

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО  
ОБРАЗА ЖИЗНИ, ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ**

**ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

Издается с 2002 г.

№ 1 2008 г. (УДК 614.2.574)

**Учредитель:**

Национальный Центр проблем  
формирования здорового образа жизни  
Министерства Здравоохранения  
Республики Казахстан

**Подписной индекс 75378**

Рекламодатели предупреждены об  
ответственности за рекламу  
незарегистрированных,  
не разрешенных к применению  
Министерством Здравоохранения РК  
предметов медицинского назначения.

Редакция не несет ответственности  
за достоверность информации,  
опубликованной в рекламе.

Редакция оставляет за собой право  
редакторской правки статей.  
При перепечатке ссылка на журнал  
«Актуальные вопросы формирования  
здорового образа жизни, профилактики  
заболеваний и укрепления  
здоровья» обязательна.

Журнал сверстан и отпечатан  
в типографии НЦ ПФЗОЖ.  
Адрес редакции:  
г. Алматы, ул. Кунаева, 86  
Тел./факс: 291 61 18, внутр. 126

Заказ № 460. Тираж 200 экз.

**Главный редактор:**

Профессор Тулебаев К.А.

**Зам. главного редактора:**

профессор Слажнева Т.И.

**Ответственный редактор:**

Профессор Хайдарова Т.С.

**Технический редактор:**

Белоголовцева О.Ю.

**Технический секретарь:**

Акимбаева А.А.

**Редакционная коллегия:**

Аканов А.А., Айтмурзаева Г.Т. (Бишкек),  
Аманжолова З.Д., Булешев М.К. (Шымкент),  
Даленов Е.Д. (Астана), Есова Г.К., Измухамбетов Т.А.,  
Колокина Р.С., Муталова З.Д. (Ташкент),  
Палтушева Т.П., Рахманов Б.Д., Сейдуманов С.Т.,  
Токмурзиева Г.Ж., Шарипов Т.Ш. Шарманов Т.Ш.,  
Мустафаев С.У., Локшин В.Н.

**Научный совет:**

Шаймарданов Н.К. (Семипалатинск)  
Алчинбаев М.К., Арзыкулов Ж.А., Дуйсекеев А.Д.,  
Аскарлова Г.К., Биртанов Е.А., Диканбаева С.А.,  
Исмаилов Ш.Ш., Кульжанов М.К., Мамедалиева Н.М.,  
Омарова М.Н., Султаналиев Т.А.

**Редакционный совет:**

Абдреева Г.У. (Шымкент)  
Артющик И.А. (Петропавловск)  
Ахмадишин И.М. (Караганда)  
Баймаханов Т.Б. (Павлодар)  
Жарылгасинов И.Ж. (Актау)  
Жаркова Н.В. (Костанай)  
Ибраева Р.С. (Актобе)  
Исмагамбетова Л.Ж. (Астана)  
Кубракова Л.И. (Усть-Каменогорск)  
Курмангалиева Э.А. (Алматы)  
Мухтарова Г.М. (Алматы)  
Мырзахметов К.Т. (Кызылорда)  
Умарова Г.Р. (Уральск)  
Шаухаров Х.С. (Тараз)  
Кулушева Г.Е. (Кокшетау)

## МАЗМҰНЫ

### **«МАҢЫЗДЫ ИНФЕКЦИЯЛЫҚ ЕМЕС АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУДАҒЫ САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДЫҢ РӨЛІ» АТТЫ ҒЫЛЫМИ-ТӘЖІРИБЕЛІК КОНФЕРЕНЦИЯНЫҢ БАЯНДАМАЛАРЫ (14-15 желтоқсан 2007ж., АЛМАТЫҚ.)**

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУ ҚЫЗМЕТІНІҢ 10-ЖЫЛ ІШІДЕГІ НЕГІЗГІ ЖЕТІСТІКТЕРІ К.А.Төлебаев ҚР ДМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қ.

ДЕНІ САУ АДАМДАРДЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН НЫҒАЙТУ – ХХІ ҒАСЫР МЕДИЦИНАСЫНЫҢ СТРАТЕГИЯСЫ А.Н.Разумов Росздравтың денсаулықты қалпына келтіру ғылыми және курортология орталығы

ТӘЖІКСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДЫҢ СТРАТЕГИЯЛЫҚ БАҒЫТЫ А.С.Шарипов Тәжікстан Республикасы Денсаулық сақтау Министрлігінің Салауатты өмір салтын қалыптастыру Республикалық Орталығы

СОЗЫЛМАЛЫ ИНФЕКЦИЯЛЫҚ ЕМЕС АУРУЛАР ӘЛЕУМЕТТІК-ГИГИЕНАЛЫҚ ПРОБЛЕМА РЕТІНДЕ Т.И.Слажнева ҚР ДМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қ.

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДЫ ҚАДАҒАЛАУДЫҢ ӨЗЕКТІ МӘСЕЛЕЛЕРІ Т.С.Хайдарова ҚР ДМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қ.

АМСК ЖАҒДАЙЫНДАҒЫ ДЕНСАУЛЫҚ МЕКТЕПТЕРІНДЕГІ НАУҚАСТАР ҮШІН АРТЕРИЯЛЫ ГИПЕРТОНИЯ ЖӘНЕ ЖҮРЕКТІҢ ИШЕМИЯЛЫҚ АУРУЫНЫҢ БІРІНШІЛІК ПРОФИЛАКТИКАСЫНЫҢ НӘТИЖЕЛЕРІ Т.И.Аманов ҚР ДМ Кардиология және ішкі аурулар ғылыми зерттеу институты, Алматы қ.

МАҢЫЗДЫ ИНФЕКЦИЯЛЫҚ ЕМЕС АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУДАҒЫ ТИІМДІ ЖҰМЫСТЫҢ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ЖҮЙЕ ҮЛГІСІНІҢ ҚҰРЫЛЫМЫ Қ.П.Ошақбаев ҚР ДМ Кардиология және ішкі аурулар ғылыми зерттеу институты, Алматы қ.

ДЕМІКПЕНІҢ БІРІНШІЛІК ЖӘНЕ ЕКІНШІЛІК АЛДЫН АЛУДЫҢ КӘЗІРГІ КЕЗДЕГІ ТӘСІЛДЕРІ Т.Т.Нұрпейісов ҚР ДМ Кардиология және ішкі аурулар ғылыми зерттеу институтының Республикалық ғылыми-практикалық аллергология орталығы, Алматы қ.

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУ ҚЫЗМЕТІНІҢ 10-ЖЫЛДЫҒЫНА АРНАЛҒАН «МАҢЫЗДЫ ИНФЕКЦИЯЛЫҚ ЕМЕС АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУДАҒЫ САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДЫҢ РӨЛІ» АТТЫ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ КОНФЕРЕНЦИЯНЫҢ РЕЗОЛЮЦИЯСЫ, (14-15 желтоқсан 2007ж.)

### **САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДЫҢ ТЕОРИЯЛЫҚ ЖӘНЕ ҒЫЛЫМИ НЕГІЗДЕРІ**

ИНФЕКЦИЯЛЫҚ ЕМЕС АУРУЛАРДЫҢ ПРОФИЛАКТИКАСЫ МАҚСАТЫНДА ХАЛЫҚТЫҢ МІНЕЗ-ҚҰЛЫҚ ФАКТОРЛАРЫНЫҢ ӨЗГЕРУІН САЛЫСТЫРМАЛЫ ТАЛДАУ Т.С.Хайдарова, А.А.Акимбаева ҚР ДМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қ.

ТУБЕРКУЛЕЗ ПРОБЛЕМАЛАРЫ ЖАЙЛЫ МӘСЕЛЕЛЕР Р.С.Колокина ҚР ДМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қ.

КӘСІПТІК-ТЕХНИКАЛЫҚ ОҚУ ОРЫНДАРЫ МЕН ЖАЛПЫ БІЛІМ БЕРУ МЕКТЕПТЕРІ ОҚУШЫЛАРЫНЫҢ САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУ ТУРАЛЫ ХАБАРДЫЛЫҒЫН АНЫҚТАУ БОЙЫНША ЖҮРГІЗІЛГЕН САУАЛНАМАНЫҢ ДЕРЕКТЕРІ Р.С.Колокина, К.А.Толғанбаева, З.И.Қызылова ҚР ДМ, Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қ.

### **ХАЛЫҚТЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН САҚТАУ МЕН НЫҒАЙТУДЫҢ ҚАЗІРГІ КЕЗДЕГІ ТЕХНОЛОГИЯЛАРЫ**

ДЕНСАУЛЫҚТЫ НЫҒАЙТУҒА ЫҚПАЛ ЕТЕТІН АУРУХАНАЛАР Г.Е.Нигиметова ҚР ДМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қ.

АМСК ДЕНГЕЙІНДЕ ӘЛЕУМЕТТІК МӘНІ БАР АУРУЛАРДЫҢ ЫҚПАЛДАСТЫ ПРОФИЛАКТИКАСЫНЫҢ МЕТОДОЛОГИЯЛЫҚ ТӘСІЛДЕРІ А.Ж.Жылқайдарова, К.А.Төлебаев ҚР ДМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қ.



## **ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНЫҢ ҚЫЗМЕТІН ҰЙЫМДАСТЫРУ**

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ ДЕМОГРАФИЯЛЫҚ ПРОЦЕССТЕР ЕРЕКШЕЛІГІНЕ СӘЙКЕС, ХАЛЫҚ САНЫНЫҢ ҰДАЙЫ ӨСУІНІҢ САНДЫҚ ЖӘНЕ САПАЛЫҚ ИНДИКАТОРЛАРЫН БАҒАЛАУ ӘДІСТЕМЕЛІК ҚҰРАЛДАРЫНЫҢ КЕШЕНДІ СИПАТТАМАСЫ Г.Е.Аимбетова Қоғамдық денсаулық сақтау институты, Алматы қ.

ХАЛЫҚ САНЫНЫҢ ҰДАЙЫ ӨСУ ДЕҢГЕЙІНЕ ӘЛЕУМЕТТІК-ЭКОНОМИКАЛЫҚ ФАКТОРЛАРДЫҢ ӘСЕРІН ЗЕРТТЕУ Г.Е.Аимбетова Қоғамдық денсаулық сақтау институты, Алматы қ.

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ХАЛҚЫНЫҢ САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУЫНЫҢ ӨЗЕКТІ ПРОБЛЕМАЛАРЫ Л.Е.Аликанова, А.М.Жаксыбергенов, А.М.Кошкарлова Оңтүстік-Қазақстандық Мемлекеттік медициналық академия, Шымкент қ.

АРТЕРИАЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯ КЕЗІНДЕГІ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРЛЫҚ БҰЗЫЛЫСТАР М.И.Касымбаева МКҚК «Аймақтық диагностикалық орталық», Алматы қ.

ӨКПЕ ГИПЕРТЕНЗИЯСЫ КЕЗІНДЕГІ ОҢ ЖАҚ ҚАРЫНШАНЫҢ ҚЫЗМЕТІ М.И.Касымбаева МКҚК «Аймақтық диагностикалық орталық», Алматы қ.

ЖЕДЕЛ ГИПЕРТОНИЯЛЫҚ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ М.И.Касымбаева, К.С.Жаркинбаев МКҚК «Аймақтық диагностикалық орталық», Алматы қ.

ҚАРАҒАНДЫ АЙМАҒЫ ТҮРҒЫНДАРЫНЫҢ ТАМАҚҚА НАҚТЫ ТҰТЫНАТЫН АЗЫҚТАРЫНЫҢ АЗЫҚ-ТҮЛІК ҚОРЖЫНЫ ҚҰРАМЫНА СӘЙКЕСТІГІ С.В.Ахметова Қарағанды Мемлекеттік медицина академиясы, Қарағанды қ.

ҚЫЗЫЛОРДА ОБЛЫСЫ ӘЙЕЛДЕРІНІҢ РЕПРОДУКТИВТІ ДЕНСАУЛЫҒЫН ҚОРҒАУ САЯСАТЫНЫҢ НЕГІЗГІ БАҒЫТТАРЫ Л.Л.Культаева, К.Т.Мырзахметов, Ж.Ш.Кожарипова, Г.И.Джургенова Қызылорда облысының СӨСҚ облыстық орталығы, Қалалық әйелдер консультациясы, Облыстық денсаулық сақтау департаменті

## **АҚТҚ/ЖҚТБ ЖӘНЕ АЛЛЕРГИЯЛЫҚ АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ**

ЖҚТБ-НЫҢ КЕЙБІР ӘЛЕУМЕТТІК-ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ АСПЕКТІЛЕРІ Н.А.Ташпагамбетова, Н.И.Рахматулина Марат Оспанов ат. БҚММА, әлеуметтік және гуманитарлық пәндер кафедрасы

ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ АҚТҚ/ЖҚТБ ИНДЕТІНЕ МЕМЛЕКЕТТІК ЖАУАП ШАРАЛАРЫ М.А.Хасанова, Л.Ю.Ганина ЖИТСпен күрес және алдын алу Республикалық орталығы, Алматы қ.

ҚАБЫСҚАН ҚҰРСАҚТЫҚ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСТЫ ИНФЕКЦИЯСЫНЫҢ НӘТИЖЕЛЕРІ Н.С.Божбанбаева Педиатрия және балалар хирургиясының ғылыми орталығы, Алматы қ.

АЛЛЕРГИЯЛЫҚ АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ Г.А.Байтүменова, З.И.Бекенова, Н.Х.Хасенова ҚР ДМ Республикалық аллергология орталығы, Алматы қ.

## **БІЛІМ БЕРУ ЖҮЙЕСІНДЕГІ АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ**

ҮЗІЛІССІЗ БІЛІМ БЕРУ ЖАҒДАЙЫНДАҒЫ БАЛАЛАР МЕН ЖАС-ӨСПІРІМДЕРДІҢ ПСИХО-ФИЗИОЛОГИЯЛЫҚ БЕЙІМДЕЛУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ Л.Н.Шумилина, Ж.А.Калмағева, З.А.Амирханова, Н.Б.Сейткулова ҚР ДМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қ.

ҚАРАҒАНДЫ ҚАЛАСЫНЫҢ МЕКТЕПКЕ ДЕЙІНГІ ЖӘНЕ МЕКТЕП ЖАСЫНДАҒЫ БАЛАЛАРЫНЫҢ ТАМАҚТАНУЫ: КӘЗІРГІ КЕЗДЕГІ ПРОБЛЕМАЛАР С.П.Терехин, С.В.Ахметова, Е.В.Мацук Қарағанды Мемлекеттік медицина академиясы, Қарағанды қ.

ДЕНСАУЛЫҚ ЖӘНЕ БЕЙІМДЕЛУ РЕЗЕРВІНІҢ ӨЛШЕМІ РЕТІНДЕ, СТУДЕНТТЕРДІҢ ӨМІР САПАСЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ М.А.Сорокина Қарағанды Мемлекеттік медицина академиясы, Қарағанды қ.

## **МЕДИЦИНА ЖАҒАЛЫҚТАРЫ**

«Өз денсаулығын қорғауда азаматтардың, мемлекеттің, жұмыс берушінің жауапкершілігін күшейту факторы ретінде, ДДҰ «Салауатты жұмыс орындары» атты жобасын енгізудің тәжірибесі» атты 2005-2010 жж. арналған ҚР Денсаулық сақтау саласын өзгерту бағдарламасын іске асыру» Республикалық семинарының ШЕШІМІ (РЕЗАЛЮЦИЯСЫ), 11-12 қазан 2007ж., Астана қ.

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ҮКІМЕТІНІҢ 2007ж. 21 желтоқсанындағы, №1260, 2008-2016 жылдарға арналған «САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫ» БАҒДАРЛАМАСЫН БЕКІТУ ТУРАЛЫ ҚАУЛЫСЫ

СӨСҚПҰО БАСПАСӨЗ ҚЫЗМЕТІНІҢ ХАБАРЛАРЫ



## СОДЕРЖАНИЕ

### **ДОКЛАДЫ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «РОЛЬ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВАЖНЕЙШИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ» (14-15 декабря 2007г., г. АЛМАТЫ)**

ОСНОВНЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ СЛУЖБЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН ЗА 10-ЛЕТНИЙ ПЕРИОД ДЕЯТЕЛЬНОСТИ К.А.Тулбаев Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы

УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЗДОРОВЫХ — СТРАТЕГИЯ МЕДИЦИНЫ XXI ВЕКА А.Н.Разумов Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии Росздрава

СТРАТЕГИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН А.С.Шарипов Республиканский Центр формирования здорового образа жизни Министерства здравоохранения Республики Таджикистан

ХРОНИЧЕСКИЕ НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА Т.И.Слаженева Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МОНИТОРИРОВАНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН Т.С.Хайдарова Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы

ИТОГИ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ В ШКОЛАХ ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ ПМСП Т.И.Аманов НИИ Кардиологии и внутренних болезней МЗ РК, г.Алматы

СТРУКТУРА МОДЕЛИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ В ЭФФЕКТИВНОЙ РАБОТЕ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВАЖНЕЙШИХ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ К.П.Ошакбаев НИИ кардиологи и внутренних болезней МЗ РК, г.Алматы

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ Т.Т. Нурпеисов Республиканский научно-практический аллергологический центр НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК, г.Алматы.

РЕЗОЛЮЦИЯ МЕЖДУНАРОДНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «РОЛЬ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВАЖНЕЙШИХ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ», ПОСВЯЩЕННОЙ 10-ЛЕТИЮ СЛУЖБЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН, 14-15 декабря 2007 г., г.Алматы

### **ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И НАУЧНЫЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ**

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЯ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА У НАСЕЛЕНИЯ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Т.С.Хайдарова, А.А.Акимбаева, З.И. Кызылова Министерство Здравоохранения Республики Казахстан, Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы

К ВОПРОСУ О ПРОБЛЕМЕ ТУБЕРКУЛЕЗА Р.С.Колокина Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы

ДАННЫЕ АНКЕТИРОВАНИЯ ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ ИНФОРМИРОВАННОСТИ УЧАЩИХСЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ И ПРОФТЕХУЧИЛИЩ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ Р.С.Колокина, К.А.Толганбаева, З.И.Кызылова Министерство Здравоохранения Республики Казахстан, Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы

### **СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ СОХРАНЕНИЯ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ**

БОЛЬНИЦЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ Г.Е.Нигиметова Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИНТЕГРИРОВАННОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА УРОВНЕ ПМСП А.Ж.Жылкайдарова, К.А.Тулбаев Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы



## **ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

ХАРАКТЕРИСТИКА КОМПЛЕКСА МЕТОДИЧЕСКИХ ИНСТРУМЕНТОВ ОЦЕНКИ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ И КАЧЕСТВЕННЫХ ИНДИКАТОРОВ ВОСПРОИЗВОДСТВА НАСЕЛЕНИЯ, АДЕКВАТНЫХ СПЕЦИФИКЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН  
Г.Е.Аимбетова Институт общественного здравоохранения г.Алматы

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА УРОВНЕ ВОСПРОИЗВОДСТВА НАСЕЛЕНИЯ Г.Е.Аимбетова Институт общественного здравоохранения г.Алматы

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН Л.Е.Аликанова, А.М.Жаксыбергенов, А.М.Кошкарлова Южно-Казахстанская Государственная медицинская академия, г.Шымкент

ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ М.И.Касымбаева ГККП «Региональный диагностический центр» Алматы

ФУНКЦИЯ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ М.И.Касымбаева ГККП «Региональный диагностический центр», г.Алматы

ОСТРАЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ М.И.Касымбаева, К.С.Жаркинбаев ГККП «Региональный диагностический центр», г.Алматы

СООТВЕТСТВИЕ ФАКТИЧЕСКОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ ВЗРОСЛЫМ НАСЕЛЕНИЕМ КАРАГАНДИНСКОГО РЕГИОНА СОСТАВУ ПРОДОВОЛЬСТВЕННОЙ КОРЗИНЫ С.В.Ахметова Карагандинская Государственная медицинская академия, г.Караганда

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ПОЛИТИКЕ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН КЫЗЫЛОРДИНСКОЙ ОБЛАСТИ Л.Л.Культаева, К.Т.Мырзахметов, Ж.Ш.Кожарипова, Г.И.Джургенова Областной Центр ФЗОЖ, Городская женская консультация, Областной департамент здравоохранения Кызылординской области

## **ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ/СПИД, АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

НЕКОТОРЫЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СПИДА  
Н.А.Ташпагамбетова, Н.И.Рахматулина Кафедра социальных и гуманитарных дисциплин ЗКГМА им. Марата Оспанова, г.Актобе

ОТВЕТНЫЕ МЕРЫ ГОСУДАРСТВА НА ЭПИДЕМИЮ ВИЧ/СПИД В КАЗАХСТАНЕ М.А.Хасанова, Л.Ю.Ганина Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом г.Алматы

ИСХОДЫ ВНУТРИУТРОБНОЙ СОЧЕТАННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ  
Н.С.Божбанбаева Научный центр педиатрии и детской хирургии, г.Алматы

ПРОФИЛАКТИКА АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Г.А.Байтуменова, З.И.Бекенова, Н.Х.Хасенова Республиканский центр аллергологии МЗ РК, г.Алматы

## **ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ УЧАЩИХСЯ В СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ**

ПРОБЛЕМЫ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ НЕПРЕРЫВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ Л.Н.Шумилина, Ж.А.Калматаева, З.А.Амирханова, Н.Б.Сейткулова Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы

ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА КАРАГАНДЫ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ С.П.Терехин, С.В.Ахметова, Е.В.Мацук Карагандинская Государственная медицинская академия, г.Караганда

ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У СТУДЕНТОВ КАК КРИТЕРИЙ ЗДОРОВЬЯ И РЕЗЕРВОВ АДАПТАЦИИ М.А.Сорокина Карагандинская Государственная медицинская академия, г. Караганда

АДАПТАЦИОННЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ РАЗНЫХ КЛИМАТИЧЕСКИХ РЕГИОНОВ Л.Н.Скучалина, Р.Р.Айшауова Казахская Государственная медицинская академия, г.Астана.

## **НОВОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ**

РЕШЕНИЕ (РЕЗОЛЮЦИЯ) Республиканского семинара-совещания «Реализация Государственной программы реформирования и развития здравоохранения РК на 2005-2010 гг.: опыт внедрения проекта ВОЗ «Здоровые рабочие места», как фактор усиления ответственности государства, работодателей и граждан в охране своего здоровья», 11 - 12 октября 2007 г., г. Астана

ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН № 1260 от 21 декабря 2007 года ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРОГРАММЫ «ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ» на 2008 – 2016 годы

СООБЩЕНИЯ ПРЕСС-СЛУЖБЫ НЦ ПФЗОЖ



## CONTENTS

### **REPORTS OF SCIENTIFIC-PRACTICAL CONFERENCE “HEALTHY LIFESTYLE DEVELOPMENT IN PREVENTION OF MAJOR CHRONIC NONCOMMUNICABLE DISEASES” (14-15 DECEMBER 2007, ALMATY)**

MAIN ACHIEVEMENTS OF HEALTHY LIFESTYLE DEVELOPMENT SERVICE IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN FOR 10-YEAR PERIOD OF ACTIVITY K.A.Tulebayev National Center for problems of healthy lifestyle development under Ministry of health RK, Almaty

HEALTH PROMOTION OF HEALTHY - STRATEGY OF MEDICINE FOR XXI CENTURY A.N.Razumov Russian scientific centre for reparative medicine and balneology of Roszdrav

STRATEGIC WAYS OF HEALTHY LIFESTYLE DEVELOPMENT IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN A.S.Sharipov Republican Center of healthy lifestyle development Ministry of health, Republic of Tajikistan

CHRONIC NONCOMMUNICABLE DISEASES AS SOCIAL AND HYGIENIC PROBLEM T.I.Slazhneva National Center for problems of healthy lifestyle development under Ministry of health RK, Almaty

ACTUAL ISSUES OF HEALTHY LIFESTYLE DEVELOPMENT MONITORING IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN T.S.Khaidarova National Center for problems of healthy lifestyle development under Ministry of health RK, Almaty

RESULTS OF PRIMARY PREVENTION OF ARTERIAL HYPERTENSION, ISCHEMIC HEART DISEASE FOR PATIENTS AT HEALTH SCHOOLS AT PHC LEVEL T.I.Amanov Scientific research institute of Cardiology and internal diseases MH RK, Almaty

STRUCTURE OF MODEL OF PREVENTIVE SYSTEM IN EFFECTIVE WORK ON MAJOR CHRONIC NON-INFECTIOUS DISEASES PREVENTION K.P.Oshakbaev Scientific research institute of Cardiology and internal diseases MH RK, Almaty

MODERN APPROACHES TO PRIMARY AND SECONDARY PREVENTION OF BRONCHIAL ASTHMA T.T.Nurpeisov Republican scientific-practical allergy center, Scientific research institute of Cardiology and internal diseases MH RK, Almaty

REZOLUTION INTERNATIONAL SCIENTIFIC-PRACTICAL CONFERENCE “HEALTHY LIFESTYLE DEVELOPMENT IN PREVENTION OF MAJOR CHRONIC NONCOMMUNICABLE DISEASES” DEVOTED TO 10-TH ANNIVERSARY OF HEALTHY LIFESTYLE DEVELOPMENT SERVICE OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN, 14 -15 December 2007, Almaty

### **THEORETICAL AND SCIENTIFIC BASES OF HEALTHY LIFESTYLE DEVELOPMENT**

COMPARATIVE ANALYSIS OF CHANGE OF BEHAVIORAL RISK FACTORS AT POPULATION WITH THE AIM OF NONCOMMUNICABLE DISEASES PREVENTION T.S.Khaidarova, A.A.Akimbayeva National Center for problems of healthy lifestyle development under Ministry of health RK, Almaty

TO AN ISSUE OF TUBERCULOSIS PROBLEM R.S.Kolokina National Center for problems of healthy lifestyle development under Ministry of health RK, Almaty

DATA ON SURVEY OF KNOWLEDGE LEVEL ON HEALTHY LIFESTYLE DEVELOPMENT AMONG PUPILS OF COMPREHENSIVE SCHOOLS AND TECHNICAL TRAINING COLLEGES R.S.Kolokina, K.A.Tolganbaeva, Z.I.Kyzylova National Center for problems of healthy lifestyle development under Ministry of health RK, Almaty

### **MODERN TECHNOLOGIES OF POPULATION HEALTH PROTECTION AND PROMOTION**

HEALTH PROMOTING HOSPITALS G.E.Nigimetova National Center for problems of healthy lifestyle development under Ministry of health RK, Almaty

METHODOLOGICAL APPROACHES TO INTEGRATED PREVENTION OF SOCIALLY IMPORTANT DISEASES AT PHC LEVEL A.Zh.Zhylkaidarova, K.A.Tulebayev National Center for problems of healthy lifestyle development under Ministry of health RK, Almaty

### **PUBLIC HEALTH AND HEALTH CARE MANAGEMENT**

CHARACTERISTIC OF A COMPLEX OF METHODOLOGICAL TOOLS FOR ASSESSMENT OF QUANTITATIVE AND QUALITATIVE INDICATORS ON POPULATION REPRODUCTION, ADEQUATE TO DEMOGRAPHIC PROCESSES SPECIFICITY OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN G.E.Aimbetova Institute of public health, Almaty



RESEARCH ON INFLUENCE OF SOCIO-ECONOMIC FACTORS ON REPRODUCTION LEVEL.  
G.E.Aimbetova Institute of public health, Almaty

ACTUAL PROBLEMS OF HEALTHY LIFESTYLE DEVELOPMENT AMONG POPULATION OF OUR  
COUNTRY L.E.Alikanova, A.M.Zhaksybergenov, A.M.Koshkarova South-Kazakhstan State medical academy,  
Shymkent

CEREBROVASCULAR INJURY ON ARTERIAL HYPERTENSION M.I.Kasyimbaeva Department of ultrasound  
and functional diagnostics, "Regional diagnostic center", Almaty

RIGHT VENTRICLE FUNCTION AT PULMONARY HYPERTENSION.  
M.I.Kasyimbaeva Department of ultrasound and functional diagnostics,"Regional diagnostic center", Almaty

ACUTE HYPERTONIC ENCEPHALOPATHY. M.I.Kasyimbaeva, K.S.Zharkinbaev Department of ultrasound and  
functional diagnostics, "Regional diagnostic center" Almaty

CONFORMITY OF ACTUAL CONSUMPTION OF FOOD PRODUCTS AMONG ADULT POPULATION OF  
KARAGANDA REGION TO STRUCTURE OF THE FOOD BASKET S.V.Akhmetova Karaganda state medical acad-  
emy, Karaganda

MAIN DIRECTIONS IN POLICY OF WOMEN REPRODUCTIVE HEALTH PROTECTION FOR KYZYLORDA  
OBLAST L.L.Kultaeva, K. T.Myrzahmetov, Z.S.Kozharipova, G.I.Dzhurgenova Oblast center for healthy lifestyle  
development, City women consultation, oblast health care department of Kyzylorda oblast

### **HIV/AIDS AND ALLERGIC DISEASES PREVENTION**

SOME SOCIAL - PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF AIDS N.A.Tashpagambetova, N.I.Rakhmatulina  
Chair of social and humanitarian disciplines with psychology and pedagogics course West-Kazakhstan  
medical academy named after Marat Ospanov, Aktobe

RETURN STATE ACTIVITY TO HIV/AIDS EPIDEMIC IN KAZAKHSTAN M.A.Khasanova,  
L.U.Ganina Republican centre on AIDS prevention and control, Almaty

OUTCOMES OF INTRA-UTERINE COMBINED CYTOMEGALOVIRUS INFECTION  
N.S.Bozhbanbaeva Science centre of pediatrics and children's surgery, Almaty

ALLERGIC DISEASES PREVENTION G.A.Bajtumenova, Z.I.Bekenova, N.Kh.Khasanova  
Republican center of allergology under MH RK, Almaty

### **DISEASES PREVENTION AT EDUCATION SYSTEM**

PROBLEMS OF PSYCOPHYSIOLOGICAL ADAPTATION OF CHILDREN AND TEENAGERS IN CONDITIONS  
OF CONTINUOUS EDUCATION

L.N.Shumilina, Z.A.Kalmataeva, Z.A.Amirkhanova, N.B.Seitkulova National Center for problems of healthy lifestyle  
development under Ministry of health RK, Almaty

NUTRITION OF PRESCHOOL AND SCHOOL AGE CHILDREN OF KARAGANDA: MODERN PROBLEMS  
S.P.Terekhin, S.V.Akhmetova, E.V.Matsuk Karaganda state medical academy, Karaganda

FEATURES OF QUALITY OF LIFE AT STUDENTS AS CRITERION OF HEALTH AND RESERVES FOR ADAP-  
TATION M.A.Sorokina Karaganda state medical academy, Karaganda

ADAPTATION SYNDROME AT CHILDREN OF VARIOUS CLIMATE REGIONS L.N.Skuchalina, R.R. Ayshauova  
Kazakh state medical academy, Astana

### **NEWS OF MEDICINE**

DECISION (RESOLUTION) of Republican seminar-meeting "Realization of State Program RK on 2005-2010:  
experience of WHO "Healthy workplaces" project introduction, as a factor of strengthening of the state,  
employers and citizens responsibility in health protection " 11 -12 October, 2007 Astana

REPUBLIC OF KAZAKHSTAN GOVERNMENT REGULATION # 1260 from December, 21st, 2007 ABOUT AP-  
PROVAL OF "HEALTHY LIFESTYLE" PROGRAM on 2008 - 2016

NCPHLD PRESS-SERVICE REPORTS



## ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУ ҚЫЗМЕТІНІҢ 10-ЖЫЛ ІШІДЕГІ НЕГІЗГІ ЖЕТІСТІКТЕРІ

*К.А.Төлебаев*

*ҚР ДМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы,  
Алматы қ.*

## ОСНОВНЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ СЛУЖБЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН ЗА 10-ЛЕТНИЙ ПЕРИОД ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

*К.А.Тулебаев*

*Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни  
МЗ РК, г. Алматы*

## MAIN ACHIEVEMENTS OF HEALTHY LIFESTYLE DEVELOPMENT SERVICE IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN FOR 10-YEAR PERIOD OF ACTIVITY

*К.А. Tulebayev*

*National Center for problems of healthy lifestyle development under Ministry of health RK,  
Almaty*

Уважаемые коллеги! В этом году мы отмечаем знаменательную дату – 10-летний юбилей Национального центра Формирования здоровья населения. Деятельность службы ФЗОЖ регламентирована следующими законодательно-нормативными документами: Политикой укрепления здоровья и общественного здравоохранения ВОЗ; Долгосрочной Стратегией «Казахстан – 2030»; Законом РК «О системе здравоохранения»; Указом Президента РК «О Государственной Программе реформирования и развития здравоохранения РК на 2005-2010 годы»; Постановлением Правительства РК «О комплексной программе «Здоровый образ жизни» №905 от 1999 г. и внесенными изменениями и дополнениями, постановлениями Правительства РК №1446 (2002г.) и № 1357 (2003 г.) и № 22 (2006 г.); Концепцией устойчивого развития РК на 2007-2024 гг.; Посланием Президента РК «Стратегия «Казахстан 2030» на новом этапе развития Казахстана»

В настоящее время НЦ ПФЗОЖ представляет развитую сеть организаций, реализующих политику ФЗОЖ населения, профилактическое направление в здравоохранении. В стране функционирует 14 областных, 9 городских, 10 районных центров формирования здорового образа жизни, 252 центра укрепления здоровья и более 500 кабинетов ЗОЖ, профилактики и диспансеризации на уровне ПМСП с обеспечением организационно-методического руководства НЦ ПФЗОЖ МЗ РК.

