

Научно-теоретический и практический журнал

ОРАЛДЫҢ ҒЫЛЫМ ЖАРШЫСЫ

ISSN 1561-6908

№ 23 (154) 2015

Научно-теоретический и практический журнал

Серия:

Филологические науки
Педагогические науки
Музыка и жизнь
Биологические науки
Медицина
Современные
информационные
технологии
Физика
Технические науки

Научно-теоретический и практический журнал

ОРАЛДЫҢ ҒЫЛЫМ ЖАРШЫСЫ

№ 23 (154) 2015

Серия:

*Филологические науки, Педагогические науки,
Музыка и жизнь, Биологические науки, Медицина
Современные информационные технологии
Физика, Технические науки*

Бас редактор: Хабибуллин М.Ф.

Редакциялық коллегия:

Ыскакова Т.Ж., Сычев Р.П., Есылханов Ж.С., Сактагадов А.П.,
Курманкулова Т.Н., Ержанова И.Б., Четкина О.Н., Востров К.С.,
Доскеев М.Ж., Сулейменов И.К., Буйсенбаев К.О., Досмаганбетов К.И.,
Иманова М.О., Рахимов Ж.К., Тамабаев Ж.Г., Шермаганбетова К.Т.,
Илеуова Э.П., Токтамысов П.Ю., Терешкевич О.П., Игушинов Н.Э.,
Билялов З.О., Нуралинова К.С., Дубицкий А.Р., Жуматай И.С.,
Боброва И.П., Косырева Н.П., Шарипова Г.И.

© ЖШС «Уралнаучнига», 2015

© Коллектив авторов, 2015

Ответственный редактор:

Екимов С.В.

Технический редактор:

Устименко Е.В.

Дизайн и верстка:

Щащенко И.Г.

Редакцияның мекен-жайы:

Қазақстан, 090005, Орал

қаласы, Гагарин көшесі 52/1

Тел. аяққа: +7 (3112) 284408

E-mail:

en@uralnauka.com

Редакция не несет ответственность
заточность приведенных фактов,
статистических данных и иных
сведений. Любое воспроизведение или
размножение материалов данного
издания без письменного разрешения
редакции запрещено.

МАЗМҰНЫ

ФИЛОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ

Даркенбаева Ж.Қ.

В₁ – НЕГІЗГІ ЖЕТКІЛІКТІ ДЕҢГЕЙДЕ ЖАЗЫЛЫМ

ӨРЕКЕТІН МЕНГЕРТУ ЖОЛДАРЫ

5

Кабанова А.Б.

ИЗ ИСТОРИИ СТАНОВЛЕНИЯ ПЕРЕВОДОВЕДЕНИЯ КАК НАУКИ

8

ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ НАУКИ

Тагильцева О.С.

РАЗВИТИЕ ТВОРЧЕСКИХ СПОСОБНОСТЕЙ ДОШКОЛЬНИКОВ

В УСЛОВИЯХ ПЕРЕХОДА НА 12-ЛЕТНЕГО ОБУЧЕНИЯ

12

Рахманова А.Т.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ НАВЫКОВ

ИНОЯЗЫЧНОГО ОБУЧЕНИЯ В СИСТЕМЕ

ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ЛИНГВИСТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

17

МУЗЫКА И ЖИЗНЬ

Нагель Н.В.

МУЗЫКАЛЬНЫЙ КЛУБ В ДМШ

22

Вечёрко С.И.

ИСПОЛНИТЕЛЬСКАЯ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ

МУЗЫКАЛЬНОГО ПРОИЗВЕДЕНИЯ

28

БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ

Курапова Т.М., Хрусталева Е.И., Гончаренко О.Е., Молчанова К.А.

ВЛИЯНИЕ НАСТОЯ ВАХТЫ ТРЕХЛИСТНОЙ (MENYANTHES TRIFOLIATA) НА

ПОВЕДЕНИЕ СЕГОЛЕТКОВ КАРПА

32

МЕДИЦИНА

Moskaliuk V.D., Holiar O.I., Skoreiko S.S., Zemlyak O.Y.

