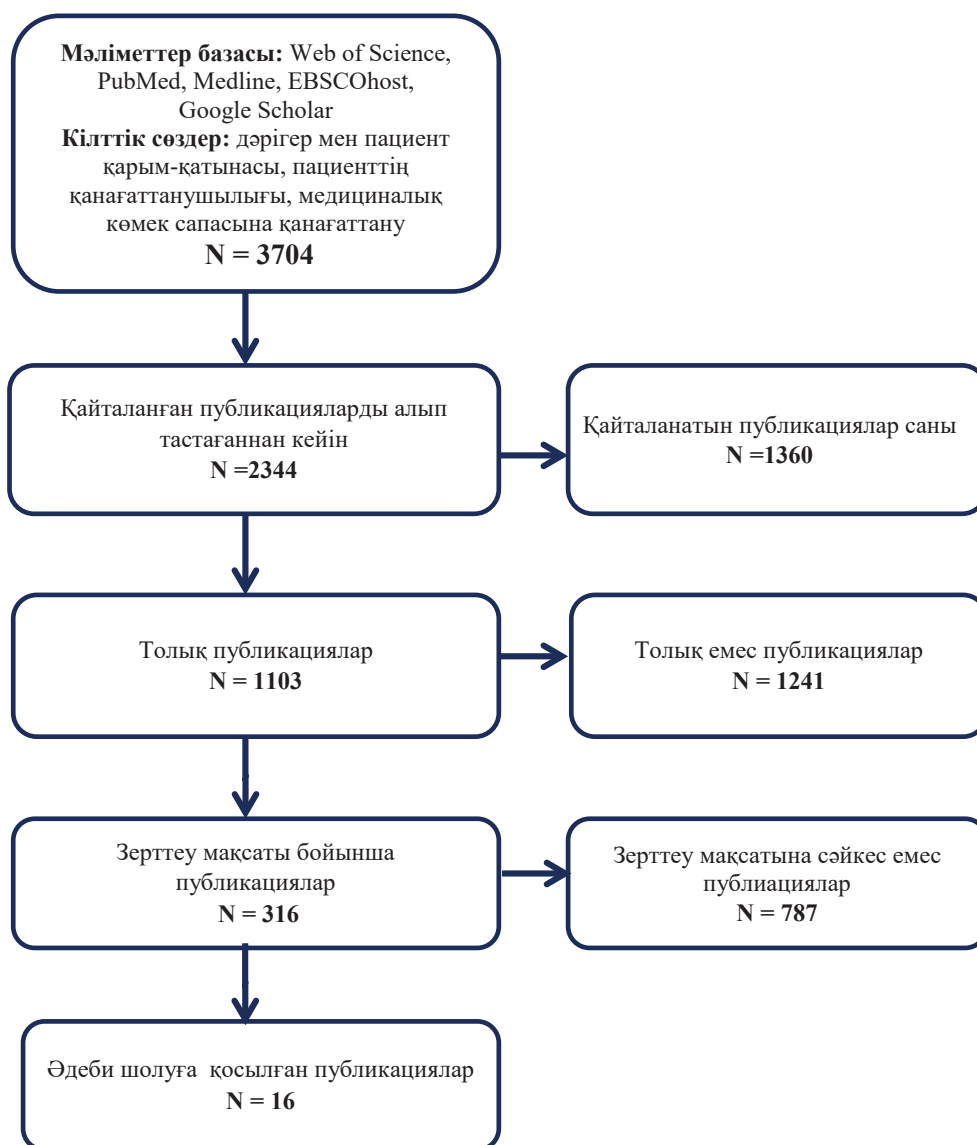
Зерттеуден қайталанатын мақалалар алынып тасталды, зерттеліп отырған мәселе бойынша ғана толық жариялынымдар зерттеуге қосылды. Мақалаларды іріктеу дизайны келесі сызбада көрсетілген:

Нәтижелер:

Т.В. Бармина (2009 ж.) медициналық көмекке қанағаттану бойынша әлеуметтік сауалнама жүргізгенде, емделушілердің тек 33% -і медициналық көмекке қанағаттанған, ал 43%-і қанағаттандырылмаған. Қанағаттанбаушылардан аудандық емхананың жұмысында нені ұнатпайтындарын түсіндіруді сұрады. Тиісті сұрақтарға жауап бере отырып, респонденттер көбінесе медициналық персоналдардың төменгі біліктілігі, жақсы мамандардың жетіспеуі және жалпы медициналық көмектің төмен сапасына шағымданды [11].

Сабанов В.И. бірлескен авторлармен (2013) жүктілік кезінде диспансерлік бақылаудан өткен әйелдер сауалнамасының нәтижелері бойынша медициналық көмек сапасын бағалады. Нәтижесінде дәрігермен қарым-қатынастарына әйелдер 92,1%-і қанағаттанды, ал қарым-қатынасқа теріс бағалау бергендер 7,9 % құрады, бұл дәрігердің пациентке жеткіліксіз көңіл бөлуімен, оның қарым-қатынас жасауы немесе сыртқы келбетімен байланысты болды. Сауалнама жүргізген әйелдердің теріс қарым-қатынаста болудың негізгі факторлары кезек күту мен диагностикалық тексерулер ұзақтығы (59,9%), тексерудің толықтығына қанағаттанбау (24,0 %) болды [12].

Дәрігерлер қарым-қатынас қабілеттерін асыра бағалауға бейім. Tongue J.R. хабарлауынша, зерттелген ортопед-хирургтардың 75%-і, олар өзінің пациенттермен қанағаттанарлық сөйлестік деп санайды, бірақ пациенттердің тек 21%-і өз дәрігерлерімен қанағаттанарлық қатынас болғанын хабарлады [13].



Сурет 1. Мақалаларды іріктеу дизайны

Давыдовский С.В. (2001) пікірі бойынша медициналық қызметке қанағаттануды медициналық персоналдың тарапынан көңіл бөлмеуі және оның дәрежесі төмендетеді [14].

Емхана деңгейінде сапалы медициналық көмек көрсетудің тағы бір мәселесі – мамандардың жиі ауысуы болып табылады. Тек пациентпен сенімді қарым-қатынас жасай отырып, оның әлеуметтік, психологиялық және басқа да сипаттамаларын түсіне отырып ұзақ байланыс жасау дәрігерге тиімді медициналық көмек көрсетуге септігін тигізеді [15].

Дәрігер мен науқас арасындағы жақсы қарым-қатынасқа көптеген кедергілер бар: пациенттердің мазасыздығы мен қорқынышы, дәрігерлердің жұмыс ауыртпалығы, сот процесіне деген қорқыныш және іске аспайтын пациенттердің күткен нәтижелері [16].

Fallowfield L, Jenkins V (2004) зерттеуінше пациенттер физикалық денсаулығының қалпына келгеніне риза болғанмен, олар дәрігер тікелей қарым-қатынас жоқтығынан психологиялық тұрғыдан зардап шегеді.

Пациенттер адам ретінде саналмай, диагностикалау нәтижелерінің тізімдері болып қалды. Сондықтан, пациенттер дәрігер шын мәнінде оларды адам ретінде қызықтырмайтынын сезінеді [17].

Rotter DL, Hall JA. зерттеуі бойынша денсаулықтары жақсырақ пациенттер десаулығы нашарлау пациенттерге қарағанда неғұрлым дәрігерге қанағаттанады. Көп ауыратын пациенттердің қанағаттанбауы дәрігердің коммуникативті мінезіне негізделген болуы мүмкін. Ауырған пациенттер емделмегендіктен дәрігерге ризашылықпен қарамайды. Сонымен қатар, пациенттер өздерін өте жақсы сезінбесе, дәрігерге құлақ аспай немесе ашуын келтіріп жағдайды ушықтырады. Сондықтан, денсаулығы төмен науқастар өз дәрігерлерінен көп жағымсыз реакциялар қабылдайды және бұл өз кезегінде, қанағаттанбаушылыққа алып келуі мүмкін.

Roter D.L. зерттеуіне сүйенсек, әйел-дәрігерлер еркек-дәрігерлерге қарым-қатынасқа көбірек қатысады, пациенттерге көп көңіл бөледі және оларға па-

циенттер ұзақ қаралады [19].

Сонымен қатар пациенттерден де әйел адамдар еркектерге қарағанда дәрігерге позитивті қарым-қатынас танытады екен, олар дәрігермен ұзағырақ әрі жиі әңгімелеседі [20].

Әдетте, жастар егде жастағыларға қарағанда денсаулық сақтау мекемелерінің жұмысын сыни бағалайды. Бір жағынан жас адамдар медициналық көмекке сирек жүгінеді, демек, денсаулық сақтау жүйесімен қарым-қатынаста аз ғана тәжірибесі бар. Екінші жағынан, білімді және ақпараттанған емделушілер өзіне неғұрлым ілтипатты қарым-қатынасты күтеді және туындаған проблемаларды талқылауға өзі қатысады. Жас пациенттер өз денсаулығының жай-күйі туралы толық ақпарат алғысы келеді, және диагностика және емдеу әдістерін таңдауға шешім қабылдау тұрғысынан қатысқысы келеді. Жастар дәрігер мен пациент арасындағы қарым-қатынас тең құқылы және серіктестік жағдайында болуды жақтайды [21].

Сонымен қатар пациенттердің пікірлерін зерттеуде қазіргі заманғы дәрігер жұмысы туралы жағымсыз пікірлердің себептері - дәрігерден алынған ақпараттың көлемі мен сапасына қанағаттанбау екенін көрсетеді. Осы қанағатсыздық нәтижесінде басқа да ақпарат көздерінің, әсіресе интернеттің рөлі артады, соның салдары жалған медициналық ақпарат алумен байланысты туындайтын тәуекелдер, түрлі жолдармен өзін-өзі емдеудің таралуына, пациенттердің дәрілік препараттарды бақылаусыз қабылдауына әкеліп соғады [22].

Куницкая С.В. зерттеуінде медициналық көмекке қанағаттанбаушылықтың көптеген себептерін шартты түрде 2 топқа бөліп қарастыруға болады: бірінші – денсаулық сақтау ұйымына байланысты (емдеу-профилактикалық мекемелердің және қызметкерлердің жұмыс кестесі, кезек күту, кадрлардың жетіспеушілігі және т.б.) медициналық қызметкер тарапынан медициналық деонтология және этиканың бұзылуы, емдеу және қарау әдістемесінің бұзылуы, емдеу мекемесінің материалдық-техникалық базасына қанағаттанбаушылық; екінші – пациентке байланысты (медициналық персоналға негізсіз сұраныстар мен талаптар, дәрігердің жазып берген емін бұзу және осыған орай емдеу тиімділігі жоқтығы және т.б.)

Пациенттің қанағаттанбаушылығына жанама әсер ететін себептер де бар (үшінші жақтан әсер ететін) – транспорттың жоқтығы немесе сиректігі. Жолдардың жаман болуы, қажетті медициналық көмек алу мүмкін-

діктері туралы ақпараттандыру дәрежесінің төмендігі [23].

А.В. Кузнецовтың (2009 ж.) зерттеуі бойынша 2006 жылмен салыстырғанда медициналық тақырыптағы БАҚ-дағы негативті жарияланымдардың саны 5,5 есе өскенін көрсетті. Өртүрлі жағдайларға байланысты нашар қызмет көрсету туралы пациенттердің шағымдары да арта түсуде [24]. Сот істеріндегі шағымдар көбіне медициналық көмектің сапасына емес, медициналық персоналдардың селсоқтығына байланысты болады [25]. Решетников А.В., Ефименко С.А. жүргізген әлеуметтік сауалнама деректері бойынша, респонденттердің үшіншісінде медицина қызметкерлерімен жанжал болған [26].

Талқылау. Бұл әдеби шолу дәрігер мен пациенттің ара-қатынасындағы түрлі жағдайларды ашып көрсетті. Жоғарыда аталған авторлар зерттеуінен қанағаттанудың ең маңызды параметрлері пациенттің емдеуші дәрігермен қарым-қатынасы болып табылатынын байқауға болады. Сондай-ақ, жоғары қанағаттанушылықты дәрігерлердің кәсіби біліктілігі емес, жеке басының қасиеттері тудырады. Пациенттердің шағымдарының көбі дәрігердің клиникалық құзіреттіліктеріне байланысты емес, коммуникативтік мәселелерге байланысты болды. Дәрігер мен пациенттің ара-қатынасына жас, жыныс, білім деңгейі сияқты бірқатар факторлар әсер ететінін байқадық. Қарым-қатынастың нашар болуы түрлі негативті жағдайларға алып келсе, яғни пациенттер қанағаттанбаушылығына, дәрігерлерде стрестік жағдайлар туындауына алып келеді. Тиімді қарым-қатынас керісінше медициналық көмек сапасын арттыруға, дәрігер мен пациенттің қанағаттануына, өзіне сенімділікке алып келеді.

Қорытынды. Денсаулық сақтау саласындағы қарым-қатынас – бұл барған сайын маңызды болып бара жатыр, себебі көп жағдайларда дәрігерлер қабылдауынан кейін пациенттердің қанағаттанбауы болады. Дәрігердің коммуникативтік құзыреттілігі – маңызды кәсіби қасиеттерінің бірі. Қарым-қатынас жасай білу өзара түсінуді, дәрігер мен науқас арасындағы сенімді қамтамасыз етеді, емдеу тиімділігі арттыруға септігін тигізетін қолайлы психологиялық орта қалыптастырады. Дәрігерлер өз пациенттерінің не себепті қанағаттанбағанын біліп, содан кейін сол мәселені түзетуге тырысуы керек. Себебі пациенттердің қанағаттанбау деңгейі арту үстінде.

Келіп түсті: 15.05.2018.

Баспаға қабылданды: 26.05.2018.

Spisok literatury:

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><i>Әдебиеттер тізімі:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Агалаков В.И., Куковьякин С.А., Куковьякина Н.Д. Качество медицинской помощи. Вятский медицинский вестник 2003;2:47-56. 2. Duffy F.D., Gordon G.H., Whelan G. et al. Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. Acad Med. 2004;79(6):495-507. 3. Цыганова О.А., Светличная Т.Г., Кудрявцев А.В. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Agalakov V.I., Kukovyakin S.A., Kukovyakina N.D. Kachestvo meditsinskoy pomoshchi. Vyatskiy meditsinskiy vestnik 2003;2:47-56. 2. Duffy F.D., Gordon G.H., Whelan G. et al. Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. Acad Med. 2004;79(6):495-507. 3. Tsyganova O.A., Svetlichnaya T.G., Kudryavtsev |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- Детерминанты удовлетворенности пациентов качеством амбулаторно-поликлинической помощи. Экология человека 2011;2:13-15.
4. Скотенко О.Л. Модели взаимоотношений врача и пациента (на материале офтальмологической практики): автореф. дис. канд. мед. наук. Волгоград, 2010:23.
 5. Лутова Н.Б., Борцов А.В., Вид В.Д. метод оценки субъективной удовлетворенности психически больных лечением в психиатрическом стационаре (Методические рекомендации) Санкт-Петербург, 2007;19.
 6. Ahlfors U.G., Lewander T., Lindstrom E. et al. Assessment of patient satisfaction with psychiatric care. Development and clinical evaluation of a brief consumer satisfaction rating scale (UKU-ConSat). Nord J Psychiatry 2001;55(44):71-90.
 7. Beth H., Nettie K. Communication gaffes: a root cause of malpractice claims. Proc (Bayl Univ Med Cent). 2003;16(2):157-161.
 8. Сергеев Ю.Д. Медицинское право: учебный комплекс: В 3 т. М., 2008;784.
 9. Bredart A., Bouleuc C., Dolbeault S. Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. Curr Opin Oncol. 2005;17(14):351-354.
 10. Skea Z., Harry V., Bhattacharya S., et al. Women's perceptions of decision-making about hysterectomy. BJOG. 2004;111(2):133-142.
 11. Бармина Т.В. Культура потребления медицинских услуг в современном российском обществе : дис. канд. соц. наук. Волгоград, 2009;147.
 12. Сабанов В.И., Грибина Л.Н., Емельянова О.С. Субъективный компонент оценки качества медицинской помощи при диспансеризации беременных. Вестник ВолгГМУ. 2013;48(4):123-125.
 13. Tongue J.R., Epps H.R., Forese L.L. Communication skills for patient-centered care: research-based, easily learned techniques for medical interviews that benefit orthopaedic surgeons and their patients. J Bone Joint Surg Am. 2005;87:652-658.
 14. Давыдовский С.В. Мнение потребителей психиатрической помощи как один из показателей качества медицинского обслуживания. Материалы II съезда психиатров и наркологов Республики Беларусь. Гродно 2001;10.
 15. Taylor RB. Physicians Making Eye Contact with Patients Is Important. Am Fam Physician 2016;94(6):418-419.
 16. Fentiman I.S. Communication with older breast cancer patients. Breast J. 2007;13(4):406-409.
 17. Fallowfield L., Jenkins V. (2004) Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. Lancet 24:312-319.
 18. Rotter D.L., Hall J.A. Doctors Talking With Patients, Patients Talking With Doctors: Improving Communication in Medical Visits. Westport, CT: Auburn House; 2006;203.
 19. Roter D.L., Hall J.A., Aoki Y. Physician gender A.V. Determinanty udovletvorennosti patsiyentov kachestvom ambulatorno-poliklinicheskoy pomoshchi. Ekologiya cheloveka 2011;2:13-15.
 4. Skotenko O.L. Modeli vzaimootnosheniy vracha i patsiyenta (na materiale oftal'mologicheskoy praktiki): avtoref. dis. kand. med. nauk. Volgograd, 2010:23.
 5. Lutova N.B., Bortsov A.V., Vid V.D. metod otsenki sub'yektivnoy udovletvorennosti psikhicheski bol'nykh lecheniyem v psikhiatricheskom stacionare (Metodicheskiye rekomendatsii) Sankt-Peterburg, 2007;19.
 6. Ahlfors U.G., Lewander T., Lindstrom E. et al. Assessment of patient satisfaction with psychiatric care. Development and clinical evaluation of a brief consumer satisfaction rating scale (UKU-ConSat). Nord J Psychiatry 2001;55(44):71-90.
 7. Beth H., Nettie K. Communication gaffes: a root cause of malpractice claims. Proc (Bayl Univ Med Cent). 2003;16(2):157-161.
 8. Sergeev YU.D. Meditsinskoye pravo: uchebnyy kompleks: V 3 t. M., 2008;784.
 9. Bredart A., Bouleuc C., Dolbeault S. Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. Curr Opin Oncol. 2005;17(14):351-354.
 10. Skea Z., Harry V., Bhattacharya S., et al. Women's perceptions of decision-making about hysterectomy. BJOG. 2004;111(2):133-142.
 11. Barmina T.V. Kul'tura potrebleniya meditsinskikh uslug v sovremennom rossiyskom obshchestve : dis. kand. sots. nauk. Volgograd, 2009;147.
 12. Sabanov V.I., Gribina L.N., Yemel'yanova O.S. Sub'yektivnyy komponent otsenki kachestva meditsinskoy pomoshchi pri dispanserizatsii beremennykh. Vestnik VolgGMU. 2013;48(4):123-125.
 13. Tongue J.R., Epps H.R., Forese L.L. Communication skills for patient-centered care: research-based, easily learned techniques for medical interviews that benefit orthopaedic surgeons and their patients. J Bone Joint Surg Am. 2005;87:652-658.
 14. Davydovskiy S.V. Mneniye potrebiteley psikhiatricheskoy pomoshchi kak odin iz pokazateley kachestva meditsinskogo obsluzhivaniya. Materialy II s'yezda psikhiatrov i narkologov Respubliki Belarus'. Grodno 2001;10.
 15. Taylor RB. Physicians Making Eye Contact with Patients Is Important. Am Fam Physician 2016;94(6):418-419.
 16. Fentiman I.S. Communication with older breast cancer patients. Breast J. 2007;13(4):406-409.
 17. Fallowfield L., Jenkins V. (2004) Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. Lancet 24:312-319.
 18. Rotter D.L., Hall J.A. Doctors Talking With Patients, Patients Talking With Doctors: Improving Communication in Medical Visits. Westport, CT: Auburn House; 2006;203.

- effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA*. 2002;288(6):756-764.
20. Henriette L., Tamara S., Sabrina B., Barbara P., Ingrid P., Charles S., Wien Klin W. Significance of gender in the attitude towards doctor-patient communication in medical students and physicians. *Wien Klin Wochenschr*. 2016;128(17):663-668.
21. Зелионко А.В., Лучкевич В.С., Авдеева М.В. Использование компетентностного подхода к оценке медицинской информированности и приверженности городских жителей здоровому образу жизни. *Профилактическая и клиническая медицина* 2014;53(4):42-48.
22. Павленко Е.В., Петрова Л.Е. Социологические исследования 2016;4:103-110.
23. Куницкая С.В. К проблеме удовлетворённости населения медицинской помощью. *Вопросы организации и информатизации здравоохранения* 2006;3:33-36.
24. Кузнецова О.А. Формирование основ профессиональной культуры будущего специалиста – медика. *Гуманитарное образование и медицина, Волгоград* 2005;62(3)170-174.
25. Михальченко Д.В., Фирсова И.В., Седова Н.Н. Социологический портрет медицинской услуги. *Волгоград: Издательство ВолгГМУ, 2011;232*.
26. Решетников А.В., Ефименко С.А. Социология пациента (монография). М.: *Здоровье и общество, 2008;304*.
19. Roter D.L., Hall J.A., Aoki Y. Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA*. 2002;288(6):756-764.
20. Henriette L., Tamara S., Sabrina B., Barbara P., Ingrid P., Charles S., Wien Klin W. Significance of gender in the attitude towards doctor-patient communication in medical students and physicians. *Wien Klin Wochenschr*. 2016;128(17):663-668.
21. Zelionko A.V., Luchkevich V.S., Avdeyeva M.V. Ispol'zovaniye kompetentnostnogo podkhoda k otsenke meditsinskoy informirovannosti i priverzhennosti gorodskikh zhitel'ey zdorovomu obrazu zhizni. *Profilakticheskaya i klinicheskaya meditsina* 2014;53(4):42-48.
22. Pavlenko Ye.V., Petrova L.Ye. Sotsiologicheskiye issledovaniya 2016;4:103-110.
23. Kunitskaya S.V. K probleme udovletvoronnosti naseleniya meditsinskoy pomoshch'yu. *Voprosy organizatsii i informatizatsii zdravookhraneniya* 2006;3:33-36.
24. Kuznetsova O.A. Formirovaniye osnov professional'noy kul'tury budushchego spetsialista – medika. *Gumanitarnoye obrazovaniye i meditsina, Volgograd* 2005;62(3)170-174.
25. Mikhal'chenko D.V., Firsova I.V., Sedova N.N. Sotsiologicheskiy portret meditsinskoy uslugi. *Volgograd: Izdatel'stvo VolgGMU, 2011;232*.
26. Reshetnikov A.V., Yefimenko S.A. Sotsiologiya patsiyenta (monografiya). М.: *Zdorov'ye i obshchestvo, 2008;304*.

УДК 615.015.32
МРПТИ 76.35.49

ALLOPATHY, PLANTS AND MEDICINAL HERBS

NAJAM UL HASAN¹, ADNAN SHAFIQUE², SHAH MURAD^{3*}, KHALID NIAZ⁴,
HINA ASLAM⁵, HAMID MAHMOOD⁶

¹Clinical Psychology, IIUI, Islamabad-Pakistan

²MCC Pharmacy, Islamabad-Pakistan

³Pharmacology at Akbar Niazi Teaching Hospital, Islamabad-Pakistan

⁴IMDC-Islamabad.

⁵IMDC/ANTH, Islamabad-Pakistan

⁶SZAMU, Islamabad-Pakistan

Allopathy, plants and medicinal herbs

Najam Ul Hasan¹, Adnan Shafique², Shah Murad^{3*}, Khalid Niaz⁴, Hina Aslam⁵, Hamid Mahmood⁶

¹Clinical Psychology, IIUI, Islamabad-Pakistan

²MCC Pharmacy, Islamabad-Pakistan

³Pharmacology at Akbar Niazi Teaching Hospital, Islamabad-Pakistan

⁴IMDC-Islamabad.

⁵IMDC/ANTH, Islamabad-Pakistan

⁶SZAMU, Islamabad-Pakistan

Intro: Atherosclerosis is complication of dyslipidemia causing coronary artery disease leading to mortality due to Myocardial Infarction. There are various drugs which reduces plasma lipids but with potential side effects. Herbal medication like Green Cardamom has potential to lower bad cholesterol, i.e. LDL-cholesterol and raise good cholesterol, i.e. HDL-cholesterol. Research Design: Single blind placebo-controlled study. Place of research study: Jinnah Hospital Lahore. Research Design/type: It was single blind placebo-controlled study. Duration of research work: From July to November 2017. Aim and Objectives: In this work we compared hypolipidemic effects of Niacin with Cardamom. Inclusion Criteria: Male and female patients, age range from 18 to 17 years, suffering from primary or secondary hyperlipidemia. Exclusion Criteria: Alcoholics, cigarette smokers and patients taking regular medicine for their any physical or mental disease, with severe vital organ disease were excluded from the study. Sample size and selection/division of patients: Seventy five hyperlipidemic patients were selected for research work. They were divided in three groups. Group-I was on placebo, group-II was given 1.5 grams Niacin, and group-III was advised to use powdered Cardamom thrice daily for the period of two months. Methodology: Their base line lipid profile was determined by Freidewald Method. Total-cholesterol, LDL-cholesterol and HDL-cholesterol were main parameters we required for further calculation of change in these parameters. All patients were advised to visit clinic fortnightly for their follow up.. Parameters studied: Their lipid profile was measured at start of research and then on day-60. Statistical Analysis: Data were expressed as the mean \pm Standard Deviation and “t” test was applied to determine statistical significance as the difference. A probability value of <0.05 was considered as non-significant and $P<0.001$ was considered as highly significant change in the results when pre and post-treatment values were compared. Results: After two months therapy group-II patients reduced total cholesterol 30.8 mg/dl and LDL cholesterol 12.1 mg/dl and increased HDL cholesterol 5.6 mg/dl. In group-III Cardamom decreased total cholesterol 7.2 mg/dl and LDL cholesterol 8.8 mg/dl. HDL cholesterol in this group increased 4.9 mg/dl. When results were compiled and analyzed biostatistically, these changes were significant. Conclusion: We conclude from the research work that Niacin has more effects on total cholesterol but effects of both drugs on LDL cholesterol reduction was almost same.

Keywords: LDL-cholesterol, HDL-cholesterol, Niacin, Cardamom hyperlipidemic patients.

Аллопатия және дәрілік шөптер

Najam Ul Hasan¹, Adnan Shafique², Shah Murad^{3*}, Khalid Niaz⁴, Hina Aslam⁵, Hamid Mahmood⁶

¹МИУИ, Исламабад, Пәкістан

²МСС Pharmacy, Исламабад, Пәкістан

³Фармакология Акбар-Ницианской больницы, Исламабад, Пәкістан

⁴ИМДК, Исламабад, Пәкістан

⁵ИМДК / АНТ, Исламабад, Пәкістан

⁶СЗАМУ, Исламабад, Пәкістан

Атеросклероз – бұл миокардинфарктінің салдарынан коронарлы артерия ауруынан өлімге дейін әкелетін дислипидемияның асқынуы. Плазма липидтерінің құрамын азайтатын, бірақ потенциалды жанама әсерлері болатын әртүрлі препараттар бар. Green Cardamom секілді шөп дәрілердің нашар холестеринді төмендететін потенциалы бар, яғни LDL-холестеринінің және жақсы холестериннің, демек, HDL-холестеринінің өсуі. Зерттеу дизайны: соқыр плацебо-бақыланбалы зерттеу. Зерттеу жүргізу орны: Джинна Лахор госпиталі. Зерттеу жұмысының ұзақтығы: 2017 жылғы шілде мен қараша аралығы. Мақсаты мен міндеттері: бұл жұмыста біз кардамонды ниациннің гиполлипидемиялық әсерлерін салыстырдық. Қосылу критерийлері: біріншілік және екіншілік гиперлипидемиямен ауыратын 17-18 жастағы ерлер мен әйелдер. Қосылмайтын критерийлері: маскүнемдер, шылым шегетіндер және соматикалық және психикалық аурулардан тұрақты дәрі қабылдайтын, өмірлік маңызы бар ағзаларының ауыр дерті бар адамдар зерттеуге қатысқан жоқ. Іріктеу / пациенттерді бөлу: зерттеу жұмысына

гиперлипидемиясы бар 75 пациент іріктеліп алынды. Олар үш топқа бөлінді. I топ плацебо алып отырды, II топқа 1,5 г ниацин берілді, ал III топқа екі ай бойына күнбе-күн күніне үш мезгіл ұнтақ кардамон қабылдау ұсынылды. Методологиясы: базалық желінің липидті пішіні Фрейдевальд әдісімен анықталды. Өзгерісті әрі қарай есептеу үшін қажетті негізгі параметрлері жалпы холестерин, ЛПНП холестерині және ЛПВП холестерині болды. Барлық пациенттерге әр екі апта сайын клиникаға барып кезекті тексерілуден өтіп тұру ұсынылды. Зерттелген параметрлер: липидті пішін зерттеудің басында, содан кейін 60-шы күні анықталды. Статистикалық сараптау: мәліметтер орта \pm стандартты ауытқу ретінде ұсынылды, ал «b» критерийі айырмашылық үшін статистикалық мәнділікті анықтау үшін қолданылды. $P < 0,05$ ықтималдылық мәні мардымсыз саналды, ал $P < 0,001$ емдеуге дейінгі және кейінгі мәндерін салыстыру барысындағы нәтижелерінің айтарлықтай өзгерісі болып саналды. Нәтижелері: екі ай ем алғаннан кейін II топ пациенттерінде 30,8 мг/дл жалпы холестерин және ЛПНП 12,1 мг/дл холестерині төмендеді және ЛПВП 5,6 мг/дл холестерині өсті. III топқа кардамон холестеринді 7,2 мг/дл және ЛПНП холестерині 8,8 мг/дл өсті. ЛПВП холестерині 4,9 мг/дл дейін өсті. Нәтижелер биостатистикалық құрастырылып сарапталғаннан кейін бұл өзгерістер едәуір байқала түсті. Тұжырым. Ниациннің холестериннің жалпы деңгейіне ықпалы мол, бірақ ЛПНП холестерині деңгейінің төмендеуіне екі аппараттың да әсері бірдейге жуық болды.

Негізгі сөздер: LDL-холестерин, HDL-холестерин, ниацин, кардамон, гиперлипидемиямен ауыратын науқастар.

Аллопатия и лекарственные травы

Najam Ul Hasan¹, Adnan Shafique², Shah Murad^{3*}, Khalid Niaz⁴, Hina Aslam⁵, Hamid Mahmood⁶

¹МИУИ, Исламабад, Пакистан

²МСС Pharmacy, Исламабад, Пакистан

³Фармакология Акбар-Ницианской больницы, Исламабад, Пакистан

⁴ИМДК-Исламабад

⁵ИМДК / АНТ, Исламабад, Пакистан

⁶СЗАМУ, Исламабад, Пакистан

Атеросклероз - это осложнение дислипидемии, приводящее к заболеванию коронарных артерий, вплоть до смертности вследствие инфаркта миокарда. Существуют различные препараты, которые уменьшают содержание липидов плазмы, но с потенциальными побочными эффектами. Лекарства растительного происхождения, такие как Green Cardamom, имеют потенциал для снижения плохого холестерина, то есть LDL-холестерина и повышения хорошего холестерина, то есть HDL-холестерина. Дизайн исследования: слепое плацебо-контролируемое исследование. Место проведения исследования: Госпиталь Джинна Лахор. Продолжительность исследования: с июля по ноябрь 2017. Цель и задачи: в этой работе мы сравнивали гиполлипидемические эффекты ниацина с кардамоном. Критерии включения: мужчины и женщины в возрасте 17-18 лет, страдающие от первичной или вторичной гиперлипидемии. Критерии исключения: алкоголики, курильщики и пациенты, принимающие регулярные лекарства от соматических или психических заболеваний с тяжелой болезнью жизненно важных органов, были исключены из исследования. Выборка / деление пациентов: 75 пациентов с гиперлипидемией были отобраны для исследовательской работы. Они были разделены на три группы. Группа I получала плацебо, группе II давали 1,5 г ниацина, а группе III было рекомендовано ежедневно принимать порошкообразный кардамон три раза в день в течение двух месяцев. Методология: липидный профиль базовой линии определяли методом Фрейдевальда. Общий холестерин, холестерин ЛПНП и холестерин ЛПВП были основными параметрами, необходимыми для дальнейшего расчета изменений. Всем пациентам было рекомендовано посещать клинику каждые две недели для последующего наблюдения. Изученные параметры: липидный профиль был определен в начале исследования, а затем на 60-й день. Статистический анализ: данные были представлены как среднее \pm стандартное отклонение, а критерий «b» применялся для определения статистической значимости для различия. Значение вероятности $P < 0,05$ считалось несущественным, а $P < 0,001$ считалось очень значительным изменением результатов при сравнении значений до и после лечения. Результаты: после двух месяцев терапии у пациентов группы II снизился общий холестерин 30,8 мг / дл и холестерин ЛПНП 12,1 мг / дл и увеличился холестерин ЛПВП 5,6 мг / дл. В группе III кардамон снижал общий холестерин 7,2 мг / дл и холестерин ЛПНП 8,8 мг / дл. Холестерин ЛПВП в этой группе увеличился до 4,9 мг / дл. Когда результаты были скомпилированы и проанализированы биостатистически, эти изменения были значительными. Заключение. Ниацин оказывает большее влияние на общий уровень холестерина, но эффекты обоих препаратов на снижение уровня холестерина ЛПНП были почти одинаковыми.

Ключевые слова: LDL-холестерин, HDL-холестерин, ниацин, кардамон, пациенты с гиперлипидемией.

