

суларға қалдықтарын төгуіне байланысты. ДДСҰ мәліметтері бойынша, бүгінде әлемдегі барлық аурулардың 80% -і сапасыз ауыз суды тұтынудан туындайды және МАГАТЭ-нің бағалауы бойынша жыл сайын ластанған және сапасыз суды тұтынумен байланысты аурулардан 5 миллион адам қайтыс болады.

Жердің ластануында басты экологиялық проблемалардың біріне жатқызса болады. Қалдықтарды шығару үшін кәсіпорындар оларды жерге көміп тастау әдісін пайдаланады. Бұл әдіс топыраққа кері әсерін тигізетіні сөзсіз, бұл тек қана қалдықтарды тастаған жер аймағында емес, сонымен қатар оның айналасына да зияны көп. Кейіннен бұл топырақта көкөністер мен жемістерді өсіру өте қауіпті болады, себебі ол топырақ сапасыз әрі радиоактивті болуы мүмкін, бұл өз кезегінде тіпті өлім әкелетін аурулар туғызуы мүмкін.

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі:

1. Кочуров Б. И. Экодиагностика и сбалансированное развитие.-М.- Смоленск: Маджента,2003. - 384 с.
2. Родионов В. Г. Энергетика: проблемы настоящего и будущего. М.: ЭНАС, 2010.-352с.
3. BP Statistical Review of World Energy June 2012. N. p.:Pureprint Group Limited, 2012.
4. Grachev V. A., Lobkovsky V. A. Possible Environmental Impacts of Shale Gas Production in Europe Based on the International Practices of Fracking Technology Utilization // Biosciences Biotechnology Research Asia. 2015. Vol. 12. No. 1. Pp. 253-261.
5. International Energy Agency. Energy Technology Perspectives. Paris: OECD/IEA, 2018.

Утемисова А.К., Иманбекова Н.Т., академик Е.А.Бөкетов атындағы Қарағанды мемлекеттік университеті, заң факультеті, ю-31 топ, студент.

(Ғылыми жетекші - аға оқытушысы, з.ғ.м. Тоқатов Р.А.)

ОТАНДЫҚ ПЕРИНАТАЛДЫҚ ОРТАЛЫҚТАРЫМЕН ҚЫЗМЕТ КӨРСЕТУ ҚАТЫНАСТАРЫНДАҒЫ КЕЙБІР МӘСЕЛЕЛЕРДІ ҚҰҚЫҚТЫҚ РЕТТЕУ

Денсаулық сақтау саласындағы басым ұлттық жобаның маңызды міндеттері – бұл бастапқы, сондай-ақ жоғары технологиялық медициналық көмектің, оның ішінде жүктілік пен босану кезінде қол жетімділігі мен сапасын арттыру; ана, перинаталдық сырқаттанушылық пен өлім-жітімнің алдын алу және төмендету.[1]Соңғы жылдары акушерлік-гинекологиялық көмекті дамыту және жетілдіру, практикалық денсаулық сақтауға қазіргі заманғы медициналық технологияларды енгізу Қазақстан Республикасында да, сондай-ақ өңірлерде де ана мен перинаталдық өлім-жітімнің серпініне әсер етті. Оның ең басты себептерінің бірі қазіргі таңда жұмыс жасап жатқан перинаталды орталықтардың өздерінің жауапкершіліктерін сезінбеуінде. Оған дәлел ретінде соңғы 3 жыл ішінде орын алған оқиғаларды айта кетейік:

Астана қаласында акушер-гинеколог Владимир Калашников пен анестезиолог-реаниматолог Григорий Азаров адам өліміне әкеп соқтырған кәсіби міндеттерін тиісінше орындамағаны үшін кінәлі деп танылып, екі жылға медициналық қызмет ету құқығынан айырылып, түзеу колониясында бір жылға сотталды.[2]

Сот анықтағандай, қайтыс болған науқас жүктіліктің 39-шы аптасында №2 перинаталды орталыққа жүгінді, жүктілігі қалыпты анемияға қарсы асқынусыз өтіп жатты. Сот 4 қарашада шамамен сағат 21.20-да Кадырқызы кесарь операциясынан кейін интенсивті терапия және реанимация бөлімінде бақылауға алынғанын анықтады. Нұсқауларға сәйкес Азаров пен Калашников пациенттің жағдайын бақылауы керек болған. Созылмалы анемия мен босанғаннан кейінгі кезеңде қан кету қаупі жоғары болғандықтан, жағдайы нашар болған.