INFLUENCE OF AVERAGE THERAPEUTIC DOSE

OF HYDROCHLORIDE TETRACYCLINE ON THE COLON

MICROBIOTA OF EXPERIMENTAL ANIMALS

40

Василенко Н.В. ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ	46
Holiar O.I., Zemlyak O.Y., Skoreiko S.S. THE LEVEL OF ADAPTIVE STRESS AND CELLULARREACTIVITY IN ORGANISM OF PATIENTS WITHFOOD TOXICOINFECTION	50
Асилова С.У., Нуримов Г.К., Исмаилов Х.М., Муродов У.Б., Шарафиддинов К.М. УДЛИНЕНИЕ ДЕФЕКТОВ ПАЛЬЦЕВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДИСТРАКЦИОННОГО АППАРАТА	56

СОВРЕМЕННЫЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

Чалый С.Ф., Шабанова-Кушнаренко Л.В. КОНФИГУРИРОВАНИЕ ИЕРАРХИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ПРОЦЕССНЫХ ЗНАНИЙ НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА ЛОГ-ФАЙЛОВ	62
---	----

ФИЗИКА

Низомов З., Гулов Б.Н., Саидов Р.Х. ТЕПЛОЕМКОСТЬ И ТЕРМОДИНАМИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ ОСОБОЧИСТОГО АЛЮМИНИЯ, ЕГО СПЛАВОВ С КРЕМНИЕМ, МЕДЬЮ И РЕДКОЗЕМЕЛЬНЫМИ МЕТАЛЛАМИ	67
--	----

ТЕХНИЧЕСКИЕ НАУКИ

Андрейко В.Н. МЕТРИЧЕСКОЕ «ДЕРЕВО КАЧЕСТВА» ПРОГРАММНЫХ СРЕДСТВ	78
Щесюк О.В., Щербак Ю.Г. ВЫБОР РАЦИОНАЛЬНОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ КИПЕНИЯ ХЛАДАГЕНТА В ВОЗДУХООХЛАДИТЕЛЯХ СИСТЕМ ОХЛАЖДЕНИЯ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ПОМЕЩЕНИЙ МЯСОПЕРЕРАБАТЫВАЮЩИХ ПРЕДПРИЯТИЙ	84
Цепенюк М.И. МАТЕМАТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ МЕХАНИЗМА СИНХРОННОГО ВРАЩЕНИЯ С ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ РАБОЧИМ ВАЛОМ С УЧЕТОМ ПЕРЕХОДНЫХ ПРОЦЕССОВ В АСИНХРОННЫХ ЭЛЕКТРОДВИГАТЕЛЯХ, ТРАНСФОРМАТОРЕ И МЕХАНИЧЕСКОЙ ПОДСИСТЕМЕ	91
Дюсенбаева С.Е. ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА НАТУРАЛЬНЫХ СОКОВ И СОКОСОДЕРЖАЩИХ НАПИТКОВ	97

Даркенбаева Ж.Қ.

Абылай хан атындағы ҚазХҚ және ӘТУ,
қазақ филологиясы кафедрасының аға оқытушысы, ф.ғ.к.

В₁ – НЕГІЗГІ ЖЕТКІЛІКТІ ДЕҢГЕЙДЕ ЖАЗЫЛЫМ ӘРЕКЕТІН МЕҢГЕРТУ ЖОЛДАРЫ

Жазылым – ең өнімді тілдік қарым-қатынас түрі. Себебі сөйлеу әрекетінің айтылым, оқылым, тыңдалым сияқты түрлері тек жазылым арқылы іске асады.

Қазақ тілі сабағында оқытудың әр деңгейіне қарай жазбаша жұмыстың түрін орныммен, өз ретімен ұсына білу керек. Жазылымға байланысты жұмыс түрлері өте көп.

Күнделікті сабақта төмендегідей жазылым түрлері орындалады:

- тест түрлерін орындау;
- тақырыпқа жоспар-конспект жазу;
- оқыған мәтінге мазмұны ұқсас мәтін тауып, реферат жазу;
- әр түрлі грамматикалық жаттығу жұмыстарын жазу;
- тақырып бойынша мазмұндама жазу;
- еркін тақырыпқа шығарма, эссе жазу;
- тақырып бойынша тезис жазып үйрену;
- аннотация, пікір жазу;
- мәтінге рецензия жазу;
- белгілі бір тақырыпқа баяндама жазу;
- берілген өмірбаян негізінде түйіндеме құрастыру;
- түйіндемені пайдаланып, эссе жазу;
- түйіндемедегі мәліметтерді пайдаланып, мінездеме жазу;
- тақырып бойынша хат үлгілерін құрастыру.

Ал В₁ – негізгі жеткілікті деңгейге арналған жазылым түрлері мыналар:

1. Қосу, кіргізу.

- Сөйлемді жазу барысында қалып қойған сөздерді жазып шығады;
- Сөйлемнің басы беріледі, сөйлемді өздері аяқтайды;
- Сөйлемдердің аяғы беріледі, басын өздері ойлап құрастырып жазады.

2. Трансформация.

- Абзацтың басы беріледі, абзацты аяқтайды;
- Сөйлемдерді кеңейтеді немесе қысқартады (мәтіннен абзац та болуы мүмкін);
- Сөйлемдерді синонимдік қатарлармен ауыстырады;
- Сөйлемге балама болатындай оның бірнеше нұсқасын ұсынады.