Introduction. Atherosclerosis is a specific type of arteriosclerosis, but the terms are sometimes used interchangeably¹⁻³. Atherosclerosis refers to the buildup of fats, cholesterol and other substances in and on human artery walls (plaques), which can restrict blood flow⁴⁻⁶. These plaques can burst, triggering a blood clot. Although atherosclerosis is often considered a heart problem, it can

affect arteries anywhere in your body. Atherosclerosis may be preventable and is treatable⁷. Hypolipidemic drugs reduce low density lipoprotein cholesterol (LDL-c) in plasma and thus lower the chance of developing atherogenesis leading to increased risk of hypercholesterolemic patients to be victimized by coronary artery disease, and myocardial infarction⁸. Conventionally, drugs used in hyperlipidemia

Najam ul Hasan – Assistant Professor, Clinical Psychology, IIUI, Islamabad-Pakistan

Adnan Shafique – Senior Pharmacist, MCC Pharmacy, Islamabad-Pakistan, email: adnan.shafique6666@gmail.com, tel.: +923142243415

*Shah Murad – HOD, Pharmacology at Akbar Niaz Teaching Hospital, Islamabad-Pakistan

Khalid Niaz – Associate Professor of Pharmacology at IMDC-Islamabad.

Hina Aslam – AP Pharmacology at IMDC/ANTH, Islamabad-Pakistan

Hamid Mahmood – Chairman Biochemistry, SZAMU, Islamabad-Pakistan.

ӘКСПЕРИМЕНТТІК ЖӘНЕ КЛИНИКАЛЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕР

are statins, nicotinic acid, bile acid binding resins and fibrates, but all have potential for low compliance due to wide range of pharmacological and adverse effects⁹. Vitamin B-3 (Niacin), if given in large doses inhibits lipolysis in adipose tissue which is main source of plasma free fatty acids. In liver due to lack of these free fatty acids, no triglycerides or lipoproteins carrying these lipid forms (VLDL) will be synthesized. Low density lipoproteins (LDL) are synthesized from VLDL. Thus no availability of very low density lipoproteins (VLDL) causes reduced synthesis of LDL in plasma. Niacin also decreases clearance of apoprotein A-1 in plasma, so high density lipoproteins (HDL) which are concerned with these apoproteins are also increased^{10,11}. To get good compliance, many health personals and researchers have started to put their healing potential for developing alternatives drugs used in primary or secondary hyperlipidemia. Cardamom or in Urdu ILAICHI is one of the hypolipidemic herb, widely encouraged by cardiologists to be used for prevention of atherogenesis, and coronary artery disease¹². Regular consumption of cardamom treats high cholesterol levels and reduces high blood pressure; thus, lowering the risk of cardiovascular diseases¹³. Cardamom, when added to tea, gives a pleasant aroma, which serves as an effective remedy for depression¹⁴. Cardamom acts as a natural health tonic, when taken at bedtime, diluted with milk and honey. Besides, it is effective in preventing memory loss¹⁵.

Patients & method. It was single blind placebo-controlled study conducted in Jinnah Hospital Lahore from July to November 2017. Seventy five hyperlipidemic patients were selected and enrolled for the study. Written, already explained and approved consent was taken from all patients. Inclusion criteria were age limit from 18 to 70 years of both gender primary or secondary hyperlipidemic patients. Patients suffering from any vital organ severe disease or their impaired function were excluded from the study. Alcoholics, cigarette smokers and patients taking regular medicine for their any physical or mental disease were also excluded. Seventy five patients were divided in three groups, comprising 25 patients in each group. Group-I were on placebo therapy. They were provided

capsules containing grinded rice and mixed wheat. They were advised to take one capsule before meal, thrice daily for two months. Group-II patients were advised to take half tablet niacin 250 mg, thrice daily after each meal. They were advised to raise dose of niacin tablets gradually after two days, until they tolerate dose of niacin up to two tablets of 250 mg, thrice daily after each meal for the period of two months, counting their day-0 from maximum tolerated dose of the drug. This titration of dose of drug was necessary because niacin can cause flushing if taken in high doses at start. Group-III was advised to take one gram grinded green cardamom powder mixed in black tea, thrice daily after each meal for the period of two months. Their base line lipid profile was determined by Freidewald method¹⁵. Total-cholesterol, LDL-cholesterol and HDL-cholesterol were main parameters we required for further calculation of change in these parameters. All patients were advised to visit clinic fortnightly for their follow up. After two months therapy their lipid profile was measured again by same Freidewald method. Data were expressed as the mean \pm Standard Deviation and “t” test was applied to determine statistical significance as the difference. A probability value of < 0.05 was considered as non-significant and P value < 0.001 was considered as highly significant change in the results when pre and post-treatment values were compared.

Results. After two months therapy with Niacin and Cardamom three patients withdrew to take niacin due to its unwanted effects like flushing and urticaria and one patient stopped to take cardamom due to its personal reasons. After completion of research, mean values were expressed in SD \pm SEM and paired t-test was applied to analyze result's significance biostatistically. Following changes were observed in total, LDL, and HDL cholesterol with their statistical significance.

Discussion. Atherosclerosis is a slow, progressive disease that may begin as early as childhood. Although the exact cause is unknown, atherosclerosis may start with damage or injury to the inner layer of an artery. Early diagnosis and treatment can stop atherosclerosis from worsening and prevent a heart attack, stroke or another

Table: Pre and Post treatment values with SD \pm SEM and their statistical significance

GROUP	Parameter	At day-0	At day-60	Change	% change	p-value
G-I n=25	TC	228.2 \pm 1.99	226.4 \pm 1.23	1.8	0.8	>0.05
	LDL-C	178.4 \pm 1.67	176.5 \pm 1.09	1.9	1.1	>0.05
	HDL-C	40.7 \pm 1.90	40.9 \pm 2.98	0.2	0.5	>0.05
G-II n=22	TC	235.4 \pm 1.11	204.6 \pm 1.99	30.8	13.1	<0.001
	LDL-C	181.1 \pm 2.87	169.0 \pm 2.22	12.1	6.7	<0.01
	HDL-C	43.5 \pm 1.99	49.1 \pm 1.04	5.6	11.4	<0.01
G-III n=24	TC	239.0 \pm 2.32	231.8 \pm 1.33	7.2	3.0	<0.01
	LDL-C	188.8 \pm 2.45	180.0 \pm 1.95	8.8	4.7	<0.01
	HDL-C	39.6 \pm 1.11	44.5 \pm 1.55	4.9	11.0	<0.01

KEY: G stands for group, G-I is for placebo group, G-II is for Niacin group, G-III is for Cardamom group, n stands for sample size, pre and post treatment changes are measured in mg/dl, \pm stands for standard error of mean, p-values >0.05 indicates non-significant changes, p-values <0.01 indicates significant changes, and p-values <0.001 indicates highly significant changes in mean values.

medical emergency. In our results two months therapy with niacin decreased total and LDL cholesterol 13.1 and 6.7 % respectively. Statistically decrease in total cholesterol is highly significant while change in LDL-cholesterol is significant biostatistically. These results match with results of study conducted by Sithwath E et al¹⁶, Ruthway T et al¹⁷, Woluy P et al¹⁸, Ethrr C et al¹⁹, Kolharr T et al²⁰, and polkrr W et al²¹ who observed about same changes in lipid profile of hyperlipidemic patients. Our results of change in HDL cholesterol also match with results of Janwar C et al²² who observed 14% increase in HDL cholesterol of 55 hyperlipidemic patients. Mittal et al²³ explained that hypolipidemic effects of Vitamin B-3 (Niacin) can be achieved in doses that can damage liver. Soga et al²⁴ conducted research and proved that one gram of niacin per day lowered total cholesterol maximum up to 9.11 mg/dl and LDL cholesterol up to 6.90%. These results are in contrast with our results. This difference in two results can be due to low dose of the drug used in their research work. Molakasm R et al²⁵, Ulba R et al²⁶, and Hulbr H et al²⁷ has warned researchers that vulnerability of hepatic damage can not be avoidable in hypolipidemic doses of this vitamin B-3 (niacin). To avoid frequent adverse effects and economic cost of conventional hypolipidemic agents like niacin or fibrates or even statins, alternative hypolipidemic therapy by herbal medications are going to get popularity

in different ethnic groups in developing countries. Green cardamom is used generally in many cocktail food preparations in India, Pakistan, Bangladesh and Srilanka²⁸. Our research study proved significant changes in total and LDL cholesterol in 24 hyperlipidemic patients, i.e. 7.2 mg/dl reduction in total cholesterol and 8.8 mg/dl decrease in LDL cholesterol. Changes in both parameters are biostatistically significant. Almost same results were observed by Tulhaar F et al²⁹ in LDL-cholesterol, but they proved lesser reduction in total cholesterol, i.e. only 1.9% decrease in total cholesterol in four hyperlipidemic patients when they used one gram of green cardamom for three months. This difference may be due to small sample size, though they used same amount of cardamom as we used in our study. Lofar T et al³⁰ proved same increase in HDL cholesterol as we observed in our work. Galleano et al³¹ agree with Ejer F et al³², Urth S et al³³ and Ropasu U et al³⁴ who wrote that this smaller aromatic herb has many health benefits when consumed rightly. Generally, the herb has very less side effects but over intake of the same may lead to some serious health consequences. It is therefore extremely important to know the proper dosage of the herb to avoid any of the side effects.

Received: 14.02.2018.

Accepted for publication: 27.02.2018.

References:

1. Jawanii K., Kunitomo M. Oxidative stress and atherosclerosis. *Yakugaku Zasshi* 2007;127(12):199-206.
2. Fulkarr R.T., Retelny V.S., Neuendorf A., Roth J.L. Nutrition protocols for the prevention of cardiovascular disease. *Nutr Clin Pract* 2014;3:222-9.
3. Ulwas E., Khitan Z., Kim H. Fructose: A key factor in the development of metabolic syndrome and hypertension. *J. Nutr. Metab.* 2016;3(8):666-9.
4. Yugna R., Malik S., Kashyap M.L. Niacin, lipids, and heart disease. *Curr Cardiol Rep.* 2016;8(5):166-9.
5. Gola G.R., Ballantyne C.M., Herd J.A., Ferlic L.L., et al. Influence of low HDL on progression of coronary artery disease and response to fluvastatin therapy. *Circulation.* 2007;13(12):789-804.
6. Ilhamm T., Puranik R., Celermajer D.S. Smoking and endothelial function. *Prog Cardiovasc Dis.* 2013;10(5):18-22.
7. Olperr R., Papamichael C., Karatzis E., Karatzi K., et al. Red wine's antioxidants counteract acute endothelial dysfunction caused by cigarette smoking in healthy nonsmokers. *Am Heart J.* 2004;106-9.
8. Josath V., Hoth Y., Gustafson B. Adipose tissue, inflammation and atherosclerosis. *Journal of atherosclerosis and thrombosis* 2015;7(4):190-6.
9. Sodagart T., Tappy L., Le K.A., Tran C., Paquot N. Fructose and metabolic diseases: New findings, new questions. *Nutrition* 2010;33(5):78-80.
10. Rensen P.C., Princen H.M. Niacin increases HDL by reducing hepatic expression and plasma levels of cholesteryl ester transfer protein in APOE*3Leiden.CETP mice. *Arterioscler Thromb Vasc Biol.* 201228(1):16-22.
11. Davis K.B., et al. Effect of niacin on lipid and lipoprotein levels and glycemic control in patients with diabetes and peripheral arterial disease: the ADMIT study: a randomized trial. *Arterial Disease Multiple Intervention Trial. JAMA.* 2010;284:1263-70.
12. Verstraeten S.V., Oteiza P.I. Basic biochemical mechanisms behind the health benefits of cardamom. *Mol Aspects Med* 2010;31:435-45.
13. Sasidharan I., Nisha VNP. Chemical composition, flavonoid-phenolic contents and radical scavenging activity of four major varieties of cardamom. *Int J Biol Med Res.* 2010;1(3):20-24.
14. Gopalakrishnan M., J.C.S. Narayanan J.C.S, Michael G. Nonsaponifiable Lipid Constituents of Cardamom. *J. Agric. Food Chem.* 2010;38:2133-36.
15. Aslam M., Jafri M.A. Gastroprotective effect of cardamom. *J Ethnopharmacol* 2006;103:149-53.
16. Sithwath E., Elkarth T., Molah G. Effects of allopathic agents in animal models. *JKU* 2013;6(6):77-80.
17. Ruthway T., Ulwilah T., Reska R. Right diagnosis/right cure. *JSMC* 2012;(7)9:55-9.
18. Edhe R., Woluy P., Ursew E., Gelharth T. How to conduct research on human beings. *CI Med Res* 2016;9(12):199-206.
19. Dosew U., Ethrr C., Yuswithy M. Do not recycle mud. *JCMR* 2016;7(8):99-107.
20. Kolharr T., Kelwae T., Pughar Y. Active ingredients

- from novel drugs. JZMU 2015;11(9):45-70.
21. Polkrr W., Melhare R., Erthy P., kilas F. How to diagnose disesaes from natural alkaloids?. JBCR 2016;71(6):667-9.
 22. Janwarr C., Fouth G., Kismathy T. recycling the asthetic plants. Pl Sc Jou 2012;2(8):90-6.
 23. Rewlak M., Mutkal, Soghaty T. How to treat by minerals?. JNR 2016;8(11):90-9.
 24. Gelwa E., Sogath B., Utherj H. How to approach right medicine?. KJR 2016;18(8):59-70.
 25. Molakasm R., Rupasu Y., Nighr J. Drugs and diseases?. JBUP 2015;7(7):34-50.
 26. Ulba R., Meghrar T., Yulew E. Allopathy and drugs effects. Jou Cl Sur Res 2012;77(7):678-9.
 27. Heroth Y., Julkare R., Yulware E. Role of Illachi in herbal medicine. IJR 2013;7(7):90-96.
 28. Hulbr H., Illajhy U., Kamla G., Multhy Y., Kemsal B. Inspecting the plants. Sc Pl Sc Jou 2013;6(12):88-93.
 29. Tulhaar F., Hulwaj G., Uljila S. Posology and toxicology. Jou Pl Sc 2013;5(7):99-108.
 30. Lofar T., Melka G., Usdad E., Mulkath Y. Forensic determination in plant science. Med Pl J 2015;88-94.
 31. Ejer F., Bulwaj H., Yuljarth T., Kelio T. Do determine the nature. JVR 2014;18(8):177-80.
 32. Urth S., Puljhart H., Ilhath T. Determination approach to medicinal leaves from asthetic plants. RJCM 2016;17:345-9.
 33. Ropasu U., Mosathy T., kamwali U., Uthy S. How to accept extracts from various plants?. JMRE 2013;9(16):455-9.
 34. Ropassu U., Reghwar E., Urthyw J. Plants and therapeutics. JVTR 2012;17(8):77-82.

УДК 616.61-008.64: 618.3-06:616.8-009.24

МРНТИ 76.29.29, 76.29.48

COMPARISON OF THREE FORMULAS TO EVALUATE ACUTE RENAL FAILURE IN PREECLAMPTIC PUERPERAL WOMEN

OSCAR IVÁN DE LA ROSA LEMUS¹, JOSÉ LUIS RODRÍGUEZ CHÁVEZ¹, EDUARDO HERNÁNDEZ GARDUÑO², HUGO MENDIETA ZERÓN^{1,3*}

¹“Mónica Pretelini Sáenz” Maternal-Perinatal Hospital (HMPMPS), Toluca, México.

²Centro Oncológico Estatal (COE), ISSEMyM, Toluca, México.

³Faculty of Medicine, Autonomous University of the State of Mexico (UAEMex) and Asociación Científica Latina (ASCILA), Toluca, México

Comparison of three formulas to evaluate acute renal failure in preeclamptic puerperal women

Oscar Iván De La Rosa Lemus¹, José Luis Rodríguez Chávez¹, Eduardo Hernández Garduño², Hugo Mendieta Zerón^{1,3*}

¹“Mónica Pretelini Sáenz” Maternal-Perinatal Hospital (HMPMPS), Toluca, México.

²Centro Oncológico Estatal (COE), ISSEMyM, Toluca, México.

³Faculty of Medicine, Autonomous University of the State of Mexico (UAEMex) and Asociación Científica Latina (ASCILA), Toluca, México

Introduction: Acute renal failure in puerperal women who have suffered preeclampsia and HELLP syndrome has been scarcely studied. **Aim:** to compare the Cockcroft-Gault, Modification of Diet in Renal Disease, and Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration equations with the 24 hour creatinine clearance formula in puerperal women. **Materials & Methods:** This was an observational study. The selected formulas were calculated at 1, 8, 16 and 24 hours after delivery. Pearson correlation and Bland-Altman tests were performed. **Results:** 38 patients (mean age 26.4 years) were included. The three highest correlation coefficients with the 24 h creatinine clearance were the Modification of Diet in Renal Disease at 8 hours ($r^2 = 0.920$), and the Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration equation at 24 ($r^2 = 0.847$) and 16 hours ($r^2 = 0.842$) post-delivery. **Conclusion:** In puerperal women who have suffered preeclampsia and HELLP syndrome, the Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration equation shows more consistent results the first 24 hours post-delivery.

Keywords: CKD-EPI, creatinine clearance, HELLP syndrome, MDRD, preeclampsia.

Босанғаннан кейінгі преэклампсиясы бар әйелдердің жігі бүйрек жетіспеушілігін бағалаудың үш формуласын салыстыру

Oscar Iván De La Rosa Lemus¹, José Luis Rodríguez Chávez¹, Eduardo Hernández Garduño², Hugo Mendieta Zerón^{1,3*}

¹“Mónica Pretelini Sáenz” ана перинатальды (HMPMPS), Толука, Мексика

²Мемлекеттік онкология орталығы (COE), ISSEMyM, Толука, Мексика

³ Медицина факультеті, Мексика штатының автономиялық университеті (UAEMex) және Латын ғылыми қауымдастығы (ASCILA), Толука, Мексика

Преэклампсия және HELLP синдромымен ауырған жүкті әйелдердегі бүйрек жетіспеушілігін зерттеу – жоқтың қасы.

Мақсаты: босанғаннан кейінгі әйелдерде 24 сағат ішінде кератинин клиренсін анықтай отырып, Cockcroft-Gault, MDRD, CKD-EPI формулалары бойынша шумақтық сүзілу жылдамдығының көрсеткіштерін салыстыру.

Материалдар мен әдістері: бақылау зерттеуі жүргізілді. Таңдалған формулалар босанғаннан кейін 1, 8, 16 және 24 сағат сайынға есептелді. Пирсон корреляциясы мен Бланда-Альтмана тесттері жүргізілді.

Нәтижелері: зерттеуге 38 пациент (орташа есеппен 26,4 жастағы) қатыстырылды. Клиренсті креатининнің корреляциясының үш ең жоғары коэффициенті босанғаннан кейін 24 сағат ішінде 8 сағаттан соң ($r^2 = 0,920$) MDRD, 24 сағаттан соң ($r^2 = 0,877$) және 16 сағаттан соң ($r^2 = 0,842$) CKD-EPI болды.

Тұжырым: преэклампсия және HELLP, CKD-EPI синдромымен ауырған пациенттерде босанғаннан кейін алғашқы 24 сағатта айтарлықтай кезекті нәтижелерді көрсетті.

Негізгі сөздер: CKD-EPI, креатинин клиренсі, HELLP синдромы, MDRD, преэклампсия.

Сравнение трех формул для оценки острой почечной недостаточности у женщин с преэклампсией после родов

Oscar Iván De La Rosa Lemus¹, José Luis Rodríguez Chávez¹, Eduardo Hernández Garduño², Hugo Mendieta Zerón^{1,3*}

¹“Mónica Pretelini Sáenz” Материнская перинатальная больница (HMPMPS), Толука, Мексика

²Центральный государственный онкологический центр (COE), ISSEMyM, Толука, Мексика

³ Факультет медицины, Автономный университет штата Мексика (UAEMex) и Латинская научная ассоциация (ASCILA), Толука, Мексика

Острая почечная недостаточность у беременных женщин, перенесших преэклампсию и синдром HELLP, практически не изучалась.

Цель: сравнить показатели скорости клубочковой фильтрации по формулам Cockcroft-Gault, MDRD, CKD-EPI с определением клиренса креатинина за 24 часа у женщин после родов.

Материалы и методы: проводилось наблюдательное исследование. Выбранные формулы были рассчитаны через 1, 8, 16 и 24 часа после родов. Были проведены корреляция Пирсона и тесты Бланда-Альтмана.

Результаты: в исследовании включены 38 пациентов (средний возраст 26,4 года). Три самых высоких коэффициента корреляции с клиренсом креатинина за 24 часа были по MDRD через 8 часов ($r^2 = 0,920$), по СКД-ЕПИ через 24 ($r^2 = 0,877$) и 16 часов ($r^2 = 0,842$) после родов.

Вывод: у пациентов, перенесших преэклампсию и синдром HELLP, СКД-ЕПИ показала более последовательные результаты в первые сутки после родов.

Ключевые слова: СКД-ЕПИ, клиренс креатинина, синдром HELLP, MDRD, преэклампсия.

Introduction. During pregnancy, renal plasma flow and glomerular filtration rate (GFR) increase by 40–65 and 50–85%, respectively [1]. Of particular concern, preeclampsia, the most serious hypertensive complication during pregnancy, occurs in 3–5% of pregnancies and can be catastrophic if it goes undetected or untreated evolving to eclampsia [2]. Moreover, 95% of deaths worldwide attributed to preeclampsia occur in developing countries [3]. In cases of preeclampsia, effective renal plasma flow and GFR are decreased in relation to normal pregnancies.

Acute renal failure corresponds to 1-5% of the complications of preeclampsia [4], mostly associated with HELLP (Hemolysis, Elevated Liver enzymes Low Platelet count) syndrome (45-50%), abruptio placenta (30%) and other causes (20%). While in USA it is reported a case of acute renal failure per 15,000 pregnant women, in Mexico, the incidence of acute kidney injury (AKI) secondary to preeclampsia-eclampsia is reported in 11.8% [5,6].

It has been considered that the relationship between the serum creatinine and GFR is hyperbolic not linear, which results in a low diagnostic sensitivity for detection of acute renal failure. Furthermore, currently available evidence, agree that the evaluation of renal function should not rely solely on the results of the serum creatinine concentration [7].

Actual measurement of GFR with the 24 hour Creatinine Clearance (24 h CrCl) is recognized as the best method to evaluate kidney function. The values of references, related to age, sex and body surface are approximately 130 and 120 ml/min/1.73 m² in young men and non-pregnant women with a nadir in pregnancy up to 135 ml/min/1.73 m² [7,8].

Until now, there are over 40 formulas to calculate GFR, most of them for chronic renal failure, but the formula developed by Cockcroft and Gault has probably been the most used for ambulatory monitoring of renal function. This formula has a good correlation with the true GFR and is clinically useful in patients of 20-100 years; however, it is overestimated in situations of advanced renal insufficiency and especially in obese and edematous patients [9-11].

On the other hand, the Modification of Diet in Renal Disease (MDRD), combines nutrition and sociodemographic variables and is recommended by the National Kidney Disease Education Program (NKDEP) to

measure GFR in the adult population [12,13].

Lastly, the Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (CKD-EPI) equation was developed in an effort to create a formula more precise than the MDRD, especially when actual GFR is > 60 ml/min/1.73 m² [14].

Certainly, there are previous comparison with the above mentioned formulas [15,16] unfortunately, the information of comparing eGFR formulas for acute renal failure associated with pregnancy or postpartum preeclampsia syndrome is scarce [17,18]. The principal aim of this study was to compare the Cockcroft-Gault, CDK-EPI and MDRD equations with the 24 h CrCl formula for estimating GFR in puerperal women with the diagnosis of AKI associated with preeclampsia and HELLP syndrome.

Material and Methods. In this prospective, descriptive, longitudinal, comparative, and non-randomized clinical study, all puerperal women with the diagnosis AKI associated with preeclampsia and HELLP syndrome attended at the Obstetric Intensive Care Unit (O-ICU), from September 2012 to September 2013 were analyzed. Each subject signed the acceptance of the study protocol. Preeclampsia was diagnosed if blood pressure was $\geq 140/90$ mmHg and proteinuria ≥ 300 mg/day at anytime from week 20 of gestation. Women with mild or severe preeclampsia, who did not develop some degree of renal failure, were not included. Women requiring renal replacement therapy in acute or who developed AKI not associated with preeclampsia were discarded from the final analysis.

Medical history and anthropometry. Patients who took part in the investigation were subjected to a complete direct medical history. Every patient weight was determined with a calibrated scale (Brand HILL-ROOM®). Height was measured with a stadiometer. Body Mass Index (BMI) was calculated as weight (kg) divided by height (m) squared. Blood pressure was recorded at each visit using a standard sphygmomanometer (Riester Big Ben® Square, Germany) and appropriately sized cuff.

Laboratory analysis. All patients had a central venous access (subclavian, jugular or percutaneous), to facilitate blood samples that were obtained by aseptic and antiseptic techniques at 1, 8, 16 and 24 hours. All patients underwent standard care, including routine laboratory tests with a fasting period of eight hours: albumin (mg/dl), electrolytes (mg/dl), creatinine (mg/dl), urea (mg/dl)

Oscar Iván de la Rosa Lemus – M.D.1

José Luis Rodríguez Chávez – M.D.1

Eduardo Hernández Garduño – M.D., PhD.2

*Hugo Mendieta Zerón – M.D., MSc, PhD., FACP1,3, Felipe Villanueva sur 1209. Col. Rancho Dolores C.P. 50170. Toluca, México. Tel/Fax: +52-722-2194122. E-mail: mezh_74@yahoo.com

(Dimension® R Max, SIEMENS, Germany). To collect 24 hour urine, a urinary catheter was placed that was also used for the 1, 8 and 16 hours. All these tests were measured according to standardized procedures recommended by the International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (IFCC).

Glomerular filtration rate. The GFR determination was made with the next aforementioned formulas through the electronic applications Clinic Calc® and Medical Pro® for iPod®:

24 h CrCl

$$\text{CrCl} = \frac{\text{UCr} \times \text{Vm}}{\text{SCr}}$$

where: UCr = concentration of creatinine in urine over 24 hours (mg/dl), Vm = Urinary volume (ml/min), SCr = serum creatinine (mg/dl).

Cockcroft and Gault

eGFR (ml/min) = $[(140 - \text{age}) \times \text{weight}] / (72 \times \text{SCr}) \times 0.85$ if female

Age is expressed in years, weight is expressed in kilograms, and SCr is expressed in mg/dL.

MDRD

eGFR (ml/min/1.73 m²) = $186 \times \text{SCr}^{(-1.154)} \times \text{Age}^{(-0.203)} \times 0.742$ (woman) $\times 1.210$ (if black)

Where SCr = serum creatinine (mg/dl).

CKD-EPI

eGFR = $141 \times \min(\text{SCr}/\kappa, 1)^\alpha \times \max(\text{SCr}/\kappa, 1)^{-1.209} \times 0.993^{\text{Age}}$ $\times 1.018$ [if female] $\times 1.159$ [if black]

Where SCr is serum creatinine (mg/dL), κ is 0.7 for females and 0.9 for males, α is -0.329 for females and -0.411 for males, min indicates the minimum of SCr/ κ or 1, and max indicates the maximum of SCr/ κ or 1.

Acute Kidney Injury Network (AKIN)

The AKIN stage was classified with the calculation of renal failure index (RFI):

$$\text{RFI} = \frac{\text{UNa}}{\text{UCr}/\text{SCr}}$$

where UNa = urinary sodium (mg/dl), UCr = concentration of creatinine in urine over 24 hours (mg/dl), SCr = serum creatinine (mg/dl).

Bioethical implications. This protocol was approved by the Ethical and Research Committee (code: 217B500402013048). In accordance with the National Ministry of Health and the Declaration of Helsinki (Fortaleza, Brazil), this study was classified as zero risk to participants, since it did not involve added procedures to those strictly necessary to the high standard attention in the O-ICU.

Statistical analysis. The results were expressed as mean \pm standard deviation (SD). Mann-Whitney U-test was used to compare the variables by AKIN classification. Lineal regression analysis for each of the formulas at 24 hours and age, BMI and SCr as predictors was also used. The association between two eGFR formulas was carried out using a linear regression analysis, and expressed as a result of the Pearson correlation coefficient (SPSS v.20,

IBM, USA). The analysis of concordance between two tests was conducted with the Bland-Altman method (MedCal 15.2.2, MedCalc Software bvba, Ostend, Belgium). Worth the significant $p < 0.05$ was considered.

Results. The study was settled for a total of 38 patients aged between 17 and 36 years old with an average of 26.4 years of age. Anthropometric and laboratorial results were presented as mean \pm standard deviation (SD). Table 1 shows the general characteristics of the patients.

In relation to the renal failure 10.52% (n = 4) had AKIN injury I, 73.68% (n = 28) were classified as AKIN II, and only 15.78% (n = 6) had AKIN III. Furthermore, 84.21% (n = 32) of the patients had RFI < 1 (hypovolemia, associated with prerenal renal failure), and only 15.78% (n = 6) presented a RFI > 1 (failure of renal origin related to acute tubular necrosis), there was not any case with failure of postrenal origin. By comparing AKIN I vs AKIN II there were differences in SNa (hour one) (P = 0.020), and as expected, in the four time measures of SCr (P = 0.002, 0.001, 0.001 and 0.002 for the hours 1, 8, 16 and 24). Between AKIN I and AKIN III the SNa was different at the eight hours of quantification (P = 0.019) and the four points of SCr measure showed the same significance (P = 0.010). The behavior between AKIN II and III was similar to the previous comparison (P = 0.001 for SNa at eight hours and $P \leq 0.001$ in the four points of SCr measure).

Taking into account age, BMI and the first SCr in lineal regression models for each of the formulas at 24 hours we got the data of Table 2, corroborating that changes in these three predictors are associated with changes in the estimation formulas of GFR.

When using the 24 h CrCl it was obtained an average of 44.4 ml/min/1.73 m² \pm 29.05, range 11-149. The correlation coefficients for every formula with different time and the 24 h CrCl, showed the next values in decremental order, MDRD (8 hours) ($r^2 = 0.920$), CDK-EPI (24 hours) ($r^2 = 0.847$), CDK-EPI (16 hours) ($r^2 = 0.842$), MDRD (24 hours) ($r^2 = 0.827$) [Table 3]. The Bland-Altman plots for MDRD at 8 hours and CDK-EPI at 24 hours are shown in Figures 1 A and B.

In general, with the Crockoft-Gault the values were higher than with the 24 h CrCl. In contrast, the calculated values by MDRD were lower. As a whole group, the CDK-EPI formula shows better correlation (two times) than the MDRD within the first 24 hours.

Discussion. The mortality of pregnancy complicated acute renal injury remains unacceptably high. Being mandatory a more intensive and precise evaluation of this disease.¹⁹ Despite the existence of plasma or urinary markers such as inulin, chromium-51 labeled ethylenediamine tetraacetic acid (Cr EDTA), diethylenetriaminepentaacetic acid (DTPA) or iohexol, to evaluate renal function, the clearance of these markers is complex in clinical practice [20]. Taking into account this information, the 24 h CrCl is still accepted as the best overall measure of kidney function [11].

In relation to the general characteristics of our patients, the age was in agreement with previous publication of

ӘКСПЕРИМЕНТТІК ЖӘНЕ КЛИНИКАЛЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕР

Table 1. Anthropometric and clinical characteristics of the population (mean ± 1 Standard Deviation [SD])

	Mean	SD	Range
Age (years and months)	26.4	6.8	17 – 39
BMI (kg/m ²)	30.4	4.6	21.4 - 38.7
BSA (m ²)	1.7	0.13	1.4 – 2
SCr ^a	2.07	0.67	1.07 – 3.7
SCr ^b	2.07	0.70	1.1 – 3.9
SCr ^c	1.98	0.71	0.91 3.81
SCr ^d	1.88	0.78	0.66 – 3.85
UCr ^a	67.9	30.7	24 – 184
UCr ^b	71.5	34.4	18.2 – 181
UCr ^c	63.7	30.9	10 – 140
UCr ^d	69.4	30.7	16.4 - 147

BMI: Body Mass Index; BSA: Body Surface Area, SCr: serum creatinine, UCr: urine creatinine. 1 hour; b: 8 hours, c: 16 hours, d: 24 hours

Table 2. Lineal regression for the final end points of each formula with age, BMI and SCr

	P	95% CI
Age	0.024 ^a	-1.55 – -0.11 ^a
	0.045 ^b	-1.05 – -0.01 ^b
	0.006 ^c	-2.37 – -0.42
	0.362 ^d	-1.39 – 0.52
BMI	0.010 ^a	0.36 – 2.47 ^a
	0.010 ^b	0.26 – 1.79 ^b
	≤ 0.001 ^c	1.64 – 4.49
	0.243 ^d	-0.58 – 2.22
SCr	≤ 0.001 ^a	-37.10 – -22.78 ^a
	≤ 0.001 ^b	-25.66 – -15.28 ^b
	≤ 0.001 ^c	-47.80 – -28.41
	≤ 0.001 ^d	-42.32 – -23.20

BMI: Body Mass Index, SCr: serum creatinine.

a: CDK-EPI, b: MDRD, c: Cockcroft-Gault, d: 24 h CrCl.

complicated obstetrical patients in Mexico.²¹ Based on the study of Orozco et al. [5] who published that most of the patients with renal failure in pregnancy had HELLP syndrome 55.2% (n = 38), we only evaluated women with renal failure and this syndrome.

We believe it is extremely important to diagnose correctly cases of AKI in pregnancy and puerperium, due to the fact of the future prognosis related with the persistence of renal failure [22], although the main determinants to be correlated with the persistence of renal failure seems to be advanced age and higher BMI [23]. In this regard, the association of AKIN grade and RFI that we have found corroborates the descriptions of Tenorio, et al. who mentioned that prerenal failure patients are associated with hypovolaemia [24].

There have been several comparative studies of eGFR formulas against 24 h CrCl, however, most of them

have been focused on chronic kidney injury. Despite the existence of huge information about the more precise GFR estimation with other formulas than the Cockcroft-Gault, this last is still been widely used [23]. In Mexico, Capellini et al. has made an approach, in non-pregnant woman, referring that the MDRD formula is as reliable as the 24 h CrCl [13]. Contrasting with other nations, when using the MDRD formula and despite the option of a mathematical constant for black people, we could not apply it as there was no any woman of this race; we believe this trend will change in the future with the low, but constant immigration into Mexico of foreign countries including Africa [25].