Возросло финансирование службы ФЗОЖ, так, только за последние 4 года (2004-2007 гг.) оно увеличилось в 2 раза (от 144 501 до 300 000 тыс. тенге).

Нами внедрена профилактическая образовательная программа на всей территории Казахстана, во всех начальных, средних, средних специальных и высших учебных заведениях по предмету «Валеология», составлена базовая учебная программа по профилактике болезней и укрепления здоровья, которая утверждена приказом МОН РК №572 от 24.11.1998г.

Результаты внедрения предмета «Валеология»: охват общеобразовательных школ в 2007 г. -73%; подготовлено более 8 тыс. преподавателей; разработаны методические пособия и учебники «Здоровье и жизненные навыки»; разработаны и тиражированы учебные пособия с 1 по 11 классы.

Нами постоянно ведется работа со средствами массовой информации с целью информирования населения и формирования общественного мнения в вопросах сохранения и укрепления потенциала здоровья. Так, мы провели ряд мероприятий:

- Телевизионные и радиопрограммы, статьи в газетах и журналах
- Пресс-конференции, дискуссионные встречи, круглые столы (еженедельно 1 пресс-конференция, 1 круглый стол)
- Обучающие семинары для журналистов (2-3 в год)
- Республиканские конкурсы журналистов (ежегодно)
- Мониторинг и анализ освещения медицинских вопросов в СМИ

Эффективность проводимых работ – это охват санитарно-просветительной работой до 85% населения



Мы постоянно совместно с работниками системы здравоохранения проводим ежегодный скрининг состояния здоровья населения, охват скрининг-обследованием населения на уровне ПМСП составляет свыше 1 млн. взрослого сельского населения и свыше 1 млн. детей с 12-до 18 лет

Результативность данных широкомасштабных скрининговых мероприятий составляет:

1. По раннему выявлению заболеваний – 42% случаев среди взрослого сельского населения, 29% - среди детей с 12 до 18 лет.

2. Охват диспансерным наблюдением 52% взрослого сельского населения, 32% - среди детей с 12 до 18 лет

Основной целью работы на уровне ПМСП являются: мобилизация общественности, населения и медицинских работников к профилактике и раннему выявлению заболеваний, сохранению и укреплению здоровья населения.

Ежегодно с 2004 г. сотрудниками НЦ ПФЗОЖ проводятся декадни по профилактике:

- онкологических заболеваний,
- артериальной гипертензии,
- миопии и стоматологических заболеваний у детей,
- глаукомы у взрослых,
- предупреждение нежелательной беременности и аборт у подростков,
- острых кишечных инфекций
- вирусных гепатитов,
- травм и отравлений среди детей,
- рациональному питанию.

Внедрены на уровне ПМСП алгоритмы действий медицинских работников ПМСП по пропаганде здорового образа жизни и профилактике факторов риска основных социально значимых заболеваний (Приказ МЗ РК № 644 от 26.12.2006)

Широкомасштабные акции, проводимые нами в соответствии с утвержденными планами имеют цель: привлечение внимания общественности и мобилизация населения к вопросам укрепления здоровья.

- Всемирный день борьбы с туберкулезом
- Всемирный день здоровья
- Всемирный день семьи
- Всемирный День борьбы с курением
- Международный конкурс «Брось курить и выиграй»
- Всемирный день защиты детей
- Спартакиада медицинских работников
- Всемирный День борьбы с наркоманией и незаконным оборотом наркотиков.
- Всемирный День борьбы со СПИДом
- Акция «Денсаулык Жолы»

- Фестиваль здоровья
- Сдача «Президентских тестов»
- Месячники по профилактике туберкулеза, табакокурения, наркомании, ВИЧ/СПИД, гриппа, дорожно-транспортного травматизма среди детей

Эффективность: Акциями охватывается от 100 тыс. до 1,5 млн. человек

Деятельность НЦ ПФЗОЖ имеет широкое международное признание, в 2003 г. посетил НЦ ПФЗОЖ Генеральный директор ВОЗ д-р Ли. В том же году мы получили Сертификат Книги рекордов Гиннеса за проведение «Часа физической активности», где участвовало свыше 4 млн. чел.; в 2004 г. - Сертификат ВОЗ за активное проведения Всемирного дня борьбы с табакокурением; Сертификат ВОЗ за активное проведения декадни по профилактике дорожно-транспортного травматизма. С 2005 года открыт на базе НЦ ПФЗОЖ коллаборативный центр ВОЗ по содействию здоровому образу жизни. В Турции (2006 г.) получена Награда ВОЗ в области профилактики ожирения». В 2007 г. в рамках глобальной недели ООН проведена профилактика дорожно-транспортного травматизма.

Партнерами НЦ ПФЗОЖ являются крупные международные и государственные организации: ВОЗ; ЮНИСЕФ; ЮНФПА; ЮСАИД; Проект ХОУП; Здрав/Плюс; Общества Красного полумесяца; Проект по контролю СПИД в Центральной Азии; Министерство туризма и спорта; Министерство образования и науки; Министерство культуры и информации; Министерство внутренних дел; Министерство труда и социальной защиты; Казахская академия питания; Акиматы; Санэпидслужба (КГСЭН); НПО.

Основными принципами деятельности НЦ ПФЗОЖ являются:

- Межотраслевой подход в решении физических, экономических, социальных, культурных факторов охраны и укрепления здоровья населения
- Активное участие населения, общественных и неправительственных организаций, работодателей в здравоохранительных мерах на всех уровнях власти содействуя совместным процессам принятия решений, обеспечению выполнения и отчетности
- «Валеология – жизненные навыки»
- Школьная медицина
- Молодежные центры здоровья
- Профилактическая направленность первичной медико-санитарной помощи
- Использование всех существующих каналов коммуникаций, включая средства массовой информации

Деятельность НЦ ПФЗОЖ сопровождается научными исследованиями по изучению факто-



ров риска инфекционных и неинфекционных заболеваний; по формированию здорового образа жизни населения; научным обоснованием современных профилактических технологий, таких как школы здоровья по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, онкологических и бронхолегочных заболеваний, глаукомы, сахарного диабета.

Устойчивость процесса ФЗОЖ будет обеспечиваться вкладом всех структур вовлеченных

в Комплексную программу «Здоровый образ жизни», а также возможно через создание специального Фонда, за счет налогов от продажи табачных и алкогольных изделий.

Наш Центр является ведущей организацией в проведении профилактических работ, в проведении мониторинга факторов риска развития неинфекционных заболеваний и в интеграции профилактики и формирования здорового образа жизни в деятельность ПМСП.

## ДЕНІ САУ АДАМДАРДЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН НЫҒАЙТУ – ХХІ ҒАСЫР МЕДИЦИНАСЫНЫҢ СТРАТЕГИЯСЫ

*А.Н.Разумов*

*Росздравың денсаулықты қалпына келтіру ғылыми және курортология орталығы*

## УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЗДОРОВЫХ — СТРАТЕГИЯ МЕДИЦИНЫ ХХІ ВЕКА

*А.Н.Разумов*

*Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии Росздрава*

## HEALTH PROMOTION OF HEALTHY - STRATEGY OF MEDICINE FOR XXI CENTURY

*A.N.Razumov*

*Russian scientific centre for reparative medicine and balneology of Roszdrav*

XX век ушел в историю. К порогу нового тысячелетия человечество подошло с солидным грузом научно-практических достижений в медицине, но и с не менее тяжелой поклажей нерешенных проблем в области охраны здоровья.

Основные направления отечественной медицинской науки и здравоохранения (Ю. П. Лисицын, 1998 г.):

- симптоматологическое
- нозологическое
- профилактическое
- физиологическое

Однако стоит отметить, что в этих направлениях главное место заняли такие категории, как диагностика, болезнь, норма, профилактика болезни, оттесняя на периферию человека, его этико-культурное развитие, процессы формирования ценности здоровья у здорового человека с учетом особенностей этнической, природно-географической и социальной среды.

Нельзя не отметить заслуг философии медицины, которая создала концепцию цивилизованного развития общества, определила типы цивилизаций,

в т.ч. и российской с ее культурно-историческими традициями. Но, к сожалению, философия не была в должной мере ассимилирована живым знанием практикующих врачей и ученых-теоретиков в интересах профилактической медицины и организации здравоохранения. Так, необходимая философия медицины здоровья не стала в XX веке конструктивной мировоззренческой моделью в социальной политике государства. Соответственно отечественная медицина в XX веке достигла эпохальных успехов в области профилактики и реабилитации. И это закономерно, ибо в условиях монополизма болезнетрической концепции профилактики, в условиях слаборазвитых технологий культуры здоровья, образа жизни, качества жизни, сделать больше было невозможно.

В стране по-прежнему отсутствует идеал здоровья как смысл бытия и общественного престижа нации в цивилизованном обществе. Человек и его здоровье не стали нравственной ценностью. Конечно, раскрытие механизмов наследственности, появление генной технологии позволили шагнуть за пределы, казалось бы, ранее незыблемых зако-



нов. Имеется в виду создание реальных предпосылок к формированию заданных, т.е. произвольных свойств организма. Кстати, авиационная и космическая медицина одна из первых в научной медицине осмыслила гениальную мысль Ухтомского о создании новых функциональных органов для сохранения здоровья в несвойственной земному человеку среде обитания.

В XX веке ни философы от медицины, ни клиницисты, ни теоретики не оценили роль науки авиакосмической медицины и биологии в решении проблемы жизнедеятельности человека в других мирах и на других планетах. Полезно будет принять гипотезу, что XXI — это серьезный вал демографических, экологических, геологических катастроф и природных поликатаклизмов, что сделает проблему выживания живого на планете Земля главной для медицины. Человечество, лишившее в войнах жизни более 60 млн. человек, создающее условия для преждевременного старения, ослабления жизненного и духовного потенциала, трудно признать здоровым и разумным.

Прежде всего, мы должны диалектически осмыслить социально-этическую противоречивость технократического механизма медицинских успехов в методах обследования и лечения больных. XX век — век максимального использования медициной технических достижений. К примеру, в области рентгенодиагностики: томография, УЗИ, методы ядерно-магнитного резонанса открыли путь к новым успехам в диагностике и хирургии. И вместе с тем, можно напомнить, что в первые часы и даже дни катастрофы на Чернобыльской АЭС практически не было возможности точно измерить количественную и качественную степень облученности людей, воды, земли и воздуха, сделать в оперативном порядке научный прогноз последствий. Тем самым в тысячи раз были усугублены отдаленные последствия чернобыльского следа. Одной из причин явился тот факт, что ведущим принципом профилактики был принцип диагностики болезни на ранней стадии, а не охрана здоровья здоровых людей.

В целях усиления концентрации вашего внимания на осознании новых идей в профилактической медицине проанализируем причины преждевременного «износа» здоровья, опираясь на историчность основополагающих идей, сформулированных Гиппократом и Авиценной.

Здоровье определяется:

- Питанием
- Климатом
- Условиями жизни

Болезни связаны с:

- Вредностями местности и климата
- Бытовыми условиями
- Неправильным питанием
- Вредностями изнурительного труда
- Индивидуальной предрасположенностью
- Душевыми потрясениями

Прошли тысячелетия и в XXI веке мы можем уверенно сказать, что нам легче привести примеры, доказывающие сказанное, чем примеры высокой реализации советов мыслителей.

В этой связи, считал бы целесообразным остановиться на анализе непопулярных проблем с которыми мы входим в XXI век и соответственно изложить пути их преодоления с учетом новых экономических и социальных условий жизни населения, новых идей в области профилактической медицины, социологии здоровья, восстановительной медицины, с учетом переориентации в подготовке медицинских кадров, организации системы обеспечения здоровья здорового человека.

В конце XX века ученые-медики констатируют: зарегистрировано более 4 млн. химических веществ, способных разрушить здоровье. За год природные и технические источники загрязняют атмосферу окисью углерода более 150 млн. тонн, углеводородами более 200 млн. тонн, соединениями серы более 200 млн. тонн, окислами азота около 10 млн. тонн. Только от транспорта в 615 городах России выброс вредных веществ составил 15,6 млн. тонн. Из 148 млн. населения России 73% проживают, трудятся и погибают в неблагоприятной социально-гигиенической обстановке.

В 2828 городах превышение ПДК составило: по свинцу — в 21 раз, по фенолу — в 14 раз, углероду — в 12 раз, двуокиси азота — в 8 раз.

Такое загрязнение более, чем в 60% случаев обуславливает профессиональные болезни. На нашей планете от голода умирают 30—40 млн. человек в год. У 25% населения России диагностируется недостаточность питания (истощение). В России с 1991 г. начался процесс депопуляции, т.е. явный признак кризиса здоровья (Венедиктов Д. Д., Щепин О. П., Лисицин Ю. П., Оганов Р. Г.).

Авиценна указывал на прямую связь заболеваний с душевными потрясениями. Сегодня 3,8 млн. российских граждан страдают психическими расстройствами, более 5 млн. алкогольно зависимы, около 8 млн. приобщены к наркотическим средствам, каждый пятый — инвалид из-за психических расстройств. У нас в Отечестве осталось не более 20% практически здоровых людей!



Во всем этом социальном негативе существенную долю занимает психическое нездоровье, душевный надлом, сниженный психофизиологический потенциал нации. Такое видение не означает желаниа переложить вину с больной головы общества на здоровую медицинскую. Скорее наоборот, медицинской науке и практике пора серьезно обновить мировоззренческий взгляд на роль здоровья в развитии цивилизации и новое место медицины в управлении обществом, в экономической политике, в производственной деятельности, в подготовке кадров и воспитании здорового социума, здоровых идеалов, здоровой Веры, во многом исповедуемой религиозными конфессиями и, прежде всего, Православной.

Медицинские науки и организация здравоохранения в XXI веке должны приобрести новые системные качества (свойства) в глобальной системе «Человечество — природа — культура — труд».

Имеются в виду следующие свойства:

- экономической производительности медицины в области формирования, поддержания воспроизводства здоровья как производительной основополагающей силы общества на пути восхождения к более совершенной цивилизации;

- законодательно-правовое в области контроля государственных проектов за развитием и внедрением результатов энергетики, транспорта, оборонной промышленности, специальной химии, биологии и физики, которые выступают в качестве угрозы здоровью;

- социальное в области медицинской защиты работающих во вредных и опасных производствах, на охрану здоровья, а не только лечение;

- культурно-этическое в области образования, воспитания, теологии, просвещения, организации быта, отдыха, труда, учебы как социальный механизм, обеспечивающий нравственное отношение к здоровью со стороны индивидуумов и общества;

- смыслообразующей ценности здоровья для жизни на земле.

Именно из-за не учета и даже пренебрежения этим всеобщим законом, определяющим гармонию макросистемы «человек — природа — труд», в XX веке стало возможным, что разумная созидательная деятельность человечества нанесла огромный ущерб биосфере, существенно увеличив силу последствий факторов риска для здоровья (курение, алкоголь, психоэмоциональный стресс, гиподинамия и др.). Более того, отсутствие социальной доминанты в сознании граждан на сохра-

нение личного и общественного здоровья привело к беспределу в части загрязнения токсическими отходами производства продуктов питания, воздушного и водного пространства.

Общий итог: геокосмический дисбаланс в информационно-энергетической организации ноосферы привел к искажению созидательной функции общественного интеллекта, ослаблению нравственного и психофизиологического потенциала населения всей страны. Все это имеет прямое отношение к медицине будущего XXI века, т.к. все сказанное — это зона профессиональной ответственности медицины в том числе.

Нужна другая философия, другой взгляд каждого гражданина, ученого-медика, философа, психолога, государственных мужей на здоровье здоровых людей.

Оздоровление по принципу профилактики от последствий воздействия экологических, эргономических, социально-психологических факторов, угрожающих здоровью — не эффективно, т.к. не соответствует ведущему принципу медицины — профилактическому (И. П. Павлов).

И, наконец, мы хорошо усвоили мечты, и старания предшественников нашего времени, сформулированные Ю. П. Лисициным: «Главная задача заключается в трансформации медицины патологии, какой она остается до сих пор, в медицину здоровья здоровых...».

В Посланиях Президента России В. В. Путина Федеральному Собранию Российской Федерации в 2005 и 2006 гг. возрождение медицинской профилактики и улучшение демографической ситуации в стране определены как одно из важнейших направлений социального развития и совершенствования системы отечественного здравоохранения.

Проблеме демографии было посвящено заседание Совета законодателей, который объединяет спикеров региональных парламентов, 21 декабря 2006 г. В выступлении на этом заседании В.В. Путин назвал стремительное старение населения России тревожным демографическим фактором. По статистике, население страны каждый год сокращается почти на 900 тыс. человек. Доля тех, кому за 65 лет — 13,7%, что вдвое превышает международный стандарт, согласно которому нация считается «старой». В результате, сегодня на тысячу работающих приходится 276 детей и 323 пенсионера, а это угрожает экономике страны.

По словам Президента, серьезной проблемой является смертность людей трудоспособного возраста, 80% которых — мужчины. Особое место занимает проблема алкоголизма, значительная



часть смертей, которые можно было бы предотвратить, так или иначе связаны со злоупотреблением алкоголем.

Президент прямо указывает: «Мы должны переломить эти негативные тенденции. Переломить, опираясь на системную и хорошо просчитанную политику в этой сфере». «Очевидно, что ключевым фактором смертности являются условия и образ жизни людей, и потому при разработке региональных демографических программ надо учитывать не только вопросы повышения уровня здравоохранения, но и развитие системы досуга, физкультуры, спорта, улучшения условий труда».

Требованиям системной и просчитанной политики в сфере охраны здоровья, учитывающей условия и образ жизни и труда людей, является Концепция охраны здоровья здорового человека.

Основной целью Концепции является радикальное снижение оттока из популяции здоровых лиц в популяцию больных и предусматривает переход приоритетов здравоохранения от системы, ориентированной только на лечение больных, к направленной профилактике болезней и формированию у населения культуры здоровья.

Концепция основана на признании роли здоровья как фактора национальной безопасности и как социального свойства личности, обеспечивающего в условиях рыночной экономики конкурентоспособность, благополучие семьи, профессиональное долголетие и обеспеченную старость.

Актуальность развития данного профилактического направления и необходимость его реализации определяются:

- демографическим кризисом, обусловленным, в частности, сверхсмертностью населения по т.н. неестественным причинам (включая употребление алкоголя и табакокурение), особенно мужчин в трудоспособном возрасте;

- низкими показателями физического состояния и резервов адаптации у детей и подростков (по результатам исследования более 80 000 лиц призывного возраста, студентов и школьников показано, что до 65 % из них имели неудовлетворительный уровень соответствующих показателей и лишь 3% имели уровень выше среднего);

- высоким уровнем суицидов, который по медико-социальным причинам более чем в 2 раза превышает общепринятые критические значения и в 3 раза — соответствующие показатели по странам мира;

Успешная реализация Концепции обеспечивается:

- высокой медико-профилактической эффективностью оздоровительных программ (по данным РНЦ восстановительной медицины и курортологии Росздрава, показано, что применение комплекса немедикаментозных методов профилактики у часто болеющих детей снижает число респираторных заболеваний в 1,5—2 раза, а у беременных женщин позволяет в 3—5 раз снизить число осложнений беременности и родов).

- высокой экономической эффективностью профилактических программ (отношение затрат на оздоровление и экономии за счет предупреждения потери трудоспособности достигает 1:8);

Разработанные в РНЦ восстановительной медицины и курортологии Росздрава Концепция и Отраслевая программа охраны и укрепления здоровья здоровых на 2003—2010 гг. одобрены Коллегией Минздрава России и утверждены соответствующими приказами Минздрава РФ № 113 и 114 от 21.03.2003 г. Концепция и Программа одобрены также сессией Всемирной организации здравоохранения (Копенгаген, 2003 г.).

Согласно принятой Концепции под охраной здоровья здорового человека понимается совокупность мер политического, духовного, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-эпидемиологического характера, направленных на оптимизацию условий для формирования, активного сохранения, восстановления и укрепления здоровья, обеспечивающих снижение заболеваемости и увеличение популяции здоровых и практически здоровых людей.

Отраслевой Программой предусмотрена разработка нормативно-правовой документации в сфере охраны и укрепления здоровья здорового человека, включая все её составляющие: структуру профильных организаций и подразделений, таблиц оснащения, стандарты оздоровительных услуг, обеспечение материальными ресурсами, подготовку кадров, порядок финансирования и взаимодействия со страховыми компаниями, преемственность с другими службами и организациями системы здравоохранения.

Важный шаг был сделан в подготовке кадров по проблемам охраны здоровья здоровых. Так, в 2003 г. в практику здравоохранения была введена специальность «врач восстановительной медицины», утверждено положение об организации деятельности врача восстановительной медицины, в 2004 г. разработаны образовательный стандарт и учебные программы для системы дополнительного образования врачей по восстановительной

медицине, включая вопросы охраны здоровья здоровых.

К настоящему времени введена должность врача по восстановительной медицине в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, разработаны типовые учебные программы не только для врачей, но и среднего медперсонала.

Но ведомственный характер Программы существенно ограничил возможности ее реализации, а в отсутствие финансирования Программы часть мероприятий не могла быть выполнена.

Внедрению системы охраны здоровья здорового человека в практическое здравоохранение препятствует, прежде всего, то, что Минздравсоцразвития России на деле сосредоточено на решении проблем уже заболевших людей. Здоровыми людьми «министерство охраны здоровья» не занимается!

Нет никакой внятной статистики о числе здоровых людей в России, не говоря уже о данных по распространенности факторов риска развития различных заболеваний.

Государство обеспечивает минимально гарантированный уровень медицинской помощи больным гражданам, но по существу не финансирует ни одной масштабной профилактической программы и не создает условий для привлечения на профилактические цели внебюджетных средств, которые могут быть выделены работодателями и другими заинтересованными структурами.

Таким образом, при всей очевидности остроты проблем охраны здоровья здоровых, приходится признать, что в России не созданы механизмы реализации существующей концепции. Вопросы охраны здоровья здорового человека, формирования здорового образа жизни и культуры здоровья населения находятся вне компетенции Минздравсоцразвития России — в Положении о Министерстве эти направления деятельности отсутствуют.

Существует настоятельная необходимость в кратчайшие сроки разработать и осуществить Федеральную целевую программу (ФЦП): «Развитие системы охраны здоровья здорового человека, формирование здорового образа жизни и культуры здоровья у населения Российской Федерации на 2008—2014 г.». Заказчиком-координатором данной программы должен выступить Минздравсоцразвития России.

Очевидно, что весь спектр обозначенных выше проблем, решение которых является приоритетным для развития системы здравоохране-

ния, требует комплексного, системного подхода. Эти проблемы не могут быть решены в рамках ведомственных программ, поскольку относятся к ведению разных федеральных и региональных органов исполнительной власти: помимо Минздравсоцразвития, это, прежде всего, Минобразования, Минкультуры, Росспорт.

Разработка и реализация федеральной целевой программы является наиболее эффективным путем решения указанной проблемы в условиях реформирования бюджетного процесса, предусматривающего смещение акцентов с управления расходами на управление результатами и переход преимущественно к программно-целевым методам бюджетного планирования.

Основными преимуществами решения поставленной проблемы программно-целевым методом являются:

- Комплексный и системный подход к решению проблемы позволит учесть все аспекты развития системы охраны здоровья здорового человека в Российской Федерации, а направления финансирования — четко определяют приоритетность реализации мероприятий Программы.

- Распределение полномочий и ответственности между органами исполнительной власти на федеральном, региональном и муниципальном уровнях, участие в реализации Программы общественных организаций, коммерческих структур и других хозяйствующих субъектов позволит повысить эффективность выполнения мероприятий в рамках Программы.

- Эффективное планирование и системный мониторинг, наблюдение за степенью удовлетворенности населения услугами оздоровительно-профилактических организаций обеспечат ежегодную оценку результатов реализации этапов Программы.

В результате реализации Федеральной целевой программы будет достигнуто:

- повышение медицинской и экономической эффективности деятельности центров и отделений восстановительной медицины, санаторно-курортных учреждений, центров спортивной медицины и физкультурных диспансеров, поликлиник, медицинских подразделений образовательных учреждений и предприятий путем внедрения современных технологий превентивной медицинской помощи (оздоровления);

- создание сети кабинетов и центров здоровья здорового человека;

- рациональное использование бюджетных средств на профилактику болезней;



- создание системы формирования, активного сохранения, восстановления и укрепления здоровья людей;

- создание условий для реализации человеком потенциала здоровья, обеспечивающего ведение активной производственной, социальной и личной жизни;

- снижение уровня заболеваемости, инвалидизации и преждевременной смертности населения, увеличения средней продолжительности и повышения качества жизни, существенного улучшения демографической ситуации в стране;

- удовлетворение спроса населения на доступные здоровье-сберегающие технологии, повышение их эффективности и качества экспресс-диагностики и оздоровительно-реабилитационных мероприятий.

Для дальнейшего развития системы охраны здоровья здоровых в Российской Федерации необходимо наличие ряда системных факторов:

- законодательное и нормативно-правовое обеспечение оздоровительно-профилактической деятельности, наличие федерального органа исполнительной власти, ответственного за развитие системы охраны здоровья здорового человека, формирование у населения здорового образа жизни и культуры здоровья;

- эффективное взаимодействие между федеральными органами исполнительной власти и субъектов Российской Федерации, а также общественными организациями, реализующими программы по охране здоровья здорового человека, формированию здорового образа жизни и культуры здоровья;

- ликвидация диспропорций между потребностью людей в оздоровительно-профилактических услугах и отсутствием возможности приобретения этих услуг в коммерческих оздоровительных учреждениях из-за низкой платежеспособности населения;

Для дальнейшего развития системы охраны здоровья здоровых в Российской Федерации необходимо наличие ряда системных факторов:

- существенное увеличение расходов на оздоровление работников и членов их семей за счет средств Фонда социального страхования;

- развитие инфраструктуры оздоровительных организаций, центров восстановительной медицины, улучшение материально-технической базы центров медицинской профилактики, центров спортивной медицины, физкультурных диспансеров;

- усиление контроля надзорных органов исполнительной власти за реализацией товаров и услуг оздоровительного назначения;

- существенное усиление государственной (социальной) рекламы и расширение системы информирования населения о преимуществах профилактической охраны здоровья, о разрешенных к применению оздоровительных технологиях и ограничение рекламы непроверенных и незарегистрированных в Росздравнадзоре средств и способов оздоровления;

- создание эффективной системы организации и обеспечения научных исследований по разработке современных оздоровительных технологий, включая средства и способы самооздоровления, технологии формирования здорового образа жизни и привитие навыков культуры здоровья;

- разработка научно-обоснованных стандартов и критериев лицензирования оздоровительно-профилактических технологий;

- подготовка и переподготовка кадров на основе новых образовательных программ с современным научно-методическим обеспечением;

- выработка государственной политики и создание механизмов активного внедрения рационов здорового и профилактического питания, пропаганда культуры питания и застолья в целом, контроль над популяризацией в СМИ необоснованных диет, телевизионных кулинарных школ и т.п.;

- создание системы мониторинга за детьми-спортсменами, профилактики последствий профессиональных занятий спортом;

- восстановление системы санаторно-курортного оздоровления работающего населения;

- создание механизмов льготного налогообложения, введение системы страховых льгот и поощрения работодателей в связи с затратами на охрану здоровья и профилактику заболеваний работающего населения.

С внедрением всех звеньев развития нового профилактического направления в виде восстановительной медицины будет сделан, на наш взгляд, важный шаг к созданию в России принципиально новой системы управления динамикой здоровья населения. Построенная по профилактическому принципу, данная система потребует поддержки всех государственных, общественных институтов страны и будет способна при этих условиях стать базисной для развития отечественной системы здравоохранения.

## ТӘЖІКСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДЫҢ СТРАТЕГИЯЛЫҚ БАҒЫТЫ

*А.С.Шарипов Тәжікстан Республикасы Денсаулық сақтау Министрлігінің Салауатты өмір салтын қалыптастыру Республикалық Орталығы*

### СТРАТЕГИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

*А.С.Шарипов  
Республиканский Центр формирования здорового образа жизни Министерства здравоохранения Республики Таджикистан*

### STRATEGIC WAYS OF HEALTHY LIFESTYLE DEVELOPMENT IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

*A.S.Sharipov  
Republican Center of healthy lifestyle development Ministry of health,  
Republic of Tajikistan*

В соответствии с политикой охраны здоровья ВОЗ (г. Алматы, сентябрь, 1978) «Здоровье для всех в XXI веке» в Республике Таджикистан создана служба формирования здорового образа жизни (ФЗОЖ)

I. Основными предпосылками создания службы ФЗОЖ в Таджикистане являются:

А. Политика охраны здоровья населения, направленная на развитие только клинической медицины оказалась неоправданной:

- Недостаточное финансирование системы здравоохранения со стороны государственного бюджета;

- Высокая частота инфекционных и неинфекционных болезней среди населения

- Нездоровое питание населения

- Употребление вредных веществ (наркотики, табак, нос, алкоголь)

- Снижение доступности медицинских услуг населению

Б. Неадекватное отношение людей к своему здоровью и здоровью общества создало необходимость приоритетного развития профилактической медицины и создания механизмов предупреждения развития болезней

II. Были приняты основные политические документы:

- Постановление Правительства Республики Таджикистан «Об утверждении Концепции реформы здравоохранения Республики Таджикистан» №94, 4.03.2002с.

- Постановление Правительства Республики Таджикистан «Об утверждении Стратегии Республики Таджикистан по охране здоровья период до 2010 года» № 436 от 05.11.2002г. (Задача 9 Стратегии. Более здоровый образ жизни).

- Постановление Правительства Республики Таджикистан «О Программе формирования здорового образа жизни в Республике Таджикистан до 2010 года» № 84 от 03.03.2003 г.

- Постановление Правительства Республики Таджикистан «О Программе развития здоровья молодежи в Республике Таджикистан на 2006 – 2010 гг.» № 107 от 03.03.2006 г.

- Приказ Министерства здравоохранения Республики Таджикистан «О Программе Республики Таджикистан по общественному информированию и участию общин в улучшении здоровья на 2007 – 2015 годы» № 200 от 28 апреля 2007 г.

- Закон Республики Таджикистан «Об охране здоровья населения Республики Таджикистан» № 419 от 15.05.1997 г.

- Закон Республики Таджикистан «О санитарно-эпидемиологической безопасности населения» № 49 от 08.12.2003г.

- Постановление Правительства Республики Таджикистан «Об утверждении Положения о Государственной санитарно – эпидемиологической службе Республики Таджикистан» № 575 от 29.12.2003г.

- Постановление Главного Государственного санитарного врача Республики Таджикистан «Об утверждении Положения о Республиканском, областных, городских и районных Центров по формированию здорового образа жизни» № 2 от 07.09.2004 года.

III. В структуру Государственной санитарно – эпидемиологической службы Республики Таджикистан включены Республиканский, областные, городские и районные центры по ФЗОЖ



### **Созданы сеть и структуры службы ФЗОЖ**

1. Национальный - содержит научную и методическую базу, проводится координация и формирование законодательно – правовой основы ФЗОЖ

2. Областные - реализация программ и координация

3. Районные или городские- реализация ФЗОЖ.