Василенко Н. В.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»,
факультет последипломного образования,
кафедра педиатрии, семейной медицины
и клинической лабораторной диагностики

ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

Резюме. В статье представлены данные клинического случая диффузно-узлового зоба у ребенка, обсуждены вопросы первичной диагностики заболеваний щитовидной железы у детей.

Ключевые слова: заболевания щитовидной железы, йоддефицит, дети.

Заболевания щитовидной железы (ЩЖ) – самая распространенная эндокринная патология детского возраста. По данным скрининговых программ, до 30% школьников имеют увеличение объема ЩЖ – зоб, причины которого в подавляющем большинстве случаев сопряжены с проблемой йодного дефицита. Согласно данным Международного совета по контролю за йоддефицитными заболеваниями (ICCIDD), на всей территории Украины регистрируется легкий йодный дефицит. Проблема усугубляется уменьшением в питании населения доли продуктов, относительно богатых йодом, низким уровнем потребления йодированной соли [1,3,4].

Особые последствия такая ситуация имеет для детского населения, так как помимо зоба йодная недостаточность у детей обнаруживается комплексом специфических для этого возраста психомоторных и соматических нарушений, снижением в дальнейшем фертильности и другими проявлениями [3,4]. Сегодня уже не секрет, что большинства заболеваний ЩЖ, в том числе случаев рака у детей, можно было бы избежать при условии проведения эффективной йодной профилактики. Прием таблетированных препаратов с точно известной дозой йода является наиболее надежным и безопасным вариантом индивидуальной и групповой йодной профилактики [1,3,4,5].

Классическими йоддефицитными заболеваниями считаются диффузный нетоксический зоб, узловой зоб и папиллярный рак ЩЖ. Узловые формы распространены в меньшей степени, по сравнению с диффузными вариантами зоба. Однако тактика диагностических и терапевтических подходов у таких пациентов отличается сложностями, а возможный прогноз – более серьезный. Узловые новообразования часто встречаются у взрослого населения и достаточно редки у детей, что служит ограничением в накоплении клинического материала, достаточного для углубленного анализа. Однако в последние десятилетия

было отмечено резкое увеличение количества выявляемой узловой патологии [2,4]. Это объясняется как действительно возросшим количеством случаев заболеваний, в первую очередь рака щитовидной железы (РЩЖ), что обусловлено воздействием различных антропогенных факторов, и в частности аварией на ЧАЭС, так и улучшением их диагностики [6,7]. На настоящий момент до 15 % от всех случаев РЩЖ диагностируются у лиц младше 18 лет [2].

Узловой зоб – собирательное клиническое понятие, объединяющее все узлы ЩЖ, имеющие различные морфологические характеристики. Узлы в щитовидной железе могут быть как доброкачественными, так и злокачественными образованиями, абсолютных клинико-анамнестических и лабораторных признаков рака нет, можно выделить только факторы риска злокачественной природы узлов ЩЖ (случаи медуллярного рака в семье, быстрый рост узла в период наблюдения, спаянность узла с окружающими тканями, региональная лимфоаденопатия). Поэтому первичная диагностика предусматривает единый план обследования: сбор анамнеза, физикальное обследование, УЗИ ЩЖ, определение содержания ТТГ и Т₄, антител к тиреоглобулину и тиреопероксидазе [8]. Вопрос о проведении тонкоигольной аспирационной биопсии решается на уровне оказания специализированной помощи. Необходимо подчеркнуть, что даже в профильных лечебных учреждениях до сих пор существуют различные подходы к определению необходимого набора диагностических процедур и объема обследований, трактовке полученных результатов и выбору лечебной тактики [2, 8].

Особое значение для раннего выявления заболеваний щитовидной железы имеет информированность и нацеленность педиатров, поскольку именно они осуществляют первичную диагностику.

Проблемы, возникающие при диагностике заболеваний ЩЖ педиатрами, очевидны при анализе представляемой медицинской документации.

Мальчик М., 13 лет, поступил в детский эндокринологический центр КУ «Криворожская городская клиническая больница №8» 15.12.2014 по направлению эндокринолога с жалобами на дискомфорт в области шеи, чувство кома при глотании, увеличение размеров шеи. Указанные жалобы отмечаются с сентября 2014 года. Мальчик осмотрен педиатром в плановом порядке 09.09.14, проведена проба Руфье, заключение: здоров. Впервые обратились к эндокринологу в декабре 2014 года. Амбулаторно проведено УЗИ ЩЖ, по данным которого имеет место увеличение объема до 60 см³, структура диффузно неоднородная за счет кистозного перерождения, с наличием кальцинатов.