Since one of the main limitations of estimating GFR by MDRD is their low correlation with the true GFR values above 60 ml/min/1.73m² [26]. Levey et al. published that CKD-EPI should replace MDRD in routine clinical practice [27]. Furthermore, several international groups recommend

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

CDK-EPI over MDRD [28,29].

In the work of Alpert they found that neither Cockcroft-Gault nor MDRD formulas performed satisfactorily, with the Cockcroft-Gault formula routinely overestimating GFR and the MDRD formula significantly overestimating (majority of patients) and underestimating (minority of patients) GFR [30]. In this line, in our work, we also noted that trend. Another aspect deserve special attention, despite MDRD showed the best correlation at 8 hours post delivery, its behavior at 16 and 24 hours was disappointing, on the contrary CDK-EPI kept more consistent values.

Strictly speaking of puerperal women who suffered from preeclampsia, studies of GFR evaluation are not so

extensive [Table 4] [31-35]. Specifically, Hladunewich et al. [33] concluded that the functional manifestations of the glomerular endothelial injury of preeclampsia largely resolve within the first postpartum month. Whereas Pechère-Bertschi et al. [34] used the the Cockcroft-Gault formula reporting hyperfiltration, Lopes van Balen et al. [35] preferred the CDK-EPI. The same group of Alpert developed a new equation, the preeclampsia GFR (PGFR), based on ethnicity [36], but has not been tested in puerperal women.

A limitation of this study was that as 100% of patients were referred from other health institutions, it was not possible to register pre-pregnancy values of weight and

Table 3. Concordance analysis and correlation

Formula [†] and time	Mean	Range	r ²	Bland Atman		
				Mean	(-1.96 x SD)	(1.96 x SD)
CrCl ^d	44.4	11-149	1			
MDRD ^b	30.7	11-71	0.920	13.7	-20.6	48
CDK-EPI ^d	45.2	16-121	0.847	-0.8	-31.2	29.5
CDK-EPI ^c	40.8	16-97	0.842	3.5	-28.1	35.1
MDRD ^d	35.4	12-83	0.827	9	-25.3	43.2
CDK-EPI ^a	37.3	16-79	0.826	7	-28.1	42.1
CG ^d	62.9	23-157	0.820	-18.5	-57.9	20.8
MDRD ^c	31.7	11-73	0.819	12.6	-24.8	50.1
CDK-EPI ^b	37.7	14-79	0.810	6.6	-29.2	42.4
CG ^b	54.1	22-121	0.797	-9.7	-44.1	24.7
CG ^a	53.2	24-113	0.786	-8.9	-44.1	26.4
CG ^c	57.2	25-140	0.783	-12.8	-49.4	23.7
MDRD ^a	29.7	12-60	0.782	14.7	-26	55.4

CK: Crockoft-Gault, CDK-EPI: Chronic Renal Disease Epidemiology, MDRD: Modification of Diet in Renal Disease, CrCl: creatinine clearance. Media adjusted for weight, height and BMI, plus rank and Pearson correlation with estimated bias and correlation study by Bland Altman method. a: 1 hour, b: 8 hours, c: 16 hours, d: 24 hours. †: ml/min/1.73m²

Table 4. Studies focused on puerperal renal function in women affected by preeclampsia

Author	Stage	Observation
Kaleta T. [31]	Pregnancy- puerperium	44 preeclamptic patients evaluated at time of delivery and at 6 months and 12 months postpartum.
Pahwa N. [32]	Puerperium	Description of causes of post-partum AKI, including 11 cases of preeclampsia.
Hladunewich MA. [33]	Puerperium	Evaluation of glomerular function over 4 wk postdelivery in 57 women with preeclampsia.
Pechère-Bertschi A. [34]	Puerperium	They studied 127 post-preeclamptic women at 6 weeks post-partum.
Lopes van Balen VA. [35]	Puerperium	775 primiparous women with a history of preeclampsia were included and evaluated at least one month post-delivery.

AKI: acute kidney injury, wk: weeks.

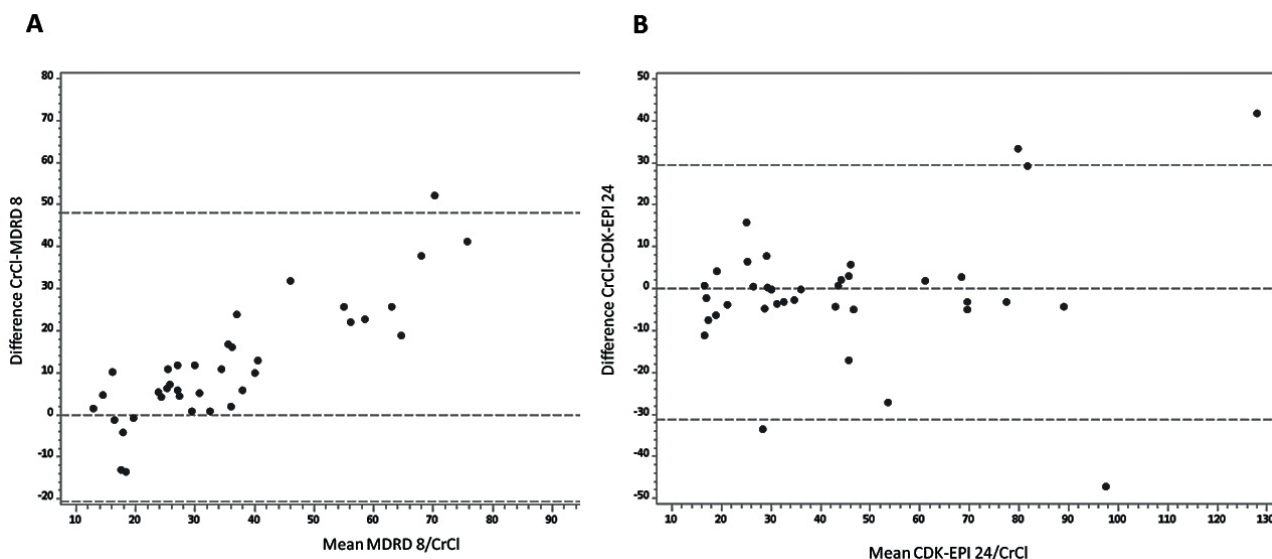


Figure legends

Figure 1. Bland-Altman plots of A) MDRD at 8 hours and 24 h CrCl and B) CDK-EPI at 24 hours and 24 h CrCl. MDRD: Modification of Diet in Renal Disease, CDK-EPI: Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration.

creatinine to determine more accurately the degree renal injury. Notwithstanding, the major strength of this effort has been the evaluation at several time points of the three main eGFR formulas, giving support to the recommendation of preferring CDK-EPI for a close monitoring in puerperal women who have suffered from preeclampsia an HELLP syndrome.

We conclude that, in puerperal women who have suffered preeclampsia and HELLP syndrome, the MDRD formula offers the best option for an initial evaluation of renal function, while de CDK-EPI formula can be

considered for close monitoring in the first 24 hours. In any case, it is without doubt the discontinuation of the Cockcroft-Gault formula. Additionally, we think it is mandatory to establish a re-categorization of renal function one month after delivery aimed at those patients with diagnosis of AKIN II or III, due to the risk of developing chronic hypertension, renal failure or metabolic syndrome.

Recieved:: 01.03.2018.

Accepted for publication: 18.03.2018.

References:

1. Conrad K.P., Davison J.M. The renal circulation in normal pregnancy and preeclampsia: is there a place for relaxin? *Am J Physiol Renal Physiol.* 2014;306(10):F1121-35.
2. Lambert G., Brichant J.F., Hartstein G., et al. Preeclampsia: an update. *Acta Anaesthesiol Belg.* 2014;65(4):137-49.
3. Drife J. Why mothers die. *J.R. Coll Physicians Edinb.* 2005;35:332-336.
4. Gutiérrez-Aguirre C.H., Alatorre-Ricardo J., Cantú Rodríguez O., et al. Síndrome de HELLP, diagnóstico y tratamiento. *Rev Hematol Mex.* 2012;13(4):196.
5. Orozco-Méndez H., Hernández-Pacheco J.A., Estrada-Altamirano A., et al. Incidencia y evolución de insuficiencia renal aguda en mujeres con preeclampsia severa y eclampsia en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Perinatol Reprod Hum.* 2011;25(2):67-73.
6. Briones Garduño JC, Díaz de León Ponce MA, Gómez-Bravo Topete E, et al. Insuficiencia renal aguda en la preeclampsia-eclampsia. *Nefrol Mex.* 1999;20(2):69-72.
7. Slocum JL, Heung M, Pennathur S. Marking renal injury: can we move beyond serum creatinine? *Transl Res.* 2012;159(4):277-89.
8. Tejada Pérez P, Cohen A, Font Arreaza IJ, et al. Modificaciones fisiológicas del embarazo e implicaciones farmacológicas: maternas, fetales y neonatales. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2007;67(4):246-67.
9. Cockcroft DW, Gault MH. Prediction of creatinine clearance from serum creatinine. *Nephron.* 1976;16(1):31-41.
10. Michels WM, Grootendorst DC, Verduijn M, et al. Performance of the Cockcroft-Gault, MDRD, and new CKD-EPI formulas in relation to GFR, age, and body size. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2010;5(6):1003-9.
11. Kirwan CJ, Philips BJ, Macphee IA. Estimated glomerular filtration rate correlates poorly with four-hour creatinine clearance in critically ill patients with acute kidney injury. *Crit Care Res Pract.* 2013;2013:406075. doi: 10.1155/2013/406075.
12. Álvarez-Gregori J, Musso CG, Robles Pérez-Monteoliva NR, et al. ¿Es válido el valor crítico

- de filtrado glomerular estimado de 60 ml/min para etiquetar de insuficiencia renal a personas mayores de 70 años? Consecuencias de su aplicación indiscriminada. *NefroPlus*. 2011;4(3):7-17.
13. Capellini Rodríguez F, Durazo Quiroz F, Pantoja Ponce I, et al. Determinación del filtrado glomerular mediante la ecuación MDRD y estudio comparativo contra la depuración de creatinina en orina de 24 horas. *Rev Mex Patol Clin*. 2009;56(2):113-6.
 14. Montañés Bermúdez R, Bover Sanjuán J, Oliver Samper A, et al. [Assessment of the new CKD-EPI equation to estimate the glomerular filtration rate]. *Nefrologia*. 2010;30(2):185-94.
 15. Inal BB, Oguz O, Emre T, et al. Evaluation of MDRD, Cockcroft-Gault, and CKD-EPI formulas in the estimated glomerular filtration rate. *Clin Lab*. 2014;60(10):1685-94.
 16. Casado Cerrada J, Carrasco Sánchez FJ, Pérez-Calvo JI, et al. Prognostic value of glomerular filtration rate estimation equations in acute heart failure with preserved versus reduced ejection fraction. *Int J Clin Pract*. 2015;69(8):829-39.
 17. Alper AB, Yi Y, Rahman M, et al. Performance of estimated glomerular filtration rate prediction equations in preeclamptic patients. *Am J Perinatol*. 2011;28(6):425-30.
 18. Smith MC, Moran P, Ward MK, et al. Assessment of glomerular filtration rate during pregnancy using the MDRD formula. *BJOG*. 2008;115(1):109-12.
 19. Adu-Bonsaffoh K, Oppong SA, Binlinla G, et al. Maternal deaths attributable to hypertensive disorders in a tertiary hospital in Ghana. *Int J Gynaecol Obstet*. 2013;123(2):110-3.
 20. Spaan JJ, Ekhart T, Spaanderman ME, et al. Renal function after preeclampsia: a longitudinal pilot study. *Nephron Clin Pract*. 2012;120(3):c156-61.
 21. Leños-Miranda A, Campos-Galicia I, Ramírez-Valenzuela KL, et al. Circulating angiogenic factors and urinary prolactin as predictors of adverse outcomes in women with preeclampsia. *Hypertension*. 2013;61(5):1118-25.
 22. Suzuki H, Watanabe Y, Arima H, et al. Short- and long-term prognosis of blood pressure and kidney disease in women with a past history of preeclampsia. *Clin Exp Nephrol*. 2008;12(2):102-9.
 23. Kaze FF, Njukeng FA, Kengne AP, et al. Post-partum trend in blood pressure levels, renal function and proteinuria in women with severe preeclampsia and eclampsia in Sub-Saharan Africa: a 6-months cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:134. doi: 10.1186/1471-2393-14-134.
 24. Tenorio Cañamás MT, Galeano Álvarez C, Rodríguez Mendiola N, et al. Diagnóstico diferencial de insuficiencia renal aguda. *NefroPlus*. 2010;3(2):16-32.
 25. INEGI. Migración internacional. Available from: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo63&s=est&c=2363>.
 26. Otero A, de Francisco A, Gayoso P, et al; EPIRCE Study Group. Prevalence of chronic renal disease in Spain: results of the EPIRCE study. *Nefrologia*. 2010;30(1):78-86.
 27. Levey AS, Stevens LA, Schmid CH, et al. A new equation to estimate glomerular filtration rate. *Ann Intern Med*. 2009;150(9):604-12.
 28. Maillard N, Delanaye P, Mariat C. [Exploration of renal glomerular function: estimation of glomerular filtration rate]. *Nephrol Ther*. 2015;11(1):54-67.
 29. Hougardy JM, Delanaye P, Le Moine A, et al. [Estimation of the glomerular filtration rate in 2014 by tests and equations: strengths and weaknesses]. *Rev Med Brux*. 2014;35(4):250-7.
 30. Alper AB, Yi Y, Webber LS, et al. Estimation of glomerular filtration rate in preeclamptic patients. *Am J Perinatol*. 2007;24(10):569-74.
 31. Kaleta T, Stock A, Panayotopoulos D, et al. Predictors of Impaired Postpartum Renal Function in Women after Preeclampsia: Results of a Prospective Single Center Study. *Dis Markers*. 2016;2016:7861919. doi: 10.1155/2016/7861919. Epub 2016 Jul 31.
 32. Pahwa N, Bharani R, Kumar R. Post-partum acute kidney injury. *Saudi J Kidney Dis Transpl*. 2014;25(6):1244-7.
 33. Hladunewich MA, Myers BD, Derby GC, et al. Course of preeclamptic glomerular injury after delivery. *Am J Physiol Renal Physiol*. 2008;294(3):F614-20.
 34. Pechère-Bertschi A, Montillier P, Boulvain M, et al. PP108. Post-partum evaluation of the blood pressure and the kidney function in pre-eclamptic women. *Pregnancy Hypertens*. 2012;2(3):297-8.
 35. Lopes van Balen VA, Spaan JJ, Cornelis T, et al. Prevalence of chronic kidney disease after preeclampsia. *J Nephrol*. 2016 Aug 5. [Epub ahead of print]
 36. Alper AB, Yi Y, Rahman M, et al. Performance of estimated glomerular filtration rate prediction equations in preeclamptic patients. *Am J Perinatol*. 2011;28(6):425-30.

СЛУЧАЙ СПОНТАННОЙ РЕГРЕССИИ ПЕРВИЧНОЙ ОПУХОЛИ ПРИ СЕМИНОМЕ ЯИЧКА

А.Б. ЖАРЫЛГАПОВ*, А.К. КОЙШЫБАЕВ, О.Н. УРАЗАЕВ,
А.А. АМАНКОСОВ, А.Б. ТУЛЯЕВА

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова,
Актобе, Казахстан

Случай спонтанной регрессии первичной опухоли при семиноме яичка

А.Б. Жарылгапов*, А.К. Койшыбаев, О.Н. Уразаев, А.А. Аманкосов, А.Б. Туляева

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе, Казахстан

В данной статье авторы описывают редкий клинический случай спонтанной регрессии семиномы яичка без какого-либо клинического проявления первичной опухоли. Спонтанная регрессия опухоли – это временное или постоянное частичное уменьшение или полное исчезновение опухоли при отсутствии какой-либо специфической терапии.

В мире с данной патологией описано всего лишь 16 случаев. Случаи спонтанной регрессии семиномы яичка интересны тем, что возможно полное исчезновение опухоли при отсутствии какого-либо специального лечения. В разбираемом случае патологию выявили случайно, во время обследования и лечения по поводу опухоли забрюшинного пространства. Пациенту выполнена правосторонняя орхофуникулэктомия. При гистологическом исследовании были обнаружены признаки спонтанной регрессии герминогенной опухоли яичка.

Ключевые слова: спонтанная регрессия герминогенной опухоли, семинома яичка, метастазы в забрюшинные лимфатические узлы, орхофуникулэктомия, самоизлечение онкобольшого.

Атабезд семиномасының спонтанды регрессиясының сирек клиникалық жағдайы

А.Б. Жарылгапов*, А.К. Койшыбаев, О.Н. Уразаев, А.А. Аманкосов, А.Б. Туляева

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтобе, Қазақстан

Мақалада авторлар сирек кездесетін ілкі ошақтың клиникалық көрінісінің болған атабезд семиномасының спонтанды регрессия оқиғасын баяндайды. Ісіктің спонтанды регрессиясы – бұл ісіктің ешқандай арнамалы емсіз уақытша немесе тұрақты түрде жарым-жартылай кішіреюі немесе толық жоғалуы.

Әлемде бұл патологияның 16-сы ғана баяндалған. Атабезд семиномасының спонтанды регрессиясы жағдайлары ісіктің ешқандай арнамалы емсіз-ақ толық жойылу мүмкіншілігімен қызықтырады. Талқылап жатқан жағдайда патологияны ішпердеарты кеңістігінің ісігін зерттеу және емдеу барысында кездейсоқ анықтадық. Науқасқа оң жақты орхофуникулэктомия жасалды. Гистологиялық зерттеу кезінде атабездің герминогенді ісігінің спонтанды регрессиясының белгілері анықталды.

Негізгі сөздер: герминогенді ісіктердің спонтанды регрессиясы, атабезд семиномасы, ішпердеарты лимфалық түйіндеріне метастаздар, орхофуникулэктомия, онкологиялық науқастың өздігінен жазылуы.

Spontaneous regression of primary tumor of seminoma

A.B. Zharylgapov*, A.K. Koishybayev, O.N. Urazayev, A.A. Amankosov, A.B. Tulyayeva

West Kazakhstan Marat Ospanov State Medical University, Aktobe, Kazakhstan

In this article, the authors describe a rare clinical case of spontaneous regression of seminoma without any clinical manifestation of the primary tumor. Spontaneous tumor regression is a temporary or permanent partial reduction or complete disappearance of the tumor in the absence of any specific therapy.

In the world, only 16 cases with this pathology are described. The cases of spontaneous regression of seminoma are important because complete disappearance of the tumor is possible in the absence of any special treatment. In the case under investigation, pathology was detected accidentally during examination and treatment for a tumor of retroperitoneal space. The patient had right-sided orhofuniculectomy. Histological examination revealed signs of spontaneous regression of a germigenic testicular tumor.

Keywords: spontaneous regression of germinal tumor, seminoma, metastasis to retroperitoneal lymph nodes, surgical treatment of germ cell tumors, orhofuniculectomy, self-healing of cancer.

*Жарылгапов А.Б. - магистрант, e-mail: aza_89med@mail.ru;

Койшыбаев А.К. – к.м.н., руководитель кафедры онкологии и визуальной диагностики, e-mail: arip_koish@mail.ru;

Уразаев О.Н. - и.о. доцента, ассистент кафедры онкологии и визуальной диагностики, PhD, e-mail: u_olzhas@mail.ru;

Аманкосов А.А. - ассистент кафедры онкологии и визуальной диагностики, e-mail: amankosov_80@mail.ru;

Туляева А.Б. - ассистент кафедры онкологии и визуальной диагностики, докторант, e-mail: dekart_85@mail.ru.

Спонтанная регрессия опухоли — это временное или постоянное частичное уменьшение или полное исчезновение опухоли при отсутствии какой-либо специфической терапии [1].

Первое упоминание о спонтанной регрессии опухоли относится к концу XIII-го века, когда Святой Перегрин (Saint Peregrine Laziosi), молодой священник, обнаружил у себя большую костную опухоль, которая требовала ампутации [2]. Хирургия тех времен не могла ему помочь, и Святой Перегрин начал усиленно молиться, что, по его мнению, должно было ему помочь. Он умер в 1345 году, в возрасте 80-ти лет без признаков рецидивов. В связи с этим проявлению спонтанной регрессии рака без проведения какого-либо противоопухолевого лечения было дано название синдрома Перегринна [1,2]. Регрессия может быть полной – самоизлечение онкобольного как и от первичного очага болезни, так и от возможных метастазов, то есть наступление полной ремиссии. Также наблюдаются случаи частичной регрессии рака – частичное или полное «рассасывание» первичной опухоли или же метастазов. Данный феномен в зарубежных источниках именуется как «выгоревшая семинома».

Истинная частота спонтанных регрессий остается неизвестной, но не превышает 1 на 60000–100000 случаев [3]. Описаны случаи спонтанной регрессии опухолей почек, карциномы молочной железы, лимфомы, злокачественной меланомы и единичные случаи сеиномы [2,3].

В таблице №1 приведено распределение случаев регрессии рака мочеполовой системы, зарегистрированных в 1960-87 годах [2].

Табл.1. Частота регрессии рака в зависимости от локализации первичной опухоли

Вид и локализации карциномы	английское название	кол-во излечившихся
Лимфома	Lymphoma	68
Молочная железа	Breast	22
Яичко	Testis	16
Мочевой пузырь	Bladder	4
Уретра	Urethra	2
Матка	Uterus	2
Эндометрий	Endometrium	1
Яичник	Ovary	1

Сеинома является наиболее частым раком яичка в четвертом десятилетии жизни и составляет от 60% до 65% герминогенных неоплазий. Обнаружены несколько патогистологических характеристик опухоли сеиномы и описаны три вида чистой сеиномы: классическая, анапластическая, сперматоцитарная [4].

Выделяют три клинических стадии для определения распространенности опухоли. I стадия - опухоль ограничена яичком или без инвазии в придаток яичка или в семенной канатик. Во II-ой стадии имеются метастазы опухоли в забрюшинных лимфатических

узлах. Наконец, в III-ей стадии имеются отдаленные метастазы [4,5].

Герминогенная опухоль часто дает метастазы в лимфоузлы, за исключением хорионкарциномы, для которой в агрессивной форме характерно раннее гематогенное распространение [6,7].

Мы хотим привести пример случая спонтанной регрессии сеиномы, который наблюдали в Медицинском Центре (МЦ) Западно-Казахстанского государственного медицинского университета (ЗКГМУ) имени Марата Оспанова.

Презентация клинического случая. Пациент М. 1972 г.р., поступил в апреле 2016г. в плановом порядке в онкохирургическое отделение МЦ ЗКГМУ имени Марата Оспанова с жалобами на боли в поясничной области.

Из анамнеза заболевания: боли в поясничной области начали беспокоить с февраля 2016 года. Получал амбулаторное лечение по месту жительства. В связи с неэффективностью полученной терапии был дообследован. На КТ брюшной полости (от 16.03.2016) обнаружено образование (возможно cancer?) забрюшинного пространства (рис. 1-2). УЗИ (16.03.2016) - объемное образование в проекции поджелудочной железы. На ирригоскопии (18.03.2016) органических изменений не выявлено. ФГДС (18.03.2016) – хронический гастрит.

Больной был направлен на консультацию к онкологу. Рассмотрены результаты обследования, обсуждены комиссионно мультидисциплинарной группой в составе онкохирурга, радиолога, химиотерапевта (24.03.2016). Выставлен первичный диагноз: опухоль забрюшинного пространства. Было рекомендовано оперативное лечение в условиях онкохирургического отделения МЦ ЗКГМУ.

25.04.2016г. больному была проведена операция. При ревизии: опухоль плотной консистенции, по типу

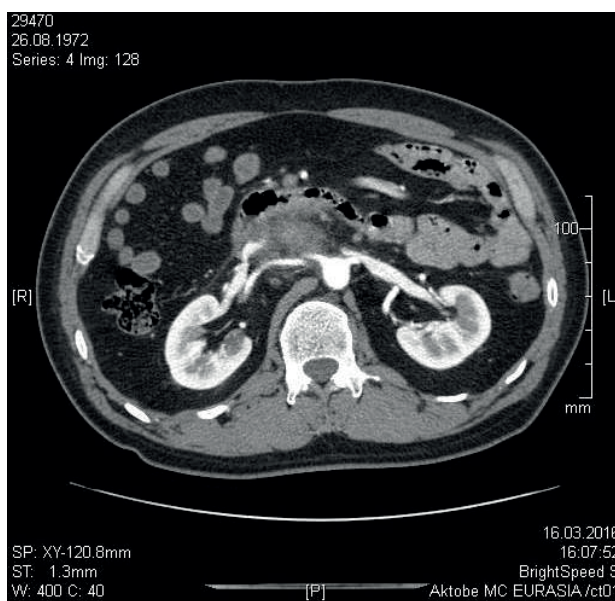


Рис.1 КТ снимок забрюшинного образования

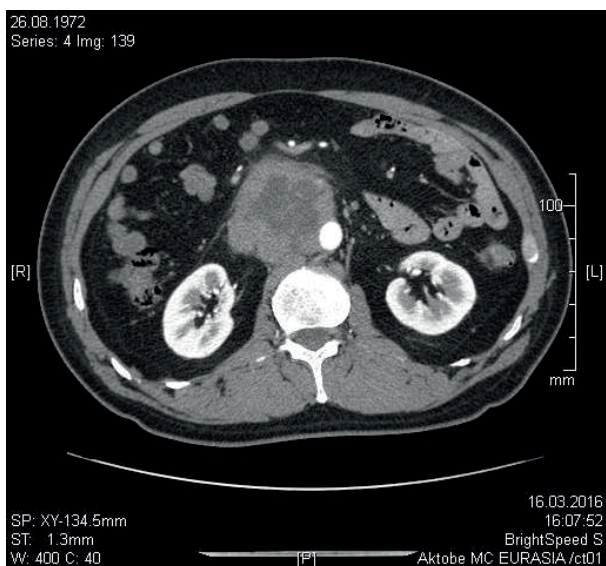


Рис.2 КТ снимок забрюшинного образования



Рис.3. Удаленный макропрепарат

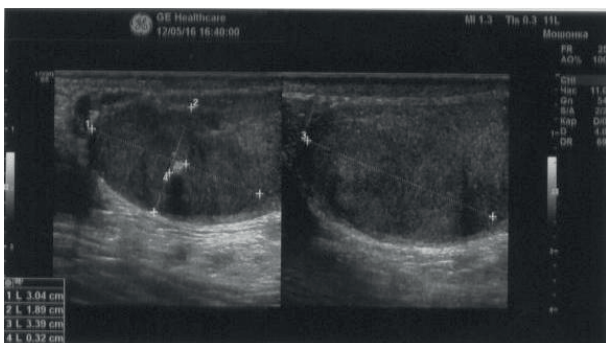


Рис.4. УЗИ мошонки: в правом яичке прослеживается дорожка тени от образования

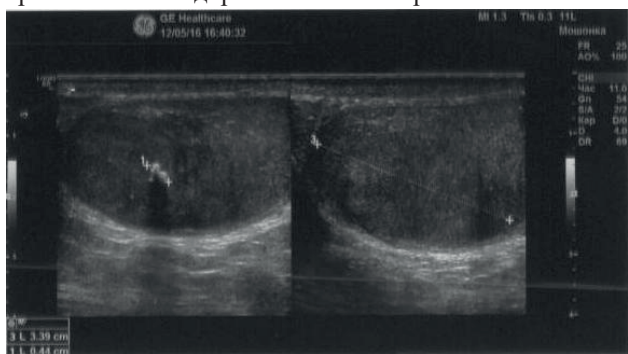


Рис.5. УЗИ мошонки: в правом яичке прослеживается дорожка тени от образования

«песочных часов», размером 8,0x9,5 см, занимала правую половину забрюшинного пространства. Опухоль располагалась между нижней поллой веной (НПВ) и брюшной аортой, интимно прилежала к ним без признаков прорастания. Острым путем было вскрыто забрюшинное пространство справа, клетчатка ободочной кишки. Опухоль была мобилизована от мочеточника правой яичковой артерии и вены, НПВ и брюшной аорты и удалена en-bloc. На макропрепарате: опухоль на разрезе серо-желтого цвета, плотной консистенции (рис. 3). Материал был отправлен на экспресс-гистологическое исследование, результат: в материале рост злокачественной опухоли. На этом этапе операция была завершена. Объем операции – радикальная экцизия образования забрюшинного пространства. Материал направлен на стационарное гистологическое исследование.

Результат окончательного гистологического исследования № 13617-37 (11.05.2016г.) – гистокартинка более характерна для метастаза типичной семиномы с очагами некрозов, с гигантскими многоядерными клетками, напоминающими синцитий стромальной. В сосудах выявлены опухолевые эмболы.

Учитывая результат гистологического заключения, пациенту было проведено УЗИ мошонки, КТ органов грудной клетки, взяты анализы для определения в сыворотке уровня α -фетопротеина, β -хорионического гонадотропина и лактатдегидрогеназа. Яички визуально не были изменены.

У пациента в сыворотке крови уровни α -фетопротеина, β -хорионического гонадотропина и лактатдегидрогеназа были в норме. УЗИ мошонки показало образование правого яичка (рис. 4-5).

Принимая во внимание наличие морфологической верификации метастаза семиномы и подозрительного участка в правом яичке, 19.05.2016 г. в плановом порядке выполнена правосторонняя орхифуникулэктомия. Макроскопически в области нижнего полюса имелся патологический очаг размером 2,0x1,5 см желто-белесоватого цвета (рис. 6).

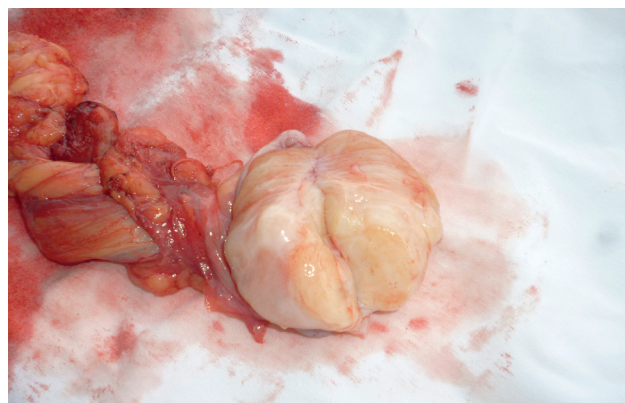


Рис. 6. Правое яичко на разрезе - в области нижнего полюса патологический очаг размером 2,0x1,5 см желто-белесоватого цвета

Послеоперационный период протекал без осложнений. Больной был выписан на 8-ые сутки после орхофуникулэктомии.

Гистологическое исследование яичка №15472-15488/17 от 02.06.16 г. – в ткани яичка опухоль (2,5 см) гиалиномом и склерозом вокруг сосудов, строма фиброзирована и гиализирована, в сохранившихся извитых канальцах атрофия и склероз. Атрофия и склероз яичка.

Рубцовые и атрофические изменения яичка являются диагностическими признаками регрессии герминогенной опухоли или так называемой выгоревшей семиномы [8]. Таким образом, больному выставлен заключительный клинический диагноз: Семинома правого яичка ST IIIa pT2N0M1S0. Состояние после оперативного лечения: больной осмотрен мультидисциплинарной группой, согласно протоколу диагностики и лечения назначены три курса полихимиотерапии и один курс лучевой терапии. На данный момент пациент все лечение по плану получил и находится на динамическом наблюдении в состоянии ремиссии.

Явление спонтанной регрессии рака еще не до конца изучено, оно может быть установлено, когда имеется частичное или полное исчезновение опухоли без какого-либо лечения. В зарубежной литературе спонтанную регрессию семиномы чаще именуют «выгоревшей семиномой» («burned out seminoma») [9].

«Выгоревшая семинома» - это спонтанная регрессия герминогенной опухоли либо с метастазами, либо без метастазов [9,10]. В нашем случае первичная опухоль яичка с гистологическими характеристиками семиномы регрессировала после развития метастазов в забрюшинном пространстве. Чтобы объяснить феномен спонтанной регрессии, были предложены несколько иммунологических и ишемических механизмов, но именно иммунологический механизм представляется наиболее вероятным механизмом развития [11]. Одна из гипотез предполагает, что общие антигены опухолей могут быть

распознаны и после многократного воздействия цитотоксических Т-лимфоцитов, впоследствии опухолевая ткань замещается фиброзом. Эта гипотеза иммунологического механизма регрессии первичной опухоли яичек после метастазирования, а также его терапевтическое влияние не доказаны, но должны быть изучены [11]. Гистологическими признаками, которые необходимы в установлении диагноза регрессии герминогенной опухоли яичка, являются: отдельно отграниченное рубцовое явление, внутриканальцевая кальцификация, лимфоплазмоцитарные инфильтраты, гемосидерин-содержащие макрофаги и атрофия яичка [12]. У пациентов с внегонадной герминогенной опухолью с гистологической картиной семиномы в средостении или забрюшинном пространстве прогноз благоприятный, по сравнению с пациентами с несеминомными внегонадными герминогенными опухолями. К сожалению, у большинства пациентов с внегонадными герминогенными опухолями (80%) гистокартина выражена несеминомными опухолями. Таким образом, они имеют плохой прогноз [12].

Заключение.

1. Диагностика спонтанной регрессии семиномы в практической деятельности является трудной задачей. Но она характеризуется отличительными клиническими признаками, которые обычно позволяют ее подозревать в конкретном случае и далее диагностировать. Это – объемные образования или метастазы в забрюшинном пространстве.

2. При объемных образованиях в забрюшинном пространстве и метастатическом поражении забрюшинных лимфоузлов у мужчин нужно всегда помнить о герминогенном характере первичной опухоли и в обязательном порядке исследовать уровни α -фетопротеина, β -хорионического гонадотропина и лактатдегидрогеназа.

Поступила: 25.03.2018.

Принята к публикации: 10.05.2018.