Политика формирования здорового образа жизни становится государственной стратегией охраны здоровья населения

Цели ФЗОЖ в Республике Таджикистан

– Стандарты и культ ЗОЖ

– Изменение поведения людей

– Научные сопровождение и мониторинг

#### **Ключевые задачи:**

1. Разработка национальной политики, направленной на ФЗОЖ

2. Реализация 5 приоритетных направлений ФЗОЖ, предусмотренных в Программе ФЗОЖ

3. Развитие знаний, умений и навыков, позволяющих людям реализовать свои потребности в здоровом бразе жизни (изменение поведения)

4. Переориентация служб здравоохранения на первичную профилактику и укрепление здоровья населения (ПМСП)

Работа по ФЗОЖ является межсекторальной, и проводится с участием Минобразования, куль-

туры, труда, Комитет по делам молодежи, спорта и туризма, Комитета по охраны природы и др.; через сотрудничество с международными и местными общественными организациями (НПО), осуществляющие информационно-образовательную деятельность по ФЗОЖ

#### **Выводы:**

1. Необходимо укрепить законодательно-правовую базу службы ФЗОЖ

2. Мероприятия по пропаганде ЗОЖ должны финансироваться отдельной строкой в бюджете здравоохранения

3. Необходимо внедрение учебных программ в школах, СУЗах и ВУЗах

4. Подготовить специалистов из числа учителей, врачей, медсестер по приоритетным направлениям ЗОЖ

5. Подписание Протоколов и налаживание партнерских отношений с государственными и со всеми международными организациями, осуществляющими деятельность по ФЗОЖ

6. Обучение и подготовка кадров самых высших уровней управления государством и обществом

7. Усиление нового, межсекторального, межведомственного подхода и совершенно нового взгляда на политику охраны здоровья

## **СОЗЫЛМАЛЫ ИНФЕКЦИЯЛЫҚ ЕМЕС АУРУЛАР ӘЛЕУМЕТТІК-ГИГИЕНАЛЫҚ ПРОБЛЕМА РЕТІНДЕ**

*Т.И. Слажнева*

*ҚР ДМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қ.*

## **ХРОНИЧЕСКИЕ НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА**

*Т.И. Слажнева*

*Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г. Алматы*

## **CHRONIC NONCOMMUNICABLE DISEASES AS SOCIAL AND HYGIENIC PROBLEM**

*T.I.Slazhneva*

*National Center for problems of healthy lifestyle development under Ministry of health RK, Almaty*

Хронические неинфекционные заболевания (ХНЗ) -это группа болезней , включающая сердечно-сосудистые , онкологические заболевания. проблемы психического здоровья, сахарный диабет, хронические респираторные заболевания и болезни опорно-двигательного аппарата. Эту

широкую нозологическую группу объединяют общие факторы риска, общие детерминанты, общие возможности предупреждения и коррекции нарушений.

Анализ бремени болезней в Европе показал, что ССЗ в Европейском регионе ВОЗ составляют



в единицах Дали 23% от всех причин болезней и 52% всех причин смерти. Онкологические заболевания-соответственно-11% и 19% болезни органов дыхания и пищеварения по 5и 4%(соответственно). Все ХНЗ составляют 77% бремени болезней и 86% причин всех смертей. Это существенным образом влияет на преждевременную смертность населения, длительность заболеваний или инвалидность, оказывает значительное воздействие на системы здравоохранения и социального обеспечения. Есть еще один важный показатель, который в большой степени определяет социальное положение нашей страны, является эталоном нашей возможности устойчиво развиваться. Это ожидаемая продолжительность жизни при рождении.

По данным Всемирной организации здравоохранения по уровню ВВП Казахстан занимает среднее положение среди стран Европейского региона, по классификации Всемирного банка, входит в группу стран со средним уровнем дохода и по темпам экономического развития, он в среднем в два раза опережает другие страны в своей группе, однако по ожидаемой продолжительности жизни при рождении (ОПЖ) как для мужского так и женского населения находится на самой низкой ступени.

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении – наиболее важный результативный показатель одновременно характеризующий и здоровье и общий уровень жизни населения. Для того чтобы войти в число 50 наиболее развитых стран надо обеспечить высокий уровень качества жизни. В него входят три составляющих компонента: продолжительность жизни населения, состояние окружающей среды и благосостояние населения.

Республика Казахстан в соответствии с международными рейтингами по индексу конкурентного роста занимает 56 место в мире, по уровню человеческого развития- 80 место, по индексу экологичес-

кой устойчивости- 70 место, по индексу качества жизни- 78 место и по средней продолжительности жизни при рождении -107 место, что указывает на необходимость самого серьезного изучения данного вопроса.

Исследования, проведенные Национальным Центром проблем формирования здорового образа жизни и Фондом ООН в области народонаселения показали основные проблемы продолжительности жизни и смертности населения в республике.

Изменения социальной структуры населения, здоровья и демографических процессов в сторону их ухудшения в динамике с 1964 г. по 2005 г. привели к снижению средней продолжительности жизни (СПЖ) на 5,5 лет и увеличению разрыва в продолжительности жизни мужчин и женщин с 8,8 лет до 11,5 лет (рисунок 1.).



Рисунок 1. – Динамика ожидаемой продолжительности жизни при рождении населения Республики Казахстан

В 2006 году смертность населения снизилась на 0,3% что привело к увеличению СПЖ на 0,3года.

Ожидаемая продолжительность жизни мужского и женского населения в республике имеет свои специфические особенности, которые отличают ее в известной степени от ряда других стран (табл. 1)

Таблица 1– Ожидаемая продолжительность жизни мужского и женского населения при рождении в Республике Казахстан и в других странах за 2005 год (лет)

Страна	Все население	Мужчины	Женщины
Развитые страны	76,5	73,0	80,0
Развивающиеся страны	65,0	63,0	67,0
Казахстан	66,0	61,0	72,0
Россия	66,0	59,0	72,0
Азербайджан	72,0	70,0	75,0
Грузия	72,0	68,0	75,0
Армения	71,0	67,0	75,0
Прибалтика	72,0	66,0	77,0
Чехия	75,0	72,0	79,0
США	78,0	75,0	80,0

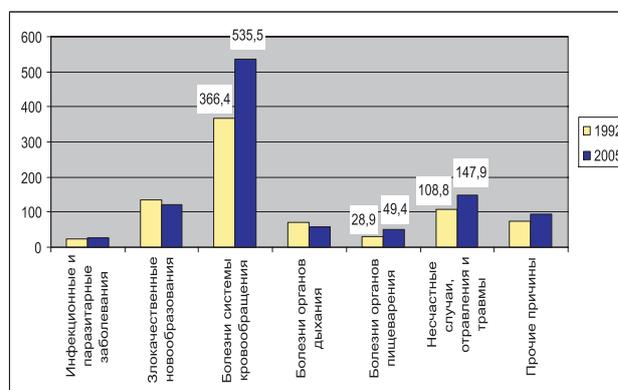
Западная Европа:	79,0	76,0	82,0
Австрия, Бельгия	79,0	76,0	82,0
Германия, Нидерланды	79,0	76,0	81,0
Франция	80,0	77,0	84,0
Швейцария	80,0	78,0	83,0
Япония	82,0	78,0	85,0
Центральная и Южная Азия	62,0	61,0	63,0

Дифференциация общей величины средней ожидаемой продолжительности предстоящей жизни населения по возрастным интервалам обнаруживает неблагоприятную динамику – сокращение ОПЖ в большей степени обусловлено снижением продолжительности жизни трудоспособного населения( 3).

**Таблица 2. Ожидаемая продолжительность жизни населения Республики Казахстан в отдельных возрастных интервалах в 1989 и 2005 гг., лет**

Возрастные интервалы (лет)	Городские поселения			Сельская местность		
	1989	2005	Разность (лет) за 1989-2005 гг.	1989	2005	Разность (лет) за 1989-2005 гг.
<b>Мужчины</b>						
0 – 15	14,49	14,64	+0,15	14,37	14,68	+0,31
15 – 60	41,11	38,23	-2,9	41,00	40,12	-0,88
60 – 80	13,20	11,18	-1,4	13,45	12,64	-0,81
<b>Женщины</b>						
0 – 15	14,62	14,72	+0,1	14,50	14,75	+0,25
15 – 60	43,54	42,74	-0,8	43,18	43,02	-0,16
60 – 80	15,87	15,52	-0,35	16,14	15,45	-0,69

Как видно, ОПЖ в возрастных интервалах 0 – 15 лет имела некоторую положительную тенденцию. Самая неблагоприятная ситуация сложилась среди трудоспособного населения, где имело место сокращение продолжительности жизни. Особенно обращает на себя внимание крайне низкая продолжительность жизни городского мужского населения в 38,23 года в интервале 15 – 60 лет в условиях существующей высокой их смертности. Таким образом очевидно, что современный этап эпидемиологического перехода в республике с переходной экономикой характеризуется накоплением хронической и социально обусловленной патологии, ростом смертности и сокращением продолжительности жизни населения в расцвете трудоспособного возраста. Ведущими причинами смертности городского и сельского населения были болезни системы кровообращения, новообразования, несчастные случаи, отравления и травмы, болезни органов пищеварения, инфекционные и паразитарные болезни, на долю которых приходилось 91,7% в городе и 91,4% на селе в 1989 г., а в 2005 г. – 91,3% и 90,0% соответственно от всех случаев смерти (рис2).



**Рисунок 2– Смертность населения Республики Казахстан по основным причинам, 1992, 2005 гг. (на 100 тыс. населения).**

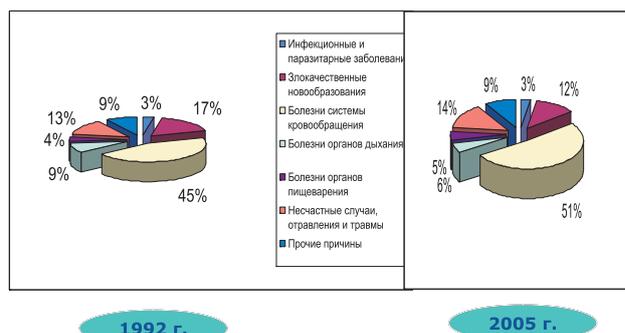
Таким образом, вследствие необходимости приспособления к изменившимся социально-этическим ценностям, за 14 летний период наблюдался высокий темп прироста смертности от болезней системы кровообращения на 46,2 %, преимущественно за счет стрессогенной патологии, к которой относятся острые расстройства гемодинамики коронарного или церебрального русла, протекающие, как правило, без обычной клинической картины последовательного нара-

тания клинических проявлений и быстро заканчивающиеся смертью.

**Таблица 3. Темп прироста /снижения смертности населения Республики Казахстан по основным причинам.**

Причины смерти	1992 г.	2005 г.	Темп прироста в %
Инфекционные и паразитарные заболевания	24,1	28,3	17,43
Злокачественные новообразования	136,4	122,6	-10,12
Болезни системы кровообращения	366,4	535,5	46,15
Болезни органов дыхания	72	58,7	-18,47
Болезни органов пищеварения	28,9	49,4	70,93
Несчастные случаи, отравления и травмы	108,8	147,9	35,94
Прочие причины	72,8	94,9	30,36
От всех причин	809,3	1037,3	28,17

Причины смертности населения в 2005 г. имеют несколько иную структуру за счет того, что на второе место вышли травмы, отравления и несчастные случаи, вытеснив новообразование на 3 место. Лидирующую позицию, по прежнему, занимают болезни системы кровообращения, которые составили 51% от всех причин смерти в 2005 г. и 45% в 1992 г.(рис. 3),



**Рисунок 3. – Структура основных причин смертности населения в 1992 и 2005 гг.**

Иерархия причин смертности в экономически развитых странах такова, что на первом месте – смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, на втором – от новообразований и на третьем – от несчастных случаев, отравлений, травм. Распределение смертности женщин Казахстана как в городе так и в селе от причин такое же, как и в большинстве экономически развитых стран, а среди мужчин на второе место поднимается причина смертности от несчастных случаев, отравлений и травм и на третье опускается причина - новообразования.

Это очень тревожный факт, но при принятии соответствующих мер защиты от несчастных случаев, снижению поведенческих факторов риска, соблюдении правил дорожного движения, общественного порядка и безопасности труда и др. это проблема разрешима.

Таким образом, в настоящее время общий коэффициент смертности остается на высоком уровне и при прочих других обстоятельствах, обуславливающих такой уровень смертности, доминирующую роль сыграло старение населения, т. е. увеличение в составе населения лиц старшего возраста, смертность среди которых выше.

**Ранговое распределение причин смертности следующее:**

**ЖЕНЩИНЫ**

- 1 место – от сердечно – сосудистых заболеваний
- 2 место – от новообразований
- 3 место – от несчастных случаев, отравлений и травм

**МУЖЧИНЫ**

- 1 место – от сердечно – сосудистых заболеваний
- 2 место – от несчастных случаев, отравлений и травм
- 3 место – от новообразований

На основании расчета и сопоставления двух таблиц смертности (дожития), одна из которых рассчитана при обычных условиях, а вторая (гипотетическая) – при допущении, что определенную причину смерти удалось устранить, оставив при этом неизменными уровни смертности от прочих причин, получен вклад отдельных причин

смертности в изменение ОПЖ. Разность между фактической и гипотетической ожидаемой продолжительностью жизни при рождении является элиминационным резервом.

Возможный эффект устранения смертности по ряду причин смерти для городских и сельских жителей Казахстана представлен на рисунках. 4, 5,6.



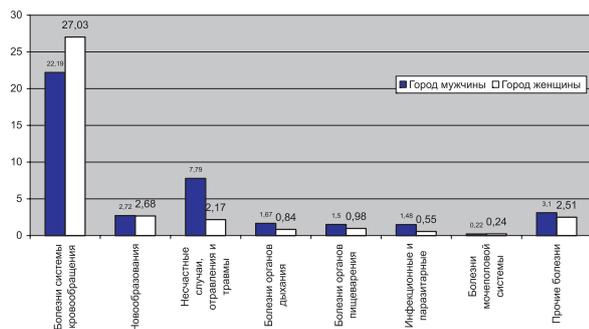


Рисунок 4. – Вклад отдельных причин смертности в изменение ожидаемой продолжительности жизни городского населения Республики Казахстан, %, 2005 г.

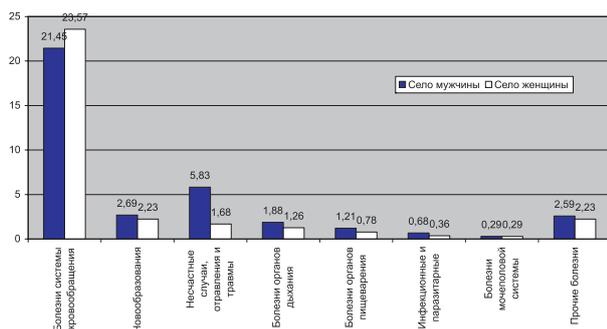


Рисунок 5. – Вклад отдельных причин смертности в изменение ожидаемой продолжительности жизни сельского населения Республики Казахстан, %, 2005 г.

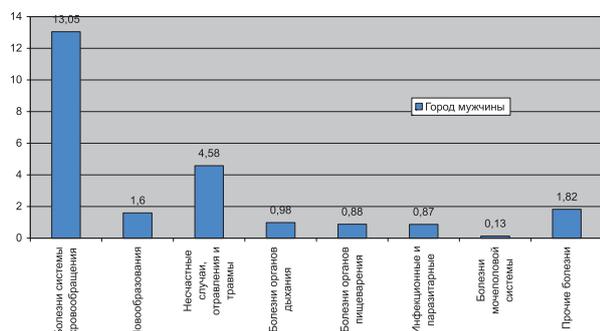


Рисунок 4 – Элиминационный резерв ожидаемой продолжительности жизни городских мужчин в 2005 г., лет

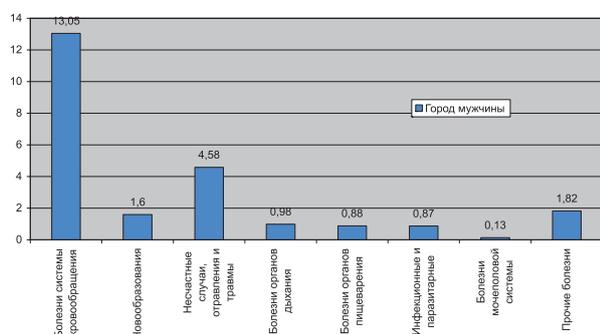


Рисунок 6. – Элиминационный резерв ожидаемой продолжительности жизни городских женщин в 2005 г., лет

Полученные результаты представляют собой определенный практический интерес. Так, резерв, рассчитанный для представителей модельного населения, подверженного риску смерти от

всех причин, кроме болезней системы кровообращения, равен 13,28 годам (13,05 – город и 13,48 – село) у мужчин и 18,21 лет (19,3 – город и 17 – село) у женщин. При этом вклад этой причины в сокращении ОПЖ в процентах составил 21,99% (22,19 – город и 21,45% – село) у мужчин и 25,41% (27,03% – город и 23,57% – село) у женщин. Основными причинами, формирующими высокий уровень смертности от болезней системы кровообращения, являются ишемическая болезнь сердца (46,9% в структуре причин смертности и цереброваскулярные болезни (37,6%).

Анализируя смертность от болезней кровообращения в разрезе областей можно отметить, что на 100 тыс. населения за период с 1999 по 2005 гг. наиболее высокие уровни отмечались в Восточно – Казахстанской (663,0), в Карагандинской (660,7), Акмолинской (638,2), Костанайской (624,4) и Северо – Казахстанской (624,1) областях (рис 7) .

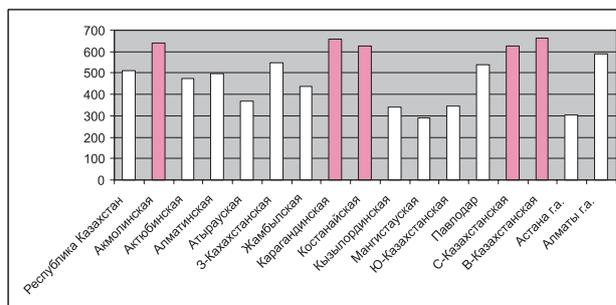


Рисунок 7. – Уровень показателя смертности от болезней системы кровообращения (среднее значение 1999 - 2005 гг.), на 100 тыс. населения.

Наибольший темп снижения смертности отмечен в г. Астана – 27,6%. Наряду с этим высокие темпы прироста были в Северо – Казахстанской области (на 24,0%), Костанайской (на 22,0%) и Восточно – Казахстанской (+21,4%) (рис. 7).

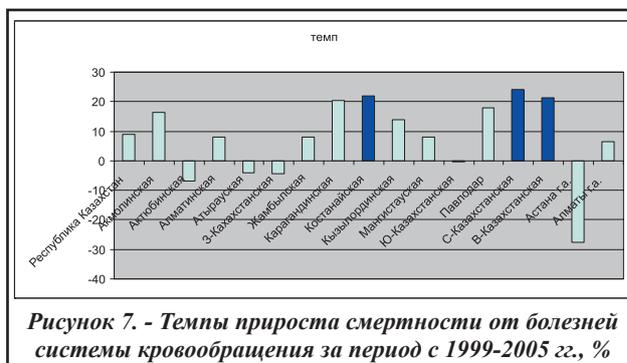


Рисунок 7. - Темпы прироста смертности от болезней системы кровообращения за период с 1999-2005 гг., %

Среди болезней системы кровообращения основной причиной смерти являются ишемическая болезнь сердца 241,0 случаев на 100000 населения (262,0 случаев смерти у мужчин и 221,0 случаев смерти у женщин на 100000 соответствующего

населения), из которых 43% мужчин и 15,5% женщин умерли в возрасте до 64 лет (57% мужчин и 84,5% женщин – старше 65 лет). Второй ведущей причиной являются цереброваскулярные болезни 140,0 случаев на 100000 населения (131,0 случаев смерти у мужчин и 149,0 случаев смерти у женщин на 100000 соответствующего населения), из которых 39,3% мужчин и 21% женщин умерли в возрасте до 64 лет, а 60,7% мужчин и 79% женщин – старше 65 лет соответственно. Смертность от ишемической болезни (ИБС) городского населения на 55,2% выше, чем сельского (284,0 и 183,0), при этом мужчины умирают на 18,5% чаще, чем женщины (262,0 и 221,0). Смертность от цереб-

роваскулярных болезней (ЦБ) городского населения на 41,6% выше, чем сельского (160,0 и 113,0), при этом женщины умирают на 13,7% чаще, чем мужчины (149,0 и 131,0). Удельный вес ИБС и ЦБ среди всех умерших от болезней системы кровообращения составляет 71%. Сравнительное изучение динамики ИБС и ЦБ обнаруживает небольшое снижение уровней с 245,0 и 146,0 на 100000 соответствующего населения в 1999 г. до 241,0 и 140,0 на 100000 соответствующего населения в 2005 г.

Анализ причин утраты лет здоровой жизни казахстанцев показал, что на болезни системы кровообращения в потерях приходится 32,5% единиц ДАЛИ(таб 4).

**Таблица 4. Распределение смертности населения Республики Казахстан в результате преждевременной смертности и инвалидности по полу и классам заболеваний в 2005 году.**

№ №	Наименование классов заболеваний	Всего		муж		жен	
		абс	%	абс	%	абс	%
1.	Всего по республике, в том числе	3483651,6	100,0	2032921,4	100,0	1450730,2	100,0
2.	Инфекционные и паразитарные болезни	177451,2	5,09	115758,5	5,69	61693,3	4,25
3.	Болезни системы кровообращения	1134773,7	32,5	608691,1	29,94	526082,6	36,2
4.	Новообразования	370319,5	10,6	168689,9	8,3	201629,6	13,9
5.	Болезни органов дыхания	197595,7	5,7	118062,4	5,81	79533,3	5,48
6.	Болезни органов пищеварения	167804,8	4,82	98460,9	4,84	69343,8	4,78
7.	Болезни мочеполовой системы	46383,7	1,3	21483,3	1,06	24900,5	1,7
8.	Несчастные случаи, травмы и отравления	781189,5	22,4	586441,9	28,8	194747,6	13,4

Это указывает на высокую социальную значимость проблемы снижения сердечно-сосудистой патологии для республики Казахстан.



## ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДЫ ҚАДАҒАЛАУДЫҢ ӨЗЕКТІ МӘСЕЛЕЛЕРІ

*Т.С.Хайдарова*

*ҚР ДМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы,  
Алматы қ.*

## АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МОНИТОРИРОВАНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

*Т.С.Хайдарова*

*Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК,  
г.Алматы*

## ACTUAL ISSUES OF HEALTHY LIFESTYLE DEVELOPMENT MONITORING IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

*T.S.Khaidarova*

*National Center for problems of healthy lifestyle development under Ministry of health RK,  
Almaty*

Формирование здорового образа жизни (ФЗОЖ) является одной из важнейших задач современной социальной политики Казахстана.

Здоровье, как известно, непосредственно связано с образом жизни поэтому его высокого уровня нельзя достичь без развития определенных мотивов и стереотипов поведения.

Модель поведения населения, сформированная к началу реформ в здравоохранении, характеризовалась формальным отношением к информации по санпросвет работе и с формальным отношением к собственному здоровью, и неспособностью принимать усилия по сохранению и восстановлению утраченного здоровья. С проведением реформ, как показали результаты социологических опросов такая модель поведения продолжает сохраняться среди населения, хотя следует отметить небольшие положительные сдвиги в отношении к сохранению своего здоровья. Результаты анкетирования показывают, что население понимает явную неадекватность настоящим реалиям такую модель поведения, однако многие не желают и не находят времени для ее изменения поведения.

В этой связи регулярное изучение поведенческих и связанных с ними факторов риска (ФР) и разработка системы мониторинга поведенческих ФР неинфекционных заболеваний (НИЗ) для регулярной оценки их распространенности и выявления динамики среди населения страны является целью их коррекции для профилактики НИЗ проводимых с 1998 года научных исследований. Национальным Центром ФЗОЖ проведено три широкомасштабных исследований в пяти регионах Республики.

По результатам 1-3 национальных исследований (1998, 2001 и 2004 гг.) было установлено, что в

динамике происходит изменение поведенческих и связанных с ними факторов риска развития заболеваний, так: снижается уровень табакокурения и потребления алкоголя, доля лиц, испытывающих стрессы. Растет число лиц, занимающихся подвижными видами спорта. Определялся уровень информированности населения по отдельным аспектам ЗОЖ: у более половины опрошенных (55%-84%) установлен удовлетворительный уровень знаний, более высокий уровень характерен для молодых и имевших более высокий уровень образования.

Результаты исследований показывают, что необходимо разработать новые стратегии работы с населением, направленные на успешную деятельность в условиях рыночных отношений в здравоохранении и включающие продвижение на рынке комплекса мероприятий по первичной и вторичной профилактике, т.е. использовать концепцию социального маркетинга, направленного на потребителя – пациента. Социальный маркетинг, концентрируясь на личностном поведении, стремится к принятию пациентом сознательных решений, направленных на изменение его поведения. Следовательно социальный маркетинг позволяет влиять на типы поведения, формирующие здоровье населения, и данная концепция приемлема в качестве основы стратегии профилактики в системе здравоохранения.

Главными причинами, препятствующими внедрению и распространению ЗОЖ среди населения можно выделить несколько направлений:

1. В системе здравоохранения - приоритетное развитие лечебной, а не профилактической медицины. Здоровье как объект не исследуется.



2. Особое значение имеет формирование активной установки на ЗОЖ у тех, кто еще не имеет хронической патологии, именно эта часть населения ок4азывается на периферии внимания системы здравоохранения и страховых организаций, а сами граждане воспринимают собственное здоровье как нечто само собой разумеющееся.

3. Существующие до настоящего времени методологические подходы к организации профилактической работы среди населения не отвечают требованиям времени. Необходимо качественное реформирование сложившегося формального отношения к профилактике и низкоэффективного санитарного просвещения, перейти от санитарно-просветительной работы к социальному маркетингу. Социальный маркетинг, концентрируясь на личностном поведении, стремится к принятию пациентом сознательных решений, направленных на изменение его поведения.

4. Необходимо проводить санитарно-просветительную работу по переориентации мышления граждан в отношении приоритетов в шкале жизненных ценностей. Отсутствует мода на здоровье и физическое совершенство, не создан культ здоровья, не разработаны социально-экономические стимулы для развития здоровья. Здоровье занимает 4-8 место в шкале жизненных ценностей. Недооценка роли физкультуры в формировании здоровья населения. Средний уровень обеспеченности спортивными сооружениями занимает только 30%.

5. Недостаточная интеграция профилактических мероприятий в структуру оказания медицинской помощи, мониторинга и комплексной оценки эффективности деятельности первичного звена здравоохранения; Медработники АПО не владеют методами диагностики здоровья здоровых людей.

6. Необходимо соблюдать системный подход и воздействовать на оба объекта в системе «потребитель-производитель конкретной медицинской услуги». В условиях недофинансирования профилактики основной акцент должен быть сделан на повышении уровня гностической подготовленности производителей и потребителей медицинских и профилактических услуг, т.е. уровня знаний медицинских работников и информированности пациентов по этим вопросам. Недостаточная активность медицинских работников в профилактике заболеваний.

7. Необходимо перейти к индивидуализации профилактических мер, выявлять лица, наиболее нуждающиеся в оздоровительных мероприятиях, проводить адресную, точечную профилактику, что актуально при дефиците ресурсов. Разрабатывать целевые профилактические программы.

8. Рост профилактической активности необходимо стимулировать мерами морального и ма-

териального характера. Недостаточный уровень мотивации к ФЗОЖ у населения и поощрения ЗОЖ со стороны государства.

Были выявлены и другие негативные моменты ФЗОЖ. Так, проведение профилактических медосмотров половина опрошенных врачей оценила как мало эффективные по следующим причинам: недостаточное количество времени, отводимое для обследования (44,0%); отсутствие необходимого оборудования для выявления ранних стадий заболеваний (30,9%); недостаточная активность медперсонала при отказе лиц от дальнейшего обследования и лечения (13%). Отмечено, что активность работников здравоохранения в настоящее время не отвечает высокой потребности населения в оздоровительных мероприятиях.

До сих пор не решена проблема оценки эффективности профилактической работы и формирования здорового образа жизни. Традиционные показатели характеризуют только одну сторону – интенсивность пропаганды.

Особое внимание исследователи обращают на отсутствие регламентации профилактической работы медицинских работников, включая нормативы ФЗОЖ, систему мониторинга и стимулирования профилактического труда. Причем, это в равной степени относится как для медицинских сестер, так и для врачей. Малую эффективность профилактической деятельности объясняют недостаточным уровнем управленческих знаний и навыков руководителей АПО. К примеру, только 7,5% главных врачей и их заместителей смогли полно определить задачи поликлиник в диспансеризации, особое внимание в анкете уделялось вопросам выявления групп риска и своевременно-го проведения оздоровительных мероприятий.

Совершенствование ФЗОЖ должно базироваться на пересмотре и систематизации процесса санитарно-гигиенического обучения, изменения мотивации поведения, содействия и стимулирования активности в профилактике и укреплении здоровья как субъектов, так и объектов ПМСП

Центр медицинской профилактики, который по сути и является центром социального маркетинга, через институт врачей ведет основной объем медико-санитарной работы с населением, в результате такого взаимодействия в учреждениях ПМСП должны формироваться такие функциональные подразделения, как школы для пациентов.

Эффективность различных профилактических программ, так же как и других направлений всей системы здравоохранения, все в большей степени зависят от обеспечения информацией и интенсивности процесса гигиенического обучения. Активное вовлечение населения в охрану



здоровья, как один из принципов успешного функционирования ПМСП, невозможно без понимания людьми значения их участия и своих возможностей. Эффективность изменения образа жизни напрямую зависит от врачей, которые несмотря на высокую компетентность в диагностике и лечении, не имеют достаточных навыков для обучения своих пациентов управлять заболеванием: не умеют общаться на понятном для пациента языке, стремятся информировать пациента о заболевании, а не научить управлять своим заболеванием в конкретных ежедневных условиях жизни. Мировая практика показывает, что наиболее эффективными являются те программы обучения, основная цель которых – обучить больных самоконтролю и самоуправлению своим заболеванием

Так, в некоторых исследованиях было установлено, что, несмотря на то, что большинство (72%) опрошенных в течение последнего года проверяли состояние своего здоровья, а половина из них получила рекомендации от медицинских работников, только каждый второй, получивший советы, им сле-

довал. Отсюда предполагается, что самым важным признаком эффективности любой профилактической программы является достижение соответствия имеющихся знаний поведению человека.

Следует отметить, что в настоящее время существует необходимость в усовершенствовании методологии мониторинга и материально-техническом и кадровом обеспечении этого процесса.

Таким образом, осуществление мероприятий, направленных на изменение образа жизни и поддержание на высоком уровне ведущих характеристик ЗОЖ, способствует улучшению показателей здоровья населения. Регулярное изучение поведенческих и связанных с ними факторов риска (ФР) и разработка системы мониторинга поведенческих ФР неинфекционных заболеваний (НИЗ) для регулярной оценки их распространенности динамики среди населения страны является источником получения надежной информации для научно-обоснованных решений в области политики укрепления здоровья и профилактики заболеваний.

## АМСК ЖАҒДАЙЫНДАҒЫ ДЕНСАУЛЫҚ МЕКТЕПТЕРІНДЕГІ НАУҚАСТАР ҮШІН АРТЕРИАЛЫ ГИПЕРТОНИЯ ЖӘНЕ ЖҮРЕКТІҢ ИШЕМИЯЛЫҚ АУРУЫНЫҢ БІРІНШІЛІК ПРОФИЛАКТИКАСЫНЫҢ НӘТИЖЕЛЕРІ

*Т.И.Аманов*

*ҚР ДМ Кардиология және ішкі аурулар ғылыми зерттеу институты, Алматы қ.*

## ИТОГИ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ В ШКОЛАХ ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ ПМСП

*Т.И.Аманов*

*НИИ Кардиологии и внутренних болезней МЗ РК, г.Алматы*

## RESULTS OF PRIMARY PREVENTION OF ARTERIAL HYPERTENSION, ISCHEMIC HEART DISEASE FOR PATIENTS AT HEALTH SCHOOLS AT PHC LEVEL

*T.I.Amanov*

*Scientific research institute of Cardiology and internal diseases MH RK, Almaty*

В современной профилактической медицине, исходя из методических основ А. Donabedian, для обеспечения качества медицинской помощи недостаточно развита технология (собственно процесс) эффективной профилактической системы. Эффективностью профилактической технологии является характеристика объекта, отражающая

конкретные результаты при определенных материальных, трудовых и временных затратах.

Под факторами риска (ФР), в современное время, представляют потенциально опасные для здоровья факторы – поведенческого, экологического, генетического, социального характера, окружающей и производственной среды, повы-



шающие вероятность развития заболеваний, их прогрессирование и неблагоприятный исход [6].

В 2003 году ВОЗ определила следующие ведущие ФР для большинства терапевтических заболеваний:

1. Гиподинамия;
2. Стрессы;
3. Избыточная масса тела;
4. Профессиональные вредности;
5. Злоупотребление алкоголем;
6. Избыточное потребление соли;
7. Курение;
8. Ятрогенные факторы;
9. Дисбаланс в питании с детства;
10. Влияние окружающей среды

Все профилактические меры, рекомендуемые для пациента, сопряжены с теми или иными ограничениями: отказаться от курения, алкоголя, приема соли, контролировать энергетический состав пищи, массу тела и т.д.