Наследственность отягощена – у матери тиреоидэктомия.

При поступлении состояние средней степени тяжести, ребенок вялый, угнетенный. Рост 160 см, вес 49 кг. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, суховаты. Дыхание везикулярное. Тоны сердца несколько приглушены, брадикардия (ЧСС 65 в минуту). Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления не нарушены.

Щитовидная железа увеличена визуально и пальпаторно до II-III степени, плотноватая, неоднородной структуры (узловые образования в левой доле), с бугристой поверхностью, чувствительная при пальпации.

Половое развитие возрастное.

В гемограмме – Нв 123г/л, эритроциты $4,1 \times 10^{12}$, цветовой показатель 0,9, лейкоциты $7,5 \times 10^9$, палочкоядерные-1%, сегментоядерные-28%, эозинофилы-5%, лимфоциты-55%, моноциты-11%, СОЭ 6 мм/час. Общий анализ мочи – без особенностей, оксалаты в умеренном количестве. Гликемия 4,4 ммоль/л.

По данным ЭКГ: ЧСС 64, синусовая аритмия.

По данным гормонального исследования: T_4 свободный 12,6 нмоль/л, антитела к тиреоглобулину 4,0 МЕ/мл, антитела к тиреопероксидазе 31,5 МЕ/мл.

На основании проведенного обследования выставлен клинический диагноз:

Диффузно-узловой зоб II-III степени, субклинический гипотиреоз.

Назначен L-тироксин в дозе 50 мкг/сут, йодомарин 200 мкг/сут, цефасель.

Ребенок направлен на консультацию к хирургу-эндокринологу в Украинский научно-практический центр эндокринной хирургии для решения вопроса о дальнейшей тактике лечения.

Таким образом, данный клинический случай демонстрирует отсутствие должного внимания к патологии щитовидной железы как со стороны педиатра, так и со стороны родственников пациента; отсутствие онкологической настороженности; крайне низкую эффективность профилактических осмотров.

Очевиден целый ряд недостатков и проблем ведения пациента:

1) ребенок подросткового возраста, с отягощенным наследственным анамнезом (тиреоидэктомия у матери), не получал индивидуальную йодную профилактику;

2) педиатр, осматривая ребенка с зобом II-III степени, «не замечает» патологии, в следствии чего на прием к эндокринологу пациент попадает через 3 месяца после появления характерных жалоб;

3) на этапе первичной диагностики не был проведен даже минимальный комплекс обследований (УЗИ щитовидной железы, ТТГ), проводимых в амбулаторных условиях.

4) необходимое для диагностики заболеваний щитовидной железы обследование (УЗИ, гормональные исследования) не доступны ни на первичном, ни на вторичном уровне оказания медицинской помощи, что делает и пациентов, и врачей заложниками коммерческих медицинских центров.

Литература

1. Зелінська Н.Б., Резнікова А.Л., Маменко М.С., Єрохіна О.І. Зоб у дітей; клініка, диференційна діагностика, лікування (Методичні рекомендації) // Сучасна педіатрія. – 2006. – № 1 (10). – С. 57-66.

2. Ильин А.А. Ультразвуковая диагностика и комплексное лечение опухолевой патологии щитовидной железы у детей // Международный эндокринологический журнал. – 2011. – № 4 (36).
3. Маменко М.Е. Йодный дефицит и йоддефицитные заболевания: стоит ли ставить знак равенства? // Дитячий лікар. – 2012. – № 3-4. – С. 5-13.
4. Паньків В.І. Ендемічний зоб (йододефіцитні захворювання) // Новості медицини і фармації – 2013. – № 8 (456).
5. Протокол надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча ендокринологія»: наказ МОЗ України № 254 від 27.04.2006 р. / МОЗ України. – Київ, 2006. – 88 с. – (Нормативний документ МОЗ України).
6. Zimmermann M.B., Jooste P.L., Pandav C.S. Iodine-deficiency disorders // Lancet. – 2008. – Vol. 372 (9645). – P. 1251-1262.
7. WHO, UNICEF, and ICCIDD. Assessment of the Iodine Deficiency Disorders and monitoring their elimination. Third edition. // Geneva: WHO, WHO/Euro/NUT/ – 2007 – P. 1-98.
8. Management Guidelines for Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer The American Thyroid Association Guidelines Taskforce: David S. Cooper, Gerard M. Doherty, Bryan R. Haugen, Richard T. Kloos, Stephanie L. Lee, Susan J. Mandel, Ernest L. Mazzaferri, Bryan McIver, Steven I. Sherman, R. Michael THYROID – 2006. – Vol. 16, № 2. – P. 1-33.