Список литературы:

1. <http://limbt.com/page/107/>
2. https://ru.wikipedia.org/wiki/Синдром_Перегрини
3. <https://medicalxpress.com/news/2016-06-cancers-suddenly-treatment.html>
4. Balzer B.L. & Ulbright, T.M. Spontaneous regression of testicular germ cell tumors: an analysis of 42 cases. Am. J. Surg. Pathol. 2006;30:858-865.
5. John E. Musser, Christopher G., Przybycin & Paul Russo. Regression of metastatic seminoma in a patient referred for carcinoma of unknown primary origin. Nature Reviews Urology volume 7, pages 2010;466-470. doi:10.1038/nrurol.2010.99
6. Hoshii T., Hasegawa G., Ikeda Y., Nishiyama T. Testicular seminoma with pseudocyst and coagulation necrosis like burned-out tumor: A case report. Urol Case Rep. 2016;7:7-9. doi: 10.1016/j.

Spisok literatury:

1. <http://limbt.com/page/107/>
2. https://ru.wikipedia.org/wiki/Sindrom_Peregrina
3. <https://medicalxpress.com/news/2016-06-cancers-suddenly-treatment.html>
4. Balzer B.L. & Ulbright, T.M. Spontaneous regression of testicular germ cell tumors: an analysis of 42 cases. Am. J. Surg. Pathol. 2006;30:858-865.
5. John E. Musser, Christopher G., Przybycin & Paul Russo. Regression of metastatic seminoma in a patient referred for carcinoma of unknown primary origin. Nature Reviews Urology volume 7, pages 2010;466-470. doi:10.1038/nrurol.2010.99
6. Hoshii T., Hasegawa G., Ikeda Y., Nishiyama T. Testicular seminoma with pseudocyst and coagulation necrosis like burned-out tumor: A case report. Urol Case Rep. 2016;7:7-9. doi: 10.1016/j.

- eucl.2016.03.010. eCollection 2016 Jul.
7. Kontos S., Doumanis G., Karagianni M., Politis V., Simaioforidis V., Kachrilas S., Koritsiadis S. Burned-out testicular tumor with retroperitoneal lymph node metastasis: a case report. *J Med Case Rep.* 2009;3:8705. doi: 10.4076/1752-1947-3-8705.
 8. Angulo, J.C. et al. Clinicopathological study of regressed testicular tumors (apparent extragonadal germ cell neoplasms). *J. Urol.* 2009;182:2303-2310.
 9. Greco, F.A. & Hainsworth, J.D. Introduction: unknown primary cancer. *Semin. Oncol.* 2009;36:6-7.
 10. Hoshii T., Hasegawa G., Ikeda Y., Nishiyama T. Testicular seminoma with pseudocyst and coagulation necrosis like burned-out tumor: A case report. *Urol Case Rep.* 2016;7:7-9. doi: 10.1016/j.eucl.2016.03.010. eCollection 2016 Jul.
 11. Sante Basso Ricci, Ugo Cerchiari: Spontaneous regression of malignant tumors: Importance of the immune system and other factors (Review). *Oncology letters* 2010;941-946. [View Article](#) : [Google Scholar](#): [spandidos-publications.com](#)
 12. Perimenis P., Athanasopoulos A., Geraghty J., Macdonagh R. Retroperitoneal seminoma with 'burned out' phenomenon in the testis. *Int J Urol.* 2005;12:115-116.
 13. В.Н. Клименко: Внегонадные герминогенные опухоли. *Практическая онкология* 2006;25:63-68.
7. Kontos S., Doumanis G., Karagianni M., Politis V., Simaioforidis V., Kachrilas S., Koritsiadis S. Burned-out testicular tumor with retroperitoneal lymph node metastasis: a case report. *J Med Case Rep.* 2009;3:8705. doi: 10.4076/1752-1947-3-8705.
 8. Angulo, J.C. et al. Clinicopathological study of regressed testicular tumors (apparent extragonadal germ cell neoplasms). *J. Urol.* 2009;182:2303-2310.
 9. Greco, F.A. & Hainsworth, J.D. Introduction: unknown primary cancer. *Semin. Oncol.* 2009;36:6-7.
 10. Hoshii T., Hasegawa G., Ikeda Y., Nishiyama T. Testicular seminoma with pseudocyst and coagulation necrosis like burned-out tumor: A case report. *Urol Case Rep.* 2016;7:7-9. doi: 10.1016/j.eucl.2016.03.010. eCollection 2016 Jul.
 11. Sante Basso Ricci, Ugo Cerchiari: Spontaneous regression of malignant tumors: Importance of the immune system and other factors (Review). *Oncology letters* 2010;941-946. [View Article](#) : [Google Scholar](#): [spandidos-publications.com](#)
 12. Perimenis P., Athanasopoulos A., Geraghty J., Macdonagh R. Retroperitoneal seminoma with 'burned out' phenomenon in the testis. *Int J Urol.* 2005;12:115-116.
 13. V.N. Klimenko: Vnegonadnyye germinogennyye opukholi. *Prakticheskaya onkologiya* 2006; 25: 63-68.

УДК: 616.348-006-089

МРНТИ 76.29.49, 76.29.34

ТАКТИКА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ПЕЧЕНОЧНОГО УГЛА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

А.К. КОЙШЫБАЕВ*, В.В. БЕГУНОВ, О.Н. УРАЗАЕВ, А.Б. ЖАРЫЛГАПОВ,
Д.Р. ДЖУНАЕВ, И.М. ЕДИГЕЕВА, Д.А. КОЙШЫБАЕВА

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова,
Актобе, Казахстан

Тактика оперативного вмешательства при местно-распространенном раке печеночного угла ободочной кишки

А.К. Койшыбаев*, В.В. Бегунов, О.Н. Уразаев, А.Б. Жарылгапов, Д.Р. Джунаев, И.М. Едигеева, Д.А. Койшыбаева
Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе, Казахстан

В настоящее время в Казахстане отмечается рост рака ободочной кишки в общей структуре онкозаболеваемости. Инвазия рака ободочной кишки в органы гепатопанкреатобилиарной зоны остается малоизученной, оставляя дискутабельными вопросы наиболее рациональной хирургической тактики. Мультивисцеральные резекции при местно-распространенном раке ободочной кишки является общепризнанным «золотым стандартом» хирургического лечения.

В данной статье представлен опыт такой операции с положительным результатом выполнения расширенно-комбинированной гемиколэктомии с панкреатодуоденальной резекцией и D3 (уровень лимфодиссекцией) и PALD лимфодиссекцией (парааортальная лимфодиссекция) при местно-распространенном раке печеночного угла ободочной кишки. Такая сложнейшая операция мало озвучена в отечественном научном кругу. В статье детально описана техника хирургического вмешательства. Обсуждается целесообразность выполнения расширенных комбинированных операций с резекцией органов билиодигестивной зоны.

Ключевые слова: местнораспространенный рак ободочной кишки, хирургическое лечение, расширенно-комбинированная правая гемиколэктомия, гастропанкреатодуоденальная резекция, парааортальная лимфодиссекция, мультивисцеральная резекция.

Тоқ ішектің бауырлық бұрышының жергілікті жайылған обыры кезіндегі оперативтік араласу тактикасы

А.К. Койшыбаев*, В.В. Бегунов, О.Н. Уразаев, А.Б. Жарылгапов, Д.Р. Джунаев, И.М. Едигеева, Д.А. Койшыбаева
Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан

Қазіргі таңда Қазақстанда онкологиялық аурулар құрылымында тоқ ішек обыры жиілігі артууда. Тоқ ішек обырының гепатопанкреатобилиарлы аймақтың органдары инвазиясы аз зерттелген, сол себепті де рационалды хирургиялық тактика сұрақтары әлі пікірталас тудырады. Мультивисцеральды резекциялар тоқ ішектің жергілікті жайылған обыры кезінде жалпы мойындалған хиургиялық емнің «алтын стандарты» болып табылады.

Аталған мақалада сондай операцияның оқиғасы, яғни тоқ ішектің бауырлық бұрышының жергілікті жайылған обыры кезіндегі оң нәтижелі орындалған кеңейтілген-құрамдастырылған гемиколэктомия панкреатодуоденальды резекциямен бірге D3 (уровень лимфодиссекция деңгейі) және PALD лимфодиссекциясымен бірге (парааортальная лимфодиссекция) баяндалған. Мұндай аса күрделі операция отандық ғылыми қоғамда аз талқыланады. Мақалада хирургиялық араласу техникасы егжей-тегжейімен суреттелген. Билиодигестивтік аймақтың органдарының резекциясы бірге кеңейтілген-құрамдастарылған операцияларды орындаудың қажеттілігі мен орындылығы талқыға алынады.

Негізгі сөздер: жергілікті жайылған тоқ ішек обыры, хирургиялық ем, кеңейтілген - құрамдастырылған оң жақ гемиколэктомия, гастропанкреатодуоденальды резекция, парааортальды лимфодиссекция, мультивисцеральды резекция.

The tactics of surgery of regional cancer of hepatic angle of colon

A.K. Koishybayev*, V.V. Begunov, O.N. Urazayev, A.B. Zharylgapov, D.R. Junayev, I.M. Yedigeyeva, D.A. Koishybayeva
West Kazakhstan Marat Ospanov State Medical University, Aktobe, Kazakhstan

At present, there is an increase in colorectal cancer in the general structure of cancer morbidity in Kazakhstan. The invasion of colon cancer into the organs of the hepatopancreatobiliary zone remains underinvestigated, leaving questions of the most rational surgical tactics to be controversial. Multivisceral resection in regional colon cancer is a universally recognized “gold standard” for surgical treatment.

This article presents the experience of such an operation with the positive result of an extended-combined hemicolectomy with pancreatoduodenal resection and D3 (lymph node dissection) and PALD lymphodissection (paraaortic lymph node dissection) during regional hepatic angle colon cancer. Such a complicated operation is not well announced in the domestic scientific community. The technique of surgical intervention is described in detail in the article. The expediency of performing extended combined operations with resection of the organs of the bioliodigestive zone is discussed.

Keywords: regional colon cancer, surgical treatment, extended-combined right hemicolectomy, gastro-pancreatoduodenal resection, para-aortic lymphodissection, multivisceral resection.

Заболееваемость раком ободочной кишки в последние годы быстро растет. В Республике Казахстан в 2015 году зарегистрировано 1724 новых случаев рака ободочной кишки. Стандартные показатели заболеваемости и смертности, соответственно, составляют - 9,8 и 4,3 на 100 тыс. В структуре онкологической патологии данная болезнь занимает 6-е место, составляя 4,7%. Темп прироста равен 3,8%. В структуре смертности занимает 7-е место, удельный вес -4,7%.

Среди впервые выявленных случаев рака ободочной кишки удельный вес больных III-IV стадией опухолевого процесса составляет около 50%, что во многом определяет отдаленные результаты лечения больных раком ободочной кишки [1].

Некоторое улучшение отдаленных результатов лечения больных раком ободочной кишки связано с развитием химиотерапии и разработкой новых таргетных препаратов, особенно при распространенных формах рака [2].

Несмотря на существенный прогресс, отмечающийся в клинической онкологии за последние годы, хирургический метод сохраняет ведущее значение в лечении больных со злокачественными опухолями ободочной кишки [3].

При хирургическом лечении местное распространение опухолей правой половины ободочной кишки с вовлечением соседних структур представляет трудную проблему [3,4]. Инвазия рака ободочной кишки в органы гепатопанкреатобилиарной зоны (ГПБЗ) остается малоизученной, оставляя дискуссионными вопросы наиболее рациональной хирургической тактики [1]. Мультивисцеральные резекции (МВР) при местно-распространенном раке ободочной кишки являются общепризнанным «золотым стандартом» хирургического лечения [1,5].

При вовлечении желудка, желчного пузыря и печени осуществление мультивисцеральных резекций не вызывает трудностей, технические аспекты разработаны достаточно хорошо [5]. Выполнение же расширенно-комбинированных операций при прорастании опухоли в двенадцатиперстную кишку и головку поджелудочной железы является технически наиболее сложной операцией [5,6]. Публикации, посвященные данной проблеме, в основном, освещают проблему метастатического колоректального рака, а работы по хирургическому лечению местно-распространенного рака правой половины ободочной кишки с распространением на органы билиопанкреатодуоденальной зоны малочисленны [1,6].

Патютко Ю.И. с соавторами анализировал результаты 14-ти больных, которым проведена комби-

нированная правая гемиколэктомия с гастропанкреатодуоденальной резекцией. Авторы делают вывод о приемлемой частоте осложнений и об отсутствии летальности и считают, что оптимальной операцией при инвазии карциномы ободочной кишки в вышеуказанные органы [6].

В Казахстане в специализированной печати публикации, посвященные данной проблеме, нам не встречались.

Представляем вашему вниманию наше наблюдение.

Описание случая. Пациентка Н., 43 года, по специальности медицинская сестра. Поступила 05.05.17 г. в отделение онкохирургии МЦ ЗКГМУ имени Марата Оспанова с жалобами на боли в эпигастрий, тошноту, эпизодическую рвоту, периодическую задержку стула и газов, общую слабость, похудание на 10 кг.

Из анамнеза: Больной себя считает в течение 2-х месяцев, когда стали беспокоить тупые ноющие боли в эпигастриальной области, тошнота, чувство быстрого насыщения, эпизоды рвоты. Похудела на 10 кг за последние 4 мес. Отмечает нарастание вышеописанных жалоб. Появилась периодическая задержка стула и газов. Обратилась к врачу. При обследовании выявлена опухоль в двенадцатиперстной кишке и сдавление последней опухолью. Взята биопсия. Результат гистологии – муцинозная карцинома. При дополнительном уточняющем обследовании у пациентки при фиброколоноскопии обнаружена карцинома печеночного угла ободочной кишки. Проведена биопсия, результат гистологии – муцинозная карцинома.

Проведена КТ-графия абдоминального сегмента – опухоль правой половины ободочной кишки с прорастанием в двенадцатиперстную кишку и головку поджелудочной железы. Имеются увеличенные парааортальные и паракаваальные лимфоузлы размерами до 3-4 см. Печень без метастатических изменений.

История болезни пациентки обсуждена на заседании мультидисциплинарной группы. На основании результатов морфологического исследования биоптатов диагноз первично-множественного поражения двенадцатиперстной кишки и ободочной кишки исключен. На основании данных объективных методов исследования пациентке выставлен клинический диагноз: Карцинома печеночного угла ободочной кишки St III T4 Nx M0. Компенсированный стеноз двенадцатиперстной кишки и ободочной кишки. Пациентке было предложено оперативное лечение.

В отделении онкохирургии проводилась предоперационная подготовка. В ходе подготовки у пациентки было отмечено нарастание клиники стеноза двенадца-

*Койшыбаев А.К. – к.м.н., руководитель кафедры онкологии и визуальной диагностики, e-mail: arip_koish@mail.ru;

Бегунов В.В. – к.м.н., ассистент кафедры онкологии и визуальной диагностики;

Уразаев О.Н. - и.о. доцента кафедры онкологии и визуальной диагностики, Phd доктор, e-mail: u_olzhas@mail.ru;

Жарылгапов А.Б. - магистрант, e-mail: aza_89med@mail.ru;

Джунаев Д.Р. - врач анестезиолог-реаниматолог Медицинского Центра ЗКГМУ имени Марата Оспанова;

Едигеева И.М. - ассистент кафедры онкологии и визуальной диагностики, e-mail: indir1506@mail.ru;

Койшыбаева Д.А. – интерн-хирург ЗКГМУ имени Марата Оспанова.

типерстной кишки и ободочной кишки.

25.05.2017 года пациентке выполнена операция. Этапы операции. Положение пациентки: на спине с подложенным под спину валиком, нижний край которого расположен на уровне мечевидного отростка.

Доступ - верхняя- среднесрединная лапаротомия с обходом пупка слева. При ревизии опухоль локализуется в проксимальном отделе поперечной ободочной кишки и прорастает в двенадцатиперстную кишку, головку поджелудочной железы. Отдаленных метастазов и диссеминации по брюшине не выявлено. В брюшной полости асцита нет.

Этап мобилизации. Начата мобилизация правой половины ободочной кишки путем рассечения брюшины правого бокового канала, желудочно-ободочной связки и ободочно-диафрагмальной связки. Произведена мобилизация двенадцатиперстной кишки и головки поджелудочной железы по Кохеру-Клермону. При этом выяснено отсутствие инвазии опухоли в нижнюю полую вену, аорту. Крючковидный отросток и верхняя брыжеечная артерия и вена были свободны от опухоли. Имелись увеличенные плотные лимфоузлы по ходу брюшной аорты, размерами до 3 см. Опухоль была признана резектабельной и решено выполнить расширенно-комбинированную операцию – расширенную правую гемиколэктомию и гастропанкреатодуоденальную резекцию с D3 (уровень лимфодиссекции)+PALD лимфодиссекцией (парааортальная лимфодиссекция).

Была продолжена мобилизация правой половины ободочной кишки и дистального отдела подвздошной кишки около 30 см.

Произведена лимфодиссекция по ходу трифуркации чревного ствола с пересечением правой, левой желудочных и желудочно-двенадцатиперстной артерий. Мобилизован дистальный отдел желудка до 2/3, пересечен аппаратом УО-60 (рис. 1). Произведена холецистэктомия и пересечен гепатикохоледох. Удаляемый органокомплекс смещен влево. После мобилизации и туннелизации, слева от верхней брыжеечной артерии пересечена поджелудочная железа. Поперечная ободочная кишка мобилизована до селезеночного угла и пересечена. Начальный отдел тощей кишки мобилизован путем рассечения покрывающей брюшины и связки Трейтца. Отходящие от верхней брыжеечной артерии сосуды пересечены и перевязаны. После мобилизации горизонтальной части двенадцатиперстной кишки начальный отдел тощей выведен из-под верхних брыжеечных сосудов и смещен влево. Крючковидный отросток пересечен и органокомплекс, состоящий из части желудка, головки поджелудочной железы, двенадцатиперстной кишки, правой половины ободочной кишки, поперечной ободочной кишки, начального отдела тощей кишки и дистального отдела подвздошной кишки, был удален.

Произведена парааортальная и паракавальная лимфодиссекция по ходу брюшной аорты от уровня почечных сосудов до уровня бифуркации аорты (рис. 2). Большой сальник удален полностью.

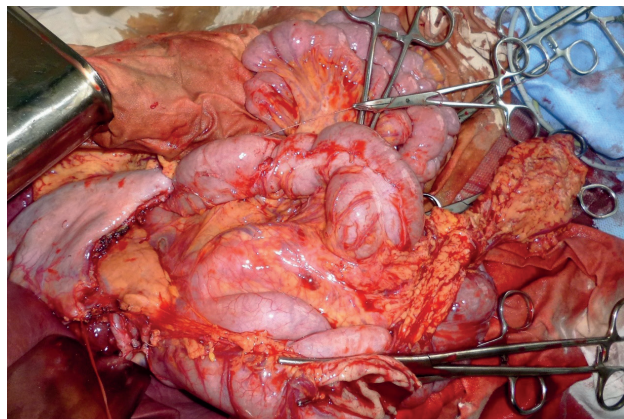


Рис. 1. Мобилизация органокомплекса – пересечен желудок, лимфодиссекция по ходу трифуркации чревного ствола - видна общая печеночная артерия с перевязанными правой желудочной и гастродуоденальной артериями.

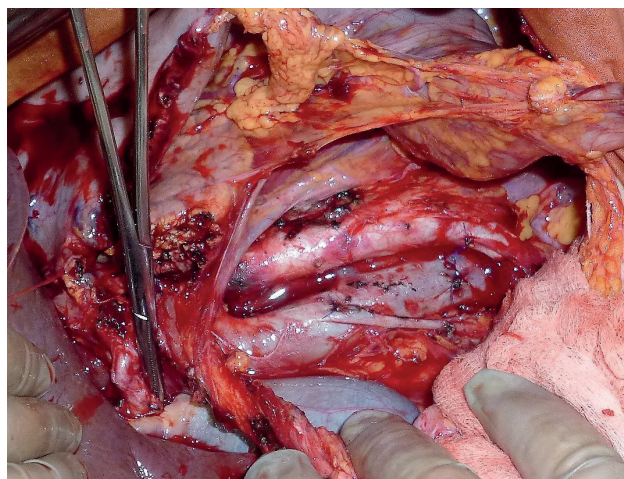


Рис. 2. Вид раны после удаления органокомплекса и D3+PALD

Брюшная полость промыта раствором фурацилина и осушена. Гемостаз по ходу операции путем коагуляции и перевязки сосудов.

Этап реконструкции. Произведена интубация вирсунгиева протока и наложен прецизионный панкреатогастроанастомоз «конец в бок» (рис.3).

Проксимальный конец тощей кишки ушит двухрядными швами. Наложен гепатикоюноанастомоз «конец в бок» на хлорвиниловой трубке. Линия танталовых швов желудка погружена в узловые швы.

Наложен гастроюноанастомоз «конец в бок» по Гофмейстеру-Финстереру двухрядными узловыми швами в модификации Бальфура с межкишечным брауновским анастомозом.

Конец трубки выведен на переднюю брюшную стенку через самозакрывающуюся юностому по типу Фелькера.

Наложен илеотрансверзоанастомоз «конец в бок» двухрядными узловыми швами (рис. 4). Назогастральный зонд был проведен ниже уровня гастроюноана-

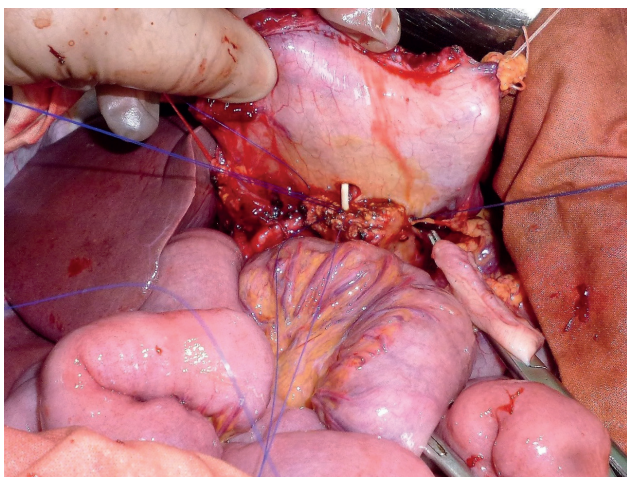


Рис. 3. Этап наложения прецизионного вирсунгогастроанастомоза.

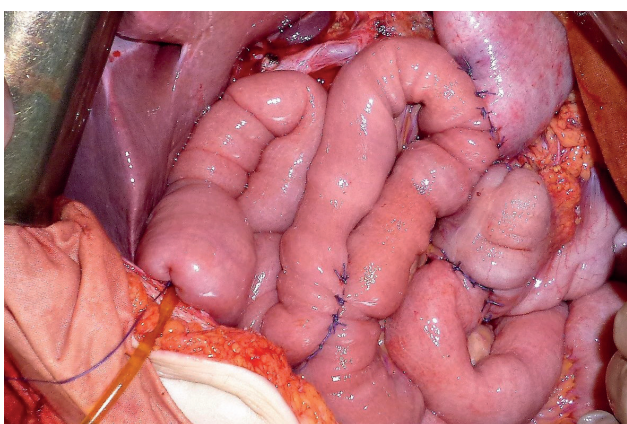


Рис. 4. Окончание операции. Общий вид раны. Видны гастроюно-энтеро-энтеро- и илеодесцендоанастомозы и самозакрывающаяся еюностома с дренажем гепатикоеюноанастомоза

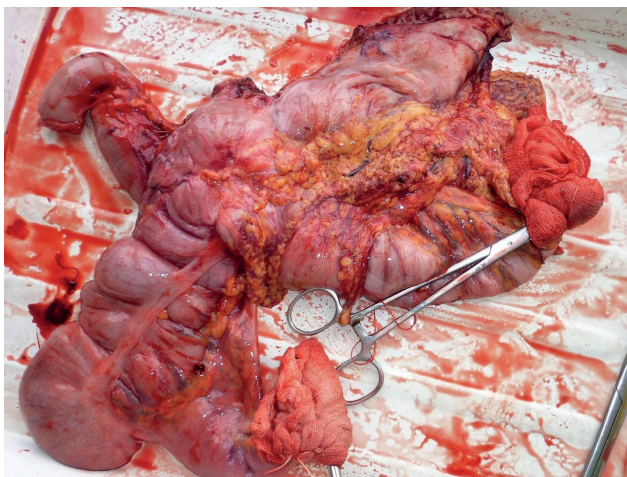


Рис. 5. Общий вид удаленного органоконплекса.

стомоза. Удаленный en-bloc макропрепарат представлен на рисунке 5.

Дренирование верхнего этажа брюшной полости через контрапертуры в подреберьях перчаточными дренажами. Правый дренаж установлен в

подпеченочном пространстве под билиодигестивным анастомозом. Левый дренаж подведен к панкреато-гастроанастомозу. Было произведено послойное ушивание раны передней брюшной стенки.

Продолжительность операции составила 220 мин, объем кровопотери - 800 мл. Назогастральный зонд, функцией которого была декомпрессия культи желудка, был сохранен до полного восстановления моторики кишечника. На 9-е сутки выполняли рентгеноконтрастное исследование желудка, и, убедившись в герметичности анастомозов (панкреатогастро- и гастроэнтероанастомозов), на 11-е сутки удалили назогастральный зонд. Дренажи из брюшной полости были удалены на 7-е сутки после операции.

В послеоперационном периоде проводилась инфузионно-трансфузионная терапия. Пациентка получала сандостатин с целью снижения секреции гастроинтестинальных гормонов и ингибиторы протонной помпы.

Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Швы сняты на 14-е сутки. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением.

Дренаж гепатикохоледоха удален через 1 мес. после операции.

Пациентка по настоящее время получает неoadъювантные курсы химиотерапии. При контрольном обследовании через 3 и 8 мес. данных за рост опухоли и метастазирование не было выявлено. Пациентка за 8 мес. прибавила в весе 8 кг.

Обсуждение. Среди больных колоректальным раком в 5,5–16,7 % случаев выявляются местно-распространенные формы поражения [6]. Хотя в случае локализации опухоли в дистальном отделе восходящей или проксимальной поперечно-ободочной кишки в процесс могут вовлекаться различные органы и структуры, такие как почка, мочеточник, печень и / или желчный пузырь. Наибольший практический интерес представляет выбор тактики при инвазии головки поджелудочной железы и / или стенки двенадцатиперстной кишки [5,6].

Данный тип поражения является крайне сложным для осуществления хирургического вмешательства, часто больные расцениваются как неоперабельные и подвергаются паллиативному лечению [6,7]. Инвазию в органы гепатопанкреатобиллиарной зоны достаточно трудно определить на дооперационном этапе с использованием лучевых методов диагностики ввиду его недостаточной чувствительности [1,8]. Этим обусловливается и то, что во многих случаях наличие инвазии определяется лишь на этапе интраоперационной ревизии.

Для мультивисцеральных резекций ободочной кишки характерными являются увеличение частоты послеоперационных осложнений и летальности по сравнению со стандартными операциями (20–40%) [9]. В случае инвазии опухоли в органы гепатопанкреатобиллиарной зоны число осложнений возрастает как по сравнению со стандартными операциями, так и с

мультивисцеральными резекциями ободочной кишки в целом. Среди осложнений наиболее значимыми являются – несостоятельность панкреатикодигестивного анастомоза, гастростаз [9]. В публикации Won-Suk и соавторов сообщается, что уровень послеоперационных осложнений составил 22% при отсутствии послеоперационной летальности [10].

Общепринятым в настоящее время считается утверждение, что для пациентов с местно-распространенным раком ободочной кишки «золотым стандартом» является выполнение радикальных мультивисцеральных резекций, поскольку только этот метод дает возможность достичь наилучших отдаленных результатов лечения [8]. Данная тактика также поддерживается нами, она является точкой зрения большинства авторов, исследующих эту проблему.

Как показывают данные исследования, в преимущественном большинстве случаев (62,5%) причиной отказа от выполнения радикальной резекции были инвазия опухоли в двенадцатиперстную кишку и необходимость выполнения панкреатодуоденальной резекции [1,6]. Ведущими факторами, влияющими на принятие решения об осуществлении такого объема оперативного пособия, являются отсутствие информации о наличии истинной опухолевой инвазии и опыт выполнения

данной операции.

Выводы:

1. Несмотря на достаточно большой арсенал противоопухолевых терапевтических средств и появление новых таргетных препаратов, хирургический метод остается основным радикальным методом лечения злокачественных новообразований ободочной кишки.
2. Выполнение гастропанкреатодуоденальной резекции с правой гемиколэктомией является достаточно обоснованной операцией при данной распространенности опухолевого процесса, позволяющего контролировать локально-распространенный опухолевый процесс.
3. Мобилизация и удаление пораженных тканей и регионарных зон метастазирования в едином блоке обеспечивает достаточный радикализм проведенной операции и выполнение радикальной резекции, позволяет надеяться на надежную стабилизацию процесса и улучшение отдаленных результатов.

Поступила: 24.03.2018.

Принята к публикации: 02.05.2018.

Список литературы:

1. Щепотин И.Б., Колесник Е.А., Лукашенко А.В. и др. Мультивисцеральные резекции при местно-распространенном раке ободочной кишки с инвазией в органы гепатопанкреатодуоденальной зоны. Клиническая онкология 2013;3(11):1-5.
2. Давыдов М.И., Расулов А.О., Кузьмичев Д.В., Мамедли З.З., Алиев В.А., Тамразов Р.И. Гастропанкреатодуоденальная резекция в хирургическом лечении осложненного рака правой половины ободочной кишки. Клин. и эксперимент. хир. Журн. им. акад. Б.В. Петровского. 2015;4:12-17.
3. Park S., Lee Y.S. Analysis of the Prognostic Effectiveness of a Multivisceral Resection for Locally Advanced Colorectal Cancer. J. Korean. Soc. Coloproctol., 2011;27(1): 21–26
4. Cirocchi R., Partelli S., Castellani E., Renzi C. et al. Right hemicolectomy plus pancreaticoduodenectomy vs partial duodenectomy in treatment of locally advanced right colon cancer invading pancreas and/or only duodenum // Surg. Oncol. 2014;23(2):92-98.
5. Saiura A., Yamamoto J., Ueno M. et al. Long-term survival in patients with locally advanced colon cancer after en bloc pancreaticoduodenectomy and colectomy. Dis Colon Rectum 2008;51:1548-51.
6. Патютко Ю.И., Кудашкин Н.Е., Котельников А.Г. Хирургическое лечение местно-распространенного рака правой половины толстой кишки. Онкологическая колопроктология. 2014;2:28-31. doi: 10.17650/2220-3478-2014-0-2-28-32

Spisok literatury:

1. Shchepotin I.B., Kolesnik Ye.A., Lukashenko A.V. i dr. Mul'tivistseral'nyye rezektsii pri lokano-rasprostranennom rake obodochnoy kishki s invaziyey v organy gepatopankreatoduodenal'noy zony. Klinicheskaya onkologiya 2013; 3 (11): 1-5.
2. Davydov M.I., Rasulov A.O., Kuz'michev D.V., Mamedli Z.Z., Aliyev V.A., Tamrazov R.I. Gastropankreatoduodenal'naya rezektsiya v khirurgicheskom lechenii oslozhnennogo raka pravoy poloviny obodochnoy kishki. Klin. i eksperiment. khir. Zhurn. im. akad. B.V. Petrovskiy. 2015; 4: 12-17.
3. Park S., Lee Y.S. Analysis of the Prognostic Effectiveness of a Multivisceral Resection for Locally Advanced Colorectal Cancer. J. Korean. Soc. Coloproctol., 2011;27(1): 21–26
4. Cirocchi R., Partelli S., Castellani E., Renzi C. et al. Right hemicolectomy plus pancreaticoduodenectomy vs partial duodenectomy in treatment of locally advanced right colon cancer invading pancreas and/or only duodenum // Surg. Oncol. 2014;23(2):92-98.
5. Saiura A., Yamamoto J., Ueno M. et al. Long-term survival in patients with locally advanced colon cancer after en bloc pancreaticoduodenectomy and colectomy. Dis Colon Rectum 2008;51:1548-51.
6. Patyutko YU.I., Kudashkin N.Ye., Kotel'nikov A.G. Khirurgicheskoye lecheniye mestno-rasprostranennogo raka pravoy poloviny tolstoy kishki. Onkologicheskaya koloproktologiya. 2014; 2: 28-31. doi: 10.17650 / 2220-3478-2014-0-2-28-32

ТӘЖІРИБЕЛІК ДӘРІГЕР БЕТІ

7. Costa S. R., Henriques A. C., Horta S. H. et al. En-bloc pancreatoduodenectomy and right hemicolectomy for treating locally advanced right colon cancer (T4): a series of five patients. *Arq Gastroenterol* 2009;46(2):151-3.
8. Courtney D7, McDemott D, Heeney A, Winter D. Clinical review: surgical management of locally advanced and recurrent colorectal cancer. *Langenbecks Arch Surg.* 2014;399(1):33-40. doi: 10.1007/s00423-013-1134-x
9. Fuks D, Pessaux P, Tuech J, Mauvais F, Brehant O, Dumont F, Chatelain D, Yzet T, Joly JP, Lefebure B. Management of patients with carcinoma of the right colon invading the duodenum or pancreatic head. *Int J Colorectal Dis.* 2008;23(5):477-481. doi: 10.1007/s00384-007-0409-5
10. Lee W.-S., Lee W. Y., Chun H.-K. et al. En bloc resection for right colon cancer directly invading duodenum or pancreatic head. *Yonsei Med J* 2009;50(6):803-6.
7. Costa S.R., Henriques A.C., Horta S. H. et al. En-bloc pancreatoduodenectomy and right hemicolectomy for treating locally advanced right colon cancer (T4): a series of five patients. *Arq Gastroenterol* 2009;46(2):151-3.
8. Courtney D7, McDemott D, Heeney A, Winter D. Clinical review: surgical management of locally advanced and recurrent colorectal cancer. *Langenbecks Arch Surg.* 2014;399(1):33-40. doi: 10.1007/s00423-013-1134-x
9. Fuks D, Pessaux P, Tuech J, Mauvais F, Brehant O, Dumont F, Chatelain D, Yzet T, Joly JP, Lefebure B. Management of patients with carcinoma of the right colon invading the duodenum or pancreatic head. *Int J Colorectal Dis.* 2008;23(5):477-481. doi: 10.1007/s00384-007-0409-5
10. Lee W.-S., Lee W. Y., Chun H.-K. et al. En bloc resection for right colon cancer directly invading duodenum or pancreatic head. *Yonsei Med J* 2009;50(6):803-6.