Науқаста ауыр анемиялық синдром белгілері байқалмағандықтан, пациентке қан құю сол кезде көзделмеген. Алайда Азаров трансфузия жасап, бұл қан қысымының төмендеуіне, тахикардияға (жедел жүрек соғысы), тыныс алудың қысқаруына әкелді. Сот үкімінде негізсіз қан құю қыздың жағдайын нашарлатып, жедел гемолизге (гемоглобинді қоршаған ортаға шығарумен бірге эритроциттердің жойылуы) әкеп соқтырғаны айтылған. Сот әйелді босану кезінде қан құю туралы заңсыз шешім Калашников кезекші дәрігерінің тікелей қатысуымен қабылданды деп тапты.

Сондай-ақ, сот пациенттің реанимация бөлімінде сағат 21.20-да келгеннен кейін, Калашниковтың пациентке сағат 23.00-де бір ақ рет барғанын анықтады. Сот Калашниковтың

басқа операцияларда жұмыс істегендіктен науқастың жағдайын бақылай алмайтындығы туралы қорғаудың дәлелдерін сынға алды.

Науқастың ауруы туралы дәрігерлердің кеш диагнозы нәтижесінде қажетті операция кеш жүргізілді. Осыған байланысты, пациенттің жүрек соғуының жоғарылауы, одан кейін өкпе ісінуі науқастың өліміне алып келді.

Ал, Алматы облысында 19 жасар жас келіншек босанғаннан кейін, дәрігерлердің дұрыс жұмыс атқармағандықтарынан, бірден жан тапсырды.

Түні бойы жаны қиналған жас ананың жағдайын білуге дәрігерлер тек таңғы 08.00 де келген. Кесарь жасау ұсынысына мән бермей, табиғи түрде босандыруға жібереді. Патологоанатом маманның қорытындысы бойынша кесарь жасалған жағдайда, ешқандай қиындықсыз ананың өмірін сақтап қалуға болатын еді. Сонымен қатар, нәрестенің иық сүйегін сындырғанын анықтай алмай туыстарынан 5 күн бойы жасырған.

Тағы бір орын алған жағдай, перинатология және балалар кардиохирургия орталығындағы 20 жасар ананың өлімі. Осы мәселеден кейін, түбегейлі тексеріс жүргізіліп, нәтижелері жан түршігерліктей болды.

Босанғаннан кейін, дене қызуының көтерілуіне қарамастан, пациентті мерзімінен бұрын үйіне шығарады. Ананың жағдайы күннен күнге нашарлайды. Төсек тартып, ауыр халде жатқан анаға, тіпті, дәрігерлер тексеруге мүлде келмеген. Таңғы уақытта, жедел жәрдем қызметкерлері 12 қалалық ауруханаға алып кеткен. Ары қарай анықталғандай, пациенттің 2 литр қаны іріп кеткен. Келесі күні, кеш құтқару жұмыстарына қарамастан пациент қайтыс болды. Мәйітті ашу кезінде тігістер сапасыз салынған, сондай-ақ түктер қалып қойған.

Осы дауға байланысты орталықта сұрақтарды қарастырудан бас тартқан және қызметкерлерді де жұмыстан шығармаған. Пациентканың өлімінен кейін, бірден жоспарсыз тексеріс басталып кеткен. Және оның нәтижелері сарапшыларды да таң қалдырған :

Жүкті әйелдің жағдайының ауырлығын жете бағаламау:

- сақтықтың болмауы;
- операциядан кейінгі асқынулар ,мүмкін болатын асқынулар қаупі тұрғысынан немқұрайлы қарауы;
- анамнез мәліметтері ескерілмеген;
- консилиум өткізілмеген;
- орталықтан ерте шығаруы.

Денсаулық сақтау министрлігі дәрігерлік қателік жіберген медициналық қызметкерлерді қылмыстық жауапкершілікке тартпауды ұсынды.

Министрдің пайымынша, мұндай норма денсаулық сақтау саласын медициналық кадрлармен қамтамасыз етуге теріс ықпал етіп отыр. Салдарынан қауіп-қатері жоғары акушер-гинекология, реанимация секілді салаларда мамандар тапшылығы бар.