В накоплении избыточного веса ведущую роль играет особый образ жизни, связанный с регулярным приемом пищи независимо от отсутствия реального чувства аппетита. Стереотипы питания, складывающиеся годами, к изменениям поддаются с трудом. Почти все больные с АГ и ИБС (95-99%) имеют очевидные нарушения пищевого поведения и индивидуальную избыточную массу тела (далее-ИзбМТ). Поведенческая (бихевиоральная) терапия помогает человеку осознать, что означают для них пищевые привычки, какие обстоятельства приводят к переяданию.

Целью исследования является разработка на уровне ПМСП среди населения с основными ССЗ программы (технологии) профилактической работы, базирующуюся на коррекции основного и ведущего ФР.

#### Материал и методы

Для комплексного анализа были использованы метод статистического анализа показателей здоровья населения, метод анкетного опроса участников популяции исследуемых районов Алматинской области и г.Алматы.

В рандомизированном сплошном скрининговом эпидемиологическом исследовании при обследовании 2872 взрослого населения жителей трех сельских районов Алматинской области и двух городских поликлиниках г.Алматы (№1 и №3) были изучены влияние таких ФР, как социально-экономическое положение; жилищно-бытовые условия; антропометрические данные; профессиональные наклонности; ИзбМТ; употребление алкоголя (более 10 мл спирта в сутки); табакокурение; употребление поваренной соли (более 6 гр NaCl в сутки в виде еткен-чай) [1-5].

### Сравнительные данные распространенности ССЗ среди взрослого населения

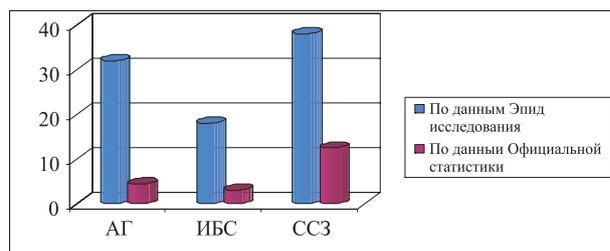


Рис.1 Результаты истинной распространенности ССЗ по результатам эпидемиологических исследований.

Результаты скринингового исследования показывают высокую распространенность ССЗ среди популяции в отличие от официальной статистики (рис.1). Установлено, что по данным официальной статистики распространенность основных нозологий ССЗ (АГ, ИБС) среди городской популяции выше, чем в сельской (рис.2).

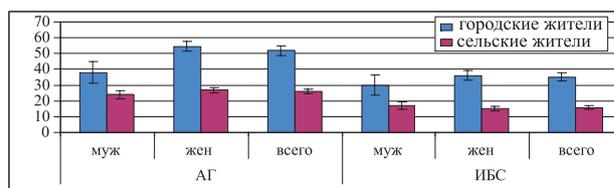


Рис.2 Распространенность ССЗ среди городских и сельских жителей

Разработка методических программ включала в себя создание программ и методик подготовки медицинских работников и пациентов по вопросам профилактики ССЗ среди населения, группового обучения (школа здоровья). Разработана карта-опросник для выявления основных заболеваний болезней системы кровообращения. Конечной целью проведенного анализа – обучение групп населения по приоритетной для данной группы проблемам укрепления и сохранения здоровья. При планировании выделили следующие блоки мероприятий и последовательность их выполнения:

- методологическое обеспечение образовательного процесса;
- внедрение данной технологии в регионе вмешательства;
- создание нормативных документов и контроль качества;
- исследование по оценке эффективности вмешательства в данной популяции;
- подготовка и издание методических рекомендаций и инструкций. Данная профилактическая технология имеет свою организационную форму- обеспеченность ресурсами и кадрами, а



также объект воздействия. В качестве организационной формы обучения выбрана школа здоровья для пациентов. Объектом профилактического воздействия выбрана популяция, страдающая ССЗ и входящие в группу высокого риска по развитию АГ и ИБС. Школы пациентов предполагают наличие унифицированных программ по подготовке преподавателей и обучаемых, наличие необходимого информационного материала. Конечным результатом деятельности школы здоровья являются:

- достижение целевых уровней АД, снижение симптомов ИБС, устранение модифицируемых факторов риска (избыточная масса тела, нерациональное питание, курение, злоупотребления алкоголем и соленой пищей) у максимального числа пациентов из группы риска и для улучшения индивидуального прогноза;
- снижение осложнений и заболеваемости АГ и ИБС в группе риска;
- улучшение качества жизни пациентов;
- удовлетворенность пациентов профилактическими технологиями.

В настоящее время для усиления профилактической работы при основных социально-значимых заболеваниях предложены следующие технологии для врачей ПМСП.

Выявление факторов риска:

- отягощенная наследственность по эссенциальной гипертензии;
- курение;
- злоупотребление алкоголем;
- низкая физическая активность;
- избыточная масса тела.

Принципы первичной профилактики - контроль устранимых факторов риска, проводится всем пациентам из группы риска:

1. Прекращение курения.
2. Уменьшение потребления алкоголя.
3. Увеличение физической активности. Рекомендуются динамические нагрузки. Не рекомендуются изометрические нагрузки (атлетизм), которые могут способствовать подъему АД.
4. Снижение избыточной массы тела до ИМТ 18,5 – 24,9 кг/м<sup>2</sup>.
5. Уменьшение потребления поваренной соли до 6 г/сут, полный отказ от продуктов, богатых солью.
6. Уменьшение психического напряжения – обучение методам релаксации, снятия стресса.
7. Регулярные профилактические осмотры.

На рисунке 3 взаимоотношения между ростом ИМТ и ФР, а также ранговая значимость ФР в возникновении ССЗ представлены в линейном виде.

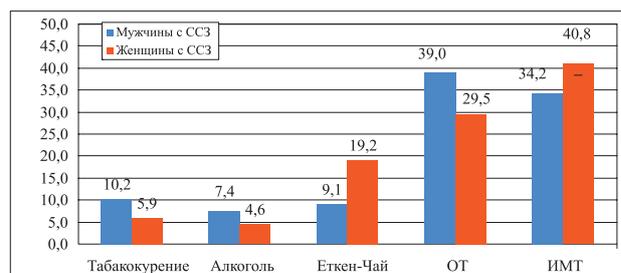


Рис. 3 Удельный вес каждого ФР ССЗ среди мужчин и женщин по данным многофакторного анализа (%).

По рисунку 3 наглядно видно, что ранговая значимость ИзбМТ повышается у мужчин, когда ИзбМТ определяется по объему талии (ОТ), а у женщин – по ИМТ. Эти данные ещё раз могут подтвердить данные о различном распределении избыточного жира в организме мужчин и женщин, у мужчин – по абдоминальному (висцеральному) типу, у женщин – по гиноидному (бедренному) типу.

Таким образом, в результате проведенного многофакторного анализа было выявлено, что основным и ведущим ФР возникновения ССЗ как у мужчин, так и у женщин, как казахской, так и уйгурской национальности, оказалось наличие ИзбМТ.

Результаты и обсуждение Итоги вмешательства разделены:

- по санитарной грамотности среди популяции (осведомленность по отношению к вредным привычкам, здоровому образу жизни, факторам риска),
- по отношению к рекомендациям медиков,
- изменениям некоторых клинических симптомов артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца среди популяции.

По ИМТ- 30,0 и выше среди популяции вмешательства, контрольной групп и не подвергнутых вмешательству превалировало женское население. На вопрос «улучшилась ли осведомленность о болезнях ССС и факторах ее вызывающих?», среди популяции после прохождения цикла занятий в школе здоровья - 84,4% респондентов ответило утвердительно, а в группах до вмешательства и контрольной положительно ответивших не оказалось. Характеризующим примером улучшения осведомленности среди популяций явились ответы на вопросы на вредные привычки и факторы риска. На вопросы «изменилось ли Ваше отношение к курению, к злоупотреблению алкоголем?», среди популяции прошедших обучение в школе здоровья отличается от ответов среди популяции, не прошедших обучение и контрольной групп. Так, если среди популяции прошедших обучение и утвердительно ответивших на вопрос изменения отношения к злоупотреблению алкоголем составило – 32,8%, то среди респондентов контрольной группы таковых было – 16,7%, а в группе не про-

шедших обучение – 0%. Аналогичная ситуация ответов на вопрос среди респондентов по изменению отношения к курению, так в контрольной группе утвердительно ответивших составило - 4,2% и в популяции не подвергнутых вмешательству составило – 16,7% положительно ответивших на вопрос. Только среди мужской половины респондентов, прошедших обучение в школе здоровья оказался выше удельный вес ответивших отрицательно на данный вопрос (36,4%) по сравнению с женской половиной (4,8%). Видимо это в основном те, у кого большой стаж табакокурения. Заметно отличие среди респондентов, ответивших на вопросы по изменению отношения к физической активности и рациональному питанию, прошедших обучение в школе здоровья в отличие от контрольной группы и группы не прошедших обучение. Большинство респондентов контрольной группы и не прошедших обучение в школе здоровья в отличие от популяции подвергнутых вмешательству, ответило, что мало изменилось их отношение на роль рационального питания и регулярной физической активности. При ответе на вопросы, касающиеся ФР, респонденты прошедшие подготовку в школе здоровья в подавляющем своем большинстве правильно отметили роль ожирения, стрессов, гиподинамии, роль избытка соли и холестерина в крови в развитии АГ и ИБС.

У популяции, прошедших обучение в школах здоровья, в целом положительное отношение к рекомендациям медицинских работников в отличие от не прошедших обучения и контрольной группы. Популяция, прошедшая обучение в школах здоровья чаще придерживаются рекомендации данных медицинскими работниками в отличие от контрольной группы и не прошедших обучение. Значительно больше больных регулярно принимающих лекарственные средства, меньше - нерегулярно принимающих препараты в отличие от контрольной группы и не прошедших обучение в школах здоровья. Среди популяции подвергнутых вмешательству больше пациентов, имеющих более низкие и стабильные показатели АД, в отличие от контрольной группы и не прошедших подготовку в школе здоровья и имеющие высокие показатели АД. Также значительно меньше больных имеющих гипертонические кризы, неприятные ощущения за грудиной и ниже удельный вес пациентов, у которых имела место одышка при физической нагрузке.

Таким образом, проведенные исследования показывают возможности нового подхода эффективной организации профилактической медицины в республике.

Заключение Результатом и итогом исследовательской работы проведенная совместно с несколь-

кими научно-исследовательскими институтами и научными центрами, стал выход нормативно-правового документа – Приказ Министерства здравоохранения №607 от 15 октября 2007г. «О совершенствовании профилактических медицинских осмотров отдельных категорий взрослого населения». Приложением к приказу является «Инструкция по проведению профилактических медицинских осмотров отдельных категорий взрослого населения путем выборочных (скрининговых) обследований». Данный документ является крайне своевременным, необходимым и новым подходом к организации профилактической медицины в республике.

### *Литература:*

1. Ошепкова Е.В. О федеральной целевой программе «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации»// Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2002. - №1. – С. 3-6.
2. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2002г. ЕРБ ВОЗ, Европа. Региональные публикации ВОЗ. Европейская серия. - №97. – 155 с.
3. Абдукаримов Б.У. Научные основы изучения эпидемиологии и профилактики основных сердечно-сосудистых заболеваний в гидрологических нообиоценозах.: Автореф. дисс. докт. мед. наук. – Алматы. - 2000. – 50 с.
4. Рысмендиев А.Ж. Основные сердечно-сосудистые заболевания и их профилактика в условиях сельской местности Казахстана (на примере Уйгурского района Алма-Атинской области): Автореферат дисс. докт. Мед. наук. – Бишкек. – 1992. – 58 с.
5. Мартынова А.Г., Кодочигова А.И., Киричук В.Ф. Ермолаев А.А. Артериальная гипертония и масса тела. Решенные и нерешенные проблемы.// Клиническая медицина. – 2005. - №8. - С. 32-35.
6. Широков Е.А. Пять парадоксов современных представлений о профилактике инсульта. // Клини. Мед, №8. – 2005. – С.81-84.

### *ТУЖЫРЫМ*

Жүрек қан тамырлары аурын, өлім жітімді төмендету мақсатында АГ және ИБС мектебі халық арасында сапалы жұмыс үлгісін көрсетіп отыр.

Денсаулық Мектебінің Алматы облысы тұрғындары арасында мысалы медициналық алдын жұмысындағы жаңа ұйымдастыру үлгісі санитарлық білім структурасын көтеріп, АГ және ИБС аурулары дамуының төмендеуін көсетті.

### *SUMMARY*

Aim. To Create of new form of organization of prevent medicine.

Participant and Methods. The population of Almaty area. The methods was in increase of sanitary know ledges, decrease of risk factors of development cor ischemic and hypertension.



## МАҢЫЗДЫ ИНФЕКЦИЯЛЫҚ ЕМЕС АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУДАҒЫ ТИІМДІ ЖҰМЫСТЫҢ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ЖҮЙЕ ҮЛГІСІНІҢ ҚҰРЫЛЫМЫ

*Қ.П.Ошақбаев*

*ҚР ДМ Кардиология және ішкі аурулар ғылыми зерттеу институты, Алматы қ.*

## СТРУКТУРА МОДЕЛИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ В ЭФФЕКТИВНОЙ РАБОТЕ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВАЖНЕЙШИХ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

*К.П.Ошақбаев*

*НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК, г.Алматы*

## STRUCTURE OF MODEL OF PREVENTIVE SYSTEM IN EFFECTIVE WORK ON MAJOR CHRONIC NONINFECTIOUS DISEASES PREVENTION

*K.P.Oshakbaev*

*Scientific research institute of Cardiology and internal diseases MH RK, Almaty*

*«...Мы не получаем жизнь короткой, но делаем ее таковой...»  
(Сенека Луций Анней (Младший) (4 до н.э. – 65 г н.э.)).*

**1. Актуальность.** В настоящее время основной проблемой демографической ситуации и состояния здоровья населения в стране являются хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ). В последние годы ХНИЗ занимают первое место среди причин смертности и инвалидности и заболеваемости населения РК.

Целью исследования послужило разработка модели эффективной профилактической системы: а) на основе эпидемиологического исследования распространенности ХНИЗ в открытой популяции; б) на основе изучения ранговых позиций факторов риска (ФР) в возникновении ХНИЗ в условиях эпидемиологического исследования

**2. Материалы и методы.** Многоцентровое рандомизированное скрининговое эпидемиологическое исследование в трех сельских районах Алматинской области: Уйгурский район (села Чарын, Аксу и Сюме) – 1662 взрослого населения уйгурской национальности (женщин 1117, мужчин 545); село Совет Енбекши-Казахского района – обследовано 344 лиц казахской национальности (женщин 249, мужчин 95); село Бесагаш Талгарского района – обследовано 562 лиц казахской национальности (женщин 418, мужчин 143). А также в двух городских поликлиниках г.Алматы: в городской поликлинике №1 – обследовано 162 лиц казахской национальности (женщин 143, мужчин 19), и в городской поликлинике №3 – обследовано 143 лиц казахской национальности (женщин 112, мужчин 31). Всего 2872 взрослого населения, из

них 2039 женщин, 833 мужчин. Сроки проведения: 2004-2007 годы.

**2.1 Группы исследования.** Выбраны следующие группы исследования: контрольная группа (здоровые лица), больные с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), больные с хроническими неспецифическими заболеваниями легких (ХНЗЛ), больные с болезнями органов пищеварения (БОП), больные с болезнями мочеполовой системы (БМПС), сахарный диабет (СД) (таблица 1).

**2.2 Дизайн исследования.** Работа состояла из двух этапов. На первом этапе проводился первичный скрининг обследования популяции для выявления распространенности ССЗ (2004-2006г.г.). Использовался дизайн исследования «случай-контроль» (case-control study) а также принцип когортного исследования (cohort study). На втором этапе проводилось выявление, изучение и ранжирование ФР ССЗ среди обследуемого населения (2007г.). Снижение ИзбМТ было проведено у 184 больных с различными ХНИЗ. Эти пациенты прошли аналитическую детоксикацию (Патент на изобретение №13868 2002/0688.1 от 23 мая 2002 года «Способ неотложной терапии метаболического синдрома»), в основе которого лежало снижение ИзбМТ от 6 до 20 кг или до ИМТ=19-23,9 кг/м<sup>2</sup>. Метод применялся в стадии обострения заболевания.

**2.3 Методы исследования.** Анкетирование населения проводилось по специально разработанной карте, включающей в себя около 50 вопросов, в том числе: социально-экономическое положение; ант-



ропометрические данные (избыточная масса тела (ИзбМТ)); жилищно-бытовые условия; злоупотребление алкоголем (более 10 мл спирта в сутки), табакокурение (ТК), злоупотребление поваренной солью (более 6 гр. NaCl в сутки в виде избыточного добавления NaCl в пищу или в чай (еткен-чай)).

Расчет ИзбМТ производился двумя критериями: по индексу массы тела (ИМТ) согласно ВОЗ (1997г.); по объему талии (ОТ) для азиатской национальности согласно International Diabetes Federation (2005г.). ИзбМТ устанавливалась, когда у мужчин ОТ был равен или более 90 см, для женщин – 80 см. [1].

2.4 Методы статистической обработки. Для компьютерной обработки материала использован статистический пакет Microsoft Excel-2003 в модификации С.Н. Лапач [2].

3. Результаты и обсуждение. Распространенность ФР в популяции. Среди 833 обследованных мужчин ССЗ были выявлены у 439 (52,7%), среди 2039 женщин – 815 (40,0%). Выявляемость ФР среди контингента больных с кардиологическими и некардиологическими заболеваниями в сравнительном аспекте с контрольной группой представлена в таблице 1 (данные case-control study).

Таблица 1. Сравнительная выявляемость ФР среди населения (%)

Группы	ФР	Всего лиц	ТК	Алкоголь	NaCl	ИзбМТ по ИМТ	ИзбМТ по ОТ
Контрольная группа	Муж	162	21,1±5,4	19,3±5,2	64,8±4,8	10,5±4,1	12,3±4,3
	Жен	551	11,3±2,1	13,6±2,3	55,2±3,3	21,3±2,8	43,9±3,3
Кардиологические болезни	Муж	439	28,1±2,7	18,6±2,4	73,4±2,7*	54,4±3,1*	61,8±3,0**
	Жен	815	3,4±0,8*	3,6±0,9*	62,4±4,3	59,5±2,5*	78,5±2,0**
Некардиологические болезни	Муж	232	39,9±3,7*	21,6±3,1	71,4±3,4	33,4±3,2*	57,6±3,4**
	Жен	673	4,7±1,0*	4,0±1,0*	68,6±2,3*	42,7±2,4*	64,4±2,4**

\* - достоверное различие от контрольной группы (p<0,05).  
\*\* - достоверное различие от контрольной группы (p<0,001).

Из данных таблицы 1 видно, что наибольший удельный вес среди ФР составляют злоупотребление NaCl и наличие ИзбМТ. Необходимо отметить, что у исследуемых, у одного и того же человека одновременно встречались сразу несколько ФР, поэтому сумма одноименных цифр, как правило, превышала цифру 100 %.

Такой ФР, как ТК среди больных (особенно женского пола) встречается нечасто, тогда как развитие болезни у женщин не имеет подобной тенденции снижения. Возникает вопрос, при снижении такого ФР, как ТК, приведет ли это к снижению у населения заболеваемости ХНИЗ?

Частота встречаемости ИзбМТ среди групп больных с кардиологическими и некардиологическими заболеваниями достоверно выше (p<0,001)

по сравнению с лицами здоровой группы. Частота встречаемости ИзбМТ среди женщин более выражено.

Сравнительный анализ распространенности ХНИЗ среди исследуемого взрослого населения и данных официальной статистики показал, что истинная распространенность ХНИЗ на самом деле превышает показатели официальной статистики в 3-6 раз.

Для исследования полноты взаимоотношений между возникновением ХНИЗ и ФР было проведено когортное исследование (cohort study). То есть, выше, если мы среди больных ХНИЗ выявляли частоту наличия ФР, то теперь из всего контингента населения, злоупотребляющих ФР, выявили частоту встречаемости ХНИЗ (таблица 2).

Таблица 2. Выявляемость ХНИЗ среди лиц, подверженных к ФР (%).

		ТК	Алкоголь	NaCl	ИзбМТ по ОТ	ИзбМТ по ИМТ
ХНИЗ	муж	45,6±3,6	52,1±4,9	55,4±2,6	72,3±3,6	66,7±3,1
	жен	23,4±4,5	24,2±5,3	45,3±2,0	54,3±2,5	47,7±2,0

Из данных таблицы 2 видно, что почти половина курящих мужчин (45,6±3,6 %) больны с ХНИЗ, в то время как женщины – только 23,4±4,5 %. Аналогичные данные среди употребляющих алкоголь.

Выявляемость ХНИЗ среди лиц имеющих ИзбМТ несколько превалирует над другими ФР.

Анализ распространенности таких ХНИЗ, как ССЗ, ХНЗЛ, БОП, БМПС и СД среди лиц ка-



захской и уйгурской национальностями не имела достоверных различий.

При анализе распространенности ХНИЗ в разрезе кардиологических и некардиологических заболеваний среди городских и сельских жителей выявлено, что истинная распространенность ХНИЗ среди городского населения достоверно выше, чем среди сельского населения.

Когда была изучена распространенность ИзбМТ среди городских и сельских жителей, то было выявлено, что городские жители достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) имеют ИзбМТ по сравнению с сельскими жителями.

Все исследуемое население было разделено на две группы: с ИМТ до  $24,9 \text{ кг/м}^2$  (включительно) и с ИМТ  $25,0 \text{ кг/м}^2$  (включительно) и более. Среди сравниваемых групп была определена частота встречаемости кардиологических и некардиологических заболеваний.

Частота встречаемости ХНИЗ почти в два раза увеличивается при наличии ИзбМТ.

Известно, что на возникновение заболеваний имеет влияние фактор «возраста» [3, 4]. Был проведен анализ среднего «возраста» исследуемых лиц с изучаемыми ФР. Средний возраст курящих табак или (и) употребляющих алкоголь или (и) злоупотребляющих NaCl или (и) имеющих ИзбМТ больных с ХНИЗ достоверно не отличался от среднего возраста лиц здоровой группы ( $p < 0,05$ ). Сравнительный анализ данных среднего возраста здоровых людей и больных с ССЗ приводит к вопросу, что первично: развитие ССЗ, возрастной аспект или набор ИзбМТ [5]? Больные с ССЗ с возрастом начинают набирать избыточный вес, или с возрастом набирается вес, приводящий к развитию ССЗ?

Материально-экономическое положение человека как ФР, и влияние его на остальные ФР. Известно, что потребление человеком ТК, алкоголя и набирать ИзбМТ являются экономически за-

тратными мероприятиями, так как требуют определенного регулярного вложения материальных средств. Можно предположить, что ИзбМТ могут иметь, как правило, люди с благополучным социальным статусом.

В связи с этим проанализирован характер влияния материально-экономического состояния (социального статуса) человека на наличие у него ФР. Из 2872 человек 866 были охарактеризованы как «хорошее» социальное материально-экономическое положение, 1792 – «удовлетворительное», 214 – «не удовлетворительное». Установлено, что лица с «хорошим» материально-экономическим положением достоверно имеют более высокую ( $p < 0,05$ ) массу тела. Какой из анализируемых ФР имеет ведущее значение для развития ССЗ, может ли, что какой-либо из факторов может быть ведущим ФР?

На рисунке 1 прослеживаются взаимоотношения между ростом ИМТ и другими ФР ХНИЗ. С увеличением ИМТ непрерывно повышается риск возникновения ХНИЗ.

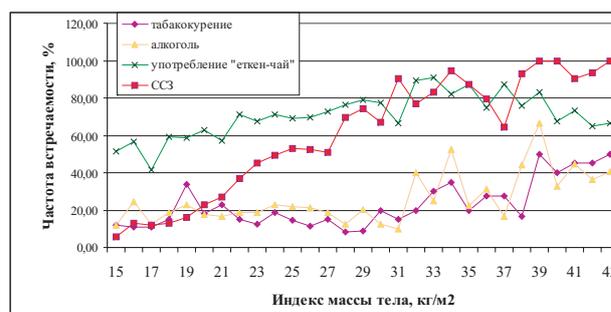


Рис.1. Корреляционная взаимосвязь между ИМТ и другими ФР, и их значимость в возникновении ХНИЗ в популяции

Для установления ранговой значимости изучаемых ФР в иницировании возникновения ХНИЗ был проведен многофакторный дисперсионный анализ, который был основан на разнице встречаемости ФР у здоровых лиц и больных с ХНИЗ (таблица 3).

Таблица 3. Ранговая значимость ФР в возникновении ХНИЗ (%).

	ТК	Алкоголь	NaCl	ОТ	ИМТ
Мужчины	10,2±1,9	7,4±1,6	9,1±1,8	39,0±3,0	34,2±2,9
Женщины	5,9±1,2	4,6±1,0	19,2±1,9	29,5±2,3	40,8±2,4

У мужчин основным и ведущим ФР ХНИЗ является ИзбМТ, если её измерять по ИМТ, то процентный вес будет равняться  $34,2 \pm 2,9\%$ , а если по ОТ –  $39,0 \pm 3,0\%$ . На втором и третьих местах без существенного достоверного различия – табакокурение и NaCl, на четвертом – прием алкоголя.

У женщин основным и ведущим ФР ХНИЗ также является ИзбМТ, если её измерять по ИМТ, то процентный вес равнялся  $40,8 \pm 2,4\%$ , а если по

ОТ –  $29,5 \pm 2,3\%$ . На втором месте – NaCl, на третьем месте – ТК, и на четвертом месте – прием алкоголя.

Ранговая значимость ФР напрямую зависит от гендерной дифференциации, что может подтвердить данные о различном распределении избыточного жира в организме мужчин (по висцеральному типу) и женщин (по гиноидному (бедренному) типу).



В связи с полученными результатами эпидемиологического исследования была проведена работа с населением по внедрению принципов борьбы с ИзбМТ.

Под наблюдением находились 184 больных с метаболическим синдромом (ХНИЗ) со следующими профилями заболеваний: Сахарный диабет 2 типа – 44 больных, АГ 2-3 степени – 86 больных, ИБС, стенокардия напряжения ФК 2-4 – 37 больных, Абдоминальные грыжи – 17 больных.

Все больные достигли снижения ИзбМТ от 6 до 20 кг или до ИМТ=19-23,9 кг/м<sup>2</sup> с помощью алиментарной детоксикации.

В результате исключительно у всех больных: наблюдалась постепенная регрессия симптомов заболеваний вплоть до их исчезновения; нормализовались лабораторно-инструментальные показатели; повысилась физическая и психическая работоспособность; в процессе лечения доза принимаемых фармакологических препаратов адекватно снижалась вплоть до их отмены под контролем лабораторных анализов.

Срок наблюдения от 0,5 до 2-х лет показало отсутствие признаков рецидива ХНИЗ при условии отсутствия факта набора ИзбМТ. Таким образом, можно сказать, что ИзбМТ являлась фундаментом для начала ХНИЗ.

На основе проведенного научного эпидемиологического исследования предлагается профилактическая модель системы здравоохранения, где в основе лежала бы борьба с основным и ведущим ФР – с ИзбМТ. Профилактическая модель системы здравоохранения – это принцип «борьба с ведущим ФР».

Предложенная модель: предполагает выполнять более реальные и выполнимые профилактические мероприятия; дает возможность концентрировать силы и средства системы здравоохранения для повышения эффективности профилактической работы; помогает выработать конкретные механизмы, действия и шаги по борьбе с многочисленными ФР ХНИЗ; имеет конечные точки для проверки результативности проведенной работы.

**4. Заключение.** Таким образом, в результате проведенного исследования сделаны следующие выводы:

1. частота встречаемости ХНИЗ почти в два раза увеличивается с повышением динамики ИзбМТ;
2. с повышением ИМТ начинает возникать тесная взаимосвязь между такими ФР, как употребление табака, алкоголя и NaCl;

3. отрицательное влияние «возраста» связано с фактором длительного патофизиологического воздействия ИзбМТ на организм;

4. основным и ведущим ФР возникновения ХНИЗ у лиц, как казахской, так и уйгурской национальностей, как у мужчин, так и у женщин является ИзбМТ;

5. профилактическая модель системы здравоохранения, основанная на ведении борьбы с основным и ведущим ФР является целенаправленным перспективным стратегическим направлением в снижении смертности, заболеваемости и инвалидности от ХНИЗ.

### *Литература*

1. Zimmet P., Alberti G., Shaw J.A. A New worldwide definition of the metabolic syndrome: the rationale and the results. //Diabetes Voice, 2005; 3(50):31-33.
2. Лапач С.Н. и др. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. Киев, 2000. – 319с.
3. Липовецкий Б.М., Плавинская С.И., Ильина Г.Н. Возраст и функция сердечно-сосудистой системы человека. Л.: Наука, 1988.- 91с.
4. Ахаладзе Н.Г., Вайсерман А.М. //В кн.: Проблемы старения и долголетия. - Киев, 1992. - № 3. - С.323-330.
5. Barrows С.Н., Kokkonen G.C. Relationship between nutrition and aging. – Adv. Nutr. Res., 1980, vol. 1, p. 253-299.

### *ТҰЖЫРЫМ*

**Жұмыстың мақсаты.** Созылмалы инфекциялық емес ауруларын (СИЕА) тудыратын қауіпті факторларын (ҚФ) рәнгілік маңыздылығын популяциялық материалда зерттеу.

**Материалдар мен әдістер.** Зерттеу мақсатына 2872 адам алынған. Қауіпті факторлары ретінде шылым тарту, арақ және ас тұзын жиі көрек ету, артық дене салмағы.

**Қорытынды.** Дене салмағы өсумен бірге СИЕА пайда болу жиілігі көбейе береді. Дене салмағының болуы СИЕА-дың басталуына ең маңызды және жетекші ҚФ болып табылады екен.

### *SUMMARY*

**Purpose.** To study the risk factors (RF) and their rank parities in occurrence of a non-infectious chronic diseases (NICD) in conditions a population materials.

**Methods and materials.** Research included 2872 people. The RF as a smoking, alcohol abused and salt abused and an overweight.

**Conclusion.** The basic and leading of RF occurrence of NICD both at men, and at women is overweight.



## ДЕМКПЕНІҢ БІРІНШІЛІК ЖӘНЕ ЕКІНШІЛІК АЛДЫН АЛУДЫҢ КӘЗІРГІ КЕЗДЕГІ ТӘСІЛДЕРІ

*Т.Т.Нұрпейісов*

*ҚР ДМ Кардиология және ішкі аурулар ғылыми зерттеу институтының Республикалық ғылыми-практикалық аллергология орталығы, Алматы қ.*

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

*Т.Т.Нурпеисов*

*Республиканский научно-практический аллергологический центр НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК, г. Алматы*

## MODERN APPROACHES TO PRIMARY AND SECONDARY PREVENTION OF BRONCHIAL ASTHMA

*T.T.Nurpeisov*

*Republican scientific-practical allergy center, Scientific research institute of Cardiology and internal diseases MH RK, Almaty*

Несмотря на серьезные усилия и неоспоримые успехи в борьбе с бронхиальной астмой, надо признать, что полного контроля над астмой в государственном масштабе не удалось добиться ни одной системе здравоохранения, рабочая группа GINA в 2006 году признала «субоптимальность» результатов предпринятых мероприятий.

На данный момент по меньшей мере 300 миллионов человек по всему миру страдают от бронхиальной астмы. В различных популяциях она достигает (по разным данным) от 5 до 15 % населения. Официальные данные в Казахстане и Российской Федерации не превышают 1 - 1,5 %, что явно не соответствует действительности в связи с отсутствием широкомасштабных исследований, активного выявления, диспансеризации и низкой преемственности организаций здравоохранения на различных уровнях. Более 90 % всей бронхиальной астмы является аллергической, рост ее распространенности совпадает с ростом выявляемости атопии. По самым приблизительным оценкам, астма является причиной 1 из 250 смертей, часто маскируясь за сердечно-сосудистыми причинами. Приверженность так называемому «западному» стилю жизни, характерному для высокоразвитых стран достоверно повышает риск развития бронхиальной астмы, а также экономические потери, как прямые (стоимость госпитализаций, лекарств, обследования), так и косвенные (снижение работоспособности и пропуски учебы, смертность).

Астма относится к числу тех заболеваний, чей контроль наилучшим образом осуществляется системой квалифицированных семейных врачей, доступных, к сожалению, только маленькой части населения даже в Европе и США. Поэтому в

данной ситуации необходимо обеспечить должный уровень образования врачей, наиболее часто сталкивающихся с данными пациентами – врачей учреждений первичной медико-санитарной помощи.

Многие зарубежные авторы отмечают серьезные изменения в общественном мнении касательно бронхиальной астмы, связываемые с активной пропагандистской работой. Общество перестало стесняться диагноза «Астма». Положение о том, что в случае наличия сомнений в дифференциальной диагностике между обострением хронического бронхита и обострением астмы необходимо в интересах пациента выставлять астму, для передовых медицинских клиник стало правилом. В нашей же системе здравоохранения борьба за статистические показатели для учреждений первичной медико-санитарной помощи является зачастую первостепенной. Отчасти это связано с пережитой нами социалистической системой здравоохранения, отчасти – с сохранившимися с тех же времен принципами контроля качества оказания медицинских услуг.