УДК 616.4-008.6
МРНТИ 76.29.37

ВАРИАНТЫ АУТОИММУННОГО ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОГО СИНДРОМА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ЭНДОКРИНОЛОГА

Х.И. КУДАБАЕВА¹, Р.Н. КОСМУРАТОВА¹, М.А. АЛТЫНБЕКОВ², К.Ж. МАКЕНОВА¹,
А.К. СМАГУЛОВА^{1*}

¹Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова,
Актобе, Казахстан

²Международный казахско-турецкий университет имени А. Ясауи,
Туркестан, Казахстан

Варианты аутоиммунного полигландулярного синдрома в практике врача-эндокринолога

Х.И. Кудабаяева¹, Р.Н. Космуратова¹, М.А. Алтынбеков², К.Ж. Макенова¹, А.К. Смагулова^{1*}

¹Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе, Казахстан

²Международный казахско-турецкий университет имени А. Ясауи, Туркестан, Казахстан

В статье представлено описание различных вариантов аутоиммунного полигландулярного синдрома (АПС) II-го типа. Обязательным компонентом данного типа является первичная хроническая надпочечниковая недостаточность (ХНН). В первом клиническом случае описано наиболее частое проявление АПС II-го типа – синдром Шмидта (сочетание первичной ХНН и аутоиммунного тиреоидита (АИТ) в исходе гипотиреоза) с развитием надпочечникового криза в дебюте заболевания. Во втором случае представлены сочетания первичной ХНН, АИТ, сахарного диабета I-го типа, бронхиальной астмы, витилиго.

Ключевые слова: аутоиммунный полигландулярный синдром, АПС II-го типа, первичная хроническая надпочечниковая недостаточность, синдром Шмидта, сахарный диабет I-го типа, бронхиальная астма, витилиго.

Эндокринолог дәрігердің тәжірибесінде кездесетін аутоиммунды полигландулярлы синдромның нұсқасы

Х.И. Кудабаяева¹, Р.Н. Космуратова¹, М.А. Алтынбеков², К.Ж. Макенова¹, Ә.Қ. Смағұлова^{1*}

¹Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтобе, Қазақстан

²А. Ясауи атындағы халықаралық қазақ-түрік университеті, Түркістан, Қазақстан

Мақалада аутоиммунды полигландулярлы синдромның II (АПС) түрінің түрлі нұсқалары сипатталған. II типтегі аутоиммунды полигландулярлы синдромның міндетті компонентіне біріншілік бүйрекүсті безінің жеткіліксіздігі кіреді. Бірінші клиникалық жағдайда АПС II типінің ең көп тараған түрі – Шмидт синдромы негізгі аурудың асқынуы ретінде дамыған бүйрекүсті безінің кризді жағдайымен бірге (біріншілік бүйрекүсті безінің жеткіліксіздігі және гипотиреоз негізінде пайда болған аутоиммунды тиреоидит). Екінші клиникалық жағдайда біріншілік бүйрекүсті безінің жеткіліксіздігі, аутоиммунды тиреоидит, қант диабеті I түрі, тыныс тұншықпасы, витилиго ауруларының бірге кездесетін түрлері көрсетілген.

Негізгі сөздер: аутоиммунды полигландулярлы синдром, аутоиммунды полигландулярлы синдромының II түрі, біріншілік бүйрекүсті безінің жеткіліксіздігі, Шмидт синдромы, қант диабетінің I түрі, тыныс тұншықпасы, витилиго.

Variants of autoimmune polyglandular syndrome in the practice of an endocrinologist

Kh.I. Kudabayeva¹, R.N. Kosmuratova¹, M.A. Altynbekova², K.Zh. Makenova¹, A.K. Smagulova^{1*}

¹West Kazakhstan Marat Ospanov State Medical University, Aktobe, Kazakhstan

²Akhmet Yassawi International Kazakh-Turkish University, Turkestan, Kazakhstan

The article presents a description of several variants of autoimmune polyglandular syndrome of (APS) type II. The obligatory component of APS type II is the primary chronic adrenal insufficiency (HNN). In the first clinical case, the most frequent manifestation of APS type II the Schmidt's syndrome (a combination of primary HNN and autoimmune thyroiditis (AIT) in the outcome of the hypothyroidism) was described with development of adrenal crisis at the onset of the disease. In the second case, the combinations of primary HNN, AIT of type I diabetes, bronchial asthma, and vitiligo are presented.

Keywords: Autoimmune polyglandular syndrome, APS II type, the primary chronic adrenal insufficiency (HNN), Schmidt syndrome, diabetes type I, bronchial asthma and vitiligo.

Кудабаяева Х.И. – доцент кафедры внутренних болезней №1, к.м.н. e-mail: Natima_aktobe@mail.ru;

Космуратова Р.Н. – ассистент кафедры внутренних болезней №1, магистр медицинских наук,
e-mail: kosmuratova.raikul@mail.ru, тел.: 87078910572;

Алтынбеков М.А. – ассистент кафедры пропедевтики и внутренних болезней Международного казахско-турецкого университета им. А. Ясауи;

Макенова К.Ж. – заведующая эндокринологическим отделением Актюбинского медицинского центра, e-mail: klara.makenova@mail.ru;

*Смагулова А.К. – резидент по специальности «Эндокринология, в том числе детская» e-mail: smagulova.a@bk.ru.

Аутоиммунные полигландулярные синдромы (АПС) характеризуются первичным поражением одновременно двух или более периферических эндокринных желез. В результате, как правило, развивается их недостаточность, нередко это сочетается с органоспецифическими неэндокринными заболеваниями аутоиммунного генеза. В настоящее время выделяют 4 основных типа АПС. К АПС детей относится, в основном, 1-ый тип, у взрослых чаще развивается 2, 3 и 4-й типы. Хотя это разделение является условным и связано это со значительной разницей во времени проявления отдельных компонентов этого синдрома.

АПС I-го типа или кандидо-полиэндокринный синдром – редкое с аутосомно-рецессивным типом наследования заболевание, для которого характерна классическая триада: слизисто-кожный кандидоз, гипопаратиреоз, хроническая надпочечниковая недостаточность (ХНН). Этот синдром начинается, как правило, в детском возрасте [1,2].

Наиболее распространен АПС II-го типа. Впервые он был описан Шмидтом как сочетание Аддиссоновой болезни нетуберкулезной этиологии и аутоиммунного тиреоидита (АИТ). Другим проявлением II-го типа является синдром Карпентера – сочетание первичной ХНН и сахарного диабета (СД) I-го типа. Распространенность АПС II-го типа составляет 1,4 - 4,5 случаев на 100 тыс. населения. По данным исследователей, сочетание ХНН и СД I-го типа наблюдается у 18% пациентов; триада заболеваний – ХНН, СД I-го типа и аутоиммунные заболевания щитовидной железы – у 12% [3,4].

Позже был выделен АПС III-го типа: сочетание аутоиммунного заболевания щитовидной железы (ДТЗ, тиреоидит Хашимото) и СД I-го типа и/или пернициозной анемии, витилиго, алопеции. Выделяют также АПС III А-тип: аутоиммунное заболевание щитовидной железы и СД I-го типа; АПС III В-тип: аутоиммунное заболевание щитовидной железы и пернициозная анемия; АПС III С тип: аутоиммунное заболевание щитовидной железы и витилиго и/или алопеция, и/или другие органоспецифические аутоиммунные заболевания. Отличительной особенностью АПС III является отсутствие поражения надпочечников [5].

АПС IV-го типа является очень гетерогенной и менее четко определенной группой полигландулярных аутоиммунных заболеваний [6,7,8].

Заболевания, являющиеся компонентами АПС – II, ассоциированы с голотипами – HLA – DR8, DR3, DR4, DR5. К примеру, сочетания первичной ХНН и ИЗСД ассоциируют с HLA – DR3, DR4; диффузный токсический зоб – с HLA – DR3, DR5 [9,10,11]. Частота поражения отдельных органов и тканей в рамках одного и того же типа АПС значительно варьирует.

Характерной иллюстрацией АПС-II являются 2 случая, где отмечаются различные сочетания поражения эндокринных желез.

Клинический случай № 1. АПС II-го типа

- **Классический синдром Шмидта (сочетание первичной ХНН и аутоиммунного тиреоидита с гипотиреозом).**

Пациентка П., 32 года, поступила в приемное отделение Aktobe Medical Centre (АМЦ) в экстренном порядке с жалобами на выраженную общую слабость, головокружение, одышку при незначительной физической нагрузке, обморочное состояние, тошноту, снижение АД до 60/40 мм.рт.ст., жидкий стул, боли в животе, нарушение менструального цикла, похудание.

Из анамнеза. Пациентка считает себя больной в течение года, когда стали беспокоить выраженная слабость, одышка, головокружение. Обследовалась в частной клинике, где лечилась без особого эффекта по поводу вегето-сосудистой дистонии. Дома самостоятельно принимала ампициллин, хлористый кальций. При низком давлении принимала аскофен. При целенаправленном расспросе отметила, что в последний год появилось потемнение кожи, особенно на конечностях, открытых участках тела. Однако особого значения этому не придавала, считала это естественным (живет в поселке, в частном доме) и связывала с потерей веса. За год потеряла в весе около 12 кг.

Ухудшение отмечает в течение 3-4 дней, когда после перенесенной вирусной инфекции стали беспокоить вышеуказанные жалобы. Доставлена скорой медицинской помощью в приемный покой АМЦ с гипотонией (АД 90/50 мм. рт. ст.), осмотрена терапевтом, кардиологом, проведена ФГДС, ЭКГ, особых изменений не выявлено, пациентка от госпитализации отказалась. Вновь, через сутки, с перечисленными жалобами СМП доставлена в АМЦ. Учитывая тяжесть состояния – выраженную гипотонию и слабость, тошноту, рвоту, с приемного покоя госпитализирована в ОРИТ.

Из анамнеза жизни. Болезнь Боткина в детстве. Туберкулез, венерические заболевания отрицает. Беременностей – 4, родов – 2, аборт – 2. Аллергоанамнез без особенностей. Наследственность не отягощена.

Данные объективного исследования. Общее состояние пациентки тяжелое, обусловлено гипотонией неясной этиологии и симптомами дегидратации. Сознание ясное. Правильного телосложения, пониженного питания. Рост 163 см, вес 40 кг. Кожные покровы сухие, цвета «кофе с молоком», гиперпигментация кожи век, в местах трения одежды, естественных складок. При осмотре слизистой рта – на верхнем небе, деснах коричневые пятна по типу «леговой собаки». Цианоз губ, верхние и нижние конечности холодные на ощупь. Со стороны дыхательной системы патологии не выявлено. ЧДД – 20 в минуту. Область сердца без видимой патологии. Тоны сердца глухие, ритмичные. ЧСС – 104 в минуту. АД 60/40 мм. рт. ст. Живот мягкий, при пальпации чувствительный в эпигастрии. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул склонен к поносам, со слов больной, до 4-5 раз в сутки. Диурез

без особенностей. Отёков нет.

Нейроэндокринная система: Сознание ясное. Контакт доступен. Возбуждена, мечется в постели. Щитовидная железа не увеличена, глазные симптомы отрицательные. Токсических явлений нет. Вторичные половые признаки соответствуют полу и возрасту. Мenses нерегулярные.

Осмотрена эндокринологом с подозрением на ХНН, рекомендовано исследование гормонального статуса. При обследовании в ОРИТ: АКТГ - 479 пг/мл (7,2-63,3); кортизол - 19,6 пмоль/л (171,0-536,0). Выставлен диагноз: Первичная ХНН. Надпочечниковый криз? Железодефицитная анемия средней степени тяжести. Назначены глюкокортикоиды парентерально (дексаметазон 4 мг в/венно струйно, далее по 4 мг каждые 6 часов), регидратационная терапия (3,0–3,5 л/сутки). На фоне стабильной гемодинамики переведена в эндокринологическое отделение.

Обследование. Тиреоидный статус: ТТГ - 85,0 мМЕ/мл (0,2 – 3,77), св Т₄ -6,8 пмоль/л (12,0-22,0), АнтиТПО - 1727 Ед/мл (<34). УЗИ щитовидной железы: Гипоплазия щитовидной железы. Общий тиреоидный объем-2,96 см³. Тиреоидит.

КТ головы: Неявные рентгенпризнаки внутричерепной гипертензии. Спинка турецкого седла несколько истончена, поротична. Патологии гипофиза не выявлено.

УЗИ органов малого таза: Органических изменений не выявлено.

ЭКГ: Синусовый ритм ЧСС 80 в мин. Вертикальное положение ЭОС. Синдром ранней реполяризации желудочков.

КТ абдоминального сегмента: Надпочечники «У» образные, обычно расположены, не увеличены.

ОАК: Нв-85 г/л, эритроциты - 2,9 x10¹²/л, гематокрит - 24,9%, тромбоциты - 176*10⁹/л, лейкоциты - 6,1*10⁹/л, с/я - 49,4%, моноциты - 7,6%, лимфоциты-43%, СОЭ - 36 мм/ч.

БАК - без особенностей. Кровь на сывороточное железо - 9,5 мкмоль/л. Кровь на электролиты: калий - 6,3 ммоль/л (3,5-5,1), натрий - 129 мкмоль/л (136-145), кальций ионизированный - 1,27 ммоль/л (1,2-1,32). Гликированный гемоглобин - 5,2%.

Лечение в отделении эндокринологии: Стол 15, режим 2, феркайл 2,0 в/м № 10, р-р глюкозы 5%-400 мл + 5%-р-р аскорбиновой кислоты 4,0 мл в/в кап № 5, дексаметазон 4 мг x 2 раза в/м утром и вечером №4, затем преднизолон 5 мг 1 таб утром 6⁰⁰ и 1 таб 10⁰⁰ после еды, кортинефф 0,1 в обед.

Состояние при выписке удовлетворительное. Отмечает значительное улучшение. Жалоб особых не предъявляет. Гемодинамика стабильная. Выписывается домой с улучшением. Рекомендовано: преднизолон 7,5 мг/с per os, кортинефф 0,1 в обед, тироксин 25 мкг утром, витамины группы В, препараты железа перорально. Контроль через месяц.

Диагноз при выписке: Хроническая первичная надпочечниковая недостаточность, впервые

выявленная. Надпочечниковый криз. Аутоиммунный тиреоидит, атрофическая форма. Первичный гипотиреоз средней степени тяжести. Железодефицитная анемия средней степени тяжести.

При очередном осмотре через 1 месяц пациентка жалоб не предъявляет. Самочувствие улучшилось, набрала в весе 5 кг, кожные покровы стали светлее, нормализовалось артериальное давление. В анализах крови: кортизол -125 нмоль/л; АКТГ - 214 пмоль/л; ТТГ - 44 мЕд/л; св Т₄ - 11,0 МЕ/л. Кровь на электролиты - в пределах нормы. Рекомендовано: дозу преднизолона уменьшить до 5 мг/сутки; дозу кортинефф уменьшить до 0,05 мг/сутки (1/2 таблетки); дозу тироксина увеличить до 75 мкг/сутки.

Комментарии к клиническому случаю №1

Начало заболевания у пациентки достаточно характерное. Типичные признаки ХНН (слабость, похудание, гипотония, гиперпигментация кожи) у пациентки развивались постепенно в течение года. В момент госпитализации у пациентки наблюдались признаки острой надпочечниковой недостаточности (криз) на фоне уже имеющейся хронической ХНН. Надпочечниковый криз развился в течение 3 – 4 дней на фоне вирусной инфекции, проявился в виде сосудистого коллапса и псевдоперитонеального синдрома (боли в животе, жидкий стул). Своевременная терапия глюкокортикоидами (дексаметазон), минералокортикоидами (кортинефф), инфузионная терапия в объеме 3,0-3,5 литра в сутки в условиях ОРИТ привели к купированию надпочечникового криза. При стабилизации гемодинамики доза глюкокортикоидов снижена. При обследовании выявлен аутоиммунный тиреоидит с исходом в первичный гипотиреоз. Однако лечение гипотиреоза в первую неделю было отсрочено, во-первых, в связи с тем, что при декомпенсации первичной ХНН может определяться повышение уровня ТТГ и подтверждение гипотиреоза требует повторного определения ТТГ на фоне компенсации болезни Аддисона. Во-вторых, при сочетании ХНН и гипотиреоза назначение тиреоидных гормонов при декомпенсации гипокортицизма приводит к увеличению потребности в глюкокортикоидах и может спровоцировать развитие надпочечникового криза. При повторном определении ТТГ на фоне стабилизации гипокортицизма повышенный уровень ТТГ (44 мЕд/л) не оставлял сомнений в постановке первичного гипотиреоза.

Таким образом, у пациентки диагностирован АПС II-го типа – сочетание первичной ХНН и первичного гипотиреоза (синдром Шмидта). В данном случае у пациентки преобладают проявления первичного гипокортицизма с развитием надпочечникового криза.

Клинический случай № 2. АПС II типа - сочетание первичной ХНН, сахарного диабета 1-го типа, первичного гипотиреоза, бронхиальной астмы, витилиго.

Пациентка Б.Б., 42 года, поступила в эндокринологическое отделение АМЦ в экстренном

порядке. При поступлении жалуется на слабость, головные боли, головокружение, боли и зябкость в нижних конечностях, ухудшение памяти, частые гипогликемии, похудание.

Из анамнеза. Наблюдается у эндокринолога в течение 6-ти лет с диагнозом «Аутоиммунный тиреодит, гипертрофическая форма. Первичный гипотиреоз средней степени тяжести». Принимает постоянно L-тироксин в дозе 100 мкг/сутки. Последнее определение уровня тиреоидных гормонов месяц назад: ТТГ – 5,6 мЕд/л; св Т₄ – 10,0 пмоль/л. Сахарный диабет выявлен 3 года назад, когда пациентка была госпитализирована с тяжелым кетоацидозом в эндокринологическое отделение. С учетом клинических данных (острое начало, резкое похудание), лабораторных данных (низкий уровень С-пептида, инсулина), анамнеза заболевания (у сестры - сахарный диабет, у мамы - гипотиреоз) выставлен диабет 1-го типа. Назначена заместительная терапия инсулином в суточной дозе 40 – 44 ед. На фоне инсулинотерапии пациентка прибавила в весе, улучшилось самочувствие. Последний уровень гликированного гемоглобина – 7,0%.

Данное ухудшение в течение полугода, когда стала отмечать периодические немотивированные гипогликемические состояния со снижением глюкозы крови (самоконтроль) до 3,2 ммоль/л, в связи с чем уменьшила дозу инсулина до 36 ед/сутки. Последнюю неделю беспокоит мышечная слабость, похолодание, онемение конечностей, головокружение, похудела за 2 месяца на 5 кг. Лечилась амбулаторно по поводу диабетической полинейропатии, получала α-липоевую кислоту, витамины группы В, физиопроцедуры - без особого эффекта. Накануне, в связи с ухудшением самочувствия, вызвала на дом бригаду скорой медицинской помощи, при обследовании: глюкоза крови – 2,8 мм/л, АД – 80/50 мм.рт.ст. Пациентка доставлена в приемное отделение АМЦ, в связи с нестабильной гемодинамикой госпитализирована в ОРИТ.

Из анамнеза жизни: вирусный гепатит, кожно-венерические заболевания отрицает. Более 10 лет состоит на учете с диагнозом: Бронхиальная астма средней степени тяжести, при приступах принимает вентолин. Беременностей - 2, родов - 2. Менопауза с 39 лет. Аллергоанамнез без особенностей.

При осмотре: Общее состояние пациентки тяжелое. Сознание ясное. Правильного телосложения, пониженного питания, рост-153 см, вес-51 кг, ИМТ 21,8 кг/м². Кожные покровы смугловатые, сухие. В местах естественных складок, сосках, шее отмечается гиперпигментация. В области поясницы справа имеется участок депигментации (витилиго) размерами с ладонь. Лимфатические узлы не увеличены. Обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно - легочный звук. Аускультативно - везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 102 в минуту,

АД 80/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, чувствительная при пальпации. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочиспускание свободное. Отеков нет.

Нейро-эндокринная система: Контакт доступен. Замкнута, настроена негативно. Интеллект сохранен. Щитовидная железа пальпаторно увеличена до 2-ой степени, плотноватая, неоднородная, подвижная, безболезненная. Глазные симптомы отрицательные. Вторичные половые признаки соответствуют полу и возрасту. Менопауза. Чувствительность снижена по типу «перчаток» и «носков».

Обследование: ОАК без особенностей. БАК: мочевины-3,8 ммоль/л, креатинин – 61,7 ммоль/л, глюкоза-2,5 ммоль/л, печеночные пробы в пределах нормы, холестерин – 3,4 ммоль/л, амилаза- 28 Ед/л. КЩС: РН-7,374, РСО₂-47,6 mmHg, РО₂-59,5mmHg, калий-5,7 ммоль/л, натрий-123 нмоль/л, кальций-1,23 ммоль/л, лактат-1,5 ммоль/л. Тиреоидный статус (на фоне тироксина 100 мкг/с): ТТГ- 2,2 мЕд/л (0,2,7-4,20), св Т₄-19,4 пмоль/л (12,0-22,0), антитела к ТПО -1976 Ед/мл (<34). ОАМ без особенностей. Моча на ацетон – отр. Белок – отрицательный. СКФ - 65,0 мл/мин.

ЭКГ от 13.09.17г: Синусовый ритм с ЧСС 90 уд в мин. Нормальное положение ЭОС. УЗИ органов брюшной полости - Хронический панкреатит.

Консультация пульмонолога: Бронхиальная астма, интермитирующая, легкой степени тяжести, контролируемая. ДН₀.

В день госпитализации у пациентки заподозрен гипокортицизм на основании клиники заболевания (гипотония, гиперпигментация кожных складок), анамнеза заболевания (похудание, гипогликемические состояния, сахарный диабет, гипотиреоз), анамнеза жизни (у родственников сахарный диабет, гипотиреоз), лабораторных данных (гипонатриемия, гиперкалиемия). Взята кровь на АКГГ, кортизол. Доза тиреоидных гормонов снижена до 50 мкг/сутки в связи с возможным развитием надпочечникового криза. Начата терапия гидрокортизоном в дозе 150 мг/сутки. На фоне глюкокортикоидов гемодинамика стабилизировалась, состояние улучшилось. Переведена в эндокринологическое отделение.

В отделении дообследована: кровь на АКГГ – 365 пг/мл (7,2-63,3); кортизол – 47 нмоль/л (171,0-536,0); гликированный гемоглобин – 7,0%; БАК без особенностей; кровь на электролиты – гипонатриемия, гиперкалиемия, нормокальциемия.

На основании полученных данных выставлен диагноз: Аутоиммунный полигландулярный синдром II-го типа: первичная ХНН, впервые выявленная. Сахарный диабет 1-го типа средней степени тяжести в стадии субкомпенсации. Диабетическая симметричная дистальная полинейропатия. Аутоиммунный тиреодит гипертрофическая форма. Первичный гипотиреоз в стадии компенсации.

Сопутствующий диагноз: Бронхиальная астма, интермитирующая, легкой степени тяжести,

контролируемая. ДН₀ Витилиго.

Лечение в отделении эндокринологии: Стол 9, Режим 2, Базисно-болюсная инсулинотерапия в дозе 36 Ед/сутки; Глюкоза 5% р-р в/в кап №3, Аскорбиновая кислота 5%-4,0 в/в стр № 5., Пентоксифиллин 100 мг в/в кап № 5, Гидрокортизон в дозе 150 мг/сутки № 3 с переводом на преднизолон перорально в дозе 7,5 мг (1 таб. утром, в обед – ½ таб), 0,1 мг кортинеффа, витамины группы В, тироксин 50 мкг утром натошак.

Выписана из клиники в удовлетворительном состоянии. Рекомендации: диета 9, базисно-болюсная инсулинотерапия в дозе 38-40 ед/сутки, преднизолон 7,5 мг/сутки по схеме *per os*, кортинефф 0,05 в обед, тироксин 75 мкг утром, аскорбиновая кислота *per os* курсами, сальбутамол ситуационно. Контроль ГТГ, глюкозы крови, электролиты крови, АКТГ, кортизол в динамике. Коррекция дозы преднизолона, кортинеффа, тироксина через месяц.

Комментарий к клиническому случаю № 2

В данном случае имел место АПС II-го типа с развернутой картиной первичной ХНН, выявленная на фоне СД I-го типа и аутоиммунного тиреоидита. Однако наличие витилиго и бронхиальной астмы может предположить тесную связь с аутоиммунным процессом и позволяет отнести данный клинический случай к проявлениям АПС IV-го типа. К сожалению, при обследовании представленных пациентов генетических исследований и определение антител не проводилось.

Актуальность выделения АПС представляет не только академический интерес для практикующего врача – эндокринолога, но и клинический. Лечение аутоиммунных заболеваний в составе АПС взрослых проводится по общим принципам, однако имеется ряд особенностей назначения препаратов при наличии нескольких эндокринных заболеваний одновременно.

При сочетании ХНН и гипотиреоза рекомендовано вначале компенсировать гипокортицизм кортикостероидами, затем назначать левотироксин, в ряде случаев при лабильном течении ХНН, не доводя дозу тиреоидных гормонов до полной заместительной.

Это связано с большей опасностью надпочечниковой недостаточности по сравнению с декомпенсацией гипотиреоза и наличием физиологического антагонизма тиреоидных гормонов и глюкокортикоидов [12].

Сочетание гипотиреоза, вызванного хроническим лимфоцитарным тиреоидитом Хашимото и диабета I-го типа, часто сопровождается гипогликемией из-за повышенной чувствительности к инсулину. Гипотиреоз приводит к снижению резорбции глюкозы в двенадцатиперстной кишке и высвобождению глюкозы из печени. Поскольку у пациентов наблюдается снижение аппетита и потребление калорий, риск гипогликемии значительно увеличивается. Во время декомпенсации гипотиреоза дозировка инсулина должна быть тщательно оценена и рекомендуется снижение примерно на 20-25%. При достижении эутиреоза на фоне заместительной терапии левотироксином можно вернуть исходную дозу инсулина.

Наиболее тяжелым в плане ведения заместительной терапии является сочетание гипокортицизма и диабета I-го типа. Одной из причин развития гипогликемий при данных состояниях является отсутствие глюкокортикоидов как контринсулярных гормонов. Назначение глюкокортикоидов и увеличение их дозы приводит к увеличению потребности в инсулине. Течение диабета I-го типа приобретает лабильное течение, и адекватный подбор дозы инсулина возможен только при полной компенсации гипокортицизма [13,14].

Таким образом, знание закономерностей развития АПС имеет большое практическое значение, поскольку позволяет целенаправленно проводить обследование лиц с заболеваниями, которые могут быть составляющей АПС. Всех больных с первичной ХНН, диабетом I типа, АИТ необходимо активно обследовать на предмет развития у них другой эндокринной патологии.

Поступила: 17.01.2018.

Принята к публикации: 05.02.2018.

Список литературы:

1. Van den Driessche A. et al. Type 1 diabetes and autoimmune polyglandular syndrome: a clinical review. *Neth J Med.* 2009;67(11):376-87. [PubMed]
2. Hansen M.P., Matheis N., Kahaly G.J. Type 1 diabetes and polyglandular autoimmune syndrome: A review. *World journal of diabetes.* 2015;6(1):67.
3. Betterle C, Lazzarotto F., Presotto F. Autoimmune polyglandular syndrome Type 2: the tip of an iceberg. *Clin Exp Immunol* 2004;137:2:225-233.
4. Ларина А.А., Трошина Е.А. Аутоиммунные заболевания, ассоциированные с сахарным диабетом I-го типа: возможное взаимовлияние. *Пробл. эндокр.* 2013;1.
5. Капо А., Америк П. Polyglandular autoimmune

Spisok literatury:

1. Van den Driessche A. et al. Type 1 diabetes and autoimmune polyglandular syndrome: a clinical review. *Neth J Med.* 2009;67(11):376-87. [PubMed]
2. Hansen M.P., Matheis N., Kahaly G.J. Type 1 diabetes and polyglandular autoimmune syndrome: A review. *World journal of diabetes.* 2015;6(1):67.
3. Betterle C, Lazzarotto F., Presotto F. Autoimmune polyglandular syndrome Type 2: the tip of an iceberg. *Clin Exp Immunol* 2004;137:2:225-233.
4. Larina A.A., Troshina Ye.A. Autoimmunnyye zabolevaniya, assotsirovannyye s sakharnym diabetom 1-go tipa: vozmoznoye vzaimovliyaniye. *Probl. endokr.* 2013; 1.
5. Капо А., Америк П. Polyglandular autoimmune

- syndrome type III with a prevalence of cutaneous features. *Clinical and experimental dermatology* 2017;42(1)61-63.
6. Lupi I, Raffaelli V, Di Cianni G, Caturegli P, Manetti L, Ciccarone AM, Bogazzi F, Mariotti S, Del Prato S, Martino E. Pituitary autoimmunity in patients with diabetes mellitus and other endocrine disorders. *J Endocrinol Invest.* 2013;36:127-131. [PubMed]
 7. Anaya JM. Common mechanisms of autoimmune diseases (the autoimmune tautology). *Autoimmun Rev.* 2012;11:781-784. [PubMed]
 8. Sanjeevi CB, Sedimbi SK, Landin-Olsson M, Kockum I, Lernmark A. Risk conferred by HLA-DR and DQ for type 1 diabetes in 0-35-year age group in Sweden. *Ann N Y Acad Sci.* 2008;1150:106-111. [PubMed]
 9. Maurer A, Schwarting A, Kahaly GJ. Polyglandular autoimmune syndromes. *Z Rheumatol.* 2011;70:752-754, 756-759. [PubMed]
 10. Graves III L., Klein R. M., Walling A. D. Addisonian crisis precipitated by thyroxine therapy: a complication of type 2 autoimmune polyglandular syndrome. *Southern medical journal* 2003;96(8):824-828.
 11. Kahaly, G.J. & Frommer, L. *J Endocrinol Invest* (2017). <https://doi.org/10.1007/s40618-017-0740-9>. [PubMed]
 12. Khattak AL, Ali W, Saleem S, Idris M, Khan NA, Pasha W.J SCHMIDT'S SYNDROME IN A 32 YEARS OLD FEMALE. *Ayub Med Coll Abbottabad.* 2015;27(2):467-9.
- syndrome type III with a prevalence of cutaneous features. *Clinical and experimental dermatology* 2017;42(1)61-63.
6. Lupi I, Raffaelli V, Di Cianni G, Caturegli P, Manetti L, Ciccarone AM, Bogazzi F, Mariotti S, Del Prato S, Martino E. Pituitary autoimmunity in patients with diabetes mellitus and other endocrine disorders. *J Endocrinol Invest.* 2013;36:127-131. [PubMed]
 7. Anaya JM. Common mechanisms of autoimmune diseases (the autoimmune tautology). *Autoimmun Rev.* 2012;11:781-784. [PubMed]
 8. Sanjeevi CB, Sedimbi SK, Landin-Olsson M, Kockum I, Lernmark A. Risk conferred by HLA-DR and DQ for type 1 diabetes in 0-35-year age group in Sweden. *Ann N Y Acad Sci.* 2008;1150:106-111. [PubMed]
 9. Maurer A, Schwarting A, Kahaly GJ. Polyglandular autoimmune syndromes. *Z Rheumatol.* 2011;70:752-754, 756-759. [PubMed]
 10. Graves III L., Klein R. M., Walling A. D. Addisonian crisis precipitated by thyroxine therapy: a complication of type 2 autoimmune polyglandular syndrome. *Southern medical journal* 2003;96(8):824-828.
 11. Kahaly, G.J. & Frommer, L. *J Endocrinol Invest* (2017). <https://doi.org/10.1007/s40618-017-0740-9>. [PubMed]
 12. Khattak AL, Ali W, Saleem S, Idris M, Khan NA, Pasha W.J SCHMIDT'S SYNDROME IN A 32 YEARS OLD FEMALE. *Ayub Med Coll Abbottabad.* 2015;27(2):467-9.

УДК 618.5-089.888.61-089:614.2(574.1)
МРНТИ 76.29.48, 76.75.75

ИЗУЧЕНИЕ ЦЕНООБРАЗОВАНИЯ НА БОЛЬНИЧНЫЕ УСЛУГИ В РК И АНАЛИЗ ЗАТРАТ НА ПРИМЕРЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Г.Ж. КАПАНОВА^{1*}, Ж.Г. КАЛИГОЖИН², С.Б. КАЛМАХАНОВ¹, Т.С. ХАЙДАРОВА¹

¹Казахский Национальный университет им. аль-Фараби, Алматы, Казахстан

²Национальный научный центр материнства и детства, Астана, Казахстан

Изучение ценообразования на больничные услуги в РК и анализ затрат на примере операции кесарево сечение

Г.Ж. Капанова^{1*}, Ж.Г. Калигожин², С.Б. Калмаханов¹, Т.С. Хайдарова¹

¹Казахский Национальный университет им. аль-Фараби, Алматы, Казахстан

²Национальный научный центр материнства и детства, Астана, Казахстан

Актуальность. Объем финансирования по возмещению затрат за один пролеченный случай осуществлялся путем выплаты расходов на оказание медицинской помощи организациями здравоохранения, оказываемыми стационарную помощь, по тарифам, утвержденным уполномоченным органом в области здравоохранения, по специально разработанной формуле. Основной целью внедрения КЗГ в Республике Казахстан является унификация методик оплаты и тарифов на оказание медицинской помощи на всей территории страны. Вместе с тем, КЗГ не учитывает сложные и тяжелые случаи; применение дорогостоящих инновационных и эффективных методов диагностики и лечения и косвенные затраты. В статье представлен анализ затрат на медицинские услуги, лекарственные средства и другие затраты рожениц, перенесших операцию кесарево сечение за период госпитализации в Национальном научном центре материнства и детства. Проведены персонализированные расчёты затрат на лечение пациентов с учетом длительности пребывания, использования инновационных методов диагностики и лечения, лечения сопутствующих заболеваний, осложнений, затратами на медикаменты в сравнение с объемом возмещения затрат Министерства здравоохранения РК по данной нозологии по клинико-затратным группам.