"Біз денсаулыққа қасақана зиян келтірілмеген жағдайды назарға алуымыз керек. Дәрігерлік қателік үшін жазалауға болмайды, бұл біздің қатаң ұстанымымыз. Өйткені дәрігерлердің қателік жіберуге құқысы бар. Жүз пайыз науқастың диагнозды, емдеу жолын білу мүмкін емес", — дейді Біртанов Е.А.

"Қателіктер қарастырылады, персоналды оқытуға бағытталған тиісті шаралар қолға алынады, бірақ дәрігерлер жазаланбайды. Егер біз дәрігерлік қателік үшін жазалай берсек, онда дәрігерсіз қалатынымыз анық. Өзім бұрынғы дәрігер-реаниматолог ретінде айтарым, адамдардың қателеспейуі мүмкін емес" — дейді министр.

Алайда біз бұл тұжырыммен келіспейміз. Егер дәрігер қателессе, онда ол қандай маман? Мәселенің мәні дәрігердің қателік жіберуге құқығы жоқ. Адамның өмірі осы қателіктерге байланысты. Олардың жұмысы қағаз кесектерімен емес, адамның өмірі мен денсаулығына байланысты. Қазіргі кезде көрсеткіштерде күннен күнге өсіп келуде. Егер де қателіктері үшін жазаламайтын болсақ, жауапкершілікті сезінуден айырылуы мүмкін және жұмыстарына салғырт қарауы да мүмкіндігін жоққа шығармаймыз.

Қазақстан Республикасында ана өлімінің көрсеткіші (Статистика деректері бойынша) 2017 жылы 100 мың тірі туылғандарға шаққанда 31,9-дан 2019 жылы 20,5-ке дейін (35,7% - ға) төмендеді. Алайда, Қазақстан Республикасында өңірлеріндегі ана мен перинаталдық өлім - жітімнің деңгейін төмендетуде қол жеткізілген белгілі бір табыстарға қарамастан, осы көрсеткіштер экономикалық дамыған елдердегі ұқсас көрсеткіштерден айтарлықтай асып түседі. Асқынудың жоғары жиілігі сақталады.

Еліміздегі босанушы әйелдердің заң алдындағы өз құқықтарын толық меңгеруі егерде пациент босану кезінде дәрігердің берген нұсқаулықтарын орындамау, нақты айтсақ денсаулық жағдайына салғырттық таныту, оның дене мүшесіне және жеке басына зиян әкелетін препараттарды дәрігердің нұсқауынсыз қабылдау, шылым шегу, баланың денсаудығына нұқсан келетін өзін-өзі қолдан өлтіру шараларын қолданған жағдайларда пациент өзі кінәлі болып табылады. Жасыратын жоқ көп жағдайларда аналарымыз осы олқылықтарды жасырып жататын жағдайларда жоқ емес, осы шараларды анықтайтын арнайы адам құқықтарын қорғау жөніндегі конвенция заңдылықтарды сақтау шартында және аналардың денсаулық тұрғысынан сауаттылық шараларын жүзеге асыру міндеттерін қарастыратын психологтармен, заңгерлер құрамымен қамту қажет. Екінші жағдай, егер де дәрігер тарапынан кеткен қателіктер орын алады. Оны да жоққа шығара алмаймыз. Заңи тұрғыдан алғанда дәрігерлердің қателесуі кешірілмейтін жағдай. Көп жағдайда дәрігер қателіктерін жасыру мүмкіндіктері өте жоғары болып табылады. Сот процестерінің ұзақтығына орай дәрігерлер өз қателіктерінен жалтару құбылыстары жиі орын алады. Сондықтан болашақ аналарымызды құқықтық біліммен алдынала қамту шараларын қолға алу қажет. Ол үшін арнайы заң қазметкерлерімен және көп жылдық өтілі бар дәрігерлермен олардың төтенше жағдайлар орын алғандағы басты қолдану керекті кеңестермен таныстыру шараларын құқықтық қолға алу қажет.