Искусственному занижению статистических показателей по астме способствуют сами пациенты, склоняющие врачей к стандартному диагнозу «хронический бронхит» в различных вариациях: «хронический обструктивный бронхит», «хроническая обструктивная болезнь легких», «бронхит с астматическим компонентом», «астматоидный бронхит», «аллергический бронхит», которые по сути являются эвфемизмом диагноза «бронхиальная астма».

В практике сотрудники РНПАЦ часто сталкиваются с рядом парадоксальных на первый взгляд моментов:



1) Больные с давно подтвержденной астмой регулярно лечатся в терапевтических, пульмонологических отделениях от «бронхита» и «пневмонии», а основным критерием диагностики и эффективности лечения является рентгенограмма.

2) Нередки случаи, когда астматики с десятилетним стажем ни разу не были на приеме у аллерголога и впервые слышат термин «спирография».

3) Широко распространено самолечение и некавалифицированные врачебные назначения, в том числе массивных курсов антибактериальных препаратов, а также внутримышечных инъекций пролонгированных форм глюкокортикостероидов (дипроспан и аналоги).

4) Больные обращаются за специализированной медицинской помощью на этапе практически необратимых осложнений – хроническое легочное сердце, тотальная эмфизема, пневмосклероз и пневмофиброз, синдром Иценко-Кушинга и т.п.

5) Даже поступающие в РНПАЦ больные зачастую не заинтересованы в переводе с пероральных системных кортикостероидов типа преднизолон на качественные ингаляционные формы с несравнимо меньшими побочными эффектами вследствие высокой стоимости последних, сбоев в обеспечении бесплатными медикаментами,

а также из-за риска снятия или снижения группы инвалидности при прохождении МСЭК

6) Крайне незначительное внимание уделяется лечению аллергического ринита и элиминации факторов риска бронхиальной астмы.

Этот список можно продолжать и дальше, однако основные выводы можно сделать и сейчас: сама система, культура и общественное мнение в отношении бронхиальной астмы являются серьезным препятствием для серьезного подхода к ее менеджменту.

Поэтому важнейшим мероприятием, необходимым для получения ощутимых сдвигов в борьбе с бронхиальной астмой на фоне недостаточной активности астма-школ, является активное участие самих больных во взаимодействии врач-больной. Причем в отличие от глобальных внедрений и исследований, эти изменения требуют не масштабного финансирования, а планомерного изменения подготовки врачей, медицинских сестер, широкой популяризации объективных сведений об астме, современных методах ее диагностики, лечения и профилактики. РНПАЦ разработал дневник больного бронхиальной астмой, включивший в себя все новейшие разработки и достижения мировой науки и практики по профилактике и лечению астмы.

**ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУ ҚЫЗМЕТІНІҢ 10-ЖЫЛДЫҒЫНА АРНАЛҒАН «МАҢЫЗДЫ ИНФЕКЦИЯЛЫҚ ЕМЕС АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУДАҒЫ САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДЫҢ РӨЛІ» АТТЫ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ КОНФЕРЕНЦИЯНЫҢ РЕЗОЛЮЦИЯСЫ, (14-15 желтоқсан 2007ж.)**

**РЕЗОЛЮЦИЯ МЕЖДУНАРОДНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «РОЛЬ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВАЖНЕЙШИХ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ», ПОСВЯЩЕННОЙ 10-ЛЕТИЮ СЛУЖБЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН, 14-15 декабря 2007 г., г. Алматы**

**RESOLUTION INTERNATIONAL SCIENTIFIC-PRACTICAL CONFERENCE “HEALTHY LIFESTYLE DEVELOPMENT IN PREVENTION OF MAJOR CHRONIC NONCOMMUNICABLE DISEASES” DEVOTED TO 10-TN ANNIVERSARY OF HEALTHY LIFESTYLE DEVELOPMENT SERVICE OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN, 14 -15 December 2007, Almaty**

Международная конференция «Роль формирования здорового образа жизни в профилактике важнейших хронических неинфекционных заболеваний», посвященная 10-летию Службы формирования здорового образа жизни Республики Казах-

стан, состоялась 14 декабря 2007 года в г. Алматы и совпала с важнейшим событием нашего государства – 10-летием принятия стратегии «Казахстан-2030».

Участники конференции единодушно отметили позитивное развитие службы формирования



здорового образа жизни, ее вклад в реформирование здравоохранения с акцентом на профилактику, как наименее затратное обеспечение услугами населения и как наиболее современный подход к вопросам сохранения и укрепления здоровья граждан Казахстана.

Этому способствовало использование уже накопившегося 10-летнего опыта становления и развития службы, изучение и внедрение международных технологий по работе с населением в формировании здорового образа жизни и ответственного отношения к своему здоровью. Немаловажную роль сыграло привлечение партнеров в лице международных и общественных организаций, государственных структур, что позволило сконцентрировать кадровые и финансовые возможности для успешного проведения мероприятий.

Важнейшая составляющая – научное сопровождение профилактических программ, проведение скринингов и зондовых исследований с последующим научным анализом для использования его в практическом здравоохранении.

Расширились возможности образовательного сектора в разработке обучающих модулей и проведении семинаров, тренингов с охватом различного социального и повозрастного уровня населения.

Продолжается работа по совершенствованию и адаптации к условиям Казахстана проектов Всемирной Организации Здравоохранения, что позволяет использовать рекомендации ВОЗ в достижении цели «Здоровье для всех в 21-ом столетии».

Вместе с тем, для дальнейшего совершенствования деятельности Службы здорового образа жизни в рамках координации профилактической работы с населением, участники конференции считают необходимым:

- работу сконцентрировать на усилении роли ПМСП в пропаганде здорового образа жизни

с проведением мероприятий, посвященных 30-летию Алматинской декларации по ПМСП;

- сохранить практику и расширить возможности сотрудничества со средствами массовой информации республиканского и регионального уровней;

- учитывать при реализации профилактических программ региональные особенности: эпидемиологическую и демографическую ситуации, социальный и экологический уровни, традиции и обычаи каждого региона;

- активнее привлекать международные, неправительственные и частные структуры, а также работодателей, заинтересованных в сохранении и укреплении здоровья работников предприятий;

- продолжить межсекторальный подход при реализации профилактических и образовательных программ;

- определить приоритетными направления для работы с населением: физическую активность, рациональное питание и снижение других факторов риска( в т.ч. с использованием минеральных энтеросорбентов) в профилактике хронических неинфекционных заболеваний.

- привлекать к научным исследованиям в области общественного здравоохранения научно-исследовательские институты и центры не только сектора здравоохранения, но и другие заинтересованные ведомства.

- учитывать потребности населения в оказании услуг с целью повышении качества жизни каждого индивидуума.

Резолюция принята единогласным голосованием участниками Международной конференции «Роль формирования здорового образа жизни в профилактике важнейших хронических неинфекционных заболеваний», для дальнейшей реализации намеченных направлений.

*14-15 декабря 2007 года г. Алматы*



## ИНФЕКЦИЯЛЫҚ ЕМЕС АУРУЛАРДЫҢ ПРОФИЛАКТИКАСЫ МАҚСАТЫНДА ХАЛЫҚТЫҢ МІНЕЗ-ҚҰЛЫҚ ФАКТОРЛАРЫНЫҢ ӨЗГЕРУІН САЛЫСТЫРМАЛЫ ТАЛДАУ

*Т.С.Хайдарова, А.А.Акимбаева, З.И. Кызылова*

*ҚР ДМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қ.*

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЯ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА У НАСЕЛЕНИЯ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

*Т.С.Хайдарова, А.А.Акимбаева, З.И. Кызылова*

*Министерство Здравоохранения Республики Казахстан, Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы*

## COMPARATIVE ANALYSIS OF CHANGE OF BEHAVIORAL RISK FACTORS AT POPULATION WITH THE AIM OF NONCOMMUNICABLE DISEASES PREVENTION

*T.S.Khaidarova, A.A.Akimbayeva, Z.I.Kyzylova*

*National Center for problems of healthy lifestyle development under Ministry of health RK, Almaty*

Одним из важных достижений в области медицины во второй половине 20-го века явилось открытие факторов, влияющих на развитие и прогрессирование неинфекционных заболеваний (НИЗ), получивших название факторов риска. Концепция ФР стала научной основой профилактики НИЗ и широко используется во многих странах в практической работе. Наличие ФР приводит к потерям здоровых лет жизни и, следовательно, к огромному невосполнимому социально-экономическому урону общества. ФЗОЖ и мониторинг ФР является основой медицинской профилактики в настоящее время. Чтобы добиться в ближайшее время успеха в профилактике ССЗ, приоритет должен быть отдан стратегии и технологиям, доказавшим свою эффективность (с точки зрения доказательной медицины), а не новым, дорогим и часто недоступным для населения технологиям. Главной задачей учреждений здравоохранения должно стать повышение приоритета профилактики НИЗ наряду с лечебно-диагностическими мероприятиями.

Основная активность по профилактике ССЗ должна быть обеспечена на региональном и местном уровнях, на уровне учреждений ПМСП и специалистов общеврачебной практики/участковых врачей и врачей специалистов, среднего медицинского персонала.

Необходимо разработать современную модель функционирования и развития медицинской профилактики, которая должна органично сочетать интересы государства, общества и индивида, внедрение эффективных недорогих профилактических технологий, основанных на концепции ФР

возникновения и развития НИЗ. Для реализации этих принципов необходимо проведение научно-аналитических и практических разработок, исследовательских работ по их научному обоснованию:

Задачами специалистов общеврачебной практики ПМСП при профилактике НИЗ должны быть:

1. Осуществление комплекса практических мер по предупреждению и коррекции управляемых факторов, влияющих на риск возникновения и развития НИЗ, повышение профилактической активности;

2. Для медицинских работников (ВОП и средних медицинских работников) оказание профилактической помощи на индивидуальном, групповом и семейном уровнях;

3. Для структур медицинской профилактики и для ЛПУ – координация усилий между различными учреждениями и структурами для осуществления межсекторального взаимодействия, профилактики НИЗ на групповом и популяционном уровнях.

Целью проводимых в НЦПФЗОЖ широкомасштабных социологических исследований является мониторинг образа жизни населения для получения информации о динамике факторов риска НИЗ для принятия соответствующих управленческих и организационных мероприятий. С 1998 года проводятся регулярные социологические исследования по изучению поведенческих и связанных с ними факторов риска развития распространенных неинфекционных заболеваний таких как сердечно-сосудистые, онкологические и другие. С целью мониторинга нами в 2007 году проведено 4-ое национальное социологичес-



кое исследование по всем регионам республики. В работе использованы методы социологических и статистических исследований (анкетирование и обработка материала).

Проведен предварительный анализ результатов анкетирования по Южному региону, где опрошены лица в возрасте от 11 до 60 лет, анкетированию подвергалось население г.Алматы, Алматинской, Жамбылской, Кзыл-Ординской и Южно-Казахстанской областей. Анкета состояла из 32 вопроса, которые касались социального положения, уровня доходов, характера работы, состояния здоровья, медицинской активности и удовлетворенности качеством и доступностью медицинской помощи, наличия вредных привычек, таких как курение, алкоголизм, наркомания, неподвижный образ жизни, характер питания, физической активности и информированности населения о факторах риска и принципах здорового образа жизни. Для предварительного анализа, проведенного в динамике и в сравнении с данными первых трех национальных исследований (которые были проведены в 1998, 2001,

2004 годах соответственно) взяли показатели по табакокурению, алкоголизму, наркомании. Так, в нижеприведенных таблицах отражены данные по следующим возрастным группам – 11-14 лет, 15-17 лет и все население. По каждой возрастной группе количество опрошенных составляло 60 человек, по г. Алматы -480 человек, по Алматинской, Жамбылской, Кзылординской и Южно-Казахстанской областям (по одному району с каждой области) – по 480 человек, общее количество опрошенных по региону – 2400 человек.

По данным таблицы №1 видно, что наблюдается возрастание табакокурения в 2007 году в возрасте 11-14 лет по сравнению с 3 нац. исследованием (2001 г) в 1,4 раза или на 3,5 %; в возрасте 15-17 лет также наблюдается рост табакокурения на 3,5 % в 2007 году по сравнению с 2001 годом. Можно отметить снижение курения в целом по всем возрастным контингентам на 4,9 % в 2007 году в сравнении с 2001 годом, снижение наблюдается за счет лиц старше 18-24 лет.

**Таблица 1. Данные опроса населения Южного региона по табакокурению. Южный регион, 2007 г.**

Наименование региона	Возраст 11-14 лет	15-17 лет	Все население
г. Алматы	21,7%	45%	34,8%
Алматинская область	3,4%	11,7%	33,9%
Жамбылская область	3,3%	16,6%	19,2%
Кзыл-Ординская область	26,6%	11,67%	33,1%
Южно-Казахстанская область	3,3%	13,3%	16,9%
<b>Итого 4-нац. исследование</b>	<b>11,6%</b>	<b>20%</b>	<b>27,6%</b>
<b>1-е нац. исследование</b>	<b>10%</b>	<b>21%</b>	<b>28%</b>
<b>2 нац. исследование</b>	<b>4,1%</b>	<b>11,4%</b>	<b>27,7%</b>
<b>3 нац. исследование</b>	<b>8,1%</b>	<b>16,5%</b>	<b>22,7%</b>

Данные таблицы № 2 свидетельствуют о положительной динамике ( снижение в целом по всем возрастным группам населения) с 1998 года (сравнение с данными 1-го нац. исследования по Южному региону) по потреблению алкоголя на 53% снижение с 2001 года ( с данными 2-го нац. исследования) на 24,3%; с 2004 года стабилизация показателя на уровне 38,7%.

В разрезе возрастных контингентов от 11-14 лет наблюдается снижение потребления алкоголя в сравнении с 2001 годом (данные 2-го нац. исследования), в сравнении с 2004 годом (с данными 3-го нац. исследования) также отмечается стабилизация показателя на уровне 10%.

**Таблица 2. Данные опроса населения Южного региона по потреблению алкоголя, 2007 год**

Наименование региона	11-14 лет	15-17 лет	Все население
г. Алматы	-	12%	38 %
Алматинская область	-	14 %	38,5,5%
Жамбылская область	-	16%	42 %
Кзыл-Ординская область	10%	18%	37,8%
ЮКО	-	17%	37%



Итого 4 нац. исследование	10%	15,4%	38,7%
1 нац. исследов. РК	20%	64%	55%
1 нац. исследов. Южный регион			91,7%
2 нац. исследов. РК	7,2 %	37,1%	45,4%
2 нац. исследов. Южный регион			63%
3 нац. исследов. РК	9,9%	21,5%	41,9%
3 нац. исследов. Южный регион			38,6%

В возрасте 15-17 лет отмечается снижение потребления алкоголя в сравнении со 2-ым нац. исследованием (2001 г) на 21,7 %: в сравнении с данными 3-го нац. исследования (2004 г) – снижение на 6,1 %.

Потребление наркотиков.

В сравнении со 2-ым национальным исследованием (2001 г) отмечается снижение потребления наркотиков в г. Алматы в возрасте 15-17 лет на 6,5 %. При проведении 4-го национального, исследования опрос показал, что дети в возрасте 11-14 лет и лица старше 17 лет не употребляют наркотики.

Таким образом, имеется некоторая положительная динамика в образе жизни, в поведенческих и связанных с ними факторах риска НИЗ. Отмечается снижение потребления алкоголя и наркотиков особенно в школьном и юношеском возрасте, но наблюдается рост курения у всех возрастных контингентов.

Необходимыми условиями для успешных действий по профилактике НИЗ являются:

1. Создание инфраструктуры для осуществления действий по укреплению здоровья и профилактике НИЗ;

2. Укомплектованность этой структуры профессиональными кадрами, способных к эффективной профилактической работе по НИЗ.

3. Создание механизмов для реализации норм и нормативов профилактической работы для специалистов ПМСП

4. Совершенствование системы мотивации специалистов ПМСП и совершенствование финансирования профилактической деятельности учреждений ПМСП;

5. Внедрение принципов маркетинговой профилактической деятельности на уровне ПМСП и ориентация на потребности населения в профилактических услугах.

Необходимо регулярное отслеживание и предоставление необходимой информации о динамике изменения ФР развития НИЗ и промежуточных результатах принятия своевременных и адекватных решений по коррекции ФР с целью профилактики распространенных НИЗ среди населения.

### **ТҰЖЫРЫМ**

Қауіп-қатер факторларының концепциясы инфекциялық емес аурулардың алдын алудың ғылыми негізі болып, көптеген елдердің практикалық жұмысында кеңінен пайдаланылады. Қауіп-қатер факторларының болуы, ғұмырдың еңбекке жарамды саламатты жылдарының жоғалуына, демек қоғамның зор орны толмас әлеуметтік-экономикалық шығынына әкеліп соғады.

Төрт әлеуметтік зерттеулердің салыстырмалы талдау нәтижелері бойынша өмір салтында, тәртіптік және онымен байланысты инфекциялық емес аурулардың қауіп-қатер факторларында оң динамика бары анықталды. Алкоголь, есірткілерді тұтынудың және темекі шегудің әсіресе мектеп жасындағы және жас өспірімдер арасында төмендегені байқалады.

### **РЕЗЮМЕ**

Концепция факторов риска стала научной основой профилактики неинфекционных заболеваний и широко используется во многих странах в практической работе. Наличие факторов риска приводит к потерям здоровых лет жизни и, следовательно, к огромному невосполнимо-му социально-экономическому урону общества.

По результатам сравнительного анализа 4-х социологических исследований имеется положительная динамика в образе жизни, в поведенческих и связанных с ними факторах риска НИЗ. Отмечается снижение потребления алкоголя и наркотиков особенно в школьном и юношеском возрастах.

### **SUMMARY**

Risk factors conception is a scientific base of chronic non communicable diseases prevention and widely used for many countries at practice. Presence of risk factors causes loss of healthy life and therefore, causes huge social-economical costs to society.

On results of comparative analysis of four sociological surveys a positive tendency in lifestyle, behavioral and related risk factors of chronic non communicable diseases was observed. Decrease in alcohol and drugs consumption especially among school age and youth was found.



## ТУБЕРКУЛЕЗ ПРОБЛЕМАЛАРЫ ЖАЙЛЫ МӘСЕЛЕЛЕР

*Р.С.Колокина ҚР ДМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қ.*

## К ВОПРОСУ О ПРОБЛЕМЕ ТУБЕРКУЛЕЗА

*Р.С.Колокина  
Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК,  
г.Алматы*

## TO AN ISSUE OF TUBERCULOSIS PROBLEM

*R.S.Kolokina  
National Center for problems of healthy lifestyle development under Ministry of health RK,  
Almaty*

Туберкулёз (от лат. Tuberculum – бугорок) – волнообразно протекающее хроническое инфекционное заболевание, характеризующаяся различной, но преимущественно легочной локализацией, полиморфизмом клинических проявлений, интоксикацией организма. Возможно развитие и внелегочных форм, с поражением всех органов и тканей человеческого организма, исключая только ногти и волосы.

Возбудитель туберкулеза (туберкулезная палочка, палочка Коха) был открыт 24 марта 1882 года известным немецким ученым Робертом Кохом. В 1982 году, в связи со столетней годовщиной открытия Робертом Коха, Всемирная организация здравоохранения и Международный союз борьбы с туберкулезом и болезнями легких предложил считать 24 марта официальным Всемирным днем борьбы с туберкулезом.

Согласно Постановления Правительства РК от 30 марта 2000 года № 468 «Об утверждении перечня социально-значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» туберкулез относится к социально-значимым заболеваниям, наряду с онкологическими заболеваниями, бронхиальной астмой, ИППП, ВИЧ/СПИД, гепатитами В и С.

Несмотря на предпринимаемые активные меры по борьбе с туберкулезом, по-прежнему трудно разрешимой проблемой современного здравоохранения является высокий уровень заболеваемости, смертности от туберкулеза, наносящие непоправимый физический, моральный, социальный и экономический ущерб.

От туберкулеза умирали совсем в молодом возрасте и поэты, и художники, и музыканты. Среди многих, кто умер от туберкулеза, Антуан Ватто и Амедео Модильяни, поэт Джон Китс, композиторы Карл Мария фон Вебер и Фредерик

Шопен, борец за независимость испанских колоний Симон Боливар, писатель Антон Чехов и философ Анри Давид Торо.

Из наших соотечественников можно назвать Чокана Валиханова, Гани Муратбаева, Ибрая Алтынсарина, детей великого Абая - Абиша и Магауи, Султанмахмута Торайгырова. В XX веке десятки миллионов человек пали жертвой туберкулеза, не дожив до зрелого возраста.

Во времена Коха туберкулез был причиной смерти каждого седьмого человека. С 1882 г. туберкулез унес не менее 200 млн. человеческих жизней, что значительно превышает число воинов, погибших во время сражений за последние 100 лет.

**Ежегодно в мире:**

- 3 млн. человек умирают от туберкулеза;
- 9-10 млн. человек заболевают бациллажными формами туберкулеза;
- 18 млн. человек заболевают всеми формами туберкулеза;
- 98% всех смертей от него относятся к развивающимся странам мира;
- 80% всех случаев ТБ относятся к людям продуктивного возраста 15-50 лет;
- Около 1/3 населения земного шара (примерно 2млрд.) инфицированы микобактериями туберкулеза;
- 10% от всех зараженных в течение своей жизни, заболеют какой-либо формой туберкулеза;
- Каждые 4 секунды кто-то заболевает туберкулезом;
- Каждые 10 секунд кто-то умирает от туберкулеза.

В Казахстане ежегодно регистрируется 22-23 тыс. вновь выявленных больных. На каждые 100 тыс. населения в 2006 году приходилось 132 больных туберкулезом, из которых 20 умирали.



Основной источник заражения – это больной открытой формой туберкулеза, с мокротой которого выделяется туберкулезная палочка и при отхаркивании мокроты на пол или на землю, она смешивается с пылью. Вдыхая такую пыль, здоровый человек может заразиться. Каждый человек с активной формой туберкулеза при отсутствии соответствующего лечения может заразить в среднем до 10 – 15 человек в год. При ослаблении иммунной системы человека его шансы заболеть повышаются.

Показатели заболеваемости и смертности от туберкулеза в Республике Казахстан на 100 тыс. населения



Туберкулезные бактерии отличаются большой стойкостью во внешней среде: в уличной пыли бактерии сохраняют жизнеспособность до 10 дней, на страницах книг до 3-х месяцев, на одежде и белье больного 3-4 месяца, в воде до 5-ти месяцев, а на снегу - неограниченно долго.

В то же время они чувствительны к высокой температуре. Наиболее часто для дезинфекции применяют растворы хлорамина, хлорной извести.

Человек может заболеть при употреблении сырого молока и других молочных продуктов, зараженных туберкулезной палочкой, а также при ухаживании за больными животными.

**Существенное значение при заражении туберкулезом имеет ряд факторов, способствующих развитию заболевания и тяжелому его течению:**

- социально-бытовая среда;
- неполноценное питание;
- психологические стрессы;
- сопутствующие заболевания (сахарный диабет, язвенная болезнь, хронические неспецифические заболевания легких, ВИЧ/СПИД);
- вредные привычки (алкоголь, курение, наркотики).

**Основными признаками туберкулеза являются:**

- кашель более 2-х недель;
- потеря аппетита;
- похудание;
- ночная потливость;

- повышение температуры до 37,0° – 37,5°С;
- общая слабость, утомляемость;
- боли в грудной клетке;
- кровохарканье.

В целях снижения заболеваемости туберкулезом Правительством РК принята Национальная программа борьбы с туберкулезом, которая предусматривает бесплатное лечение и обследование больных туберкулезом. Внедрена химиотерапия по стратегии ДOTS, которая является основным методом лечения больных туберкулезом любой локализации. Решение проблемы туберкулеза в нашей республике возведено в ранг государственной.

### Меры профилактики туберкулеза:

**Здоровый образ жизни:** полноценное питание (достаточное употребление в пищу мяса, молочных продуктов, рыбы, злаковых, овощей и фруктов), регулярная физическая активность, полноценный отдых, здоровая окружающая среда, отказ от курения, алкоголя, наркотиков.

**Своевременная диагностика** и лечение туберкулеза с завершением полного курса лечения.

**Обязательная вакцинация БЦЖ** при рождении и ревакцинация в 6-7 лет. БЦЖ – стимулирует иммунитет и надежно защищает организм от тяжелых форм милиарного туберкулеза и туберкулезного менингита.

**Соблюдение правил личной гигиены** (мытьё рук, посуды с использованием моющих средств и проточной воды, влажная уборка и проветривание жилых помещений) и пользование индивидуальными средствами и посудой.

**Обязательная термическая обработка мяса и молока.**

**Стерилизация мокроты, постельного белья больного туберкулезом**

**Гигиена окружающей среды.** Цель – снижение риска заражения от не выявленных, а, следовательно, не получающих своевременного лечения.

а) Уменьшение скученности там, где это возможно.

б) Улучшение вентиляции в домах

в) Внушение окружающим, что сплевывание – неприемлемая и отвратительная привычка, способствующая распространению инфекционных заболеваний.

г) Уборка улиц и дворовых территории в ранние часы до массового передвижения пешеходов, что позволит снизить риск вдыхания пыли, возможно инфицированной палочкой Коха.

Раннее выявление туберкулеза способствует более быстрому излечению туберкулеза, без каких либо осложнений, а также снижает риск заражения контактных.

Одновременно с этим, зарегистрированы штаммы, устойчивые к какому-либо одному лекарству или ко всем основным противотуберкулезным препаратам. Лекарственно-устойчивый ТБ развивается в результате непоследовательного или частичного лечения, при котором пациенты не принимают все назначенные им лекарства на регулярной основе в течение определенного периода времени. Предпосылки к этому следующие: больным становится лучше, врачи и работники здравоохранения назначают неправильную схему лечения, нестабильность поставки необходимого набора лекарств.

Особо опасной формой лекарственно-устойчивого ТБ является ТБ с множественной лекарственной устойчивостью, но для этого требуется еще более длительная (до двух лет) химиотерапия лекарствами второй линии, которые дороже лекарств первой линии и вызывают более тяжелые побочные реакции.

Самым важным для пациента является прием всех лекарственных препаратов в точном соответствии с назначением врача. Нельзя пропускать ни одной дозы и лечение необходимо довести до самого конца. Это защитит самого пациента от длительного лечения, а также окружающих контактных его лиц. Для защиты работников здравоохранения, которые могут контактировать с больными туберкулезом, в медицинских учреждениях необходимо неукоснительно выполнять санитарные нормы и правила, строгое соблюдение санэпид режима.

Совместные усилия всех специалистов ПМСП, начиная с ФАПа, при активной поддержке самого населения, а также государственных, неправительственных и международных организаций позволит приблизить день избавления человечества от этого страшного заболевания.

## КӘСІПТІК-ТЕХНИКАЛЫҚ ОҚУ ОРЫНДАРЫ МЕН ЖАЛПЫ БІЛІМ БЕРУ МЕКТЕПТЕРІ ОҚУШЫЛАРЫНЫҢ САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУ ТУРАЛЫ ХАБАРДЫЛЫҒЫН АНЫҚТАУ БОЙЫНША ЖҮРГІЗІЛГЕН САУАЛНАМАНЫҢ ДЕРЕКТЕРІ

*Р.С.Колокина, К.А.Толганбаева, З.И.Қызылова*

*ҚР ДМ, Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қ.*

## ДАННЫЕ АНКЕТИРОВАНИЯ ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ ИНФОРМИРОВАННОСТИ УЧАЩИХСЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ И ПРОФТЕХУЧИЛИЩ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ Г. АЛМАТЫ

*Р.С.Колокина, К.А.Толганбаева, З.И.Қызылова*

*Министерство Здравоохранения Республики Казахстан, Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы*

## DATA ON SURVEY OF KNOWLEDGE LEVEL ON HEALTHY LIFESTYLE DEVELOPMENT AMONG PUPILS OF COMPREHENSIVE SCHOOLS AND TECHNICAL TRAINING COLLEGES

*R.S.Kolokina, K.A.Tolganbaeva, Z.I.Kyzylova*

*National Center for problems of healthy lifestyle development under Ministry of health RK, Almaty*

Согласно приказу МЗ РК №170 от 16.03.07 г. «О проведении мероприятий по реализации Комплексной программы «Здоровый образ жизни» 2007 году» Национальным Центром проблем формирования здорового образа жизни проведено анкетирование среди учащихся общеобразовательных школ и профтехучилищ города Алматы.

**Цель исследования:** оценить уровень информированности целевой группы по вопросам формирования здорового образа жизни для использования полученных данных по более эффективной реализации Комплексной программы.

**Целевая группа:** учащиеся общеобразовательных школ и профтехучилищ г. Алматы.



Специалисты НЦПФЗОЖ разработали анкету, в которую вошло 20 вопросов с проведением фокус группы из 7 учащихся. После коррекции анкет проведен опрос 67 подростков, проживающих в городе Алматы, в возрасте 14-17 лет. Мальчиков – 38; девочек – 29. Анкетирование проводилось анонимно.

**Анализ заполненных анкет выявил следующее:**

Более половины (55%) респондентов отметили, что здоровый образ жизни - это физический и духовный комфорт; 30% - здоровая окружающая среда и 10% - полноценных отдых. Каждый десятый подросток считает, что здоровый образ жизни - это здоровое питание и занятие спортом. Каждый четвертый (26%) из опрошенных не мог оценить, ведет ли он здоровый образ жизни или нет. 64% считают свой образ жизни вполне здоровым, 10% отметили, что не ведут здоровый образ жизни. Информацию о здоровом образе жизни учащиеся получают от: родителей - 28%; медицинских работников - 21%; педагогов - 12%; друзей и знакомых - 17%; СМИ - 22%.

Каждый третий респондент (31 %) основной ценностью в жизни считает семью, каждый четвертый - физическое здоровье, 18 % и 17 % опрошенных главным в своей жизни отметили образование и друзей.

Среди существующих препятствия для ведения здорового образа жизни у 37,5 % анкетированных был недостаток времени, 32,5 % считают, что есть другие более интересные занятия (компьютерные игры, интернет и т.д.); у каждого пятого нет мотивации вести здоровый образ жизни, 2% ссылаются на отсутствие финансов, у 3% нет желания.

Курят и употребляют спиртные напитки 17% опрошенных. Каждый четвертый не считает или не знает, что однократный прием наркотиков может вызвать привыкание, а 32% опрошенных считают, что к смерти может привести передозировка от употребление наркотиков, 1/4 часть знают, что при употреблении наркотиков может случиться заражение ВИЧ, гепатитом В или С. Более половины респондентов правильно отметили группу людей, имеющих повышенный риск заражения ВИЧ/СПИДом.

Практически все опрошенные - 96% имеют правильное представление о возможных путях заражения ВИЧ/СПИДом.

Большинство подростков -83% считают, что ранние половые связи могут привести к нежелательной беременности и к инфекциям передаваемым половым путем, а 17% - к ухудшению

отношений с родителями и к непониманию и отчуждению друзей, одноклассников.

Более половины из опрошенных (53%) интересуются взаимоотношениями с противоположным полом.

При подозрении на ИППП и ВИЧ 42% подростков рассчитывают на реальную поддержку родителей, 32% надеются на помощь друзей и знакомых и только 15% - на медиков. В целом, для 30% подростков любая информация по вопросам сохранения здоровья, полученная от родителей, пользуется доверием. В то же время 60% опрошенных предпочитают информацию получать от друзей, знакомых и старшего брата или сестры. Лишь 10% полагаются на медиков и педагогов.

По мнению 58% респондентов агрессивные зарубежные фильмы и не лицензионные видео фильмы могут подтолкнуть к рискованному поведению.

#### **ВЫВОДЫ:**

1. В целом, все респонденты в понятие «ЗОЖ» вкладывают правильное понятие.

2. В то же время каждый четвертый не может оценить свой образ жизни.

3. У анкетированных достаточно возможностей получения сведения о ЗОЖ.

4. Ценность, которую выбрал подросток, соответствует морали и нравственности нашего современного общества.

5. Подростки довольно четко аргументируют причины, препятствующие ведению здорового образа жизни.

6. Каждый шестой опрошенный уже приобрел вредные привычки.

7. Представление о СПИД и ИППП имеют практически все опрошенные, которые в кризисной ситуации надеются на поддержку родителей и друзей, в меньшей степени – на медицинских работников.

8. Вопросы сексуального поведения подростки предпочитают обсуждать со сверстниками, по видимому срабатывает принцип «равный равному».

9. Авторитет медицинских работников в вопросах получения информации, особенно касающиеся сохранения репродуктивного здоровья, значительно ниже, чем друзей и педагогов.