Цель исследования. Изучить ценообразование на больничные услуги в РК и провести анализ финансовых затрат на примере кесарева сечения в условиях НЦМД.

Материалы и методы. В работе были анализированы затраты на операцию кесарево сечение 1141 рожениц, поступивших в 2017 году в НЦМД.

Результаты. В результате анализа затрат выявлено, что при операции кесарево сечение затраты по факту превышают более чем в 2 раза. Таким образом, система финансирования для оказания помощи роженицам родоразрешенным путем кесарева сечения нуждается в реорганизации.

Установление усредненных цен и ориентация цен только на прямые затраты пролеченного случая ведет к затратному и неэффективному развитию экономики здравоохранения. Вместе с тем, внедрение системы бюджетирования организации, учитывающее планируемые объемы рентабельных услуг с последующим отказом от нерентабельных, приведет к социальной напряженности в обществе, повышению показателей материнской и младенческой смертности.

В условиях рынка такой подход не удовлетворяет ни поставщиков, ни потребителей медицинских услуг. Вопрос о наиболее рациональном подходе к расчету себестоимости остается открытым.

Ключевые слова: возмещение затрат, клинико-затратные группы, новые методы финансирования, кесарево сечение.

ҚР ауру қызметтерінің құнын зерттеу және кесар тілігі мысалының шығынын талдау

Г.Ж. Капанова^{1*}, Ж.Г. Калигожин², С.Б. Калмаханов¹, Т.С. Хайдарова¹

¹Әль Фараби атындағы Қазақ Ұлттық университеті, Алматы, Қазақстан

²Ұлттық ғылыми ана мен бала орталығы, Астана, Қазақстан

Ауруханада жату кезіндегі медициналық қызметтер мен дәрілік заттардың және басқа шығындары қосылған тікелей медициналық шығындар талданды. Ол үшін, кесар тілігі жасалған әр пациенттің орта емдеу құнын анықтадық. Кесар тілігі операциясына жұмсалатын шығындардың орташа құны – 272 747 теңге құрайды. Клиникалық топтардың деректері бойынша кесар тілігі операцияларына мемлекет қаражатынан 129 848,14 теңге бөлінеді. Бұл қаражат қызмет көрсету, дәрі-дәрмек және зерттеулердің нақты құнынан 2 есе аз.

Осылайша, экономикалық тиімді топтарды енгізу, шығындарды өтеу арқылы оңтайлы және тиімді диагностика әдістерін тандау және емдеуге мүмкіндік береді, бірақ, ол үшін қайта қарауды және қайта ұйымдастыруды қажеттігін талап етеді. Ол объективті өмір шындығы және нақты шығындарының тарифтерінің елеулі көрсеткіштері бойынша шұғыл қажет.

Негізгі сөздер: шығындардың орнын толтыру, клиникалық шығын топтары, қаржыландырудың жаңа әдістері, кесар тілігі.

Studying pricing for hospital services in the Republic of Kazakhstan and analysis of costs on the example of cesarean section

G.Zh. Kapanova^{1*}, Zh.G. Kaligozhin², S.B. Kalmakhanov¹, T.S. Khaidarova¹

¹Al-Farabi Kazakh National University, Almaty city, Republic of Kazakhstan

²National Scientific Center for Mather and Child, Astana city, Republic of Kazakhstan

The direct medical costs were analyzed, which included estimated costs of medical services and medicines for the period of hospitalization. We calculated the average cost of treating one patient with cesarean section. The average cost of expenses of cesarean section is -272 747 tenge. According to clinical-cost groups from the state budget is allocated to cesarean section – 129 848.14 tenge.

These funds are less by 2 times than the actual cost of services, medicines and research.

Thereby, the implementation of cost-effective groups give a chance to choose the most optimal and effective methods of diagnosis and treatment to the cost recovery system, but it requires revision and needs reorganization. This is urgently required by the objective reality of these days, significant indicators of actual costs over tariffs.

Keywords: cost recovery, clinical cost groups, new methods of financing, cesarean section.

Здравоохранение является одним из приоритетных направлений социальной политики Казахстана. Благодаря улучшению методов диагностики и повышению квалификации медицинских работников, увеличилась выявляемость заболеваний, что привело к количественному росту случаев лечения и расходов на них. Вместе с тем, встает вопрос об эффективности существующих систем управления в сфере здравоохранения, о правильности и адекватности материальных стимулов участников процесса оказания медицинской помощи [1,2]. Хотя в каждой стране цены и затраты на DRG связаны, отдельные страны используют разные способы расчета цен. Основные отличия включают источник данных о затратах, определение «выбросов», а также то, преобразуются ли затраты непосредственно в цены или стоимость [3,4,5]. Международная политика в основном характеризуется преднамеренным разделением цен и информацией о базовой стоимости, на которой они основаны. Информация о стоимости преобразуется в систему весов, вместо того, чтобы сообщать цены в денежных единицах. Затем местные директивные органы должны принять решение о том, сколько они должны платить за пункт и необходимо ли это [6,7]. В Республике Казахстан для обеспечения устойчивости системы здравоохранения были внедрены методы оплаты по принципу внутриотраслевого перераспределения средств (подушевое финансирование, амбулаторно-поликлинический тарификатор, клиничко-затратные группы), утверждены квоты на госпитализацию больных в республиканские клиники [8,9]. Широко признанные модели оплаты медицинских услуг (глобальный бюджет, оплата отдельных услуг) считаются устаревшими, не отвечающими современным потребностям общества [10]. Методы оплаты медицинской помощи влияют на устойчивость, качество и эффективность системы здравоохранения, а также на спрос тех или иных видов медицинской помощи [11,12]. В поисках новых стимулов для возмещения затрат медицинских услуг многие развитые страны экспериментируют с механизмами финансирования, так как инструмент материального стимулирования, обладает быстротой и гибкостью реагирования на изменения, и в короткие сроки внедрять их в ежедневную практику [13]. При этом основными индикаторами являются уровень качества медицинской помощи населению, полнота приоритетных услуг и сокращение затрат [14,15]. Кроме того, реформа механизмов оплаты больниц¹ может принести существенный вы-

игрыш в эффективности. Расходы на больничные услуги включают значительные доли общих расходов на здравоохранение в странах, независимо от их уровня дохода [14]. У стран было 2 возможности - выбирать между уже существующими системами DRG (импортировать их) или развивать собственный блок DRG. Но если страна решила разработать свою собственную систему, это означало бы, что ей придется вкладывать гораздо больше денег и ресурсов. Например, Эстония и Литва [15]

Государственная политика в области реформирования цен и ценообразования не регулируется в достаточной степени в сфере платной медицинской помощи. Анализ опыта ценообразования в организациях здравоохранения показал ряд подходов к формированию цен на платные медицинские услуги, выражающиеся в огромном разбросе цен на рынке платных медицинских услуг и несостоятельность нормативно-правового регулирования системы ценообразования на медицинские услуги. [2] Нормативный принцип ценообразования в системе здравоохранения способствует разработке и применению медико-затратных групп и государственного прецедента цен. Основными механизмами, регулирующими ценообразование в здравоохранении, остаются государственные стандарты и порядки, а при развитии рынка медицинских услуг ожидается повышение роли конкуренции в формировании цен, особенно в платном секторе.

Клиничко-затратные группы как инструмент реструктуризации больничного сектора и стандартизации расходов на лечение по одинаковым нозологиям показали свою эффективность в разных странах. [2]

Объем финансирования по возмещению затрат за один пролеченный случай осуществлялся путем выплаты расходов на оказание медицинской помощи организациями здравоохранения, оказываемыми стационарную помощь, по тарифам, утвержденным уполномоченным органом в области здравоохранения, по специально разработанной формуле. Основной целью внедрения КЗГ в Республике Казахстан является унификация методик оплаты и тарифов на оказание медицинской помощи на всей территории страны.

Вместе с тем, КЗГ не учитывает сложные и тяжелые случаи; применение дорогостоящих инновационных и эффективных методов диагностики и лечения и косвенные затраты.

Цель исследования. Провести анализ финансовых затрат при операции кесарево сечение.

*Капанова Г.Ж. – д.м.н., зав.кафедрой политики и организации здравоохранения, e-mail: kapanova@mail.ru;

Калигожин Ж.Г.–директор Центра боли в НИЦМД, e-mail: lzhannur.kaligozhin@mail.ru;

Калмаханов С.Б.–к.м.н., доцент, e-mail: sundetgali.kalmakhanov@gmail.com;

Хайдарова Т.С.–д.м.н., профессор кафедры политики и организации здравоохранения, e-mail: Togzhan.Khaidarova@kaznu.kz.

Материалы и методы. В работе были анализированы затраты на операцию кесарево сечение рожениц, поступивших в 2017 году в родильное отделение Национального научного центра материнства и детства (ННЦМД). Всего в 2017г. в отделение поступило 3115 пациентов, из них основная часть пациентов – 71,9% - иногородние.

1141 роженицам (36,6%) родоразрешение проведено путем кесарева сечения, 150 (13%) из них – преждевременные роды. Рожениц, кому проводилось кесарево сечение в ранние сроки, мы разделили на 3 группы, в зависимости от сроков беременности. Так, у 23 (15%) рожениц сроки беременности варьировались от 22-28 недель. 40 (27%) рожениц оперировали в сроки 29-32 недели беременности. В сроки 33-36 недель беременности оперировано 88 женщин (58%).

Основными показаниями к досрочному родоразрешению со стороны матери явились:

- утяжеление преэклампсии - 30,7%;
- патология центральной нервной системы – 2,0%;
- эндокринные заболевания – 3,5%;
- патологии дыхательной системы – 1,2%;
- заболевания сердечно-сосудистой системы - 0,8%;
- аутоиммунные заболевания – 2,4%.

Со стороны плода:

- преждевременная отслойка нормально-расположенной плаценты - 0,8%;
- аномалия прикрепления плаценты/предлежание плаценты - в 2%;
- хориоамнионит – в 08%;
- нарушение функционального состояния плода – 14,6%;
- выпадение петель пуповины при преждевременном родовом излитии вод 0,4%.

Резус-конфликтная беременность явилась причи-

ной досрочного родоразрешения в 3,5% случаях. Показания к операции кесарево сечение представлены в таблице 1.

Данные таблицы 1 показывают, что в ННЦМД госпитализируются беременные группы высокого риска, кроме того, удельный вес рожениц с экстрагенитальными патологиями составляет 14,1%.

Для упрощения проведения сравнительного анализа представим данные по пациентам за один месяц (ноябрь 2017г.), когда было прооперировано 88 пациентов. По КЗГ за каждый пролеченный случай операции кесарево сечение идет возмещение затрат в размере 129 849,14 тг.

Общий доход по данным пациентам составил 11 426 725 тг. Расходы составили 24 001 723 тг. Рис.1.

Результаты. В результате анализа затрат выявлено, что при операции кесарево сечение затраты по факту превышают более чем в 2 раза. Это связано с девальвацией и, соответственно, с повышением цен на лекарственные препараты и инструментальные методы исследования, а также при возмещении не учитываются косвенные накладные затраты. Цены по тарификатору не пересматривались.

По КЗГ сумма возмещения затрат на операцию кесарево сечение в ННЦМД составляет 129 848,14 тг. Расшифровка данной суммы представлена на рисунке 2.

В ННЦМД было применено ступенчатое соотношение затрат персонализировано на каждого пациента. Для этого была создана информационная программа, в которую заносились данные пациентов, длительность пребывания, сумма прямых и косвенных затрат, программа высчитывала стоимость одного койко-дня, стоимость одного пролеченного случая, рентабельность, прибыль/убытки. Система выявила убыточность услу-

Таблица 1 - Показания к операции кесарево сечение

№	Показания	2017г.
1.	Рубец на матке	701-63,89%
2.	Экстрагенитальные патологии	112-14,1%
3.	Тазовое предлежание плода	88-7,7%
4.	Угрожающее состояние плода	59-11,13%
5.	Предлежание плаценты	51-8,76%
6.	Обструктивные роды	39-3,4%
7.	Индукцированная ЭКО	38-6,08%
8.	Индукция родов без эффекта	20-3,68%
9.	Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	16-1,4%
10.	Преэклампсия тяжелая	15-1,3%
11.	Поперечное положение	6-0,52%
12.	Симфизит	5 – 0,43%
13.	Плод-гигант	2-0,32%
14.	Выпадение петель пуповины	2-0,38%
15.	Хориоамнионит	1-0,16%
	Всего:	1141

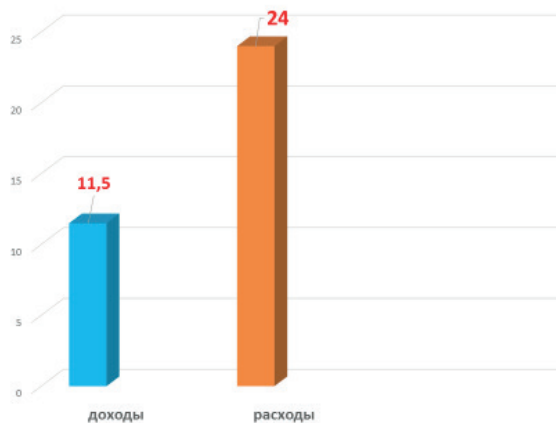


Рисунок 1 – Доходы и расходы по операции кесарево сечение (млн.тг.)

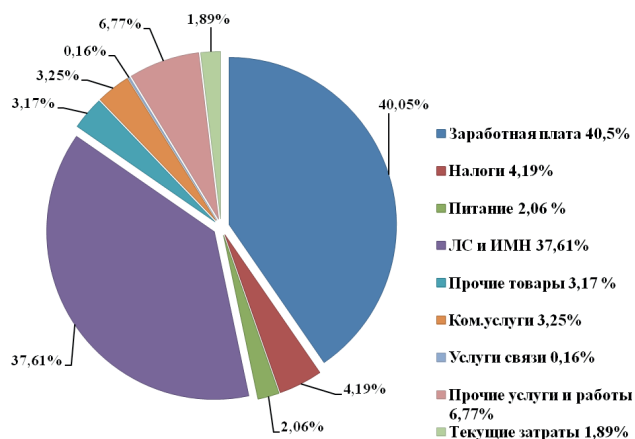


Рисунок 2 – Доля расходов на операцию кесарево сечение в РК в 2017г.

ги кесарево сечение. Из 88 случаев 5 (5,7%) оказались прибыльными, при этом наибольшая прибыль составила 17 214 тенге, где пациент провел 3 койко-дня. Остальные 83 случая (94,3%) - убыточные, наибольший убыток составил - 664 217,5 тенге, где пациент провел 26 койко-дней. Стоимость одного пролеченного случая в ноябре 2017 года составляла в среднем 272 747 тенге (рисунок 3).

Заклучение. Как показал анализ, в структуре затрат на медицинские услуги, затраты на прямые расходы в стационаре не могут быть основной составляющей расходов на лечение пациентов. Требуется ремоделирование расходов в сторону как высокотехнологичных методов диагностики, лечения и реабилитации, так и внедрение системы дифференцированного



Рисунок 3 – Ступенчатое соотношение затрат на операцию кесарево сечение в ННЦМД

учета затрат, в т.ч. видов необходимого оборудования, требуемых площадей на осуществление услуг, внедрение системы мониторинга качества и результативности услуг.

Таким образом, система финансирования для оказания помощи роженицам родоразрешенным путем кесарева сечения нуждается в реорганизации. Установление усредненных цен и ориентация цен только на прямые затраты пролеченного случая ведет к затратному и неэффективному развитию экономики здравоохранения.

Вместе с тем, внедрение системы бюджетирования организации, учитывающее планируемые объемы рентабельных услуг с последующим отказом от нерентабельных, приведет к социальной напряженности в обществе, повышению показателей материнской и младенческой смертности.

В условиях рынка такой подход не удовлетворяет ни поставщиков, ни потребителей медицинских услуг. Вопрос о наиболее рациональном подходе к расчету себестоимости остается открытым.

В связи с этим предлагается следующее:

1. КЗГ требует пересмотра и нуждается в реорганизации.
2. Продолжить практику ступенчатого отнесения затрат на пролеченный случай по всей клинике с последующим внедрением в практику стационаров Казахстана.
3. Пересмотреть размер косвенных расходов с возможным отказом от дорогостоящих услуг.

Поступила: 20.04.2018.

Принята к публикации: 25.05.2018.

Список литературы:

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2016-2020 годы «Денсаулық»;
2. Приказ Министра здравоохранения РК от 07.02.2018 № 52 «Правила формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования»;
3. Авсентьева М.В., Салахутдинова С.К. Клинико-статистические группы (КСГ) как новый метод оплаты стационарной и стационар замещающей помощи в Российской Федерации. *Лекарственный Вестник* 2016;2(62):31-36.;
4. Ибраев С.Е., Макашев Д.М., Камбарова Г.А. Организационный менеджмент по рейтинговой системе оценки деятельности медицинских предприятий РЦРЗ МЗ РК. *Менеджер* 2012;1(2):24-26.
5. Сансызбаева Г.Н., Искендинова С.К., Рахимова Г.А. Основные элементы системы финансирования здравоохранения Казахстана. *Вестник КазНМУ* 2015;78-81.
6. Böcking W., Ahrens U., Kirch W., Milakovic M. First results of the introduction of DRGs in Germany and overview of experience from other DRG countries. *J Public Health (Oxf)* 2005;13:128-137. doi: 10.1007/s10389-005-0103-4. [Cross Ref];
7. Кьерстад Е.М. Перспективное финансирование общих больниц в Норвегии - стимулы для более высокой продукции? *Int J Health Care Finance Econ* . 2013;3(4):231-251. [PubMed];
8. Капанова Г.Ж., Аяганова Л.Б., Сарыбаева Г.К. Клинико-затратные группы (кзг) как новый метод возмещения оплаты стационарной помощи при ишемических инсультах. *Вестник КазНМУ* 2017;1:543-547.
9. Семенов В.Ю., Самородская И.В. Оценка затрат: стандарты медицинской помощи и клинико-статистические группы. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины* 2014;6:35-40.
10. Гехт И.А., Артемьева Г.Б. О некоторых проблемах оплаты медицинской помощи с использованием клинико-статистических групп в системе обязательного медицинского страхования. *Менеджер здравоохранения* 2015;3:15-21.
11. Rankovic A., Rancic N., Jovanovic M., et al. Impact of imaging diagnostics on the budget—are we spending too much? *Vojnosanit Pregl.* 2013;70(7):709-711. [PubMed];
12. Sutherland JM. Hospital payment mechanisms: An overview and options for Canada. *Series on Cost Drivers and Health System Efficiency: Paper 4.* Ottawa (ON): Canadian Health Services Research Foundation; 2011.
13. Мартынчик С.А., Бастрон А.С., Унижаева А.Ю. Разработка клинико-статистических групп заболе-

Spisok literatury:

1. Gosudarstvennaya programma razvitiya zdavookhraneniya Respubliki Kazakhstan na 2016-2020 gody «Densaulyk»;
2. Prikaz Ministra zdavookhraneniya RK ot 07.02.2018 № 52 «Pravila formirovaniya tarifov na meditsinskiye uslugi, okazyvayemyye v ramkakh garantirovannogo ob'yema besplatnoy meditsinskoj pomoshchi i v sisteme obyazatel'nogo sotsial'nogo meditsinskogo strakhovaniya»;
3. Avsent'yeva M.V., Salakhutdinova S.K. Kliniko-statisticheskiye gruppy (KSG) kak novyy metod oplaty statsionarnoy i statsionar zameshchayushchey pomoshchi v Rossiyskoy federatsii. *Lekarstvennyy Vestnik* 2016;2(62):31-36.;
4. Ibrayev S.Ye., Makashev D.M., Kambarova G.A. Organizatsionnyy menedzhment po reytingovoy sisteme otsenki deyatel'nosti meditsinskikh predpriyatiy RTSRZ MZ RK. *Menedzher* 2012;1(2):24-26.
5. Sansyzbayeva G.N., Iskendirova S.K., Rakhimova G.A. Osnovnyye elementy sistemy finansirovaniya zdavookhraneniya Kazakhstana. *Vestnik KazNMU* 2015;78-81.
6. Böcking W., Ahrens U., Kirch W., Milakovic M. First results of the introduction of DRGs in Germany and overview of experience from other DRG countries. *J Public Health (Oxf)* 2005;13:128-137. doi: 10.1007/s10389-005-0103-4. [Cross Ref];
7. K'yerstad Ye.M. Perspektivnoye finansirovaniye obshchikh bol'nits v Norvegii - stimuly dlya boleye vysokoy produktsii? *Int J Health Care Finance Econ* . 2013;3(4):231-251. [PubMed];
8. Kapanova G.ZH., Ayaganova L.B., Sarybayeva G.K. Kliniko-zatratnyye gruppy (kzg) kak novyy metod vozmeshcheniya oplaty stacionarnoy pomoshchi pri ishemicheskikh insul'takh. *Vestnik KazNMU* 2017;1:543-547.
9. Semenov V.YU., Samorodskaya I.V. Otsenka zatrat: standarty meditsinskoj pomoshchi i kliniko-statisticheskiye gruppy. *Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdavookhraneniya i istorii meditsiny*, 2014;6:35-40.
10. Gekht I.A., Artem'yeva G.B. O nekotorykh problemakh oplaty meditsinskoj pomoshchi s ispol'zovaniyem kliniko-statisticheskikh grupp v sisteme obyazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniya. *Menedzher zdavookhraneniya* 2015;3:15-21.
11. Rankovic A., Rancic N., Jovanovic M., et al. Impact of imaging diagnostics on the budget—are we spending too much? *Vojnosanit Pregl.* 2013;70(7):709-711. [PubMed];
12. Sutherland JM. Hospital payment mechanisms: An overview and options for Canada. *Series on Cost Drivers and Health System Efficiency: Paper 4.* Ottawa (ON): Canadian Health Services Research Foundation; 2011.
13. Martynchik S.A., Bastron A.S., Unizhayeva

- ваний: международная и отечественная практика. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований 2015;5-3:429-431.
14. Пирогов М.В. Международная и отечественная практика клинико-статистических групп заболеваний. Здравоохранение 2014;4:20-31.
 15. Wild V., Carina F., Frouzakis R., Clarinval C., Fässler M., Elger B., Gächter T. and other. Assessing the impact of DRGs on patient care and professional practice in Switzerland (IDoC) - a potential model for monitoring and evaluating healthcare reform. Swiss Med Wkly. 2015;145:14034. doi: 10.4414/smw.2015
 16. Sutherland J., Guiping L., Repin N., Crump T. Activity based funding in British Columbia: Changes in activity? [Abstract G] Canadian Association for Health Services and Policy Research Conference, 2013, May 28–30. Available from: www.cahspr.ca/web/uploads/conference/2013-05-28_Book_of_Abstracts_2013.pdf(accessed 2013 Jul 2).
- A.YU. Razrabotka kliniko-statisticheskikh grupp zabolevaniy: mezhdunarodnaya i otechestvennaya praktika. Mezhdunarodnyy zhurnal prikladnykh i fundamental'nykh issledovaniy 2015;5-3:429-431.
14. Pirogov M.V. Mezhdunarodnaya i otechestvennaya praktik kliniko-statisticheskikh grupp zabolevaniy. Zdravookhraneniye 2014;4:20-31.
 15. Wild V., Carina F., Frouzakis R., Clarinval C., Fässler M., Elger B., Gächter T. and other. Assessing the impact of DRGs on patient care and professional practice in Switzerland (IDoC) - a potential model for monitoring and evaluating healthcare reform. Swiss Med Wkly. 2015;145:14034. doi: 10.4414/smw.2015
 16. Sutherland J., Guiping L., Repin N., Crump T. Activity based funding in British Columbia: Changes in activity? [Abstract G] Canadian Association for Health Services and Policy Research Conference, 2013, May 28–30. Available from: www.cahspr.ca/web/uploads/conference/2013-05-28_Book_of_Abstracts_2013.pdf(accessed 2013 Jul 2).

МЕДИЦИНА МАМАНДЫҚТАРЫНДА ФИЛОСОФИЯ ПӘНІН ОҚЫТУДЫҢ ТАНЫМДЫҚ ҚЫЗМЕТІ

А.Р. ЖАНГАЛИЕВА*, А.А. ДУЙСЕНОВА

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті,
Ақтөбе, Қазақстан

Медицина мамандықтарында философия пәнін оқытудың танымдық қызметі

А.Р. Жангалиева*, А.А. Дуйсенова

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан

Мақалада философия пәнін дәрігерлерге оқыту – медицина әдіснамасы ретінде, дәрігерліктің теориясы мен практикасының барлық салаларында кездесетін ғылыми білім әдістерін үйрету қарастырылады. Ол медицинадағы ғылыми білімнің алғашқы үрдістерін қалыптастырады. Оларға объективтілік, толыққандылық, нақтылық, зерттеу және т.б. жатады. Философия пәні дәрігерді саналы жүйемен қамтамасыз етіп, заманауи ғылыми-диалектикалық ойлауды қалыптастырады. Қазіргі кезде философия мен нақты ғылымдар бірлікте, оның ішінде медицина ғылымы да бар. Бұл олардың әдістерінің өзара байланысы кезінде көрініс табады. Үлкен жауапкершілікті талап ететін, адам өмірінің арашашысы болып есептелетін дәрігер мамандарын даярлаудағы білім үрдісінде, жаңа әдістерді, жаңа жаһандық технологияларды пайдаланудың өзектілігі күн санап артып келетіні айтылады. Сонымен қатар, әр кезеңнің ғалымдарының көзқарастары талданады.

Негізгі сөздер: философия ғылымы, медицина мамандығы, жан, рух, дүниетаным, интеграция, эмпирия.

Познавательная деятельность в преподавании философии для медицинских специальностей

А.Р. Жангалиева*, А.А. Дуйсенова

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Ақтөбе, Казахстан

В статье рассматривается актуальная проблема социализации и становления личности будущего врача посредством философии. Именно философия является главным механизмом формирования личности будущего врача. В настоящее время философия и точные науки развиваются в единстве, в том числе и медицинская наука. Это широко освещено в интеграции методов различных сфер науки. В образовательном процессе актуальность использования новых методов и технологий при подготовке специалистов-медиков усиливается. Посредством обучения философии будущим специалистам-медикам прививается духовное воспитание, расширяются духовные позиции, формируются познавательные взгляды на жизнь. В данном исследовании определены основные функции и значимость предмета философии при подготовке будущих специалистов-медиков.

Ключевые слова: наука о философии, мудрость, медицинская специальность, молодежь, душа, дух, мировоззрение, духовность, диалектика, интеграция, эмпирия, человеческое бытие, философский метод, логика, познание, функции.

Cognitive activity in teaching philosophy for medical specialties

A.R. Zhangaliyeva*, A.A. Duisenova

West Kazakhstan Marat Ospanov State Medical University, Aktobe, Kazakhstan

Today, philosophy and exacted sciences develop in unity including medical science. This is widely covered in the integration of methods in various fields of science. In the educational process, the urgency of the use of new methods and technology in the training of medical specialists is increasing. In the study of philosophy, each student gets the opportunity to learn not only sebi and his civic position, but also others. Therefore, through the teaching philosophy, future medical specialists are given spiritual education, spiritual positions are expanded, cognitive views on life are formed. The article defines the main functions and significance of the subject of philosophy in the preparation of future medical specialists. And also a general description of the philosophical and medical sciences is given, fundamentally the questions are analyzed based on scientific research of domestic and foreign scientists.

Keywords: philosophy, wisdom, medical specialty, young people, soul, spirit, worldview, spirituality, dialectics, integration, empiricism, human being, philosophical method, logics, cognition, functions.

Философия сөзі – даналыққа күштарлық деген мағына береді. Бұл анықтаманы осыдан 2500 мың жыл бұрын ежелгі грек философтары айтып кетсе де, қазіргі уақытта бұл сөз өзектілігін жоғалтқан жоқ. Даналық барлық уақытта да аса құнды болып келеді, ал философия адамға дана болуға толық мүмкіндік берді. Қазіргі қоғамда адамға керек құндылық уақыт өте келе өзгеріп

келе жатқаны байқалады. Бірақ философия ең алдымен бұл – әр адамның ойы. Испандық философ Х. Ортега-и-Гассет былай деген: «Жить – значит осознавать себя, это ясно. Хорошо сказано: сначала живи, потом философствуй – это, как видно, в строгом смысле начало всякой философии, – да, это хорошо сказано, но надо помнить о том, что жизнь в самых своих истоках

*Жангалиева А.Р. – философия ғылымының магистрі, ab_150583@mail.ru
Дуйсенова А.А. – педагогика ғылымының магистрі

и в глубине состоит из знания и понимания себя...» [1, 64].

Қазіргі күрделі, қарама-қайшылыққа толы, жедел дамып келе жатқан әлемде, философия тек қана дүниетанымды кеңейтіп қана қоймайды, сонымен қатар мүмкіндіктерді объективті қарауға, жағдайды дұрыс бағалауға, өзін тануға, бәрінен бұрын медициналық маманның пациентке адамгершілікті қарым-қатынасын қалыптастыруға көмектеседі. Профессор А.И. Зеленковтың айтуынша: «Философия – бұл сондай-ақ, шынайы еркін және сыни ойлай алатын тұлғаны қалыптастыру мен тәрбиелеудің ерекше мәдени ресурсы» [2,303]. Киев-Могиляндық академиясының профессоры С. Пролев атап көрсеткендей, «Философияның адамзат ойлауының дамуының және адамның мәдени тұрғыда өзін тануының ақиқат тарихы (қорытындысы) ретінде маңызы зор» [3, 68].

Философия ғылымы мен медицина ғылымы – шығу тегі жағынан мәдениеттің ежелгі феномендерінің бірі болып табылады. Олар адамға қызмет етеді және адамның қоршаған ортаға бейімделуіне көмекке келгендей. Философия мен медицина ұзақ уақыт бойы өздерінің күш-жігерін біріктіріп келеді, олар бір-бірінен толыққанды бола алмайды. Философия эмпириядан, яғни тәжірибеден алыстайды, «аспанда жүреді», ал ағзаны зерттеумен айналысатын медицина, тұлға туралы ұмытып, оның бөлшектері мен бөліктеріне «батып кетеді» [4, 156-159].

Философия пәнін дәрігерлерге оқыту – медицина әдіснамасы ретінде, дәрігерліктің теориясы мен практикасының барлық салаларында кездесетін ғылыми білім әдістерін үйрету болып саналады. Ол медицинадағы ғылыми білімнің алғашқы үрдістерін қалыптастырады. Оларға объективтілік, толыққандылық, нақтылық, зерттеу және т.б. жатады. Философия пәні – дәрігерді саналы жүйемен қамтамасыз етіп, заманауи ғылыми-диалектикалық ойлауды қалыптастырады. Қазіргі кезде философия мен нақты ғылымдар бірлікте, оның ішінде медицина ғылымы да бар. Бұл олардың әдістерінің өзара байланысы кезінде көрініс табады.

Қоғамның ерекше қамқорлығы – әрқашан да жастарға білім беруге және тәрбиелеуге бағытталған. Елдің әлеуметтік-экономикалық және рухани даму міндеттерін шешу, адамның белсенділігін жоғарылату үнемі қайта жаңғырусыз мүмкін емес. Осылайша философия және медицина ғылымдарының байланысы – бұл дәрігерлік қызметтің барлық жүйесінде кездеседі. Ғылыми білімді интеграциялаудың маңызды әдіснамалық нысандарының бірі болып табылады. Философия – медицина дамуындағы қандай да болмасын тарихи кезеңдерінде, білім синтезіне ықпал ететін ғылымның ролін атқарды. Барлық заманауи ғылымдарды қамтитын философия, соның ішінде ғылыми философияның нысаны: табиғат, қоғам, адам және оның ойлауы болып есептеледі.

Философия – әлемдегі ең әмбебап теориялық көзқарасты қамтиды. Өзіндік теңдігімен, ғылыми құрылысымен, ғылымның негізі болуымен ерекшеленеді және бүкіл әлемге адамзаттың қарым-қатынасы

туралы жалпылама түсінік береді [5,218].

Философия ғылымын оқу, оны түсіну арқылы әр студент белсенді өмір позициясын, азаматтық жетілу және әлеуметтік оптимизмді бойына сіңіре отырып өзін өзі тануға, өмірдегі өз бағытын айқындауға мүмкіндік алады. Оны оқыту арқылы жастарға рухани тәрбие бере отырып, имандылық ұстанымдарын, олардың ақыл-ойы мен іс-әрекеттерін ізгілік мұраттарға бағыттап, өмірдің күрделілігін түсінуге рухани көзқарас қалыптастырамыз.

Философия пәні студенттердің моральдық құндылықтарды бойына сіңіруіне үлкен мүмкіндік береді. Сонымен қатар, философияны зерттеу – әлемдік көзқарасты және әдістемелік мәдениетті қалыптастырып қана қоймай, адамның рухани мәдениетінің барлық қырларына және элементтеріне тұрақтылық береді. Әсіресе ойлау мәдениетінің дамуы салыстырмалы түрде философиялық мәдениеттің тәуелсіз бөлігі ретінде, оның рухани көрінісінің маңызды элементі болып табылады [6,336].

Адамдар бір-бірінен ойлау мәдениетінің деңгейімен ерекшеленеді. Жоғары білімі бар адамдарда ойлау мәдениеті жоғары, білімі төмен адамдармен салыстырғанда олардың бірнеше сағат жоғары тұратыны сөзсіз. Мол өмірлік тәжірибесі бар адамдар, тек білімді меңгеріп жатқан жастарға қарағанда, тәуелсіз ойларымен ерекшеленеді. Дұрыс философиялық әдіс медицинада, ғылыми ізденістің тиімді стратегиясын таңдауға мүмкіндік береді [7,205].