Соңғы жылдары әлемде перинаталдық өлім-жітімнің (ҚС) төмендеуі тиімділігі жоғары ұйымдастырушылық іс-шаралар мен емдеу-диагностикалық технологияларды енгізудің арқасында болды: перинаталдық орталықтарды құру, базаларды жаңа жабдықтармен жабдықтау, пренаталдық диагностиканы дамыту, ұрық мүддесінде кесарлы қима үшін көрсеткіштерді кеңейту, ерте босану кезінде глюкокортикоидтар мен сурфактант препараттарын кеңінен қолдану, жаңа туған нәрестелерге реанимациялық және қарқынды көмекті жетілдіру, неонаталдық күтім әдістерін жақсарту, қазіргі заманғы перинаталдық технологияларды енгізу, сонымен қатар перинаталдық көмекті аймақтандыру [2]. «Қазақстан Республикасында перинаталдық көмекті өңірлендіруді жетілдіру жөніндегі нұсқаулықты бекіту туралы» Қазақстан заңнамасына сәйкес қазіргі уақытта медициналық көмек көрсету, әйелдерге жүктілік, босану және бала туудан кейінгі кезең жүзеге асырылады.

Осылайша, демографиялық оқиғаларды (өте аз және өте аз дене салмағы бар жаңа туған нәрестелердің тууы мен өлімі) есепке алудың растығына мемлекеттік бақылау жүргізілмейтін мемлекеттік бақылау Қазақстанда перинаталдық, неонаталдық және нәресте өлімінің көрсеткіштерін бұрмалауға ықпал етеді. Демек, Қазақстанда перинаталдық өлім-жітім туралы деректердің халықаралық көрсеткіштермен салыстырмалылығын арттыру, сондай-ақ перинаталдық көмекті нақты жақсарту үшін перинаталдық өлім-жітім статистикасының дұрыстығын қамтамасыз ету үшін акушерлік қызметтің сапалы көрсеткіштерін бағалау жүйесін қайта қарау қажет.

Қорытындылай келсек, осы өзекті мәселені шешу жолдарының бірі ҚР «халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» заңының 20 бабының 5 тармағында медициналық қызметтер көрсету саласындағы мемлекеттік бақылауды жүзеге асыратын мемлекеттік органдар мен медициналық ұйымдар басшылары лауазымдарына Қазақстан Республикасының жоғары медициналық білімі бар азаматтары тағайындалады деп бекітілген.

Осыған орай, Дүниежүзілік медициналық білім беру Федерациясынан мамандарды даярлау және кәсіби даму туралы сертификат алу, сонымен қатар, кемінде 5 жыл осы салада еңбек өтілі болу талаптарын ұсынамыз.

Ана мен бала өліміне байланысты тексеру комиссиясының құрамын өзгерту керек. Өйткені көп жағдайда комиссия мүшелері тек дәрігерлерден тұрады. Өкінішке орай, комиссия мүшелері тек дәрігерлер болғандықтан, олар өздерінің әріптестерін ақтауға тырысады. Сондықтан комиссия мүшелерінің құрамында тек қана дәрігерлер емес, оның құрамында сарапшы мамандар болуы керек.

Мәселен, комиссия құрамында: сот медицина сарапшысы, қамқоршылық пен қорғаншылық органы, акушер, гинеколог, басқада дәрігерлер: кардиолог, хирург, терапевт. Дәрігерлік комиссия ашық түрде тексеру жасау керек. Комиссия құрамына тек теорияны білетін ғана емес, өздері науқастарды емдеген, тәжірибелі ғылыми дәрігерлер кіруі тиіс. Бұл шара комиссияның қорытындысы әділ, заңды, объективті болуына кепіл болады. Осы көрсетілген жағдайларды ескере отырып, ҚР ҚК-ң 12 тарау, 317-бабына (Медицина немесе фармацевтика жұмыскерінің кәсіптік міндеттерін тиісінше орындамауы) бірқатар өзгерістер енгізу керек деп санаймыз. Атап көрсеткенде, бұл ана мен бала өлімі қоғамда өзекті мәселе

болғандықтан. Осы мәселе бойынша қарастырылған жауапкершілік пен жаза жеңіл. Сондықтан, біздің ойымызша жазаны қатаңдату керек.

Анығырақ көрсетсек, перинаталды орталықтарының дәрігерлерінің кәсіптік міндеттерін орындамауы немесе тиісінше орындамағаны үшін жаңа норма енгізілуі керек. Мәселен анасының немесе баланың өміріне дәрігерлердің кесірінен зиян келтіріп немесе өлімге алып келсе, белгілі бір лауазымдарды атқару немесе белгілі бір дәрігерлік қызметкерді қылмысты сотқа дейінгі тексеру барысында анықталған жауапкершілікті және жазаны жеңілдететін немесе ауырлататын жағдайларды ескеріп, кінәлі тұлғаны 10 жылға дейін бас бостандығынан айыру жазасын қолдану керек деп санаймыз. Сонымен қатар кінәлі тұлғаға қосымша жаза ретінде белгілі бір қызметпен айналысу құқығын өмір бойы айыру жазасын қолдану керек деп санаймыз. Бұл шара дәрігерлердің ананың немесе бала өліміне байланысты жағдайларға үлкен жауапкершілікпен қарауына ықпал етеді.

Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау Министрінің 16 сәуірдегі 2018 жылғы № 173

Қазақстан Республикасында акушерлік-гинекологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандартын бекіту туралы бұйрығында ұйымдардың негізгі қызмет бағыттары, пациенттердің денсаулық жағдайына байланысты көрсетілетін көмек түрлері туралы ақпараттар толық көлемде көрсетілген.

Осы өзекті мәселе қоғамда үлкен проблемалардың бір болғандықтан және болашақ ұрпақты денінің саулығына халықтың денсаулық сақтау деңгейі жоғары болуына ықпал етеді деп санаймыз.

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі:

1. «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасының 2009 жылғы 18 қыркүйектегі N 193-IV Кодексі // <http://adilet.zan.kz/kaz/docs/K090000193>.
2. «Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру туралы» Қазақстан Республикасының Заңы 2015 жылғы 16 қарашадағы № 405-V ҚРЗ // <http://adilet.zan.kz/kaz/docs/Z1500000405>.
3. Андреев Е.М., Кваша Е.А. Особенности показателей младенческой смертности в России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - № 4. – 2002. – С. 541-542.
4. Қазақстан Республикасындағы ана өлімінің алдын алуда және төмендеуде заманауи ұйымдастыру технологияларының тиімділігі // акушер-гинеколог қазақстандық хабаршысы. 2009.
5. Радзинский В. Е. Князев А. А., Костин А. В. И. Акушерский риск. Максимум информации - минимум опасности для матери и младенца. Издательство: Эксмо-Пресс, 2009. – 148 с.
6. Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2016 - 2019 жылдарға арналған "Денсаулық" мемлекеттік бағдарламасын бекіту және "Мемлекеттік бағдарламалар тізбесін бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2015 жылғы 28 желтоқсандағы № 1082 қаулысы // <http://adilet.zan.kz/kaz/docs/P1500001082>.

Шаймерденова Г.К., академик Е.А.Бөкетов атындағы ҚарМУ, экономика факультеті, ММЭ-51 тобының магистранты
(Ғылыми жетекші – э.ғ.к.доцент *Набиев Е.Н.*, аға оқытушы *Ескендір Н.Н.*)

ҚАЗАҚСТАННЫҢ ИНТЕГРАЦИОНДЫҚ ҮРДІСТЕРГЕ ҚАТЫСУНЫДАҒЫ АЙМАҚТЫҚ ИНТЕГРАЦИЯНЫ ЗЕРТТЕУДІҢ ТЕОРИЯЛЫҚ КӨЗҚАРАСТАРЫ

Халықаралық экономикалық интеграция әлемдік экономикалық дамудың басты тенденцияларының бірі және соңғы онжылдықтарда оның жаһандануы көрінісінің аса маңыздыларының бірі болып табылады [1].

Ғылыми әдебиеттерде экономикалық интеграция мәселелеріне, оның ішінде мемлекетаралық экономикалық құрамаларды құруға, көп көңіл бөлінуде [2]. Дәстүрлі түрде халықаралық экономикалық интеграция түсінігі ұлттық экономикалардың (қаржының, көліктің және жұмыс күшінің өндірісі, еркін қозғалысы мен орын ауыстыруы) бейімделуі мен өзара енуіне; белгіленген міндеттер көзқарасынан ұлттық экономикаларды максималды біріктіруге; интеграцияланушы елдер шегінде оларды бірінғай қайта өңдеу үрдісіне қосуға бағытталған, мемлекеттердің, экономикалық субъектілердің (кәсіпорындардың), шаруашылық, құқықтық және басқа қызметтің әртүрлі агенттерінің кеңейтілген қызметін білдіреді.

Сонымен қатар халықаралық экономикалық интеграция үшін негіз аймақтандыру-көршілес елдер экономикасының бірінғай шаруашылық кешенге біріктірілу үрдісі болып табылады, терең және тұрақты, ең алдымен олардың компаниялары арасында байланыстармен