Результаты анкетирования могут быть использованы при выборе целевых групп, разработке обучающих программ, направленных на формирование здорового образа жизни, подготовке рекомендаций для родителей и педагогов по проблемам снижения факторов рискованного поведения подростков, при взаимодействии с волонтерами в вопросах сексуального поведения.



**ДЕНСАУЛЫҚТЫ НЫҒАЙТУҒА БЫҚПАЛ ЕТЕТІН АУРУХАНАЛАР***Г.Е.Нигиметова**ҚР ДМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы,  
Алматы қ.***БОЛЬНИЦЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ***Г.Е.Нигиметова**Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни  
МЗ РК, г.Алматы***HEALTH PROMOTING HOSPITALS***G.E.Nigimetova**National Center for problems of healthy lifestyle development under Ministry of health RK,  
Almaty*

Чтобы помочь больницам в процессе переориентации на более широкую концепцию здравоохранения, для выработки новых направлений в работе системы здравоохранения в разрезе стратегии ВОЗ «Здоровье для всех», Европейское региональное бюро ВОЗ с 1989 года начал разработку проекта «Больницы, способствующие укреплению здоровья» и построение сети больниц, внедряющих в практику идею укрепления здоровья.

В Казахстане этот проект ВОЗ начал внедряться с января 2001 года Национальным Центром проблем формирования здорового образа жизни. Целью которого явилось – достижение здоровья пациентов, их родственников, медицинского персонала, сообщества путём внедрения принципов здорового образа жизни в деятельность медицинских организаций.

За время функционирования проекта ВОЗ «Больницы, способствующие укреплению здоровья»: увеличилось количество больниц-участниц, проводились регулярные семинары – тренинги для региональных координаторов, внедрились современные профилактические программы, поддерживается сотрудничество с международными организациями.

На сегодняшний день в проекте участвуют 48 больниц из 14 регионов Казахстана. В каждом регионе и в каждой из больниц имеется врач-координатор, который совместно с администрацией больниц ведёт работу по повышению качества охраны здоровья персонала, пациентов и их родственников.

Каждая из больниц за время своего пребывания в проекте расширила функции путём внедрения в повседневную работу принципов пропаганды здорового образа жизни и повысила культуру персонала, пациентов и всех, кто причастен к работе медицинских учреждений.

Одним из направлений, выбранных проектом было внедрение в больницы программы «Больница как зона, свободная от курения». Для курящих выделены территории за пределами лечебного учреждения, а сигареты стали недоступны для продажи. В случае курения на территории больницы, пациента немедленно выписывают без предоставления больничного листа. А при аналогичном случае с персоналом – они получают выговор и платят штраф. Результат получился плодотворный. Согласно отчётам региональных координаторов за время реализации проекта, было выявлено, что с 2002 года по 2007 год распространённость табакокурения среди персонала снизилась на 15%. Поэтому необходимо учесть, что таким образом мы не только снижаем вероятность возникновения онкологических заболеваний, но и хронических, неинфекционных болезней.

Каждая больница по мере возможности старается как можно чаще стимулировать своих активистов. Например, в областной больнице Акмолинской области сотрудникам, ведущим здоровый образ жизни предоставляются дополнительные дни к отпуску при отсутствии больничного листа в течении года, комитет профсоюзов медицинских работников больницы ежегодно выделяет санаторные путёвки в дома отдыха, санатории зоны «Боровое».

Ежегодно специалистами поликлиник по всей Республике проводится декада «Узнай своё артериальное давление!» среди населения и персонала больниц для профилактики артериальной гипертонии.

За эти 7 лет ход реализации проекта свидетельствует о повышающемся интересе к этому движению, улучшается психологическая атмосфера, повышаются доверие и взаимопонимание,



улучшается экологическая обстановка на территории больниц, качество диагностики, лечения и сервисного обслуживания пациентов.

Но наряду с успехами многие больницы столкнулись с трудностями, связанными преимущественно с загруженностью основной (лечебной) работой персонала, нехваткой времени на профилактическую работу, кратковременностью опыта внедрения проекта в больницах, отсутствием систем стимуляции больниц, участвующих в проекте, отсутствием в проекте места и роли психолога для работы с персоналом, пациентами и населением, а так же с неадекватностью финансирования проекта.

Нельзя не отметить, что в этом 2008 году в г.Берлин (Германия) состоится ежегодная 16-ая Международная конференция по проекту «Больницы, способствующие укреплению здоровья» под названием: «Quo vadis, НРН?», что в переводе с латинского означает «Где ты сейчас, проект?».

И конечно же хотелось бы, чтобы данный проект доказал своё право на важное место в современной быстро меняющейся стране и в условиях разных социальных возможностей предстал в качестве универсального стратегического центра по развитию больничного дела и предоставлению населению позитивного опыта по охране и повышению уровня здоровья в 21-м веке.

## АМСК ДЕНГЕЙІНДЕ ӘЛЕУМЕТТІК МӘНІ БАР АУРУЛАРДЫҢ ҮҚПАЛДАСТЫ ПРОФИЛАКТИКАСЫНЫҢ МЕТОДОЛОГИЯЛЫҚ ТӘСІЛДЕРІ

*А.Ж.Жылқайдарова, К.А.Төлебаев*  
*ҚР ДМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы,*  
*Алматы қ.*

## МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИНТЕГРИРОВАННОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА УРОВНЕ ПМСП

*А.Ж. Жылқайдарова., К.А.Тулебаев*  
*Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни*  
*МЗ РК, г.Алматы*

## METHODOLOGICAL APPROACHES TO INTEGRATED PREVENTION OF SOCIALLY IMPORTANT DISEASES AT PHC LEVEL

*A.Zh.Zhylkaidarova, K.A.Tulebayev*  
*National Center for problems of healthy lifestyle development under Ministry of health RK,*  
*Almaty*

Большинство факторов, обуславливающих неинфекционную заболеваемость, носят социальный характер: они связаны с условиями окружающей среды, образом жизни, режимом труда и отдыха, характером отношений в семье, коллективе, кондоминиуме. Вместе с тем установлено, что наиболее значимыми для формирования здоровья, а значит, приоритетными по вмешательству являются поведенческие факторы риска.

Основные усилия на современном этапе должны быть сосредоточены на первичной профи-

лактике, имеющей целью обеспечение оптимальных для здоровья условий жизни, формирование и укрепление здоровья. Подчеркивая приоритет первичной профилактики, необходимо отметить и все возрастающую роль и значимость вторичной профилактики, одним из компонентов которой является снижение факторов поведенческого риска.

В сентябре 2006 года на 56 сессии Европейского регионального комитета ВОЗ принята Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными болезнями, которая предлагает



следующие установки в разработке и осуществлении эффективных комплексных программ по сохранению и укреплению здоровья населения:

- ответственность правительства за разработку государственной политики по решению детерминант здоровья с вовлечением всех причастных к нему секторов в достижении полного потенциала здоровья каждого индивида;
- создание условий, благоприятствующих сохранению и укреплению здоровья;
- образование и профилактика на всю жизнь, как капиталовложение в здоровье и устойчивое развитие;
- обеспечение переориентации системы здравоохранения, особенно ПМСП, от лечебно-медицинской модели на удовлетворение потребностей населения в укреплении здоровья.

Реализация положений Европейской стратегии предполагает разработку и принятие каждой страной государственной интегрированной программы снижения факторов поведенческого риска, вовлечение населения в профилактическую деятельность и активную роль ПМСП в первичной и вторичной профилактике заболеваний и укреплении здоровья. Одним из результатов настоящего исследования является предложение научно обоснованных мероприятий по сокращению поведенческих факторов риска, социально значимых заболеваний и, в итоге, снижению ущерба от социально значимых заболеваний и повышение качества жизни.

Эффективное осуществление профилактики возможно при условии ее организации на всех уровнях: популяционном, групповом (коллектив, кондоминимум), семейном, индивидуальном. И на каждом уровне силами медицинских работников ПМСП должны осуществляться вмешательства по ФЗОЖ и профилактике заболеваний.

В 2007 году Национальным центром проблем формирования здорового образа жизни при партнерстве с ведущими казахстанскими научно-исследовательскими центрами апробировано внедрение технологий профилактической деятельности в пилотных организациях ПМСП г.Алматы и Енбекшиказахского района Алматинской области. Проводимые в ходе исследования школы здоровья на уровне СВА и городской поликлиники показали высокую эффективность при соответствующем кадровом, методическом и информационном обеспечении. Использование в ходе проведения занятий методик интерактивного

обучения и обсуждения в группах позволило почувствовать пациентам, что они не изолированы и не останутся наедине со своими проблемами, помогло каждому стать более уверенным в своих силах, дало возможность обсудить свое отношение к проблеме и выяснить отношение к проблеме других участников. Уровень эффективности восприятия материала, представленного в ход проведения занятий была наиболее высокой – до 80%.

Интегрированная программа ФЗОЖ, профилактики поведенческих факторов риска и социально значимых заболеваний на уровне ПМСП предусматривает использование следующих технологий и методов работы.

### **1. Технологии формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний.**

ФЗОЖ и профилактические вмешательства проводятся на всех этапах оказания первичной медицинской помощи населению: ФП, ФАП, СВА, городской, районной поликлинике, центре ПМСП.

К технологиям ФЗОЖ на уровне ПМСП относятся:

1. Технология оценки образа жизни с целью выявления поведенческих факторов риска, формирования групп риска: опрос, обследование; выездной патронаж; определение групп риска.

2. Технология информирования населения на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях.

На популяционном уровне:

- 1) привлечение населения к широкомасштабным акциям (месячникам, проведению Международных дней по профилактике заболеваний и борьбе с факторами риска);
- 2) работа со средствами массовой информации;
- 3) распространение информационно-образовательных материалов.

На индивидуальном и групповом уровнях:

- 1) беседа;
- 2) лекция;
- 3) раздача информационно-образовательных материалов.

3. Технология обучения населения навыкам здорового образа жизни и профилактики заболеваний на индивидуальном и групповом уровнях включает следующее:

- на индивидуальном уровне – профилактическая консультация;
- на групповом уровне – семинары, школы здоровья для лиц с факторами риска и пациентов, страдающих ХНЗ.



## 2. Методы формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний.

Опрос используется для выявления моделей поведения, условий его формирования для определения индивидуальных подходов к работе с пациентом. Опрос рекомендуется дополнить патронажем для объективной оценки образа жизни пациента в условиях его проживания.

Обследование – дополнительные методы диагностики, применяемые для оценки количественных характеристик поведенческих факторов риска, включая определение уровня сахара, холестерина крови и т.д.

Беседа – интерактивный метод информирования, при этом медицинский работник задает пациентам вопросы, а не просто излагает информацию. Это делает процесс информирования опирающимся на имеющиеся знания пациентов. Усвоение информации повышается до 10%. Рекомендуемая длительность беседы во время приема – 3 минуты.

Профилактическая консультация (индивидуальная и групповая) – взаимное обсуждение медицинского работника и пациента/пациентов имеющихся проблем с выработкой конкретных рекомендаций по оздоровлению. Длительность консультации – 10 минут.

Школы здоровья, школы для лиц с факторами риска и пациентов – организационная форма обучения населения по приоритетным проблемам укрепления и сохранения здоровья. Школы здоровья для различных целевых групп (больные и члены их семей, лица с факторами риска, и др.) организуются в форме постоянно действующего интерактивного общения. Школы предполагают наличие унифицированных программ подготовки обучаемых, соответствующего информационного обеспечения. Частота проведения занятий – 1 раз в неделю по 45 минут, продолжительность обучения на цикле – 1-2 месяца. Оптимальное количество обучающихся в группе – до 20 человек.

Наряду со школами здоровья, функционирующими на базе медицинской организации, в сельской местности и на уровне ФП, ФАП рекомендуется создание клубов здоровья – организационной формы обучения навыкам ФЗОЖ и профилактики заболеваний, где, наряду с медицинскими работниками, ведущими занятий могут выступать представители общественности – старейшины, неформальные лидеры и т.д., имеющие активную позицию и навыки ведения здорового образа жизни. Клубы здоровья могут проводиться не только

на базе медицинских организаций, но и на других площадках.

**Кадровое обеспечение деятельности школ здоровья.** Не предусматривается выделение отдельных штатов для ведения занятий. Функциональные обязанности медицинских работников ПМСП должны быть распределены следующим образом:

1. Руководитель ПМСП (ФП, ФАП, СВА, поликлиника, центр ПМСП) – создание школ и клубов здоровья и организация их непрерывного функционирования среди прикрепленного населения, т.е. выпуск приказа по организации школы здоровья, утверждение плана занятий и назначение ответственных, контроль, обеспечение условий проведения занятий, информационно-образовательным материалом, необходимым оборудованием.

2. Медицинский работник, ответственный за ФЗОЖ и профилактическую работу (руководитель, врач центра укрепления здоровья, кабинета ЗОЖ, фельдшер, медицинский персонал среднего звена на уровне ФП, ФАП) – консультативно-методическая помощь медицинским работникам по организации работы школ и клубов здоровья, т.е. создание плана занятий, согласование ответственных за каждое занятие, привлечение профильных специалистов, представителей общественности для участия в проведении занятий, получение от участковой службы списка лиц, подлежащих обучению в школах, содействие в обеспечении медицинских работников организации информационно-образовательными материалами по вопросам охраны здоровья и профилактики заболеваний.

3. Медицинские работники общей практики и участковой службы – организация работы школ, клубов здоровья, т.е. формирование списка лиц, подлежащих обучению в школах, их направление, уведомление, контроль за посещением, оценка эффективности обучения, заполнение учетных форм о функционировании школы здоровья. Проведение занятий в школах с привлечением профильных специалистов.

4. Профильные специалисты ПМСП – участие в проведении занятий в школах, клубах здоровья по профилю, оценка эффективности обучения по профилю.

Предлагаемый алгоритм действий медицинского работника ПМСП по пропаганде ЗОЖ и профилактике заболеваний, в основе которой лежит модель изменения поведения, выглядит следующим образом (рисунок 1).



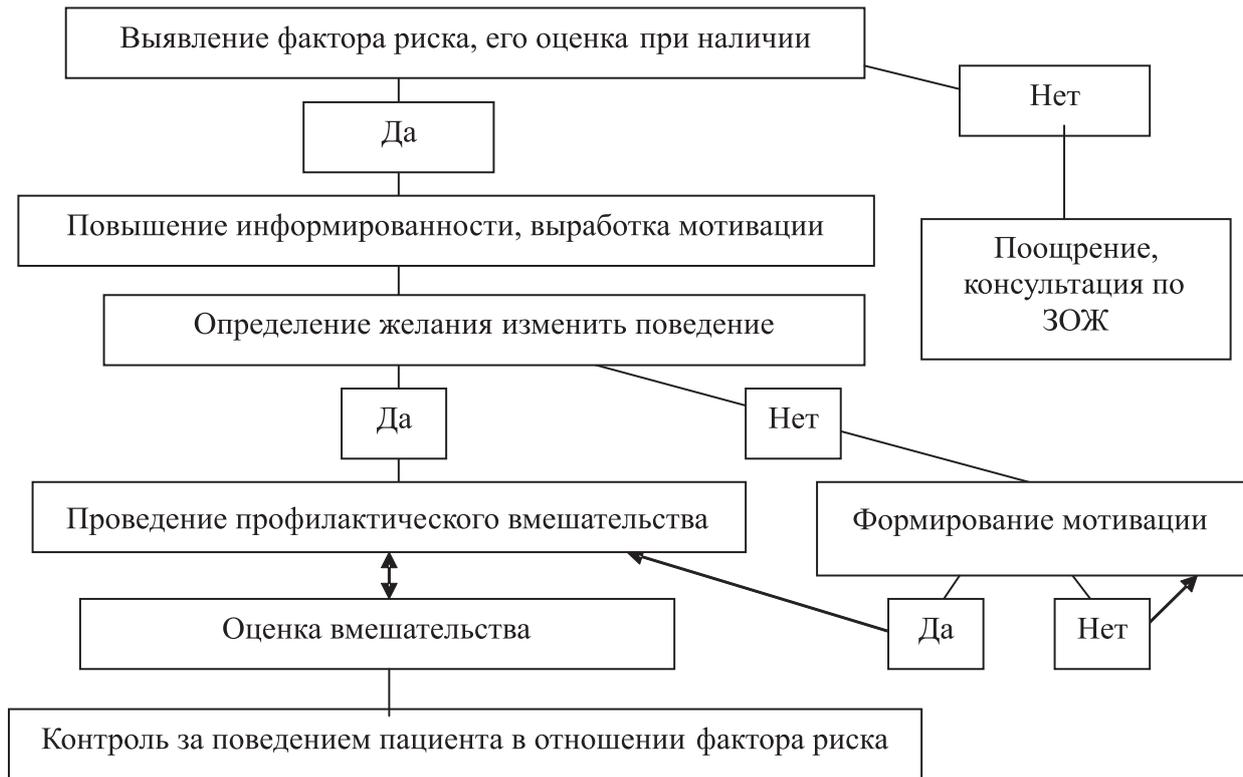


Рисунок 1. Алгоритм действий медицинского работника по снижению фактора риска

На первом этапе проводится оценка образа жизни, диагностика факторов риска, их степень выраженности. Второй этап – повышение информированности и выработка мотивации изменения поведения в сторону здорового. Работа проводится на популяционном, групповом и индивидуальном уровне. Третий этап – обучение навыкам изменения поведения. Проводится на групповом и индивидуальном уровне. На каждом этапе проводится мониторинг профилактической работы.

Профилактическое вмешательство проводится как при обращении пациента по поводу заболевания, так при любом другом посещении (обращение по поводу справки, вакцинации, диспансерный прием и т.д.).

Профилактическое вмешательство состоит из четырех этапов:

1) оценка индивидуального риска (ОИР) на основании опроса пациента, а также измерения веса, роста, артериального давления, расчета индекса Кетле и удельного веса употребления овощей и фруктов. Определяется наличие мотивации и навыков изменения нездорового поведения.

Длительность оценки – до 10 минут. Может проводиться в кабинете доврачебного осмотра;

2) беседа и/или совет (Б/С), которые включают меры по изменению поведения пациента в сторону снижения поведенческих факторов, поощрения поведения при отсутствии поведенческих факторов риска. Длительность этапа – до 3 минут;

3) профилактическая консультация (ПК) включает подробные рекомендации по изменению поведения, с разработкой индивидуальной программы оздоровления. Длительность консультации – 5-10 минут.

4) школы здоровья (Ш), проводимые совместно с профильными специалистами и специалистами, ответственными за ФЗОЖ и профилактическую работу

По окончании вмешательства устанавливается дата следующей явки для мониторинга и оценки результативности вмешательства.

Программа профилактического вмешательства (рисунок 2) состоит из трех циклов вмешательства с интервалом между первым и вторым циклами – 2 месяца, между вторым и третьим – 4 месяца.

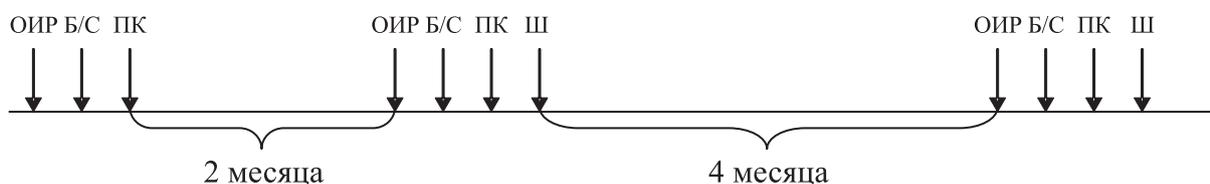


Рисунок 2. Сроки проведения профилактических вмешательств.



При отсутствии факторов риска и хронических заболеваний следующая явка после первого цикла рекомендуется через 1 год.

При неудовлетворительном результате после проведенной программы (наличие фактора, отсутствие мотивации и навыков) рекомендуется следующая явка через 3-4 месяца. При наличии мотивации рекомендуется направление в Центр укрепления здоровья для получения углубленной консультации и обучения.

Профилактические консультации обязательно сопровождаются выдачей информационно-образовательных материалов.

Так как большинство пациентов, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями, имеют поведенческие факторы риска, усугубляющие течение заболевания, а также, учитывая отсутствие необходимости организации и функционирования нескольких профильных школ для пациентов на базе даже крупных организаций ПМСП, нами рекомендуется внедрение Школ здоровья, тематика которой, в зависимости от контингента участников, может быть более общей, т.е. направленной на ФЗОЖ и снижение отдельных факторов риска, либо более профильной, например, школа здоровья для больных ССЗ.

Учет и оценка профилактической деятельности. Все вмешательства, проводимые в рамках внедрения алгоритмов профилактической деятельности на индивидуальном и групповом уровне (беседа, совет и т.д.) должны быть отображены в медицинской карте амбулаторного больного (форма № 025/у) в записях приема. Впервые выявленный фактор риска должен быть вынесен в Лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов с указанием деталей фактора (стаж курения, степень избыточной массы тела и т.д.). Для индивидуальной работы с пациентом предлагается использовать вкладыш, позволяющий отслеживать соблюдение сроков и объема программы вмешательства.

Лист учета заполняется медицинским работником индивидуально на каждого пациента старше 15 лет и вкладывается в медицинскую карту амбулаторного больного рядом с Листом уточненных диагнозов.

С целью мониторинга внедрения профилактической деятельности, для оценки распространенности поведенческих факторов риска среди населения, прикрепленного к данной организации ПМСП, а также обеспечения автоматизированной обработки информации с основных учетных форм лечебно-профилактических орга-

низаций предложено ввести в «Статистическую карту амбулаторного пациента» дополнения и изменения, соответствующие реализации Государственной программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы, утвержденной Указом Президента Республики Казахстан от 13 сентября 2004 года № 1438.

В данной форме учитываются наличие избыточной массы тела, табакокурения, потребление алкоголя в дозах, превышающих рекомендуемые ВОЗ, уровень артериального давления.

Фактор риска, наряду с заключительным диагнозом вписывается на основании записей в листе заключительных (уточненных) диагнозов медицинской карты амбулаторного больного. Для каждого заболевания и фактора риска предусматривается шифр по Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 пересмотра, и тип: установленный впервые или известный ранее.

В пункте «Диспансеризация» также предусматривается отражение посещения пациентом школы здоровья, то есть процесс оздоровления не только при наличии заболевания, но и при наличии только факторов риска.

Данная статистическая форма 025-08/у утверждена приказом Министерства здравоохранения РК № 607 15 октября 2007 года в качестве формы для учета проведения скрининговых осмотров, а также оценки профилактической деятельности.

Для оценки результативности внедрения алгоритмов профилактической деятельности нами предлагается отчетная форма «Паспорт территориального участка по оказанию медицинских профилактических услуг населению», внедрение которого позволит проведение постоянного мониторинга количественных и качественных показателей профилактической деятельности.

Следует отметить, что некоторые результирующие показатели ФЗОЖ и профилактики заболеваний включены в число индикаторов методики формирования двухкомпонентных подушевых нормативов организаций ПМСП со «стимулирующей» составляющей, созданной при Научной центре медицинских и экономических проблем здравоохранения.

Таким образом, результаты проведенных исследований позволили разработать методологические подходы к укреплению здоровья и интегрированной профилактике социально значимых заболеваний на уровне ПМСП.



**ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ ДЕМОГРАФИЯЛЫҚ ПРОЦЕССТЕР  
ЕРЕКШЕЛІГІНЕ СӘЙКЕС, ХАЛЫҚ САНЫНЫҢ ҰДАЙЫ ӨСУІНІҢ САНДЫҚ  
ЖӘНЕ САПАЛЫҚ ИНДИКАТОРЛАРЫН БАҒАЛАУ ӘДІСТЕМЕЛІК  
ҚҰРАЛДАРЫНЫҢ КЕШЕНДІ СИПАТТАМАСЫ**

*Г.Е.Аимбетова*  
*Қоғамдық денсаулық сақтау институты,*  
*Алматы қ.*

**ХАРАКТЕРИСТИКА КОМПЛЕКСА МЕТОДИЧЕСКИХ ИНСТРУМЕНТОВ ОЦЕНКИ  
КОЛИЧЕСТВЕННЫХ И КАЧЕСТВЕННЫХ ИНДИКАТОРОВ ВОСПРОИЗВОДСТВА  
НАСЕЛЕНИЯ, АДЕКВАТНЫХ СПЕЦИФИКЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ  
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

*Г.Е.Аимбетова*  
*Институт общественного здравоохранения*  
*г.Алматы*

**CHARACTERISTIC OF A COMPLEX OF METHODOLOGICAL TOOLS FOR ASSESSMENT  
OF QUANTITATIVE AND QUALITATIVE INDICATORS ON POPULATION  
REPRODUCTION, ADEQUATE TO DEMOGRAPHIC PROCESSES  
SPECIFICITY OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN**

*G.E.Aimbetova*  
*Institute of public health,*  
*Almaty*

Обострение демографических проблем в период перехода государства к новым политико-экономическим параметрам жизни общества требует научного подхода к изучению и анализу индикаторов воспроизводства населения адекватных специфике демографических процессов в государстве [1, 2].

Исходя из этого, в 2007 году Институт общественного здравоохранения в рамках госзаказа Министерства здравоохранения Республики Казахстан выполнил научно-исследовательскую работу «Комплексное изучение медико-социальных проблем воспроизводства населения Республики Казахстан».

Целью нашего исследования явилось разработка комплекса методических инструментов оценки количественных и качественных индикаторов воспроизводства населения Республики Казахстан.

Для решения поставленной цели, были выдвинуты следующие задачи:

1. Изучить комплекс количественных и качественных индикаторов воспроизводства населения.
2. Провести анализ статистических показателей воспроизводства населения.

Материалы и методы исследования

В соответствии с поставленной целью и задачами были изучены качественные и количественные индикаторы воспроизводства населения и

проведен анализ системы показателей по статистике населения, применяемые в настоящее время.

В соответствии с проведенным анализом, согласно методологическим положениям по статистике Агентства Республики Казахстан по статистике, индикаторы и статистические показатели соответствует перечню приоритетных показателей, определенных международными организациями (ЮНИСЕФ, ЮНПФА, ПРООН статистического отдела секретариата ООН). К основополагающим показателям, прежде всего, относятся показатели численности и состава населения, числа родившихся, умерших, браков, разводов и т.д. На их основе формируются производные и расчетные показатели, позволяющие охарактеризовать структуру и движение населения, социально- демографические процессы. Эти показатели были положены в основу разработанного комплекса методических инструментов для оценки индикаторов воспроизводства в РК и вошли в первую группу индикаторов [3,4].

В системе Министерства здравоохранения осуществляется формирование статистической информации о деятельности организаций здравоохранения, которые составляют базу данных ТОО «Мединформ». Они отражают индикаторы



по акушерско-гинекологической службе, которые составляют вторую группу индикаторов.

В последнюю четверть века (у нас в стране, а на Западе уже более полувека) в демографии все активнее используются социологические методы исследования, так называемого демографического поведения, т.е. субъективных установок, потребностей, мнений, планов, принятия решений, действий по отношению к демографическим аспектам жизни людей, семей, общественных групп. Их оценка осуществляется только с помощью проведения социологических исследований, что было учтено нами при разработке индикаторов оценки воспроизводства населения, составивших третью группу. Вопросы для анкетирования формировались на основе материалов экспертных оценок и углубленных медицинских исследований, полученных авторами в результате собственных исследований и на основе оценки литературных источников [5,6].

Полученные результаты

В основу комплекса методических инструментов нами были заложены материалы данных официальной статистики, статистики Министерства здравоохранения РК и результаты социологических исследований адекватно оценивающих процессы воспроизводства, с учетом специфических особенностей Казахстана [7].

Первой группой индикаторов, оценивающих процесс воспроизводства явились показатели официальной статистики, характеризующие медико-демографические процессы:

1. Показатель численности населения, представляющий количество людей проживающих на определенной территории в данный момент времени, рассчитывается на основании итогов последней переписи населения, к которым ежегодно прибавляются числа родившихся и прибывших на данную территорию и из которых вычитаются число умерших и выбывших с данной территории. Текущие оценки численности населения за прошедшие годы уточняются на основании итогов очередной переписи.

2. Структура населения по полу (распределение населения на мужчин и женщин) оценивается на основании простого расчета абсолютных численностей и долей мужчин и женщин во всем населении и в отдельных возрастных группах, либо путем определения соотношения полов, т.е. отношения численности мужчин к численности женщин (или наоборот) во всем населении и в отдельных возрастных группах.

3. Возрастная структура населения (распределение населения по возрастным группам и возрастным контингентам) оценивается по количеству мужчин и женщин в каждой возрастной группе,

проживающих на определенной территории (15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65 и старше).

4. Брачная структура населения оценивается по распределению населения по брачному (статусу) состоянию (никогда не состояли в браке, состоят в браке, вдовы, разведенные, неизвестно) и коэффициенту брачности (количество браков, приходящееся на 1000 человек населения за определенный год).

5. Смертность:

- общий коэффициент смертности, оцениваемый как число смертей за период, деленное на общее число человеколет, прожитых населением за этот период, или на среднегодовую численность населения;

- половозрастной коэффициент смертности, рассчитывается для определенного пола, возраста или возрастной группы;

- коэффициент смертности по причинам, который выражаются в виде количества случаев смерти по определенной причине, приходящихся на 100000 населения.

6. Коэффициент материнской смертности, рассчитываемый как число случаев смерти женщин в связи с беременностью, родами и в послеродовом периоде (в течение 6 недель после родов) на 1000 000 живорождений.

7. Общий коэффициент естественного прироста населения рассчитываемый как разница количества рождений и количества смертей среди населения за определенный год на 1000 населения.

8. Индекс жизненности, который равен отношению годового числа рождений (или общего коэффициента рождаемости) к годовому числу смертей (или общему коэффициенту смертности).

9. Брутто-коэффициент воспроизводства, который рассчитывается как число девочек, рожденных женщиной, достигшей 50 лет, при условии, что в каждом возрасте ее повозрастные коэффициенты рождаемости были такими же, как в данном году.

10. Нетто-коэффициент воспроизводства, т.е. среднее число девочек, которые заменят свою мать в следующем поколении, при данных рождаемости и смертности, он рассчитывается как произведение брутто-коэффициента воспроизводства на вероятность дожития женщин до среднего возраста деторождения.

11. Рождаемость оценивается по:

- показателю рождаемости, который рассчитывается как уровень рождаемости какого-либо конкретного периода, чаще всего года, на 1000 населения;

- специальному коэффициенту рождаемости в зависимости от брачного состояния (в браке,



в сожительстве, у матерей-одиночек) и от возраста матери;

- суммарному коэффициенту рождаемости в зависимости от брачного состояния (в браке, в сожительстве, у матерей-одиночек) и от возраста матери;

- общий коэффициент рождаемости отношение числа новорожденных в отчетном году к общей численности населения;

- возрастной коэффициент рождаемости – отношение годового числа родившихся у матерей в определенном возрасте к численности всех женщин этого возраста.

Вторая группа индикаторов основана на данных отраслевой статистики по акушерско-гинекологической службе:

1. Заболеваемость общая (по нозологиям) отношение числа впервые зарегистрированной патологии к женскому населению;

2. Число аборт на 1000 женщин фертильного возраста, отношение зарегистрированных прерываний беременности до 27 недель к числу женщин фертильного возраста;

3. Число аборт на 100 родившихся живыми и мертвыми отношение зарегистрированных прерываний беременности до 27 недель к сумме родившихся живыми и мертвыми;

4. Частота патологий у беременных – число зарегистрированных патологий во время беременности к числу всех случаев беременности в %;

5. Охват контрацепцией – число женщин фертильного возраста, применяющих контрацептивы к общему числу женщин фертильного возраста.

Третья группа индикаторов оценивающих процесс воспроизводства населения основана на данных собственных социологических исследований:

1. Брачная структура населения оценивалась по распределению населения по брачному (статусу) состоянию (никогда не состояли в браке, состояли в браке, вдовы, разведенные, неизвестно)

2. Изучение репродуктивного поведения (брачное, контрацептивное), т.е. системы действий и отношений, опосредующих рождение или отказ от рождения ребенка в браке или вне брака.

3. Потребность в детях, т.е. социально-психологическое свойство социализированного индивида, проявляющееся в том, что без наличия детей и подходящего их числа индивид испытывает затруднения в своей личностной.

4. Репродуктивные установки, т.е. количественная и качественная определенность потребности в детях (желаемое количество детей).

5. Репродуктивные мотивы представляющие собой психические состояния личности, побуж-

дающие индивида к достижению разного личных целей через рождение определенного числа детей.

6. Мнение населения в отношении демографической и социальной политики

Таким образом, разработанный нами комплекс методических инструментов оценки процесса количественных и качественных индикаторов воспроизводства населения взаимодополняют друг друга и позволяют адекватно выявить специфику демографических процессов в Республике Казахстан.

### *Литература:*

- 1 Медико-демографическое исследование Казахстана 1995 года.// Алматы, Казахстан: Институт Питания МН АН РК и Macro International Inc.-1996.-282с.