Ерте грек философиясынан белгілі болғандай, философия ғылымы барлық ғылымдардың атасы және оның құрсағынан барлық ғылыми білімдер дамыды. Соның ішінде медицина саласы да бар. Сонымен қатар, университет тарихында, Орта ғасыр дәуірінен бастап философиялық факультет, ең төменгі деп аталса да, алғашқы сағат дәрежесіне ие. Аталмыш ғылым, ойлаудың ерекшелігін қалыптастырып отырып, медицина, заң және теологиялық мамандықтардың жоғарғы курстарында оқыту үшін жеткілікті білім негізін тудыра білді. Кейін, И. Кант осы мәселе бойынша: «Әрбір университетте философиялық факультет бөлімі болуы керек. Оның негізгі қызметі, үш жоғарғы факультеттерді бақылау және осы арқылы өз міндетін атқару, өйткені ақиқат барлығынан маңызды. Жоғарғы факультеттерді басқару мақсатында қолданылатын пайдалы, әрі қосымша алғышарт болып табылады» [8,835] - деп жазды. Философия ғылымын оқу, оны түсіну арқылы әр студент белсенді өмір позициясын, азаматтық жетілу және әлеуметтік оптимизмді бойына сіңіре отырып, өзін-өзі тануға мүмкіндік алады. Ал, қазіргі кезде, студенттер философия және қоғамдық ғылымдар туралы шексіз ақпарат алудың кең мүмкіндіктеріне ие. Бұл оқулықтар арқылы да, интернет мәліметтері арқылы да жүзеге асырылады. Алайда, философиялық білімді құр алу жеткіліксіз, сондықтан, осы бір ғылымның басты мақсаты – өмірдің, дамудың, болмыстың, танымның заңдылықтарын түсіну мен түйсінуді меңгерту, ойлай алуы қалыптастыру екендігін ұмытпаған жөн.

Заманауи медицина ғылымының дифференциациясы дамығаны соншалықты, қазіргі таңда дәрігер

өзінің мамандығы бойынша ғылыми зерттеулердің нәтижесі қандай болатындығын нақты объективті түрде елестете алмайды. Медицинада әрдайым саралаған тұрғыдағы интеграциялық үдерістер жүріп жатыр, күтілетін нәтижелерді тек өз саласымен шектелген жанның ойымен тұспа-тұс келмейді. Міне, осы кезде барып, жалпы ғылыми заңдылықтардың даму диалектикасын ұсына отырып философия -медицинадағы жалпы ғылыми білім процесінің тұтастығы мен тиімділігін қамтамасыз ететін әдіснамалық интеграциялаушы ғылымға айналады.

Сондықтан, болашақ дәрігерлерді дайындау барысында философияның мәнін, оның білім алушылардың ғылыми танымдарын қалыптастырудағы ролін ескеру өте қажет. Философия белгілі бір нақты тапсырмаларды орындау кезінде, оның жасалу заңдылықтарын ұғына отырып орындауды талап етеді, дағдылар мен қарапайым мағынада қажет болатын мәселелерге саралай қарауды міндеттейді. Философиялық дайындықтың дәрігерлердің практикалық қызметіне әсеріне келсек, ол студенттің білімін кеңейтіп, білім деңгейін жоғарылатады. Өз мамандықтарының тағдыры туралы көп ойлаған дәрігерлер, медицинаның жетістіктерінің жаңа жолдарын іздеуде, әрдайым философиялық білімге жүгінетіні ақиқат [9,285].

Бүгінгі күні дәрігер мамандығын алған мамандардың атқарар жүгі де, жауапкершілігі де орасан зор. Осы тұста шынайы дәрігер тұлғасы, оның азаматтық болмыс-бітімі басқа мамандықтардан ерекшеленетіні сөзсіз. Дәрігерлердің өмірі мен медициналық тәжірибесіндегі философияның маңыздылығы С.Я. Чикиннің «Дәрігер-философтар» атты монографиясында көрініс тапқан. Онда автор әлемдік тарихтағы дәрігер-философтардың өмірін зерттей отырып, олардың философиялық ойлау мен медицинаның дамуына қосқан үлесін көрсетеді [10,27-35]. Қазір қоғам адам болмысындағы «мейірім, шапағат, төзім, сабырлық, адамгершілік, сүйіспеншілік, махаббат, адалдық, қайырымдылық...» сияқты құндылықтардың жаңғыруына зәру болып отыр. Адамдарға сенім арту, оларды сүйе білу, сыртынан ғайбат сөйлемеу, адамды алаламау, олар туралы жағымсыз танымына, тұлға мен ортаның дамуы көзқарасы мен қарым-қатынасына тікелей байланысты. В.М. Бехтерев өзінің дәрігер туралы нақыл сөзінде «Егер сырқат адам дәрігермен сөйлескеннен жеңілдік таппаса, ол онда дәрігер емес», - деген екен. Бұл тұрғыда философия пәнін оқып, үйреніп отырған маман оны дінмен де ұштастыратыны тағы бар. Осы мәселелер тұрғысынан дүние, адам, дүниеге көзқарас, адам санасы мәселелерін көптеген философ ғалымдардың осы мәселелерді түсіндіргеніне тоқталған жөн. Қоғамдық пәндердің негізгі мақсаты – жастарды руханилыққа тәрбиелеу мен гуманизмге шақыру. Әрбір жоғарғы оқу орнын бітірген маман иесі ғылыми көзқарасының ауқымы кең, абстрактылы ойлай алатын, өмірлік проблемаларды философиялық тұрғыдан түсініп, қоғамдық дамудың заңдылықтарын уақытында шеше алатындай қабілетті болуы керек. Соның ішінде болашақ дәрігерге аса қажетті пән философия болып

табылады [11, 185].

Болашақ дәрігер өз ісінің шебері, өз жұмысына жауапкершілікті, өзіне тапсырылған міндетке мұқият болуы керек. Ал жауапкершілік сол маманның тікелей қасиеті болса, оған қосымша қоғамдық пәндер, дәрігерді басқа қырынан, яғни рухани және моральдық тұрғыдан тәрбиелейтіні анық.

В. Подорога көрсеткендей «Ойлау – бұрынғы танымды пайдаланудың, қазіргі таңда неге жарамсыз болып қалғандығын алдын ала көру» [12,568].

Логикалық білімді игеру медициналық маманның өз пайымдаулары мен рефлексиясында сыни бағалау дағдысын қалыптастырады. Бұл пәнді оқытуда философиялық жаттығулардың маңызы зор, ол өз кезегінде ақыл-ойдың алғырлығын, жоғары кәсіптік деңгейді, жалпы мәдени өсуді қалыптастырады. Өзінің осы әлемдегі тұлғалық рухани ізденісінде, құндылықтарының бағытын анықтауда әрбір ойлы адам философиялық әдістерді қолдана отырып философиялық ойлауға, философиялық білімге жүгінеді.

Дәрігердің кәсіби қызметінде, белсенді түрде философиялық білімнің логикалық компоненті қолданылады. Сондай-ақ, «ойлау өнері» деп аталатын философияны жоғары интеллектуалдық деңгейде түсіну медицина маманын дұрыс ойлау логикасына үйретеді, мәселенің объективті қарау диагностикасына, олардың орналасуы, негіздемесі, аурудың себептерін анықтауда септігін тигізеді [13, 191].

Осы тұрғыда дана Абай адам проблемасында, оның табиғи және әлеуметтік жақтарының арақатынасында, адамгершілік, кемелдену, гуманизм идеяларында өзгеше пайымдайтын сананы тудырды. Ұлы ғұламаның жарық дүниеге келген адам баласының маңдайына жазылған тағдыры, оның дүниеден алатын орны мен ролі жайлы философиялық пайымдауы, сан қилы да күрделі адам болмысын, жан-жақты әлеуметтік қарым-қатынасы, адамдарды түзу жолға түсіреді, тұлғаның рухани-адамгершілік құндылықтарына, адамның адами қасиетінің дамуын негізге алып, келер ұрпаққа бір сөзбен «Адам бол!» деген ұстанымды қалдырады. Абайдың ойынша – нағыз адам болу үшін, тек қана өзінді тану арқылы сыртқы мәдениетке, тілге дінге мән бере отырып, дамуға, сол арқылы адамгершіліктің негізгі принциптері – қайырымдылық, биік талғам, шындық, әділдік негіздерін қабылдау. Ол - «Сен де бір кірпіш дүниеге кетігін тап та, бар қалан,» - дей отырып, әркімнің сол таңдаған жолында белгілі бір дара ұстанымы, өзінің жеке таңдаулары мен дүниеде өз орнын таба білу қасиетінің болуы шарт екенін айтады [14, 280].

Егер жас маман қиындықтарды жеңе білсе, бойында қалыптасқан дағдылары болса және қоғамдық жұмыстарды жасауға құлшынысы болса, шынайы қателіктерді және объективті шынайылықтарға қарама-қайшылықты байқауға қабілетті болса, бойында өзін өзі сынау қасиеті бар болса, онда оны осы заманға сай және саналы тұлға деп есептеуге болады. Өйткені, ол қоғамның дамуы мен қажеттіліктерін түсінеді.

Қоғамдағы өзінің орнын айқындап, қоғамның пайдасына жұмыс істеуге, оны жақсарту мақсатына атсалысуға тырысады. Бұл өз кезегінде оның осындай сарапшы әлеуметтік даму заңдылықтарын меңгергенін дәлелдейді, яғни білім философиясын, оның ішінде ойлау мәдениетін иеленгенін дәлелдейді.

Әрдайым белсенділік қызмет деңгейінің индикаторы ретінде көрініс тауып, тұлға ретінде адамның даму деңгейі танылған қажеттіліктің деңгейімен байланыса отырып, ойлау мәдениетін, уақытты сезінуді ұғындырады. Мамандардың ойлау бағытын, осындай аспектілер негізінде бастамаға бағыттау, жауапкершілікті арттыру және шығармашылық ізденістерді қалыптастыру, қоғамның экономикалық және мәдени дамуының табыстарына байланысты. Сонымен қатар философияны ЖОО оқытудың өз артықшылықтары бар. Себебі, социумның кәсіби элитасын қалыптастыруда философиялық білім дүниетанымдық, гносеологиялық, аксиологиялық және әдістемелік функцияларды жүзеге асыруға көмектеседі. Бұны түйіндей келе, Оксфорд университетінің профессоры М. Дамметт: «философия мәдениетте адамзаттың данышпандығының орнын басады» [15, 669] дейді.

Философиялық мәдениетті тәрбиелеу сияқты маңызды мәселеде қатаң ұйымдастыру, келісімділік және ғылыми көзқарас қажет. Философиялық білімнің теориялық негіздерінде, әсіресе, кәсіби қызмет барысында, этика мен логика ретінде философиялық антропология сияқты тақырыптарды оқып-үйрену барысында алынған білімдердің, ғылыми-философиялық әдістемелердің – денсаулық сақтау мамандары үшін маңызы зор. Медицианың әр саласында дәрігер логикалық, аксиологиялық және этикалық мәселені шеше білуі қажет, себебі қазіргі қоғамдағы, медициналық білім беру осы адамгершілік этикамен, клиникалық ойлаудың науқасқа бағдарланған деонтологиялық дағдыларымен ажырамас бірлікте. Дәрігер философиялық және әдістемелік бағытта білім алуы керек. Заманауи қоғамға жоғары интеллектуалдық, кең дүниетаным бар, шығармашылық ойлау мен адамгершілігі жоғары медицина мамандары қажет және мұның қалыптасуында философияның алатын орны ерекше [16, 302].

Халыққа қызмет етіп, жақсылық жасау үшін ғаламды төңкеріп бай болып немесе күллі адамзатты басқарып, патша болуымыз міндетті емес (Аристотель). Медицина саласын таңдау, менің ойымша, осы салада еңбек атқарар адамның ерікті түрде, өз қалауымен, белгілі бір мақсатты көздеп қана жүзеге асыратын қадамы. Мен осындай адамдар тобын ақ жүректі, кеңпейіл, кіршіксіз пәк жандардер едім. Ғұлама ойшыл Аристотель бұл жайында «Өмірдің мәні-айналаңа қызмет етіп, көмек көрсету», - дейді [17,358]. Есімі тарихта қалған австриялық психоаналитик Виктор Франкл: «Біз өмірге айналадағы жұртты қуанту үшін ғана келдік. Қасындағы адамның түріне, жынысына, мәртебесіне, діни сеніміне, әлеуетіне қарамастан оған шаттық сезім сыйлау үшін ғана туылғанбыз», - дейді. Ол өзінің жұмыс жасап отырған клиникасының ақшаға тәуелді екенін біліп тұрса да, адамдардан алғыс есту

үшін ақысыз қызмет көрсетуге құмартып алған екен. Жағдайы жоқ мұқтаж жандарға тегін қарасқан сайын оның өмірге құштарлығы арта береді. Осылайша Франкл шыбын жанға толассыз шабыт сыйлайтын шаттық сезімді кеудесінен шығарып алмау үшін барлық адам ұрпағына риясыз қызмет ету керектігін ұғына түседі. Осы жаңалығының негізінде Франкл депрессия мен суицидке қарсы «соғыс» ашады. Және бұл ашқан соғысы жүзеге асқан деседі...» Өмірдің мәні не?», «Бізді тіршілікке ғашық етіп, ажалмен айқасуға батылдық беретін қандай күш?» деген сұраққа Франкл: «Өмірдің мәні – өзгеге қуаныш сыйлау. Өмір жолында саған серік болған адамды қуанту. Оның көңіл-күйін шаттық сезімге толтыру. Адамдарға риясыз қызмет ету арқылы өзіңді де оны да шаттыққа бөлеу», – дейді. Бұл мәселе философия ғылымының басты мәселелерінің бірі екені айқын. Бұл да кімді болмасын терең ойға қалдыратын, санасын оятатын қасиетті ой-пікір.

Осы тұрғыда Ш. Құдайбердінің «Үш анық» атты философиялық еңбегінде тұлғаны рухани қалыптастыру мәселесіндегі маңызы ерекше екеніне тоқтала кетелік. Ғұлама-ойшыл материализм жолындағы таным – бірінші анық, дін жолындағы идеалистік таным – екінші анық деп ара жігін ажыратады. Тән мен жанның үйлесімділігін, жанның саналы толысуын түсініп, ар-ұжданның өмірге таяныш екенін сезген адам ғана жүрегіндегі таза кіршіксіз махаббаты арқылы жаратушыны танып, өмірдің мәнін, өзінің өмірге не үшін келгенін саналы түрде ұғынып, жарқын болашаққа жететіндігінің ақиқаттылығына көзін жеткізеді. Ш. Құдайбердіұлының еңбектеріндегі «жан, рух» жайындағы ой түйіндері тұлғаның руханилық санасын – өмірдің мәнін, өзінің өмірдегі орнын, өз тағдырын халықтың тағдырымен ортақ деп түсіну қабілетін дамытуға, жақын адамдардың алдындағы жауапкершілігін сезінуге, өзінің жеке басына тән азаматтық және адамгершілік парызын орындауға т.б. мүмкіндік беретін ой жетегінен адамгершілік рухани қадір-қасиеттердің біртұтастығы және оның қалыптасуы жан мен рухтың, тәннің үйлесімділігі туындайтынын ұғындырады. Жүрек жылуынсыз тек қана ақылмен қабылданған білім адамның өзіне де, қоғамға да болашаққа да теріс ықпал етеді. Жас ұрпақтың сатылы, кезектесті білім алуы процесінде, болмысын қалыптастыруда адамның рухани құрамдас бөлігін тәрбиелеумен, біліммен қатар дамытқан, яғни білімге адами және рахымдылық сипат беріп, ақылды жүрек жылуымен нұрландырған жөн. Жүрек жылуы, адам жанын түсіну, әрине, ең алдымен дәрігер боламын деген әр бір болашақ маманға ауадай қажет деп ойлаймын.

Медицина саласының маманы өзінің бүкіл ғұмырын басқа адамдардың дертіне дауа іздеп, қиналғанда демеу беріп, емдеуге арнайды. Қай тұрғыдан алсақ та, «Дәрігер мамандығы – ең беделді де, сыйлы мамандық». Ол адамнан өз мүддесін ұмытуды, жан дүниесінің кіршіксіз тазалығын, мақсат-ниетінің пәктігін талап етеді, – деп орыс ғалымы А.П.Чехов айтып кеткен [18, 22]. Бүгінгі күні дәрігер мамандығын

алған мамандардың атқарар жүгі де, жауапкершілігі де орасан. Осы тұста шынайы дәрігер тұлғасы, оның азаматтық болмыс-бітімі де басқа мамандықтардан ерекшеленетіні сөзсіз. Болашақ дәрігер өз ісінің шебері, өз жұмысына жауапкершілікті, өзіне тапсырылған міндетке мұқият болуы керек деген жауапкершілік сол маманның тікелей қасиеті болса, оған қосымша қоғамдық пәндер дәрігер мамандық басқа қырынан тәрбиелейтіні анық. Қоғамдық пәндердің негізгі мақсаты – әрқашан да жастардың қоғамдық санасын, жалпы дүниетанымдық көзқарастарын қалыптастыра отырып тәрбиелеу мен оқыту болып табылады. Әрбір жоғарғы оқу орнын бітірген маман ғылыми көзқараста, кең түрде ойлай алатын, өмірлік проблемаларды философиялық түрде түсініп, қоғамдық дамудың заңдылықтарын шеше алатындай қабілетті болу керек. Соның ішінде медицина саласына келген әрбір студентке аса қажетті пәндердің бірі – философия.

Адам өзін өзі тануға талаптанбаса, оның қолынан өзге адамдарды танып түсіну келмейді, демек бұл жан оларға көмектесе де алмайды. Студент тұлғасының өзін өзі тануы білім беру жүйесінде жетекші мақсаттардың біріне айналуы керек. Студенттің «Менін» позитивтік өзгерту – қазіргі таңда философия ғылымына деген гуманистік көзқарастың бірден-бір маңызды саласы, оқыту мен тәрбиелеу ісіне қатысы бар әр адамның өзін өзі адамгершілік тұрғыда дамытуын қамтамасыз ететін басты құралы. Медицина маманының өзін өзі дамыту қағидаларын меңгеруі қажет, әйтпесе ол өзгелерге бұл процесте қажетті көмек бере алмайды. Ал қажетті жағдайда дұрыс шешім қабылдау үшін әр маман боламын деген студентке қажетті жағдайда адамгершілік, рухани, адами қабілеттерін философия ғылымы нақты әрі жан-жақты оқыта отырып қалыптастыра алатыны сөзсіз.

Ұлы Абай «Сен де бір кірпіш дүниеге, кетігін тапта бар қалан», - деп, әр адамның таңдаған жолында белгілі бір дара ұстанымы, өзінің жеке таңдаулары мен қоғамда өз орнын таба білу қасиетінің болуы шарт екенін атап көрсетеді. Медицина мамандығы – қай дәуірде де қоғамның жоғары сұранысына ие салаларының бірі. Абайдың пікірі бойынша адамгершілік нормалары мен принциптерін күнделікті өмір сүру тәсіліне айналдырған адамды ғана нағыз адам деп есептеуге болады. Менің пікірімше, әрбір мамандық иесі осы қағиданы есте ұстау тиіс. Сондықтан: «адам болам десеңіз, оған қайғы жесеңіз...Бес нәрседен қашық бол (Бес дұшпан – өсек, өтірік, мақтаншақ, еріншек, бекер мал шашпақ), Бес нәрсеге асық бол (Бес асыл іс – талап, еңбек, терең ой, қанағат, рақым)». Абай: «Күллі адам баласын қорқылатын үш нәрсе бар, сонан қашпақ керек дейді. Әу-

елі надандық, екінші еріншектік, үшіншісі зұлымдық. Үш нәрсе адамның жақсы қасиеті: ыстық қайрат, нұрлы ақыл, жылы жүрек». Бұл жерде Абай «адам болу» қағидасын ұсынады. Бекер даурығып, өтірік айтып, жалқау болудың орнына өнер-білімнің арқасында өзінің орнындай тап дейді. Адам өміріне мән беретін, негізгі нәрсе өзінің бойындағы адамшылдықты жоймау. Бүкіл өмір бойында адамға лайықты өмір сүру. Бұл дүниеге адам болып келген соң, адам болып кету керек. Қандай жағдай болмасын, адамдық қасиетті жоғалтып алмау, адамның басқа адамдар алдындағы жауапкершілігі. Ол адам тарапынан ерік-жігерді, қайратты қажет етеді [19,384]. Адам неғұрлым талантты, дарынды болған сайын, ол өзінің еңбегін, шығармашылығын, тапқырлығын үстей береді, сөйтіп оның еңбегі нәтижелі еңбек болады.

«Басы ауырып, балтыры сыздаған» кез келген адамға қол ұшын бере алатын, көмек қолын соза алатын құдірет иесі біреу-ақ, ол – дәрігер. Ағзасын ауру мендеген науқас адамға ерекше көңіл бөлу, рухани дем беру, дертіне шипа, жанына жылу сыйлау – әрбір дәрігердің парызы. Ежелгі грек философы Сократ: «Жанды емдемей, тәнді емдей алмайсың» деген. Бүгінгі таңда диплом алған маман атағын алған жандар баршылық, алайда өз ісіне шын берілген, ойы мен ісін шеберлікпен ұштай алатын нағыз мамандар саны азайып келе жатқаны да жасырын емес. Бұл – бірінші кезекте ойсыз, тәжірибесіз, ал ең бастысы адамгершілік-этикалық нормаларсыз алған білімнің кесірі екені анық.

Қазіргі жаһандану дәуірінде еліміздің экономикасын, экологиясын, энергетикасын т.б. салаларын дамыту жолында да көптеген мамандар еңбек етуде. Соның ішінде қазіргі таңда ерекше жауапкершілікті талап ететін, адам өмірінің арасышысы болып есептелетін дәрігер мамандарын даярлаудағы білім үрдісінде, жаңа әдістерді қолданудың өзектілігі күн санап артып келеді. Сонымен қатар, дәрігердің кәсіби қызметінде білім мен тәжірибе оның өз бойындағы парасаттылықпен, ішкі мәдениетпен (әдептілікпен) гармониялық үйлесім тапқанда ғана зор табысқа жетеді. Адам танымы – шексіз, алайда, оны дұрыс бағытта қалыптау, оған философиялық сипаттағы аксиологиялық мән берудің орны, оның ішінде болашақ дәрігерлерді даярлауда ерекше маңызды. Сондықтан бұл тұрғыдан ала отырып, философия пәнінің және онымен байланысты, қазіргі күні жоғарғы білім беру бағдарламасынан алынып тастағалы жатқан өзге де қоғамдық-гуманитарлық пәндердің орны ерекше екенін ұмытпағанымыз жөн.

Келіп түсті: 09.04.2018.

Баспаға қабылданды: 17.05.2018.

Әдебиеттер тізімі:

1. Шишков И.З. История и философия науки: Учебное пособие. Изд. 2-е, перераб. и расш. М.: Ленанд, 2018;64.
2. Батурин В.К. Философия науки: учебное пособие. М.: ЮНИТИ–ДАНА 2012;303.
3. Володин Н.Н., Шухов В.С. Медицинское образование на рубеже веков. Лечащий врач 2000;68.
4. Гагаев А.А. Философия здравого смысла: Критика оснований разума. Книга 2-2.
5. Гранин Ю.Д. История науки в зеркале философии. Высшее образование в России. 2012;1:156-159.
6. Кондратьев В.П. Философия и медицина: учеб. пособие. Тула: Изд-во ТГУ, 2002;218.
7. Лебедев С.А. Философия науки: Общие проблемы. М.: МГУ, 2012;336.
8. Лебедев С.А. Философия науки. 2-е изд., пер. и доп. Учебное пособие для магистров, М., 2015;205.
9. Нерсесянц В. С. Философия права: учебник. М.: Инфра М, 2013;835.
10. Осипов А.И. Философия и методология науки: учебное пособие. Минск: Белорусская наука 2013;285.
11. Подорога В. О чём спрашивают, когда спрашивают, что такое философия? Топос. Философско-культурологический журнал 2012;1:27-35.
12. Гагаев А.А., Гагаев П.А. Здравый смысл как основание науки. М.: 2015;185.
13. Спиркин А.Г. Философия. М.: Юрайт, 2015;568.
14. Топос. Философско-культурологический журнал 2012;1:191.
15. А.Құнанбаев: шығармалары. Қазақ Ағартушылық философиясы. 10 том. Астана 2007;280.
16. Апполонов А.В. и др. Философия: учебник. Москва: Проспект: Издательство Московского университета 2015;669.
17. Руденко А.М., Самыгин С.И., Положенкова Е.Ю. Философия: учебное пособие. М.: Инфра–М, 2013;302.
18. Бучило Н.Ф. и др. Философия: учебник. Москва: Проспект 2013;385.
19. Сычёва Л. Наш современник доктор Чехов. Литературная Россия 2010;22.
20. Абай Құнанбайұлы. Өкінішті көп өмір кеткен өтіп...: Өлеңдер, поэмалар, қара сөздер. Алматы: «Раритет» 2008;384.

Spisok literatury:

1. Shishkov I.Z. Istoriya i filosofiya nauki: Uchebnoye posobiye. Izd. 2-ye, pererab. i rassh. M.: Lenand, 2018;64.
2. Baturin V.K. Filosofiya nauki: uchebnoye posobiye. M.: YUNITI–DANA 2012;303.
3. Volodin N.N., Shukhov V.S. Meditsinskoye obrazovaniye na rubezhe vekov. Lechashchiy vrach 2000;68.
4. Gagayev A.A. Filosofiya zdravogo smysla: Kritika osnovaniy razuma. Kniga 2-2.
5. Granin YU.D. Istoriya nauki v zerkale filosofii. Vyssheye obrazovaniye v Rossii. 2012;1:156-159.
6. Kondrat'yev V.P. Filosofiya i meditsina: ucheb. posobiye. Tula: Izd-vo TGU, 2002;218.
7. Lebedev S.A. Filosofiya nauki: Obshchiye problemy. M.: MGU, 2012;336.
8. Lebedev S.A. Filosofiya nauki. 2-ye izd., per. i dop. Uchebnoye posobiye dlya magistrrov, M., 2015;205.
9. Nersesyants V. S. Filosofiya prava: uchebnik. M.: Infra M, 2013;835.
10. Osipov A.I. Filosofiya i metodologiya nauki: uchebnoye posobiye. Minsk: Belorusskaya nauka 2013;285.
11. Podoroga V. O chom sprashivayut, kogda sprashivayut, chto takoye filosofiya? Topos. Filosofsko-kul'turologicheskiy zhurnal 2012;1:27-35.
12. Gagayev A.A., Gagayev P.A. Zdravyy smysl kak osnovaniye nauki. M.: 2015;185.
13. Spirkin A.G. Filosofiya. M.: Yurayt, 2015;568.
14. Topos. Filosofsko-kul'turologicheskiy zhurnal 2012;1:191.
15. A.Qunanbaev: shıǵarmaları. Qazaq Aǵartwshılıq filosofiyası. 10 tom. Astana 2007;280.
16. Appolonov A.V. i dr. Filosofiya: uchebnik. Moskva: Prospekt: Izdatel'stvo Moskovskogo universiteta 2015;669.
17. Rudenko A.M., Samygin S.I., Polozhenkova Ye.YU. Filosofiya: uchebnoye posobiye. M.: Infra–M, 2013;302.
18. Buchilo N.F. i dr. Filosofiya: uchebnik. Moskva: Prospekt 2013;385.
19. Sychova L. Nash sovremennik doktor Chekhov. Literaturnaya Rossiya 2010;22.
20. Abay Qunanbayuli. Ökinişti köp ömir ketken ötip...: Öleñder, poémalar, qara sözder. Almatı: «Raritet» 2008;384.

ӘОЖ 37.035.6(574.1)

МРНТИ 02.51.45

ЖАҢА ҚАЗАҚСТАНДЫҚ ПАТРИОТИЗМ ҚАЛЫПТАСТЫРУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

Б.А. МОЛДИН

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті,

Ақтөбе, Қазақстан

Жаңа қазақстандық патриотизм қалыптастыру мәселелері

Б.А. Молдин

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан

Өзектілігі. Жаһандық даму процесінде қоғамның барлық салалары өзгеріп жаңаша сипатқа еніп жатқан кезеңде, адамның құндылықтарымен бірге оның қажеттіліктері де, талаптар да өзгереді. Осы тұста мемлекет те азаматтарына оның ішінде жастарға жаңа талаптарға қарай әлеуметтену мәселесін қойып отыр. Сондықтан жаңа қазақстандық патриотизм қалыптастыру мәселесі – өте өзекті тақырыптардың бірі.

Зерттеудің мақсаты. Жаңа қазақстандық патриотизм қалыптастыру теориялары мен маңызын оның қиындықтарын анықтау.

Зерттеудің әдістері мен деректері. Отандық және әлемдік ғалымдардың ғылыми әдебиеттерін, мемлекетте қабылданған заңдарды және жастар саясаты туралы бағдарламалар мен статистикалық мәліметтерге сүйене отырып талдау жасау.

Қорытынды мен талқылаулар. Жаңа қазақстандық патриотизм қалыптастырудың жолдары мен қиындықтары, жастар саясаты туралы заңдар мен бағдарламалардағы жастардың дамуына берілген мүмкіндіктер оның ішінде саяси, экономикалық, құқықтық, мәдени, әлеуметтік мәселелер анықталды.

Негізгі сөздер: реформа, жастар, стратегия, патриотизм, модернизация, институт, инновация.

Вопросы формирования нового казахстанского патриотизма

Б.А. Молдин

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актөбе, Казахстан

Новый казахстанский патриотизм - это достижение многонационального и поликонфессионального общества. Статья содержит три части: в первом разделе дается определение понятия «патриотизм», во втором - трудности, которые встречаются в ходе патриотического воспитания, в третьем разделе – формирование казахстанского патриотизма и пути решения трудностей.

В данной работе раскрывается значение молодежной политики как составной части государственной политики, в том числе теории формирования нового казахстанского патриотизма. Рассмотрены приемлемые формы повышения политической активности молодежи, создание условий социально-экономического развития, их активное участие в общественно-политической жизни государства, государственные реформы молодежной политики Республики Казахстан.

Ключевые слова: реформа, молодежь, стратегия, патриотизм, модернизация, институт, инновация.

Issues of formation of new Kazakhstan patriotism

B.A. Moldin

West Kazakhstan Marat Ospanov State Medical University, Aktobe, Kazakhstan

The article is divided into three parts: the first section provides a definition of patriotism; in the second there are the difficulties of the patriotic education; in the third kazakh patriotism generation and the ways of difficult decisions are described. This article shows the importance of youth policy as an integral part of public policy, including the theory of formation of new Kazakhstani patriotism. Increasing political activity of youth, creating conditions of socio - economic development, and their active participation in the socio - political life of the state, the state of reform of the youth policy of Kazakhstan are considered.

Keywords: reform, youth, strategy, patriotism, modernization, institute, innovation.

Жаһандық даму процесінде қоғамның барлық салалары өзгеріп жаңаша сипатқа еніп жатқан кезеңде, адамның қажеттіліктерімен бірге оның құндылықтары да, талаптар да өзгереді. Осы тұста мемлекетте азаматтарына оның ішінде жастарға жаңа талаптарға қарай әлеуметтену мәселесін қойып отыр. Міне осы үрдіс қоғамдағы өзекті мәселелердің бірі жаңа қазақстандық патриотизмнің үлгісі оны қалыптастыру жолдары мен қиындықтары қандай деген сұрақтарға жауап іздейді.

Қазақстан Республикасының Президенті «Болашаққа бағдар: Рухани жаңғыру» атты мақаласының басымдық бағыттарында қоғамды рухани жаңғырту арқылы халықтық бірегейлік қалыптастыруды нақты көрсеткен. Оның ішінде білімнің салтанат құруы, ұлттық бірегейлікті сақтау, сананың ашықтығы, бәсекеге қабілеттілік, прагматизм мәселелері жас буын, мемлекеттің болашағы жастарды тәрбиелеуде аса маңызды екені анық. Қазақстан халықтарының демографиялық

Молдин Б.А. – саясат ғылымдарының магистрі, Қазақстан тарихы және қоғамдық пәндер кафедрасының аға оқытушысы, e-mail: Poliglot_kz@mail.ru

құрылымы негізінен жастар республиканың әрбір екінші тұрғыны отыз жасқа толмаған азаматтар екенін ескерсек, Қазақстанның да болашағы ел жастарының даму деңгейімен, олардың қоғамда ықпалдасуымен байланысты. Қоғамның негізгі тірегі қозғаушы күші саяси, экономикалық, әлеуметтік реформаларды жетілдіруде қоғам құрылымдарын модернизациялауды жүзеге асыратын да – жастар. Қазақстан Республикасының Президенті «Қазақстан-2050» Стратегиясы: қалыптасқан мемлекеттің жаңа саяси бағыты» атты халыққа жолдауының жетінші бағытын: «Жаңа қазақстандық патриотизм – біздің көпұлтты және көпконфессиялы қоғам табысының негізі» деп атады [1]. Жаңа қазақстандық патриотизм ұғымы жаңаша сипатқа ие болды, өйткені постиндустриалды қоғамның талаптары мен құндылықтары өзгерді. Бірақ қандай қоғам болмасын онда ұлттың мінез-құлық ерекшелігі, өмір сүру дәстүрі ескерілуі керек. ҚР Президенті «Патриот» болу – «Бұл Қазақстанды өз жүрегінде ұялату және оны басты құндылық деп санау» керек деген болатын [2]. Жас қазақстандықтар үшін Елбасының өмірі мен еңбек жолы – өз елінің патриоты болудың жарқын үлгісі болып табылады. Жаңа қазақстандық патриотизмнің басты құндылықтары жастарға арналған бағдарламаларда анықталған. Оның ішінде жастардың дәстүрлі құндылықтары білім мен мансап, білім беру жүйесінің еңбек нарығына айқын бейімделуді, анықталған қажеттіліктер мен технологиялық жаңалықтарды ескере отырып, білім беру мен кәсіптік даярлау жүйесінің экономикалық, әлеуметтік және кәсіпкерлік болмысқа сәйкес болуы талап етіледі. Жастар арасында ғылымның мәртебесін арттыру және оларды инновациялық жобаларды әзірлеуге қатыстыру – жастар саясатының негізгі бағыттарының бірі. Екінші бағыты жалпыға ортақ еңбек қоғамында жастардың аса маңызды негізгі құндылықтары жастарды экономикалық еңбек қызметіне тартуға негізделген еңбексүйгіштік пен ерекше еңбек этикасы болуы керек делінген. Қоғамды нақты айтқанда жастарды жоғарыда айтылған идеяларға бағыттау үшін жүйелі жұмыстар мен саяси – экономикалық, рухани тәрбиелеу қажет. Патриотизм өз жеріне, оның тарихына, мәдениетіне, онда тұратын халыққа, мерекелері мен күнделікті өміріне, мемлекеттік нышандарына деген айрықша тұлғалық қарым-қатынас қалыптастыру. Жастардың санасына патриотизм – өзің, отбасың және біздің Отанымыз үшін деген ұлы жауапкершілік екенін сіңіру ерекше маңызды.

Шығыстың көрнекті ойшылы Әл-Фараби көрсеткендей: «Тәрбиесіз берілген білім, адамзаттың қас жауы» [3]. Қазіргі уақытта жастарды тәрбиелеуде кездесетін негізгі мәселелер де жоқ емес. Олардың қатарына жастарға патриоттық тәрбие берудің басым бағыттарының бірі идеологиялық бағдарлардың өз деңгейінде насихатталмауы, өмірлік құндылықтардың шынайы патриоттық сезімдерді мойындамауға жетелейтін тар прагматикалық көзқарастармен

ауыстырылуы, халықтың кейбір бөлігінің еңбек етпей табылған молшылықты дәріптеуі, әділдікке сенбеушілік сезімдерінің туындауы, заңға мойын ұсынушылықтың төмен болуы, әлеуметтік институт ретінде отбасының тәрбиелік рөлінің әлсіреуі, бұқаралық ақпарат құралдары оның ішінде интернет материалдары, әлеуметтік желілердегі жеке тұлғаның қалыптасуына кері ықпал ететін ақпараттардың болуы деп есептейміз. Бұл біздің елімізде ғана емес әлемде болып жатқан мәселе, осы процестер жастар арасындағы белгісіздік жағдайлардың шиеленісуіне және халықтың кейбір бөліктері негізгі күшін өмір сүруге қажетті қарапайым амалдарды жасауға бағытталуы, дәстүр мен ұлттық мәдениеттің орнына теріс ағымдардың ішінара бой алу, білім алушыларда ақпараттардың көп болып оны талдай алмауына немесе азаматтардың рухани құндылықтарын тұтынушылық қызметтердің ауыстыруына әкеледі.

Сонымен қатар қазір елімізде төрт миллионға жуық жастар болса, оның 10%-ы – арнайы мамандығы жоқ және жұмыссыз. Дипломы бар бірақ жұмыс таба алмайтын немесе мамандығына сұраныс жоқ азаматтарымыз да бар. Әрине оған жастар кінәлі емес, бұл жерде жастарды әлеуметтік – экономикалық тұрғыдан қолдайтын ата-ана, мектеп және маман ретінде дайындайтын оқу орындарының жауапкершілігі. Қазіргі уақытта баланың тәрбиесіне ата-ана, баланың білімі мен тәртібіне мектеп, маманның жұмысқа орналасуы мен білім сапасына оқу орындары жауап беруі керек. (автор – Б.М).

2014 жылы осы мақсаттарды жүзеге асыруда «Қазақстан 2020: Болашаққа жол «Қазақстан Республикасы мемлекеттік жастар саясатының 2020 жылға дейінгі тұжырымдамасы» дайындалды және 2015 жылы Парламенттің жалпы отырысында «Қазақстан Республикасының мемлекеттік жастар саясаты туралы» ҚР Заңы қабылданды [4].

Реформаларды жүзеге асыруда барлық салалардың механизмдерін жетілдіру жұмыстары, жүзеге асырылып жатырғаны белгілі. Аталған заңдар мен реформалар жастардың әлеуметтік-экономикалық дамуына, сондай-ақ мемлекеттің қоғамдық-саяси өміріне жас азаматтардың белсенді қатысуы үшін жағдай жасауға бағытталған мемлекеттік жастар саясатының тиімді үлгісін қалыптастыру мақсатында әзірленген. Бұл ретте құжатта мемлекеттік жастар саясатының басты міндеттері мен негізгі бағыттары айқындалып, осы бағыттағы орталық мемлекеттік органдардың құзыреттері бекітілген. Жалпы алғанда заңның, реформаның негізгі мақсаты жастардың табысты әлеуметтенуіне бағытталған тиімді мемлекеттік жастар саясатын қалыптастыру үшін заңнаманы жетілдіру, олардың әлеуетін ел дамуына жұмсау болып табылады. Бұдан бөлек, құжатта мемлекеттік жастар саясаты субъектілерінің жұмыс істеуіне құқықтық мүмкіндіктер беру, жастармен тиімді жұмыс істеудің тетіктерін қалыптастыру, жастардың құқықтарын кенейту нормалары

қамтылған. Тұтастай алғанда құжатта мемлекеттік жастар саясатының басты үш міндеті қамтылып отыр. Бірінші, жастардың құқықтары мен заңды мүдделерін қорғау, екінші жастарды елдің әлеуметтік-экономикалық және қоғамдық саяси өміріне белсенді араластыру, үшіншіден мемлекетшіл азаматтарды тәрбиелеу және қазақстандық патриотизмді нығайту мақсаттары қойылған.

Осы реформада көрсетілген мемлекеттік жастар саясатының негізгі бағыттарында олардың ішінде қолжетімді және сапалы білім беруді қамтамасыз ету, ғылыми-техникалық әлеуетті дамыту, денсаулық сақтау, салауатты өмір салтын қалыптастыру, жұмыспен қамту, жастар арасында кәсіпкерлікті дамыту шараларын жүзеге асыру тапсырылған. Сонымен қатар жас отбасылар үшін қолжетімді тұрғын үй жүйесін дамыту, құқықтық мәдениет деңгейін арттыру, сыбайлас жемқорлық көріністеріне төзбеушілікке тәрбиелеу, экологиялық мәдениетті қалыптастыру, талантты жастардың қабілетін дамытуға жәрдемдесу және бос уақыт пен мәдени демалыс үшін жағдай жасау мәселелері де көзделген. Бұл мемлекет тарапынан жастардың саяси, әлеуметтік дамуына жасалған қолдау.

Ал, жастардың міндеттері – реформаларды жүзеге асырып мемлекеттің дамуына үлес қосу, отанының патриоты болу. Мемлекеттің дамуымен ұзақ жылдарға бағытталған «Қазақстан - 2050» даму Стратегиясын жүзеге асыруда жастардың ролі жоғары екені белгілі. Жастар мемлекет тарапынан болатын қамқорлықтың объектісі ғана емес, жастар – қоғам өміріне қатысушы және оның даму сапасына, қарқынына ықпал ететін белсенді субъект. Жаңа қазақстандық патриотизм қалыптастыруда барлық институттардың ролі мен орны маңызды. Соның ішінде білім институттарының жауапкершілігі мен жүктемесі күрделі. ҚР Президентінің «Болашаққа бағдар: Рухани жаңғыру» мақаласында атап көрсеткен қоғамдық ғылымдар философия, саясаттану, әлеуметтану, мәдениеттану пәндерінің ілімдері негізінде жастардың әлеуметтік-саяси білімдерін көтеру арқылы жаңа қазақстандық патриотизм қалыптастырудың ролі жоғары. Мысалы, саясаттану пәнінде саяси білімдерді бере отырып, саяси идеология, саяси мәдениет, саяси сана, саяси әлеуметтену, саяси модернизация, саяси конфликті, саяси дағдарыс ұғымдарын түсіндіру барысында еліміздің жаңару, даму жетістіктерін, саяси тұрақтылығын, экономикалық қуаттылығын аз уақыт ішінде қол жеткізген жетістіктері, даму потенциалының жоғары екені айтылады. Сонымен қатар «Қазақстан – 2050» даму Стратегиясының жеті бағыты, он сын қатар мен «Мәңгілік Ел» идеясының басты құндылықтары, «Ұлт жоспары: 5 институционалдық» реформасын жүзеге асырудағы жүз нақты қадамда көрсетілген маңызды салаларды түсіндіруде, талдай білуге үйретуде ерекше орын алады [5].

Қоғамды әсіресе жастарды саяси-әлеуметтік тұрғыдан дамыту мақсатында «Қазақстанның

әлеуметтік жаңғыруы: жалпыға ортақ еңбек қоғамына қарай жиырма қадам», «Қазақстан Республикасын үдемелі индустриялық-инновациялық дамытудың мемлекеттік бағдарламалары» жастарға өздерін көрсетуге, айрықша мүмкіндік беру үшін жасалған. Жастардың іске жұмыла білуінің экономикалық құндылығы аса жоғары. Зерттеулерге сүйенсек, жастардың үштен бірі жұмыс үшін елдің кез келген өңіріне баруға әзір екендігі анықталған. Кадр жетіспейтін немесе жұмыс орны бар аймақтарға әлеуметтік бейімделуге мүмкіндіктер жасалған. Оған мысал ретінде «Серпін» бағдарламасын айтуға болады. Міне осындай бағдарламаларды тиімді пайдаланып, жастарға насихаттап жоғарыдағы мәселелерді реттеуге әбден болады. «Қазақстан 2050 даму Стратегиясында» көрсетілген экономикалық прагматизм оның ішінде инновациялық экономикаға өту, қазақстандық жастардың инновациялық мінез-құлқын қалыптастыру міндеттерінің өзекті екенін көрсетті.

Сондықтан барлық жаңаны айрықша қабылдағыш, заңдар мен реформаларға бейімделгіш, мол әлеуеті мен шығармашылық зияткерлік энергиясы бар және әлеуметтік белсенді қызметке дайын жастар тәжірибеге жаңа идеяларды енгізіп, өндірістерді модернизациялауда ролі зор. Мемлекетімізде осы жүктемелерді жастарға тапсыра отырып, ел дамуының айқын жолы ғылым мен білім арқылы, елдің дамуына үлес қосатын мемлекетшіл азаматтардың қалыптасуы маңызды. Немесе мемлекеттегі «Үш тілділік» саясат жүргізу бағдарламасы да негізінен жастарға басымдық береді, бұл мақсатта реформа әлемнің тілін біліп өзге елдерге кетіп, әлем азаматы болу емес, керісінше жан-жақты азамат болып қалыптасып, ғылым мен техниканың тілін меңгеріп, әлемнің озық тәжірибесін жинақтап елінің дамуына үлес қосып, қызмет ету керек дегенді көрсетеді.

Итальяндық ғалым Г. Моска «Элементы политической науки» еңбегінде, «Мемлекет ғылымға бет бұрса – меритократия, қаржы мен табысты бірінші орынға қойса технократтық ал идеология жоғалса діни, авантюристер мен ұлтшылдар қалыптасады» деп тұжырымдаған [6, 2156]. Президент Н.Ә. Назарбаев «меритократиялық» қағидаға сүйеніп мемлекет билігін қалыптастыруды тапсырған болатын. Бұл жүйені қалыптастыруда білімді, саяси белсенді мемлекетшіл патриоттардың қосатын үлесі зор болмақ. Меритократиялық қағида бойынша мемлекеттік және басқа да қызметтерге азаматтардың сатылап еңбек жолымен, білімі, дарыны, қабілетіне қарай көтерілуі тиіс [7]. Елінің патриоты, мемлекетшіл азаматтарды қалыптастыратын басты институт бұл отбасы, отбасы қоғам болмысының, мемлекеттің негізі, адалдық, адамгершілік және рухани үйлесім жүйесіндегі маңызды буын болып табылады. Отбасы қызметтері арқылы тұлға отанға, өзіне өз жақындары үшін әлеуметтік жауапкершілік сезімін қалыптастырады. Өмірдің құндылығы, қауіпсіздігі және оны жалғастыру отбасымен тікелей байланысты болғандықтан, отбасы

жастар саясаты мәселелерінде негіз болуы қажет. Себебі, «Отбасы шағын мемлекет».

Қоғам – тірі организм, оның құрылымдары бір-біріне тәуелді, әрбір тұлға өзіне жүктелген тапсырмаларды жауапкершілікпен дұрыс атқарса өндірістің де сол арқылы мемлекеттің де дамуына өз деңгейінде үлес қосады [8].

Қорыта айтқанда, жаңа қазақстандық патриотизмнің негізгі қағидалары мемлекеттің тарихын, ұлттық құндылықтарды (тілін, тарихын, менталитетін, дәстүрін), мемлекеттің заңдарын, рәміз-

дерін білу мен қатар мемлекет алдындағы міндеттерді орындауды жатқызамыз. Антика дәуірінің ойшылы Платон «Идеялды мемлекет» құру теориясын тұжырымдаған, біздің пікіріміз идеялды мемлекет – өзің туып өсіп, білім алып, еңбек етіп өмір сүріп жатқан мемлекет. Елінің Патриоты болу өз ісінді жауапкершілікпен атқарып, міндеттерінді орындап, мемлекеттің дамуына үлесінді қосу.

Келіп түсті: 10.01.2018.

Баспаға қабылданды: 05.02.2018.

Әдебиеттер тізімі:

1. ҚР Президенті Н.Ә.Назарбаев «Болашаққа бағдар: Рухани жаңғыру» Егемен Қазақстан, сәуір 2017 жыл.
2. ҚР Президентінің «Қазақстан - 2050» Стратегиясы қалыптасқан мемлекеттің жаңа саяси бағыты» атты Қазақстан халқына Жолдауы, Егемен Қазақстан, 14 желтоқсан 2012 жыл.
3. Тайжанов А.Т. «Батыс Қазақстан медицина журналы» 2015;45(1):16-20.
4. «Қазақстан Республикасы мемлекеттік жастар саясатының 2020 жылға дейінгі тұжырымдамасы» Егемен Қазақстан 2014.
5. Тайжанов А.Т., Шәмші Б.И., Молдин Б.А. «Саясаттану». Ақтөбе 2015.
6. Балапанова Ә.С., Молдин Б.А. «Хабаршы» әл-Фараби атындағы Қазақ Ұлттық Университеті, серия 2010;2:23-27.
7. Шәмші Б.И. «Батыс Қазақстан медицина журналы» 2014;46(2):14-18.
8. Молдин Б.А. «Батыс Қазақстан медицина журналы» 2015;45(1):58-62.

Spisok literatury:

1. QR Prezidenti N.Ä.Nazarbaev «Bolaşaqqa bağdar: Rwxanı jañğırw» Egemen Qazaqstan, säwir 2017 jıl.
2. QR Prezidentiniñ «Qazaqstan - 2050» Strategiyası qalıptasqan memlekettiñ jaña sayası bağıtı» attı Qazaqstan xalqına Joldawı, Egemen Qazaqstan, 14 jeltoqsan 2012 jil.
3. Tayjanov A.T. «Batis Qazaqstan medicina jwrnalı» 2015;45(1):16-20.
4. «Qazaqstan Respwblıkası memlekettik jastar sayasatınıñ 2020 jılğa deyingi tujırmdaması» Egemen Qazaqstan 2014.
5. Tayjanov A.T., Şәмші B.İ., Moldin B.A. «Sayasattanw». Aqtöbe 2015.
6. Balapanova Ä.S., Moldin B.A. «Xabarşı» әl-Farabı atındağı Qazaq Ulttıq Wniversiteti, seriya 2010;2:23-27.
7. Şәмші B.İ. «Batis Qazaqstan medicina jwrnalı» 2014;46(2):14-18.
8. Moldin B.A. «Batis Qazaqstan medicina jwrnalı» 2015;45(1):58-62.

1. Искакова Н.С., Самарова У.С. Қатерлі ісікке тұқымқуалаушылыққа бейім отбасыларға скринингтік зерттеулерді ұйымдастыру. Батыс Қазақстан медицина журналы 2018;58(2):4-13.
Искакова Н.С., Самарова У.С. Организация скрининговых исследований для семей, склонных к наследственным онкологическим заболеваниям. Медицинский журнал Западного Казахстана 2018;58(2):4-13.
Iskakova N.S., Samarova U.S. Screening research for families with hereditary oncological diseases. Medical journal of West Kazakhstan 2018;58(2):4-13.
2. Әжмұханбетова А.Ж., Баяділов М.С., Олжатаев С.К., Жақыпбекова Ж.Ж., Доланова Г.О., Жолдыбаева Г.Ө., Садыкова Г.С. Ыстық ауа райы жағдайында артериалды гипертензияның асқыну қаупі. Батыс Қазақстан медицина журналы 2018;58(2):14-19.
Ажмуханбетова А.Ж., Баядилов М.С., Олжатаев С.К., Джакипбекова Ж.Ж., Доланова Г.О., Жолдыбаева Г.У., Садыкова Г.С. Риск осложнений артериальной гипертензии в условиях жары. Медицинский журнал Западного Казахстана 2018;58(2):14-19.
Azhmuhanbetova A.Zh., Bayadilov M.S., Olzhatayev S.K., Jakipbekova Zh.Zh., Dolanova G.O., Zholdybayeva G.U., Sadykova G.S. Risk of hypertension developing in hot weather. Medical journal of West Kazakhstan 2018;58(2):14-19.
3. Темірбаева Г.Д., Самарова У.С. Дәрігер мен пациенттің өзара қатынасы. Батыс Қазақстан медицина журналы 2018;58(2):20-25.
Темірбаева Г.Д., Самарова У.С. Взаимодействие врача и пациента: обзор литературы. Медицинский журнал Западного Казахстана 2018;58(2):20-25.
Temirbayeva G.D., Samarova U.S. Doctor-patient communication: review of the literature. Medical journal of West Kazakhstan 2018;58(2):20-25.
4. Najam ul Hasan, Adnan Shafique, Shah Murad, Khalid Niaz, Hina Aslam, Hamid Mahmood. Аллопатия және дәрілік шөптер. Батыс Қазақстан медицина журналы 2018;58(2):26-30.
Najam ul Hasan, Adnan Shafique, Shah Murad, Khalid Niaz, Hina Aslam, Hamid Mahmood. Аллопатия и лекарственные травы. Медицинский журнал Западного Казахстана 2018;58(2):26-30.
Najam ul Hasan, Adnan Shafique, Shah Murad, Khalid Niaz, Hina Aslam, Hamid Mahmood. Allopathy, plants and medicinal herbs. Medical journal of West Kazakhstan 2018;58(2):26-30.
5. Oscar Iván de la Rosa Lemus, José Luis Rodríguez Chávez, Eduardo Hernández Garduño, Hugo Mendieta Zerón. Босанғаннан кейінгі преэклампсиясы бар әйелдердің жіті бүйрек жетіспеушілігін бағалаудың үш формуласын салыстыру. Батыс Қазақстан медицина журналы 2018;58(2):31-37.
Oscar Iván de la Rosa Lemus, José Luis Rodríguez Chávez, Eduardo Hernández Garduño, Hugo Mendieta Zerón. Сравнение трех формул для оценки острой почечной недостаточности у женщин с преэклампсией после родов. Медицинский журнал Западного Казахстана 2018;58(2):31-37.
Oscar Iván de la Rosa Lemus, José Luis Rodríguez Chávez, Eduardo Hernández Garduño, Hugo Mendieta Zerón. Comparison of three formulas to evaluate acute renal failure in preeclamptic puerperal women. Medical journal of West Kazakhstan 2018;58(2):31-37.
6. Жарылгапов А.Б., Койшыбаев А.К., Уразаев О.Н., Аманкосов А.А., Туляева А.Б. Атабездің семіномасының спонтанды регрессиясының сирек клиникалық жағдайы. Батыс Қазақстан медицина журналы 2018;58(2):38-42.
Жарылгапов А.Б., Койшыбаев А.К., Уразаев О.Н., Аманкосов А.А., Туляева А.Б. Случай спонтанной регрессии первичной опухоли при семиноме яичка. Медицинский журнал Западного Казахстана 2018;58(2):38-42.
Zharylgapov A.B., Koishybayev A.K., Urazayev O.N., Amankosov A.A., Tulyayeva A.B. Spontaneous regression of primary tumor of seminoma. Medical journal of West Kazakhstan 2018;58(2):38-42.
7. Койшыбаев А.К., Бегунов В.В., Уразаев О.Н., Жарылгапов А.Б., Джунаев Д.Р., Едигеева И.М., Койшыбаева Д.А. Тоқ ішектің бауырлық бұрышының жергілікті жайылған обыры кезіндегі оперативтік араласу тактикасы. Батыс Қазақстан медицина журналы 2018;58(2):43-48.
Койшыбаев А.К., Бегунов В.В., Уразаев О.Н., Жарылгапов А.Б., Джунаев Д.Р., Едигеева И.М., Койшыбаева Д.А. Тактика оперативного вмешательства при местно-распространенном раке печеночного угла ободочной кишки. Медицинский журнал Западного Казахстана 2018;58(2):43-48.
Koishybayev A.K., Begunov V.V., Urazayev O.N., Zharylgapov A.B., Junayev D.R., Yedigeyeva I.M., Koishybayeva

- D.A. The tactics of surgery of regional cancer of hepatic angle of colon. Medical journal of West Kazakhstan 2018;58(2):43-48.
8. Кудабаева Х.И., Космуратова Р.Н., Алтынбеков М.А., Макенова К.Ж., Смағұлова Ә.Қ. Эндокринолог дәрігердің тәжірибесінде кездесетін аутоиммунды полигландулярлы синдромның нұсқасы. Батыс Қазақстан медицина журналы 2018;58(2):49-54.
- Кудабаева Х.И., Космуратова Р.Н., Алтынбеков М.А., Макенова К.Ж., Смағұлова А.К. Варианты аутоиммунного полигландулярного синдрома в практике врача-эндокринолога. Медицинский журнал Западного Казахстана 2018;58(2):49-54.
- Kudabayeva Kh.I., Kosmuratova R.N., Altynbekov M.A., Makenova K.Zh., Smagulova A.K. Variants of autoimmune polygladular syndrome in the practice of an endocrinologist. Medical journal of West Kazakhstan 2018;58(2):49-54.
9. Капанова Г.Ж., Калигожин Ж.Г., Калмаханов С.Б., Хайдарова Т.С. ҚР ауру қызметтерінің құнын зерттеу және кесар тілігі мысалының шығынын талдау. Батыс Қазақстан медицина журналы 2018;58(2):55-60.
- Капанова Г.Ж., Калигожин Ж.Г., Калмаханов С.Б., Хайдарова Т.С. Изучение ценообразования на больничные услуги в рк и анализ затрат на примере операции кесарево сечение. Медицинский журнал Западного Казахстана 2018;58(2):55-60.
- Kapanova G.Zh., Kaligozhin Zh.G., Kalmakhanov S.B., Khaidarova T.S. Studying pricing for hospital services in the republic of kazakhstan and analysis of costs on the example of cesarean section. Medical journal of West Kazakhstan 2018;58(2):55-60.
10. Жангалиева А.Р., Дуйсенова А.А. Медицина мамандықтарында философия пәнін оқытудың танымдық қызметі. Батыс Қазақстан медицина журналы 2018;58(2):61-66.
- Жангалиева А.Р., Дуйсенова А.А. Познавательная деятельность в преподавании философии для медицинских специальностей. Медицинский журнал Западного Казахстана 2018;58(2):61-66.
- Zhangaliyeva A.R., Duisenova A.A. Cognitive activity in teaching philosophy for medical specialties. Medical journal of West Kazakhstan 2018;58(2):61-66.
11. Молдин Б.А. Жаңа қазақстандық патриотизм қалыптастыру мәселелері. Батыс Қазақстан медицина журналы 2018;58(2):67-70.
- Молдин Б.А. Вопросы формирования нового казахстанского патриотизма. Медицинский журнал Западного Казахстана 2018;58(2):67-70.
- Moldin B.A. Issues of formation of new kazakhstan patriotism. Medical journal of West Kazakhstan 2018;58(2):67-70.

ӨЗЕКТІ МАҚАЛА

ПРОБЛЕМНАЯ СТАТЬЯ

TOPICAL ARTICLES

1. Н.С. Искакова, У.С. Самарова
ҚАТЕРЛІ ІСІККЕ ТҰҚЫМҚУАЛАУШЫЛЫҚҚА БЕЙІМ ОТБАСЫЛАРҒА СКРИНИНГТІК
ЗЕРТТЕУЛЕРДІ ҰЙЫМДАСТЫРУ 4
Н.С. Искакова, У.С. Самарова
ОРГАНИЗАЦИЯ СКРИНИНГОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ДЛЯ СЕМЕЙ, СКЛОННЫХ К
НАСЛЕДСТВЕННОМУ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ. 4
N.S. Iskakova, U.S. Samarova
SCREENING RESEARCH FOR FAMILIES WITH HEREDITARY ONCOLOGICAL DISEASES 4

ШОЛУ МАҚАЛАЛАРЫ

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

ANALYTICAL REVIEW

2. А.Ж. Әжмұханбетова, М.С. Баяділов, С.К. Олжатаев, Ж.Ж. Жақыпбекова, Г.О. Доланова, Г.Ө. Жолдыбаева, Г.С. Садықова
ЫСТЫҚ АУА РАЙЫ ЖАҒДАЙЫНДА АРТЕРИАЛДЫ ГИПЕРТЕНЗИЯНЫҢ АСҚЫНУ ҚАУПІ 14
А.Ж. Ажмуханбетова, М.С. Баядилов, С.К. Олжатаев, Ж.Ж. Джакипбекова, Г.О. Доланова, Г.У. Жолдыбаева, Г.С. Садықова
РИСК ОСЛОЖНЕНИЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В УСЛОВИЯХ ЖАРЫ. 14
A.ZH. Azhmuhanbetova, M.S. Bayadilov, S.K. Olzhatayev, Zh.Zh. Jakipbekova, G.O. Dolanova, G.U. Zholdybayeva, G.S. Sadykova
RISK OF HYPERTENSION DEVELOPING IN HOT WEATHER. 14
3. Г.Д. Темірбаева, У.С. Самарова
ДӘРІГЕР МЕН ПАЦИЕНТТІҢ ӨЗАРА ҚАТЫНАСЫ 20
Г.Д. Темірбаева, У.С. Самарова
ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ 20
G.D. Temirbayeva, U.S. Samarova
DOCTOR-PATIENT COMMUNICATION: REVIEW OF THE LITERATURE 20

ЭКСПЕРИМЕНТАЛДЫ-КЛИНИКАЛЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕР

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

EXPERIMENTAL AND CLINICAL INVESTIGATIONS

4. Najam ul Hasan, Adnan Shafique, Shah Murad, Khalid Niaz, Hina Aslam, Hamid mahmood
АЛЛОПАТИЯ ЖӘНЕ ДӘРІЛІК ШӨПТЕР 26
Najam ul Hasan, Adnan Shafique, Shah Murad, Khalid Niaz, Hina Aslam, Hamid mahmood
АЛЛОПАТИЯ И ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ТРАВЫ 26
Najam ul Hasan, Adnan Shafique, Shah Murad, Khalid Niaz, Hina Aslam, Hamid mahmood
ALLOPATHY, PLANTS AND MEDICINAL HERBS 26
5. Oscar Iván de la Rosa Lemus, José Luis Rodríguez Chávez, Eduardo Hernández Garduño, Hugo Mendieta Zerón
БОСАНҒАННАН КЕЙІНГІ ПРЕЭКЛАМПСИЯСЫ БАР ӘЙЕЛДЕРДІҢ ЖІТІ БҮЙРЕК
ЖЕТІСПЕУШІЛІГІН БАҒАЛАУДЫҢ ҮШ ФОРМУЛАСЫН САЛЫСТЫРУ 31
Oscar Iván de la Rosa Lemus, José Luis Rodríguez Chávez, Eduardo Hernández Garduño, Hugo Mendieta Zerón
СРАВНЕНИЕ ТРЕХ ФОРМУЛ ДЛЯ ОЦЕНКИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ЖЕНЩИН
С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ ПОСЛЕ РОДОВ 31
Oscar Iván de la Rosa Lemus, José Luis Rodríguez Chávez, Eduardo Hernández Garduño, Hugo Mendieta Zerón
COMPARISON OF THREE FORMULAS TO EVALUATE ACUTE RENAL FAILURE IN PREECLAMPTIC
PUERPERAL WOMEN 31.

ТӘЖІРИБЕЛІК ДӘРІГЕР БЕТІ

СТРАНИЦА ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА

PRACTISING PHYSICIAN'S PAGE

6. А.Б. Жарылғапов, А.К. Койшыбаев, О.Н. Уразаев, А.А. Аманкосов, А.Б. Туляева
АТАБЕЗ СЕМИНОМАСЫНЫҢ СПОНТАНДЫ РЕГРЕССИЯСЫНЫҢ СИРЕК КЛИНИКАЛЫҚ
ЖАҒДАЙЫ 38
А.Б. Жарылғапов, А.К. Койшыбаев, О.Н. Уразаев, А.А. Аманкосов, А.Б. Туляева
СЛУЧАЙ СПОНТАННОЙ РЕГРЕССИИ ПЕРВИЧНОЙ ОПУХОЛИ ПРИ СЕМИНОМЕ ЯИЧКА 38
A.B. Zharylgapov, A.K. Koishybayev, O.N. Urazayev, A.A. Amankosov, A.B. Tulyayeva
SPONTANEOUS REGRESSION OF PRIMARY TUMOR OF SEMINOMA 38

7.	А.К. Койшыбаев, В.В. Бегунов, О.Н. Уразаев, А.Б. Жарылгапов, Д.Р. Джунаев, И.М. Едигеева, Д.А.Койшыбаева ТОҚ ШЕКТІҢ БАУЫРЛЫҚ БҰРЫШЫНЫҢ ЖЕРГІЛІКТІ ЖАЙЫЛҒАН ОБЫРЫ КЕЗІНДЕГІ ОПЕРАТИВТІК АРАЛАСУ ТАКТИКАСЫ.	43
	А.К. Койшыбаев, В.В., Бегунов, О.Н. Уразаев, А.Б. Жарылгапов, Д.Р. Джунаев, И.М. Едигеева, Д.А. Койшыбаева ТАКТИКА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ПЕЧЕНОЧНОГО УГЛА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ	43
	А.К. Koishybayev, V.V. Begunov, O.N. Urabayev, A.B. Zharylgapov, D.R. Junayev, I.M. Yedigeyeva, D.A. Koishybayeva THE TACTICS OF SURGERY OF REGIONAL CANCER OF HEPATIC ANGLE OF COLON	43
8.	Х.И. Кудабасева, Р.Н. Космуратова, М.А. Алтынбеков, К.Ж. Макенова, Ө.Қ. Смағұлова ЭНДОКРИНОЛОГ ДӘРІГЕРДІҢ ТӘЖІРИБЕСІНДЕ КЕЗДЕСЕТІН АУТОИММУНДЫ ПОЛИГЛАНДУЛЯРЛЫ СИНДРОМНЫҢ НҰСҚАСЫ	49
	Х.И. Кудабасева, Р.Н. Космуратова, М.А. Алтынбеков, К.Ж. Макенова, А.К. Смағұлова ВАРИАНТЫ АУТОИММУННОГО ПОЛИГЛАНДУЛЯРНОГО СИНДРОМА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ЭНДОКРИНОЛОГА	49
	Kh.I. Kudabayeva, R.N. Kosmuratova, M.A. Altynbekov, K.Zh. Makenova, A.K. Smagulova VARIANTS OF AUTOIMMUNE POLYGLADULAR SYNDROME IN THE PRACTICE OF AN ENDOCRINOLOGIST	49

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДЫ ҰЙЫМДАСТЫРУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ISSUES OF HEALTH ORGANIZATION

9.	Г.Ж. Капанова, Ж.Г. Калигожин, С.Б. Калмаханов, Т.С. Хайдарова ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНДАҒЫ БАҒА ЖҮЙЕСІ КЕСАР ТІЛГІ ОПЕРАЦИЯСЫНЫҢ МЫСАЛЫНДА	55
	Г.Ж. Капанова, Ж.Г. Калигожин, С.Б. Калмаханов, Т.С. Хайдарова ИЗУЧЕНИЕ ЦЕНООБРАЗОВАНИЯ НА БОЛЬНИЧНЫЕ УСЛУГИ В РК И АНАЛИЗ ЗАТРАТ НА ПРИМЕРЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ	55
	G.Zh. Kapanova, Zh.G.Kaligozhin, S.B.Kalmakhanov, T.S.Khaidarova STUDYING PRICING FOR HOSPITAL SERVICES IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN AND ANALYSIS OF COSTS ON THE EXAMPLE OF CESAREAN SECTION	55

БІЛІМ БЕРУ ТЕХНОЛОГИЯЛАРЫ

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

EDUCATIONAL TECHNOLOGIES

10.	А.Р. Жангалиева, А.А. Дуйсенова МЕДИЦИНА МАМАНДЫҚТАРЫНДА ФИЛОСОФИЯ ПӘНІН ОҚЫТУДЫҢ ТАНЫМДЫҚ ҚЫЗМЕТІ. 61 А.Р. Жангалиева, А.А. Дуйсенова ПОЗНАВАТЕЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В ПРЕПОДАВАНИИ ФИЛОСОФИИ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ.	61
	A.R. Zhangaliyeva, A.A. Duisenova COGNITIVE ACTIVITY IN TEACHING PHILOSOPHY FOR MEDICAL SPECIALTIES.	61

ҚАЗАҚСТАН – 2050

КАЗАХСТАН – 2050

KAZAKHSTAN – 2050

11.	Б.А. Молдин ЖАҢА ҚАЗАҚСТАНДЫҚ ПАТРИОТИЗМ ҚАЛЫПТАСТЫРУ МӘСЕЛЕЛЕРІ	67
	Б.А. Молдин ВОПРОСЫ ФОРМИРОВАНИЯ НОВОГО КАЗАХСТАНСКОГО ПАТРИОТИЗМА	67
	B.A. Moldin ISSUES OF FORMATION OF NEW KAZAKHSTAN PATRIOTISM.	67