- 2 Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2000-2006гг. Статистические сборники.// Астана-Алматы.- 2001-2007.

- 3 Каюпова Н.А. Медицинские проблемы демографии // Акушерство, гинекология и перинатология.-2007.-№1.-с.5-9

- 4 Национальный отчет о человеческом развитии в Казахстане за 1998 год. Роль государства и социальная интеграция в переходный период. – Алматы, 1998. – 97 с.

- 5 Аканов А.А. Медико-демографическая ситуация в Казахстане. Состояние, проблемы, перспективы (результаты углубленных специальных исследований).//Алматы.-2003.-70с.

- 6 Тажиева А.Е. Динамика медико-демографических процессов в Республике Казахстан.// Материалы Международной научно-практической конференции «Стратегия развития здравоохранения Республики Казахстан».- Алматы.- 2003.- с.128-129.

- 7 Аканов А.А., Альжанова А.К., Шамсутдинова А.Г., Слажнева Т.И., Корчевский А.А., Исина З.Б., Курбанова Н.К. Медико-демографическая ситуация в Казахстане: состояние, проблемы, перспективы. – Алматы, 2004. – 126 с.

### **ТҰЖЫРЫМ**

Зерттеу мексаты Қазақстан Республикасы халқы санының ұдайы өсуінің сандық және сапалық индикаторларын бағалау әдістемелік тетіктерінің кешенін әзірлеу болды.

Халық санының ұдайы өсуі сандық және сапалық индикаторларының кешені зерттелді, статистикалық көрсеткіштерінің талдауы өткізілді. Өткізілген жұмыстар негізінде бізбен халық санының ұдайы өсуінің сандық және сапалық индикаторларын бағалау процесі әдістемелік тетіктерінің бір бірін толықтыратын және Қазақстан Республикасындағы демографиялық процесстердің дербестігін адекватты анықтауға мүмкіндік беретін кешені әзірленді.



Негізгі сөздер: демографиялық процесс, халық санының ұдайы өсуінің сандық және сапалық индикаторлары, статистикалық көрсеткіштер.

### **РЕЗЮМЕ**

Целью исследования явилась разработка комплекса методических инструментов оценки количественных и качественных индикаторов воспроизводства населения Республики Казахстан.

Изучены комплекс количественных и качественных индикаторов воспроизводства населения и проведен анализ статистических показателей воспроизводства населения. На основании проведенной работы нами были разработанный комплекс методических инструментов оценки процесса количественных и качественных индикаторов воспроизводства населения взаимодополняющие друг друга и позволяющие адекватно выявить специфику демографических процессов в Республике Казахстан.

Ключевые слова: демографический процесс, количественные и качественные индикаторы воспроизводства населения, статистические показатели.

### **SUMMARY**

The research purpose was development of complex methodical tools for assessment of quantitative and qualitative indicators for reproduction of the Republic of Kazakhstan population.

Complex of quantitative and qualitative indicators of population reproduction was studied and statistics of population reproduction were analyzed. On the basis of the research we developed complex of methodical tools for assessment of quantitative and qualitative indicators for population reproduction. The tools supplement each other and adequately allow revealing specificity of demographic processes in the Republic of Kazakhstan.

Key words: demographic process, quantitative and qualitative indicators of population reproduction, statistics.

## **ХАЛЫҚ САНЫНЫҢ ҰДАЙЫ ӨСУ ДЕНГЕЙІНЕ ӘЛЕУМЕТТІК-ЭКОНОМИКАЛЫҚ ФАКТОРЛАРДЫҢ ӘСЕРІН ЗЕРТТЕУ**

*Г.Е.Аимбетова*

*Қоғамдық денсаулық сақтау институты,  
Алматы қ.*

## **ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА УРОВЕНЬ ВОСПРОИЗВОДСТВА НАСЕЛЕНИЯ.**

*Г.Е.Аимбетова*

*Институт общественного здравоохранения  
г.Алматы*

## **RESEARCH ON INFLUENCE OF SOCIO-ECONOMIC FACTORS ON REPRODUCTION LEVEL**

*G.E.Aimbetova*

*Institute of public health,  
Almaty*

На процессы воспроизводства непосредственно влияют не только развитие системы здравоохранения, но и социально-экономическое развитие государства. Опыт ряда стран показывает необходимость принятия определенных мер по социальной и экономической защите отдельных слоев населения, что непосредственно отражается на демографических процессах государства.

Нами был проведен анализ опыта стран СНГ по социальной поддержке беременных и матерей (отцов, опекунов) [1,2,3].

Для решения поставленной цели были выдвинуты следующие задачи:

1. Провести анализ законодательства по социальной поддержке беременных и матерей в Республике Казахстан в сравнении с Российской Федерацией и Республикой Беларусь.

2. Изучить динамику суммарного коэффициента рождаемости после использования механизмов социальной поддержки матерей в Российской Федерации, Республике Беларусь и Республики Казахстан.



Для реализации поставленных задач нами был использован контент-анализ законодательной базы по социальной поддержке беременных и матерей в Российской Федерации, Республике Беларусь и Республики Казахстан.

В ходе исследования нами были проанализированы законодательные акты по социальной поддержке беременных и матерей складывается сле-

дующая ситуация (таблица 1): оплата отпуска по беременности и родам в Российской Федерации для основной массы женщин осуществляется из средств Фонда социального страхования, который находится под патронатом государства; государственным служащим, военнослужащим, учащимся и студентам оплата производится из средств государственного бюджета [5,6,7,8,9,10].

**Таблица 1 Анализ законодательства по социальной поддержке беременных и матерей (отцов, опекунов) (данные постановлений правительств, указов Президентов Казахстана, России, Белоруссии)**

Наименование льгот	Республика Казахстан	Российская Федерация	Республика Беларусь
1	2	3	4
Отпуск по беременности и родам. Источник выплат	126 дней (70 дней до родов, 56 дней после родов). За счет работодателя	140 дней (70 дней до родов, 70 дней после родов). За счет фонда социального страхования или за счет средств государственного бюджета	126 дней (70 дней до родов, 56 дней после родов). За счет государственного бюджета
Единовременное пособие по беременности	Средняя зарплата со времени последнего очередного трудового отпуска в пересчете на количество дней в декретном отпуске	100% от заработной платы	100% от заработной платы
Единовременное пособие для беременных, вставших на учет в медицинские организации до 12-месяцев беременности	Отсутствует	300 рублей (26, 3 рублей за 1 доллар США) – 11,5 долларов США	185360 белорусских рублей (2 149.00 за 1 доллар США) – 86 доллара США
Единовременное пособие по рождению ребенка	16380 тенге (122 тенге за 1 доллар США) – 134 доллара США	8000 рублей (26, 3 рублей за 1 доллар США) – 304 доллара США	924000 белорусских рублей (2 149.00 за 1 доллар США) – 430 долларов США
Длительность выплат пособия по уходу за ребенком	До 1 года	До 1,5 лет	До 3 лет
Сумма ежемесячного пособия по уходу за ребенком - первый ребенок	3276 тенге (122 тенге за 1 доллар США) – 26,8 доллара США	Минимально 1500 российских рублей (26, 3 рублей за 1 доллар США) – 57 долларов США Максимально 3000 рублей (в зависимости от средней зарплаты за последние 12 месяцев работы)	116420 белорусских рублей (2 149.00 за 1 доллар США) – 54 доллара США 102780 рублей. (65 процентов от бюджета прожиточного минимума) для наработавших до выхода в декретный отпуск матерей
Второй и более ребенок	4914 тенге (122 тенге за 1 доллар США) – 40 доллара США	3000 российских рублей (26, 3 рублей за 1 доллар США) – 114 долларов США	268650 белорусских рублей (2 149.00 за 1 доллар США) – 125 долларов США
Сумма ежемесячного пособия на детей в возрасте от 18 лет	1092 тенге (122 тенге за 1 доллар США) – 9 долларов США (только для малообеспеченных семей)	Отсутствует	53730 белорусских рублей (2 149.00 за 1 доллар США) – 25 долларов США



Как видно из представленных данных в Республике Беларусь все выплаты осуществляются из средств государственного бюджета.

В Республике Казахстан оплата лежит на ответственности работодателя. В данной ситуации работодателю в Казахстане не выгодно принимать на работу беременную женщину, т.к. он будет вынужден оплачивать «декретный» отпуск из средств своей организации, чего не происходит в России и Белоруссии.

Выплаты единовременных пособий по беременности и родам осуществляются в размере заработной платы во всех исследуемых странах. Имеются некоторые особенности по пересчету средней заработной платы, но принцип ориентации на зарплату сохраняется везде.

В Российской Федерации и Республике Беларусь осуществляются выплаты женщинам, вставшим на учет в медицинские организации до 12 недель беременности, что с одной стороны материально стимулирует женщин, а с другой - дает возможность медицинским работникам выявлять патологии на ранних сроках беременности. При этом их размер соответствует 11,5 долларов США в России и 86 долларов США в Белоруссии. В Казахстане, к сожалению, данный вид пособия отсутствует.

Единовременные пособия по рождению ребенка присутствуют во всех 3-х странах, однако существует серьезная разница в суммах выплат. Так, например, в Казахстане она соответствует 134 долларам США, в Российской Федерации она выше более чем в 2 раза (304 доллара США), в Республике Беларусь – выше более чем в 3 раза (430 долларов США, данные на 2007 год).

Как известно, для поддержки семьи большое значение имеют выплаты пособий по уходу за ребенком. Анализ ситуации в Казахстане, России и Белоруссии показывает, что существуют различия по срокам выплат пособий по уходу за ребенком – в Казахстане этот срок соответствует 1 году, в России выплаты осуществляются в течение 1,5 лет, в Белоруссии – до 3 лет. Так же разнятся размеры этих пособий (за первого ребенка) – в Казахстане они соответствуют 27 долларам США, а в России и Белоруссии 57 и 54 долларам США соответственно [11,12,13,14,15].

Так же хочется отметить наличие ежемесячных социальных пособий за детей до 18 лет. Данный вид пособий отсутствует в Российской Федерации, в Республике Казахстан он соответствует 9 долларам США, а в Республике Беларусь – 25 долларам США.

При изучении динамики суммарного коэффициента рождаемости (рисунок 1) после ис-

пользования механизмов социальной поддержки путем материального стимулирования матерей в Российской Федерации и в Республике Беларусь наблюдается позитивная динамика: в 1999 году в России и Белоруссии СКР составлял 1,17, а к 2006 году данный показатель составлял 1,35 (на 14%) и 1,22 (на 5%) соответственно. На изменение ситуации оказало положительное влияние система государственной социальной поддержки семьи. В Казахстане, где, на наш взгляд, недостаточная система социальной поддержки, увеличение суммарного коэффициента рождаемости происходило по естественным причинам, по-видимому, в результате улучшения экономической ситуации в стране.

Помимо этого, в Российской Федерации с начала 2006 года внедрена практика использования «Родового сертификата», которая позволяет женщине в полной мере реализовать свое право выбора учреждения здравоохранения, а также получить квалифицированную и качественную медицинскую помощь в период беременности и родов. На основании родового сертификата производится оплата услуг по наблюдению в женской консультации по родовспоможению, предоставляемых государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения, имеющими лицензию на медицинскую деятельность в части осуществления работ и услуг по специальности “акушерство и гинекология”.

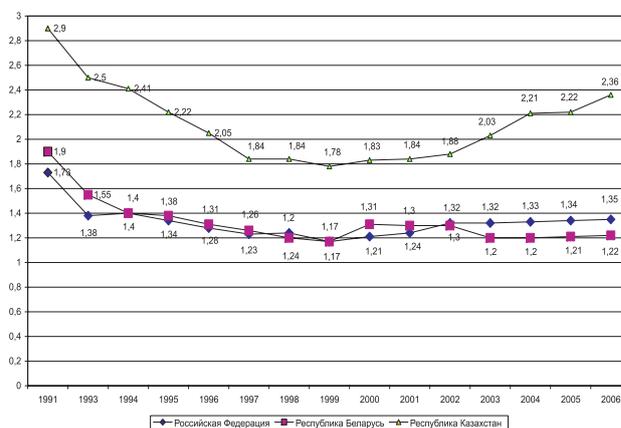


Рисунок 1. Динамики суммарного коэффициента рождаемости

При этом учреждения здравоохранения, оказывающие медицинскую помощь женщинам в период беременности (женские консультации, акушерско-гинекологические кабинеты, фельдшерско-акушерские пункты), получают по 2000 рублей за каждую женщину, а учреждения здравоохранения, оказывающие медицинскую помощь в период родов (родильные дома, родильные отде-



ления, перинатальные центры), - по 5000 рублей за каждую женщину [16].

Данная практика дает возможность будущей матери самой выбирать учреждение родовспоможения, что стимулирует медицинские организации повышать качество оказываемой медицинской помощи.

Хотелось бы так же акцентироваться на практике «Материнского капитала», который используется в Российской Федерации и направлен на улучшение демографической ситуации. Суть его заключается в том, что при рождении второго (третьего) ребенка мать (отец, опекун) получает материнский капитал в размере 250 тысяч рублей (9200 долларов США) и может его использовать после достижения ребенком 3-хлетнего возраста. Мать (отец, опекун) может использовать данные средства на улучшение жилищных условий, образование ребенка и т.д. Государство, таким образом, стимулирует семьи рожать двух и более детей. По предварительным оценкам российских специалистов в 2007 году показатель рождаемости уже увеличился на 10%. При этом по прогнозам некоторых российских ученых проводимая в Российской Федерации такая демографическая политика позволит достичь к 2014 году суммарного коэффициента рождаемости до 1,75.

На основании Послания Президента Республики Казахстан в 2007 году и нормативных документов РК с 2008 года будет усиливаться социальная поддержка беременных и матерей.

Таким образом, наглядно видно, что в данных странах существует социальная поддержка беременных и матерей. Однако обращает на себя внимание, тот факт, что в Российской Федерации и в Республике Беларусь, данная поддержка значительно лучше, чем в Республике Казахстан.

В этой связи, с учетом опыта этих стран в области улучшения демографической ситуации, развития семенной политики и поддержки семьи, есть необходимость пересмотра казахстанского законодательства в части размеров пособий и сроков их выплат, для стимулирования рождаемости и социальной поддержки семьи в Казахстане, а так же поиска механизмов улучшения качества оказания медицинских услуг в системах амбулаторно-поликлинической помощи и родовспоможения.

### *Литература*

1. Республика Казахстан Закон О государственных пособиях семьям, имеющим детей 28 июня 2005 года. № 63-III ЗРК.

2. Российская Федерация Федеральный закон 19 мая 1995 года № 81-ФЗ О государственных пособиях гражданам, имеющим детей с изм., внесенными Федеральным законом от 22.12.2005 № 180-ФЗ

3. Республика Беларусь Законом от 30 октября 1992 г. Государственная поддержка семей с детьми.

4. Вандескрик К. Демографический анализ. – М., 2005. – 552 с.

5. Архангельский А.М. Воспроизводство населения России. – М., 1998, часть 3.

6. Починок А.П. Демографическая ситуация в Российской Федерации

7. //Модернизация экономики России. Итоги и перспективы. М.: ГУ ВШЭ, 2003.

8. Медико-демографическое исследование Казахстана 1995 года. //Алматы, Казахстан: Институт Питания МН АН РК и Macro International Inc.-1996.-282с.

9. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2000-2006гг. Статистические сборники. //Астана-Алматы.- 2001-2007.

10. Аканов А.А. Медико-демографическая ситуация в Казахстане. Состояние, проблемы, перспективы (результаты углубленных специальных исследований). //Алматы.-2003.-70с.

11. Тажиева А.Е. Динамика медико-демографических процессов в Республике Казахстан. //Материалы Международной научно-практической конференции «Стратегия развития здравоохранения Республики Казахстан».- Алматы.- 2003.- с.128-129.

12. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2003 году. Раздел 1. Медико-демографические показатели здоровья населения. //Здравоохранение Российской Федерации.-2005г.-№4.-с.16-20.

13. Медико – демографическое исследование Казахстана 1999г. – Алматы – Калвертон, 1999. – С. 39-68.

14. Vishnevsky A. Demographic Processes in the Post-soviet States //Revue Baltique. Vilnius, 1999. №13

15. Вишневецкий А.Г., Андреев Е.М., Тревиш А.И. Перспективы развития России: роль демографического фактора. //Москва. – 2003. – 59с.

16. Назарбаев Н.А. Казахстан – 2030. Послание Президента страны к народу Казахстана от 10 октября 1997 года. – Алматы, 1997. – С. 32-36.

17. Назарбаев Н.А. Указ Президента РК «О Концепции перехода Республики Казахстан к устойчивому развитию на 2007-2024 годы» № 216 от 14 ноября 2006 года



### **ТҰЖЫРЫМ**

Мақалада ТМД елдеріндегі медициналық демографиялық ахуалды жақсартуға бағытталған әлеуметтік саясаттың салыстырмалы талдауы берілген. Келтірілген тәжірибенің талдауы Қазақстандағы жанұяға халық санын өсіруді ынталандыру үшін берілетін әлеуметтік көмек және қаражат көлемі, төлем мерзімдері бөлімі бойынша қазақстандық заңнаманы қайта қарастыру, көмек көрсету жүйесіндегі медициналық көмектің сапасын жақсарту тетіктерін іздестіру қажеттілігін көрсетті.

Негізгі сөздер: заңнамалық база, демографиялық ахуал, әлеуметтік қорғау, халық санының ұдайы өсуі.

### **РЕЗЮМЕ**

В статье приведен сравнительный анализ социальной политики стран СНГ, направленной на улучшение медико-демографической ситуации. Анализ приведенного опыта показал необходимость пересмотра казахстанского законодательства в части размеров пособий и сроков их

выплат, для стимулирования рождаемости и социальной поддержки семьи в Казахстане, а так же поиска механизмов улучшения качества оказания медицинских услуг в системах амбулаторно-поликлинической помощи и родовспоможения.

Ключевые слова: законодательная база, демографическая ситуация, социальная защита, воспроизводство населения.

### **SUMMARY**

In the article a comparative analysis of social policy of CIS countries directed on improvement of medical-demographic situation is presented. The analysis of the experience has shown need for revision of Kazakhstan legislation regarding welfare payments and terms, for stimulation of birth rate and social support of family in Kazakhstan. Also, search of mechanisms for improvement of medical care quality in systems of out-patient-polyclinic and obstetric care.

Keywords: legislative base, demographic situation, social protection, reproduction of the population.

## **ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ХАЛҚЫНЫҢ САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУЫНЫҢ ӨЗЕКТІ ПРОБЛЕМАЛАРЫ**

*Л.Е.Аликанова, А.М.Жаксыбергенов, А.М.Кошкарлова*  
*Оңтүстік-Қазақстандық Мемлекеттік медициналық академия,*  
*Шымкент қ.*

## **АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

*Л.Е.Аликанова, А.М.Жаксыбергенов, А.М.Кошкарлова*  
*Южно-Казахстанская Государственная медицинская академия, г.Шымкент*

## **ACTUAL PROBLEMS OF HEALTHY LIFESTYLE DEVELOPMENT AMONG POPULATION OF OUR COUNTRY**

*L.E.Alikanova, A.M.Zhaksybergenov, A.M.Koshkarova*  
*South-Kazakhstan State medical academy,*  
*Shymkent*

Здоровье человека служит существенной предпосылкой экономического развития нашей страны. Хронические соматические заболевания чаще всего становятся причиной нетрудоспособности, преждевременной инвалидности и смертности населения [1,2].

Борьба с соматическими болезнями ведется в основном на стадии уже имеющегося заболевания, в то время как первичная профилактика заболеваемости еще не стала повседневным мероприятием в работе амбулаторно-поликлинического звена

системы здравоохранения. Каковы бы ни были успехи в диагностике и лечении этих заболеваний, центр тяжести по борьбе с ними совершенно справедливо переносится на систему мероприятий предупредительного характера.

Необходимость первичной профилактики всегда была очевидной. Однако в последние десятилетия этот тезис приобрел особую убедительность, в связи с отсутствием радикальных мер излечения хронических соматических заболеваний, возглавивших печальный список причин инвалидизации и смерти.



В то же время реализация тезиса об охране здоровья здоровых применительно самому человеку не имеет пока сколько-нибудь четких методологических, методических и организационных основ.

Основной фактор охраны здоровья здоровых людей – образ жизни человека, группы людей, общества, ценностные ориентации и убеждения людей. Многие зарубежные и отечественные ученые объясняют более 50% причин, обуславливающих современную патологию человека.

Таким образом, в настоящее время основным и относительно мало затратным путем решения проблемы охраны здоровья населения республики становится воспитание у его широких слоев идеала здорового образа жизни, стремления и умения быть здоровым.

Достижения этой цели возможны при наличии 2 обязательных условий: во-первых, должна быть создана общегосударственная система пропаганды и воспитания здорового образа жизни, при этом гигиеническое обучение и воспитание населения должно быть определено в качестве самостоятельного направления в общем комплексе обучения и воспитания человека, начиная с самого раннего возраста.

Принципиальная система организации такого обучения и воспитания была разработана и внедрена в практику системы здравоохранения республики на основе национального центра проблем формирования здорового образа жизни и областных городских и районных центров на местах. Однако переход от привычного к здоровому образу жизни – с соблюдением норм рационального питания, двигательной активности, отказом от вредных привычек и т.п., может быть только результатом изменения общественного сознания.

Изменение же общественных сознаний возможно только в процессе новых общественных отношений, и убеждения здесь малоэффективны.

На практике это означает, что усилия медицинских работников, на которых сейчас возлагается основная обязанность по формированию здорового образа жизни у населения, хотя и играет значительную роль в гигиеническом воспитании человека, в плане достижения конечного результата являются малоперспективными. Для того чтобы каждый гражданин чувствовал свою ответственность за собственное здоровье, необходимо не только его и “просветить”, но и сформировать систему приоритетов в общественных отношениях, дающих определенные преимущества здоровым, это и есть второе обязательное условие решения задачи формирования здорового образа жизни. Подобная система приоритетов сформировалась

в экономически развитых странах с рыночными основами экономики, в которых успех в жизни во многом определяется состоянием здоровья индивида, а заболевание всегда связано с большими материальными затратами. Результаты подобной системы приоритетов хорошо известны: десятки и сотни миллионов простых граждан экономически развитых стран расстались с вредными привычками, внесли коррективы в рацион питания, приступили к систематическим занятиям физическими упражнениями. В итоге снижение показателей смертности, возрастание средней продолжительности предстоящей жизни, высокая физическая и трудовая активность граждан. Есть все основания утверждать, что в нашем обществе приоритет в сложившихся общественных отношениях принадлежит больному человеку: общественные фонды распределяются прежде всего среди больных. Уже давно изменилась социальная суть развития основной массы болезней, но до сих пор это никак не учитывается в общественных отношениях развивающихся государств, к числу которых относится и наша Республика. Именно поэтому все попытки нашего государства активизировать своих граждан по отношению к своему здоровью безрезультатны, ибо существующий социальный заказ на здоровье, не нашел своего отражения в системе социально-экономических стимулов и санкции. В случае разработки и внедрения подобной системы будет сформирован спрос на профилактические осмотры, санитарно-просветительную работу, оздоровительные мероприятия различного характера. Сейчас же характер взаимоотношения спроса и предложения носит извращенный характер: государство предлагает своим гражданам то, что не пользуется спросом у населения. А должно быть наоборот: член общества должен обратиться с вопросом “Что мне делать, чтобы завтра не заболеть?” и получить конкретную помощь.

Таким образом, разработка системы социально-экономического стимулирования активного отношения к своему здоровью, пригодной для нашего общества или другими словами, формирования потребности в здоровом образе жизни – проблема, прежде всего, социально-экономического, а не медико-биологического характера.

### *Литература*

1. Булешов М.А., Саркулова С.М. Клинико-социальные аспекты артериальной гипертонии у рабочих свинцового производства. //В сб. Респ. научн.практ. конф. “Актуальные вопросы проф. патологии”, - Караганда, 2005. С.24-26.



2. Булешов М.А., Мусабеева Л.Е. Өкпе-бронх патологияларын туындататын эндо- және экзогендік себептердің қатерлілік қуатына баға беру. "Здоровье и болезнь", - Алматы, 2005. С.34-37

### **ТҰЖЫРЫМ**

Бұл ғылыми мақала Республика тұрғындары арасында салауатты өмір сүру салтын қалыптастырудың өзекті мәселелеріне арналған. Бұл мәселе қазіргі таңда әлеуметтік-экономикалық сипатта өрбуі тиіс. Сондықтан салауатты өмір салтын қалыптастырудың әлеуметтік-

экономикалық тұрғыда құлшындырудың кешенді жүйесін жасау белсенді даму үстіндегі жаңа қоғамның негізгі сұранысы болып отыр.

### **SUMMARY**

Present clause is devoted to a problem of formation of a healthy way of life among the population of Republic Kazakhstan which gets first of all social and economic value. Research shows necessity of system engineering of social and economic stimulation of the active attitude to the health, suitable for actively developing modern society.

## **АРТЕРИАЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯ КЕЗІНДЕГІ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРЛЫҚ БҰЗЫЛЫСТАР**

*М.И.Касымбаева*

*МКҚК «Аймақтық диагностикалық орталық»,  
Алматы қ.*

## **ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

*М.И.Касымбаева*

*ГККП «Региональный диагностический центр»,  
г. Алматы*

## **CEREBROVASCULAR INJURY ON ARTERIAL HYPERTENSION**

*М.И.Касымбаева*

*Department of ultrasound and functional diagnostics, "Regional diagnostic center",  
Almaty*

Головной мозг - один из главных органов-мишеней при АГ.

Цереброваскулярные осложнения во многом определяют! Судьбу больных с АГ, являясь причиной стойкой утраты трудоспособности и приводя к летальному исходу.

Проблема цереброваскулярной патологии наиболее грозного ее проявления церебрального инсульта, сохраняет чрезвычайную социальную и медицинскую значимость во всем мире.

Распространенность сосудистых заболеваний головного мозга продолжает расти. При этом каждые 10 лет жизни их частота примерно удваивается.

Общее число проживающих в мире людей, перенесших ОНМК, в настоящее время превышает 50 млн. При этом наблюдается «омоложение» инсульта с увеличением его распространенности среди лиц трудоспособного возраста.

Согласно международным эпидемиологическим исследованиям (World Development Report), в большинстве стран инсульт занимает второе-третье место в структуре общей смерт-

ности населения, уступая лишь кардиоваскулярной патологии.

Инсульт является лидирующей причиной инвалидизации населения. По данным Национального регистра 31% пациентов, перенесших инсульт, требуется посторонняя помощь, а 20% не могут самостоятельно ходить. Лишь около 20% выживших больных возвращаются к прежней работе.

Инсульт накладывает особые обязательства на членов семьи больного и ложится тяжелым социально-экономическим бременем на общество.

Таким образом, инсульт представляется проблемой чрезвычайной медицинской и социальной значимости, влияние которой на уровень здоровья и жизни населения всего мира, по данным аналитических исследований, проведенных ВОЗ, будет нарастать.

Безусловно, профилактика является краеугольным камнем в системе мер по уменьшению бремени инсульта для общества и улучшению здоровья населения. Выделяют две ее основные стратегии:



- популяционную (пропаганда здорового образа жизни и повышение уровня жизни населения), и
- «высокого риска».

Наибольшую значимость для профилактики инсульта до настоящего времени имеют борьба с регулируемыми факторами риска и противопоставление им факторов антириска.

АГ является наиболее распространенным и значимым модифицируемым фактором риска развития цереброваскулярной патологии независимо от географического региона и этнической принадлежности населения. Среди лиц с АГ вероятность развития инсульта повышена в 3-4 раза.

Установлено, что риск развития инсульта имеет линейную логарифмическую зависимость от уровня диастолического и систолического АД.

Величина диастолического АД выше 80 мм рт.ст. достоверно связана с 57% случаев смерти от инсульта и около 24% случаев смерти от ИБС. Показано, что использование популяционной антигипертензивной стратегии (снижение диастолического АД во всей популяции на 2%) или целевой стратегии антигипертензивной терапии (снижение на 7% диастолического АД у лиц с его исходным уровнем выше 95 мм рт.ст.) позволяют предотвратить одну из 6 смертей от инсульта и одну из 20 смертей от ИБС. Хотя диастолическое АД обычно считалось наиболее важным фактором предрасположенности к инульту, по данным J.Staessen и соавт., связь между ИНСУЛЬТОМ и АГ может быть сильнее для систолического, нежели диастолического АД.

Связь между АД и опасностью развития цереброваскулярных нарушений может основываться в большей степени на продолжительности АГ, чем на «уровневом эффекте» АД. Большинство случаев инсульта были зарегистрированы среди лиц с «пограничной» или «мягкой» АГ. При этом польза от снижения АД отмечена и у «нормотензивных» пациентов. Поэтому, несмотря на то, что более высокий уровень АД предполагает более высокий относительный риск развития в пользу концепции о том, что усредненный уровень абсолютных значений АД играет большую роль в развитии инсульта, чем одномоментное повышение АД.

Более того, результаты последних исследований показывают, что медиаторы АГ, такие как ангиотензин (АТ) II, могут влиять на риск заболевания инсультом независимо от повышения АД.

ЛГ и ее медиаторы оказывают значительное негативное влияние как на мозговое кровообращение, так и на молекулярные и клеточные процессы

в ткани головного мозга, что приводит к развитию церебральной ишемии, проявляющейся симптомами гипертензивной энцефалопатии, деменции. В то же время большинство форм острого нарушения мозгового кровообращения также прямо или косвенно связаны с АГ.

К основным формам острых цереброваскулярных нарушений, связанных с АГ, относятся инсульт - ишемический (инфаркт мозга), геморрагический (субарахноидальное кровоизлияние), внутримозговое кровоизлияние, синдромы инсульта разной локализации, преходящее нарушение мозгового кровообращения (транзиторная ишемическая атака), острая гипертоническая энцефалопатия.

Можно выделить несколько основных факторов влияния АГ на риск возникновения острого цереброваскулярного нарушения. Это формирование гипертонической микроангиопатии, усугубление атеротромботического поражения артерий крупного калибра, дестабилизация атеросклеротических бляшек и возникновение эмболов, аневризматизация (истончение) сосудистой стенки. Часто перечисленные нарушения развиваются параллельно. К формам, для которых АГ является основной причиной, относят геморрагические инсульты, развивающиеся вследствие разрыва измененной сосудистой стенки (спонтанные внутримозговые гематомы и субарахноидальные кровоизлияния), а также некоторые варианты ишемического инсульта (прежде всего, микроциркуляторные лакунарные инфаркты).

### **ТҰЖЫРЫМ**

Бұл мақалада артериялық қан қысымының ми қан айналымына орасан зор әсеріне байланысты, оның жүйелі түрде көтерілуі цереброваскулярлық патологияның, соның ішінде инсульттың дамуына әсер ететін маңызды қауіп-қатер факторы екені жайлы мәліметтер берілген.

### **РЕЗЮМЕ**

В данной статье раскрыты данные, что повышение системного АД в связи с существенным воздействием этого фактора на мозговое кровообращение является наиболее важным фактором риска развития цереброваскулярной патологии, в том числе инсульта.

### **SUMMARY**

In the article presented the data, that increase in system arterial blood pressure is the most important risk factor of cerebrovascular pathology development including stroke due to effect on brain blood circulation.



## ӨКПЕ ГИПЕРТЕНЗИЯСЫ КЕЗІНДЕГІ ОҢ ЖАҚ ҚАРЫНШАНЫҢ ҚЫЗМЕТІ

*М.И.Касымбаева*

*МКҚК «Аймақтық диагностикалық орталық», Алматы қ.*

## ФУНКЦИЯ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

*М.И.Касымбаева*

*ГККП «Региональный диагностический центр», г.Алматы*

## RIGHT VENTRICLE FUNCTION AT PULMONARY HYPERTENSION.

*M.I.Kasymbaeva*

*Department of ultrasound and functional diagnostics, "Regional diagnostic center", Almaty*

При заболеваниях сердца дисфункция правого желудочка (ПЖ) развивается после появления клинических симптомов левожелудочковой недостаточности (ЛЖ), как например, у больных ИБС или врожденными и приобретенными пороками сердца, либо гораздо реже - одновременно с поражением левого желудочка, как например, при дилатационной кардиомиопатии. Изолированная или преимущественная правожелудочковая недостаточность в большинстве случаев сочетается с поражением паренхимы или сосудов легких и вызывается легочной гипертензией (ЛГ), поэтому обычно описывается как легочное сердце.

Хронические обструктивные болезни легких (ХОБЛ) являются самым частым заболеванием легких, приводящим к развитию ЛГ и правожелудочковой недостаточности. Бронхиальная астма у взрослых встречается с не меньшей частотой, чем ХОБЛ, ее распространенность среди взрослых лиц 20-44 лет составляет около 5%. Тем не менее бронхиаль-

ная астма не упоминается среди заболеваний легких, которые служат причиной развития ЛГ и хронического легочного сердца. Это объясняется тем, что в отличие от хронического бронхита обструкция воздухоносных путей во время приступа бронхиальной астмы обратима и поэтому не сопровождается стойким повышением давления в легочной артерии. Сказанное относится в первую очередь к атопической (эндогенной, аллергической) форме бронхиальной астмы. Иное дело инфекционно-аллергическая (или экзогенная, неатопическая) бронхиальная астма, которая по своей природе в сущности представляет один из вариантов хронического бронхита. При длительном течении инфекционно-аллергическая бронхиальная астма может вызывать развитие легочного сердца.

В отличие от ХОБЛ и бронхиальной астмы другие заболевания легких и плевры встречаются значительно реже и поэтому редко служат причиной ЛГ и правожелудочковой недостаточности.

**Таблица 1. Классификация ЛГ в зависимости от заболеваний, вызывающих гиповентиляцию легких**

Заболевания легких и плевры	Другие расстройства вентиляции легких
1	2
ХОБЛ (хронический бронхит)	Ожирение с альвеолярной гиповентиляцией (синдром Пиквика)
Интерстициальное заболевание легких (известной и неизвестной этиологии)	Синдром ночного апноэ
Пневмосклероз, связанный с застоем в легких	Хроническая высокогорная болезнь
Пневмосклероз при: - коллагенозах - саркоидозе - туберкулезе и других инфекциях	Кифосколиоз и другие деформации грудной клетки
Легочный фиброз, вызванный лекарствами: - амиодароном - блеомицином - нитрофуранами - циклофосфамидами - солями золота и др.	Нервно-мышечные заболевания (полиомиелит, миастения, боковой амиотрофический склероз, синдром Гийена-Барре, повреждение спинного мозга на уровне 3-го шейного позвонка или ниже)



Легочный фиброз, вызванный облучением	Поражение дыхательного центра (например, после инсульта)
Токсический пневмонит с исходом в пневмосклероз, вызванный вдыханием различных газов и паров	
Экзогенный аллергический альвеолит, вызванный вдыханием органической пыли	
Идиопатический фиброзирующий альвеолит	
Легочная эозинофилия	
Пневмокониоз, силикоз, бериллиоз, муковисцидоз	
Альвеолярно-клеточный рак, раковый лимфангит	
Рестриктивное заболевание легких	
Торакопластика	
Резекция легкого	
Фиброторакс	

У больных ХОБЛ легочное сердце оказывает неблагоприятное влияние на прогноз жизни. Так, при наличии ЛГ и легочного сердца смертность больных ХОБЛ в 2-3 раза выше, чем больных без легочного сердца.

Кроме того, ЛГ и легочное сердце приводят к снижению толерантности к физической нагрузке, появлению одышки и ухудшению функционального состояния, обуславливая тем самым нетрудоспособность больных ХОБЛ и другими заболеваниями легких.

ХОБЛ представляет собой неоднородное заболевание, которое включает по крайней мере хронический бронхит и эмфизему легких.

У большинства больных ХОБЛ хронический бронхит и эмфизема легких часто сочетаются, од-

нако легочное сердце развивается лишь у больных со значительной обструкцией воздухоносных путей независимо от наличия или отсутствия эмфиземы легких. Хронический бронхит и эмфизему легких можно рассматривать как две крайности одного и того же патологического процесса. Клинические проявления, течение и исходы хронического бронхита и эмфиземы легких различаются, хотя во многих случаях имеются признаки обоих синдромов. Например, у больных с преобладанием эмфиземы легких в симптоматике преобладает одышка, а кашель является незначительным, со скудной мокротой. Напротив, при хроническом бронхите основная жалоба больных – продуктивный кашель, в то время как одышка в покое обычно отсутствует.

**Таблица 2. Сравнительная характеристика клинических и физиологических особенностей эмфизематозного и бронхитического типов ХОБЛ**

	<b>ХОБЛ эмфизематозного типа</b>	<b>ХОБЛ бронхитического типа</b>
<b>Синонимы</b>	ХОБЛ типа А эмфизема легких	ХОБЛ типа В хронический бронхит
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Афористические названия	«розовый пытельщик» (pink puffer) из-за выраженной одышки в отсутствие гипоксемии; «борец» (fighter) из-за особенностей телосложения (бочкообразная грудная клетка)	«голубой отечник» (blue bloater) из-за цианоза и застойной сердечной недостаточности; «неборец» (nonfighter)
Возраст ко времени диагностики	Около 60 лет	Около 50 лет
<b>Признаки и симптомы</b>		
Внешний вид	Часто худые, истощенные, с бочкообразной грудной клеткой	Часто страдают ожирением, с одутловатым лицом
Одышка	Выраженная	Небольшая
Кашель	Возникает после одышки	Возникает до одышки
Мокрота	Скудная, слизистая	Обильная, гнойная
Повторные бронхолегочные инфекции	Не характерны	Частые
Эпизоды дыхательной недостаточности	Часто на терминальной стадии болезни	Повторяющиеся
Цианоз	Нет	Да



Отеки	Нет	Да
«Коробочный» звук при перкуссии	Нет	Да
Аускультация	Ослабленное дыхание, II тон сердца над легочной артерией не выражен или ослаблен	Рассеянные сухие хрипы, акцент II тона сердца над легочной артерией
Электрокардиографические признаки гипертрофии ПЖ	Нечасто	Часто
Рентгенография органов грудной клетки	Повышенная воздушность легких ± буллезные изменения, сердце небольших размеров	Изменения бронхососудистого рисунка в базальных отделах, кардиомегалия, повышенная воздушность легких отсутствует
<b>Газообмен в легких</b>		
Гематокрит	Нормальный (35-45%)	Повышен (50-55%)
Содержание рО <sub>2</sub> в артериальной крови (РаО <sub>2</sub> )	Несколько сниженное (65-75мм рт.ст.)	Значительно сниженное (45-60мм рт.ст.)
Содержание рСО <sub>2</sub> в артериальной крови (РаСО <sub>2</sub> )	Низкое или нормальное (35-40мм рт.ст.)	Повышенное (50-60мм рт.ст.)
Диффузная способность легких	Значительно снижена	Нормальная или несколько снижена
<b>Функциональные пробы</b>		
Скорость выдоха (ОФВ1 или ВФВ=ОФВ1)	Снижена	Снижена
Эластичность легких (ΔV/ΔP)	Значительно снижена	Нормальная или несколько снижена
Легочные объемы (ОО или отношение ОО/ОЕЛ)	Значительное перераздувание легких	Небольшое перераздувание легких
Легочное кровообращение		
Реакция легочного русла на нагрузку	Рестриктивная реакция (т.е.отсутствие дилатации)	Конструктивная (т.е.сужение)
Легочная гипертензия:		
В покое		
При физической нагрузке		
Нет или небольшая		
Умеренная		
Значительная		
Значительная		
Легочное сердце (правожелудочковая недостаточность)	Редко, за исключением терминальной стадии болезни	Часто носит рецидивирующий характер

Обсуждая связь между ХОБЛ и хроническим легочным сердцем, следует учитывать, что при ХОБЛ значительная ЛГ и правожелудочковая недостаточность возникают главным образом у больных хроническим бронхитом. Это объясняется тем, что альвеолярная гипоксия при хроническом бронхите более выражена, чем при эмфиземе легких, а ведь именно альвеолярная гипоксия вызывает гипоксическую легочную вазоконстрикцию, которая сопровождается гипоксемией (низким РаО<sub>2</sub>), гиперкапнией (высоким РаСО<sub>2</sub>) и ацидозом (низким рН) и в итоге ведет к необратимым изменениям легочных сосудов и развитию ЛГ.

Увеличение объема циркулирующей крови и вторичный эритроцитоз, более характерные для

хронического бронхита и связанные с гипоксемией, также способствуют развитию ЛГ и правожелудочковой недостаточности у больных с бронхитическим типом ХОБЛ.

Иное дело, другая крайность ХОБЛ – эмфизема легких. Эмфизема легких сама по себе, возможно, не предрасполагает к развитию ЛГ, несмотря на облитерацию сегментов легочного русла. Предполагают, что это связано с тем, что нарушения взаимосвязей между вентиляцией и перфузией при эмфиземе легких не столь выражены, как при хроническом бронхите. На это указывает более редкое обнаружение гипоксемии, гиперкапнии и вторичного эритроцитоза у больных с эмфиземой легких по сравнению с больными



хроническим бронхитом. В отличие от больных с хроническим бронхитом большинство больных с преобладанием эмфиземы легких умирают от тяжелой дыхательной недостаточности.

То же можно сказать об атопической бронхиальной астме. При туберкулезе, пневмокониозе и силикозе ЛГ и легочное сердце развиваются лишь у тех больных, у которых на фоне специфических поражений легких происходят неспецифические изменения в бронхах, характерные для хронического бронхита.

Так или иначе, но, говоря о ХОБЛ, следует обращать внимание на то, преобладает ли в данном случае хронический бронхит или эмфизема легких, поскольку естественное течение ХОБЛ и риск развития легочного сердца неодинаковы при преобладании того или иного компонента заболевания и лишь у больных с преобладающим бронхитом вероятность развития ЛГ и легочного сердца является наибольшей.

#### *Литература*

1. Мухарлямов Н.М. легочное сердце. М: Медицина 1973;264.
2. Уэйр Е.К., Ривс Дж.Т. (ред.) Физиология и патофизиология легочных сосудов. М: Медицина 1995;672.
3. ВОЗ. Хроническое легочное сердце. Доклад комитета экспертов ВОЗ. Серия техн. докладов №213. ВОЗ (Женева) 1961г.

#### **ТҰЖЫРЫМ**

Бұл мақалада гипертензияға қатысты өкпе эпидемиологиясы, оның кәзіргі кездегі жіктелуі, сонымен қатар өкпе интерстициалды аурулары және жүректің созылмалы обструктивті ауруы бар науқастарда болатын өкпе гипертензиясы патогенезінің ерекшеліктері жайлы мәліметтер талқыланды. Созылмалы өкпелік жүрек көбінесе жүректің созылмалы обструктивті ауруының бронхтық түрінде, ал эмфизематозды түрімен ауыратын науқастарда сирек кездесетініне мән беріледі.

#### **РЕЗЮМЕ**

В данной статье обсуждаются данные, касающиеся эпидемиологии легочной гипертензии, ее современной классификации, особенности патогенеза легочной гипертензии у больных с хронической обструктивной болезнью сердца (ХОБЛ) и интерстициальными заболеваниями легких. Обращается внимание на то, что хроническое легочное сердце развивается преимущественно при бронхитическом типе ХОБЛ и редко встречается у больных с эмфизематозным типом ХОБЛ.

#### **SUMMARY**

In the article data concerning epidemiology of pulmonary hypertension, its modern classification, pathogenesis features at patients with chronic obstructive pulmonary diseases (COPD) and interstitial lung diseases are discussed. The data emphasize that chronic pulmonary heart develops mainly at bronchitic type of COPD and seldom the case at patients with emphysema type of COPD.

## **ЖЕДЕЛ ГИПЕРТОНИЯЛЫҚ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ**

*М.И.Қасымбаева, К.С.Жаркинбаев*  
*МКҚК «Аймақтық диагностикалық орталық», Алматы қ.*

## **ОСТРАЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ**

*М.И.Қасымбаева, К.С. Жаркинбаев*  
*ГККП «Региональный диагностический центр», г.Алматы*

## **ACUTE HYPERTONIC ENCEPHALOPATHY**

*М.И.Kasymbaeva, K.S.Zharkinbaev*  
*Department of ultrasound and functional diagnostics, "Regional diagnostic center" Almaty*

Артериальная гипертензия (АГ) остается одним из наиболее распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы, частота ее в общей популяции достигает 25-30%. Длительное и стойкое повышение АД приводит к поражению органов-мишеней (сердца, почек, головного мозга), что способствует развитию грозных сердечно-сосудистых осложнений (инфаркт миокарда, мозговой инсульт, хроничес-

кая сердечная и почечная недостаточность) и обуславливает высокую смертность и инвалидизацию населения.

Наряду с транзиторными ишемиями головного мозга и инсультами повышение АД может приводить к развитию особого состояния – острой гипертонической энцефалопатии (ОГЭ). Эта форма нарушения мозгового кровообращения представляет клинический синдром, развивающийся



вследствие быстрого устойчивого возрастания АД до 250/130 мм.рт.ст. и выше.

В основном ее патогенеза лежит значительное повышение системного АД, при этом вследствие срыва ауторегуляции мозгового кровотока и перерастяжения сосудов по причине высокого АД нарушается целостность гематоэнцефалического барьера и развивается отек головного мозга. На уровне артериол усиливается транспорт жидкости в ткань мозга, происходит выход белков плазмы крови за пределы сосудов, формируются неравномерные локальные скопления жидкости в веществе мозга – возникает вазогенный отек.

В первую очередь при внезапном и значительном повышении АД страдают мелкие артерии поверхности мозга и зон смежного кровоснабжения (особенно затылочных), что, вероятно, связано с прямолинейным ходом и недостаточной адренергической иннервации в дистальных отделах этих сосудов.

Экспериментально установлено, что сосуды коры и белого вещества по-разному реагируют на повышение АД. Вследствие особенностей иннервации артерий и строения самого белого вещества головного мозга при остром подъеме АД в нем развивается и быстро прогрессирует вазогенный отек, распространяющийся по ходу волокон. Его выраженность зависит от степени повреждения гематоэнцефалического барьера, скорости повышения АД, наличия предшествующих изменений средней оболочки артериол вследствие хронической АГ. Для ОГЭ характерно пятнистое распределение отека жидкости в веществе головного мозга, возможно чередование участков с повышенным и нормальным содержанием воды.

При развитии ОГЭ могут происходить самые разные структурные нарушения стенки артериол (фибриноидный некроз, плазморрагии) и окружающего вещества мозга (периваскулярный энцефалоллизис, очаги неполного некроза).

В клинической картине ОГЭ ведущим симптомом является нарастающая головная боль, к которой в дальнейшем присоединяются тошнота, повторная рвота. По мере повышения АД появляются вестибулярные расстройства – головокружение, неустойчивость. В ряде случаев наблюдаются зрительные расстройства в виде фотопсий или выпадений половин полей зрения, обусловленные поражением структур затылочных долей и ретинопатией. При развитии ОГЭ возможно развитие судорожного синдрома, наиболее часты генерализованные тонико-клонические припадки.

Степень снижения уровня сознания при ОГЭ корректирует с выраженностью отека мозга – в начале заболевания могут наблюдаться беспокойство, дезориентация, психомоторное возбуждение, что затем сменяется заторможенностью,

вялостью. Возможно дальнейшее снижение уровня бодрствования вплоть до развития комы. Иными словами, в клинической картине ОГЭ ведущими являются общемозговая симптоматика в виде нарастающей головной боли, рвоты, головокружения, снижение уровня бодрствования, частоты судорожных припадков.

При нейровизуализирующих методах исследования (КТ, МРТ головного мозга) выявляются признаки отека в коре и белом веществе преимущественно затылочных долей, в ряде случаев обнаруживаются признаки отека в стволе головного мозга, мозжечка, мозолистом теле. На компьютерных томограммах выявляются гиподенсивные участки с положительным объемным эффектом в виде сдавления рисунка борозд и извилин, а также желудочков.

Терапия ОГЭ базируется на основных патогенетических механизмах развития данного состояния и включает снижение АД, мероприятия, направленные на борьбу с отеком мозга, противосудорожную терапию.

Антигипертензивная терапия при ОГЭ должна обеспечивать снижение среднего АД до 20-25% от исходного уровня или диастолического до 100-110 мм рт.ст., что не выходит за границы ауторегуляции мозгового кровообращения. Препаратами выбора в данном случае являются гипотензивные средства короткого действия с возможностью внутривенного применения. Для купирования отека мозга при ОГЭ используются салуретики (фуросемид), которые также способствуют снижению АД. При наличии судорожного синдрома показано введение реланиума. Критерием эффективности лечения является регресс клинической симптоматики в ответ на быстрое снижение АД, что может также являться дифференциально-диагностическим признаком ОГЭ.

Таким образом, крайне важно своевременное выявление и экстренное лечение синдрома ОГЭ, а также ее дифференциальная диагностика с другими формами нарушений мозгового кровообращения.

### **ТҰЖЫРЫМ**

Мақалада жедел гипертониялық энцефалопатияны уақытында анықтап, шұғыл емдеу және ми қан айналымы бұзылыстарын басқа түрлерінің аралас диагностикасын жүргізудің маңыздылығы көрсетілген.

### **РЕЗЮМЕ**

В статье отражено важность своевременного выявления и экстренного лечения синдрома ОГЭ, а также ее дифференциальная диагностика с другими формами нарушений мозгового кровообращения.

### **SUMMARY**

In the article presented the importance of duly revealing and emergency treatment of acute hypertensive encephalopathy syndrome, and its differential diagnosis with other forms of brain blood circulation abnormalities.



**ҚАРАҒАНДЫ АЙМАҒЫ ТҮРҒЫНДАРЫНЫҢ ТАМАҚҚА НАҚТЫ  
ТҮТЫНАТЫН АЗЫҚТАРЫНЫҢ АЗЫҚ-ТҮЛІК ҚОРЖЫНЫ ҚҰРАМЫНА  
СӘЙКЕСТІГІ**

*С.В.Ахметова*

*Қарағанды Мемлекеттік медицина академиясы, Қарағанды қ.*

**СООТВЕТСТВИЕ ФАКТИЧЕСКОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ  
ВЗРОСЛЫМ НАСЕЛЕНИЕМ КАРАГАНДИНСКОГО РЕГИОНА СОСТАВУ  
ПРОДОВОЛЬСТВЕННОЙ КОРЗИНЫ**

*С.В.Ахметова*

*Карагандинская Государственная медицинская академия, г.Караганда*

**CONFORMITY OF ACTUAL CONSUMPTION OF FOOD PRODUCTS  
AMONG ADULT POPULATION OF KARAGANDA REGION TO STRUCTURE  
OF THE FOOD BASKET**

*S.V.Akhmetova*

*Karaganda state medical academy, Karaganda*

Общеизвестно, что нормой здоровья является более или менее полное соответствие между внешним и внутренним обменом веществ и в поддержании этого равновесия большое значение принадлежит питанию. Среди многочисленных факторов внешней среды питание является одним из важнейших, постоянно и исключительно разнообразно влияющих на организм. В отличие от других пищи наиболее сложный комплексный фактор внешней среды. С пищей в организм поступают все вещества, из которых состоит тело человека, пища является единственным источником энергии в живом организме.

Целью данного исследования явилось изучение адекватности рекомендуемого состава действующей продовольственной корзины, утвержденной 16 ноября 1999 года №474-13РК, г.Астана, фактическому потреблению пищевых продуктов взрослыми трудоспособными карагандинцами.

Материалы и методы. Изучение пищевой и биологической ценности, химического состава продовольственной корзины принятой в Республике Казахстан, и соответствие вышеуказанных показателей физиологическим нормам потребления проводилось с помощью специализированной анкеты и программы, разработанной сотрудниками курса гигиены питания и НИЦ КГМА.

Результаты. Проведенное исследование позволило установить, что продуктовый набор продовольственной корзины, принятой за основу рационального питания в Казахстане значительно отличается от фактического потребления пищевых продуктов взрослым население Караганды.

Содержание хлеба пшеничного и ржаного в рекомендуемом рационе питания казахстанцев на 95% выполняет фактический уровень потребления хлеба население Карагандинской области. Учитывая особенности национальной кухни в продовольственную корзину казахстанцев предусмотрительно включена мука пшеничная, но ее рекомендуемое количество в 4 раза ниже уровня потребления, установленного при оценке фактического питания населения Карагандинского региона. Из всех видов круп в продовольственную корзину включена только рисовая крупа и ее фактическое потребление примерно соответствует рекомендуемому. Фактическое потребление макаронных изделий взрослым населением Караганды более чем в 10 раз превышает рекомендуемый уровень, установленный в РК. Продовольственная корзина, принятая в нашей Республике крайне «бедна» своим плодово-овощным набором, но необходимо отметить, что фактическое потребление овощей и фруктов карагандинцами ниже даже этого рекомендуемого уровня потребления. Так, фактическое потребление картофеля составляет 24% от установленного в продовольственной корзине РК, капусты- 3,8%, лука репчатого и моркови – 8% и 4,2%, соответственно. Продовольственная корзина казахстанцев отличается низким РРП (рекомендуемый размер потребления) мяса и рыбы, без учета пищевых привычек населения Республики, взрослое население Караганды выполняет эти рекомендации на 110% и 76%, соответственно. В установленную норму потребления введено только молоко, которого обследуемый



контингент населения потребляет на 13-15% меньше рекомендуемого, без рекомендаций по потреблению кисломолочных продуктов, творога, сыра. Масло сливочное карагандинцы потребляют почти в 6 раз больше рекомендуемого, яиц в 10 раз меньше, сахара на четверть больше рекомендуемого, масла растительного почти на треть меньше принятой нормы. Необоснованно низкой является установленная норма потребления чая, что подтверждают данные, полученные

при изучении фактического питания ( 21 г. в сутки, при норме 1,5 г.).

На основании вышеизложенного можно сделать вывод, что среднесуточные рационы взрослого населения Караганды по своему составу соответствуют, так называемому, «бедному типу питания», для которого характерен избыток животных жиров и рафинированных углеводов, при дефиците белка, растительного жира, витаминов и минеральных веществ.

## ҚЫЗЫЛОРДА ОБЛЫСЫ ӘЙЕЛДЕРІНІҢ РЕПРОДУКТИВТІ ДЕНСАУЛЫҒЫН ҚОРҒАУ САЯСАТЫНЫҢ НЕГІЗГІ БАҒЫТТАРЫ

*Л.Л.Культаева, К.Т.Мырзахметов, Ж.Ш.Кожарипова, Г.И.Джургунова*  
Қызылорда облысының СӨСҚ облыстық орталығы, Қалалық әйелдер консультациясы,  
Облыстық денсаулық сақтау департаменті

## ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ПОЛИТИКЕ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН КЫЗЫЛОРДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

*Л.Л.Культаева, К.Т.Мырзахметов, Ж.Ш.Кожарипова, Г.И.Джургунова*  
Областной Центр ФЗОЖ, Городская женская консультация, Областной департамент  
здравоохранения Кызылординской области

## MAIN DIRECTIONS IN POLICY OF WOMEN REPRODUCTIVE HEALTH PROTECTION FOR KYZYLORDA OBLAST

*L.L.Kultaeva, K. T.Myrzahmetov, Z.S.Kozharipova, G.I.Dzhurgenova*  
Oblast center for healthy lifestyle development, City women consultation, oblast health care department  
of Kyzylorda oblast

Президент страны Нурсултан Абишевич Назарбаев в своём историческом обращении к народу «Казахстан - 2030», представляя, как мы будем жить в новом тысячелетии, убеждённо заявил о том, что наши дети и внуки «... будут ответственными и энергичными представителями своего поколения, хорошо образованными, обладающими прекрасным здоровьем».

Из общей проблемы здоровья населения, своей медико-социальной, общественно-политической и экономической значимостью является репродуктивное здоровье, поскольку оно напрямую связано со здоровьем новорожденных детей, а следовательно, с будущим нации и государства.

Репродуктивная система является одной из самых чувствительных систем организма к воздействию неблагоприятных экологических факторов любого происхождения. Воздействия неблагоприятных экологических факторов свиде-

тельствует о непосредственной причинно-следственной связи их с нарушением репродуктивной функции. Из частых проявлений нарушения экологического равновесия являются невынашивание беременности, рост бесплодных браков, рост частоты гинекологических заболеваний, особенно опухолевого характера.

Все вышеперечисленные проблемы являются актуальными для нашей области, и требует усилий и необходимости в охране репродуктивного здоровья, целью которого является укрепление репродуктивного здоровья населения и повышение его репродуктивного потенциала. Не секрет, что в течении ряда лет проблема высокой материнской и перинатальной смертности является одной из главной в работе учреждений здравоохранения нашего региона.

В связи, с чем в области проводилась определенная работа по снижению данных показателей.



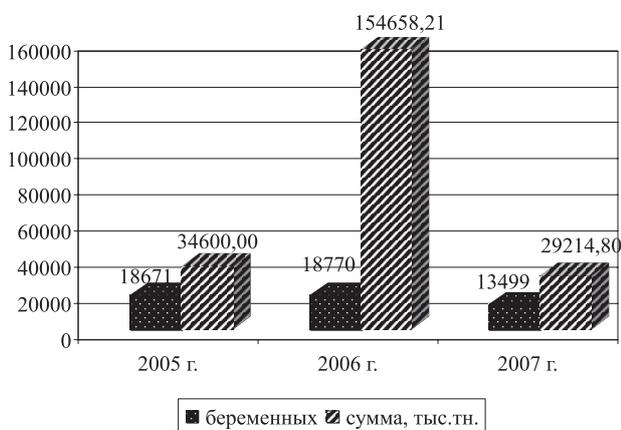
Особого внимания заслуживают проблемы анемий и йоддефицитных состояний. В Казахстане йодная недостаточность зарегистрирована более чем на половине всей территории, в том числе в Кызылординской области. Влиянию дефицита йода подвержены абсолютно все группы населения, но наиболее чувствительны к нему лица с физиологически повышенной потребностью в нём дети, беременные и кормящие женщины. Поэтому проблема йоддефицитных состояний па сегодня считается одной из наиболее значимых для здравоохранения.

С учётом значимости вышеперечисленных проблем для коррекции железо- и йоддефицита у беременных женщин в нашей республике на протяжении 3-х лет всем беременным с целью профилактики и лечения назначаются препараты железа и йода.

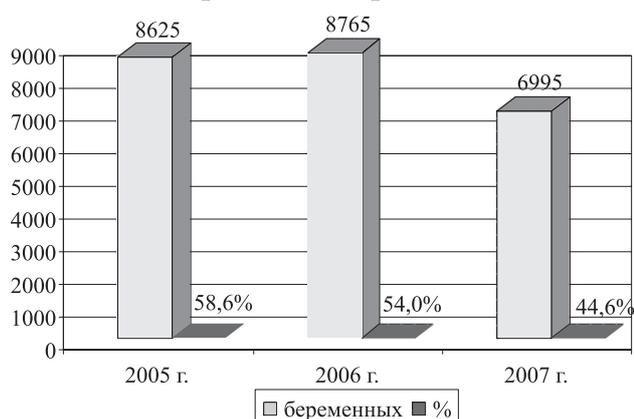
За время проведения данной программы в Кызылординской области приемом препаратов йода и железа было охвачено:

в 2005 г. - 18671 беременных, приобретено вышеуказанных препаратов на сумму 34600,0 тыс. ;  
 2006 г- 18770 беременных- 154658,21 тыс.тенге;  
 2007 г- 13499 беременных - 29214,8 тыс. тенге.

**Прием препаратов йода и железа охвачено.**

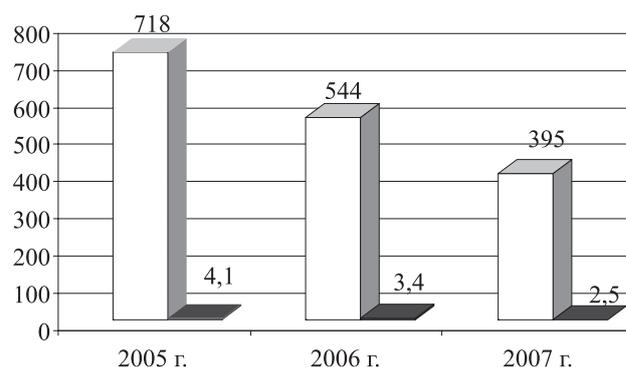


**Количество беременных страдающих анемией.**



В результате проведения данной программы снизилось количество беременных, страдающих, анемией в 2007 году по сравнению с 2005 годом на 14%. В разрезе 3-х лет : в 2005 г. - анемией страдало 8625, что составило 58,6%, 2006 г - 8765 - 54%, 2007 г - 6995 - 44,6%.

И соответственно, на фоне приема йодсодержащих препаратов снизилось количество беременных, страдающих йоддефицитными состояниями. Количество женщин страдающих заболеванием щитовидной железы по годам выглядит следующим образом: в 2005 г.- 718-4,1%, 2006 г-544-3,4%, 2007 г - 395-2.5%.



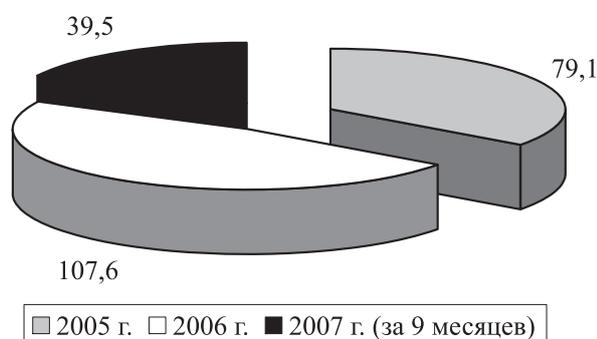
Наряду с этим, среди населения области проводится широкая работа по пропаганде здорового образа жизни. К данной работе привлечены специалисты общеполитической сети под кураторией специалистов центра ФЗОЖ. Санитарно-просветительной работой были охвачены женщины предприятий, детских садов, школ, высших и средних учебных заведений. Темами семинарских занятий, лекции, круглых столов были преимущественно вопросы, касающиеся охраны репродуктивного здоровья: (планирования семьи, методы контрацепции, самообследование молочных желез, грудное вскармливание, ранняя явка при беременности, об ответственности граждан за своё здоровье и здоровье ожидаемого потомства, употребление фортифицированной муки и препаратов железа в профилактике железодефицитных состояний и т.д.).

В результате комплекса проведенных мероприятий, в котором были задействованы родовспомогательные учреждения, общеполитическая сеть, центр ФЗОЖ были достигнуты определенные результаты. Наш регион традиционно является регионом с высокой рождаемостью: в 2005 г. - показатель рождаемости составил 23,5; в 2006 г - 25,1. Данный показатель является самым высоким по республике. Но, несмотря на высокую рождаемость результатом проведённого комплекса мероприятий является снижение показателей материнской и перинатальной смертности.



Показатели материнской смертности в динамике выглядят следующим образом: 2005 год - 79,1; 2006 год - 107,6; 2007 - 39,5 (за 9 месяцев 2007)

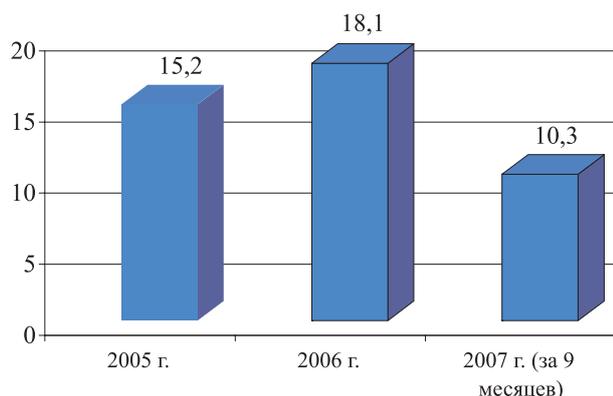
### МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ



Показатели перинатальной и младенческой смертности также имеют тенденцию к снижению:

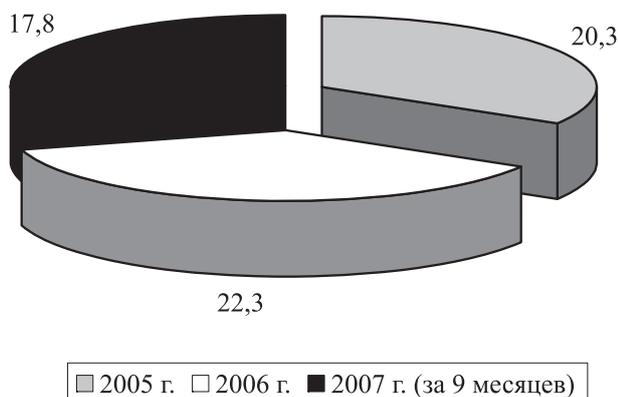
Перинатальная смертность: 2005 год - 15,2; 2006 год - 18,1; 2007 год - 10,3 (за 9 месяцев 2007).

### ПЕРИНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ



Младенческая смертность: 2005 год - 20,3; 2006 год - 22,3; 2007 год - 17,8 (за 9 месяцев 2007).

### МЛАДЕНЧЕСКАЯ СМЕРТНОСТЬ



На основании вышеизложенных данных хочется отметить, что улучшение обеспечения медицинского обслуживания беременных женщин, матерей и их детей, должно привести и приводит к значительному улучшению демографических показателей в нашей стране.

В настоящее время охрана репродуктивного здоровья подростков выдвигается в число наиболее приоритетных задач общественного развития

Репродуктивное здоровье и репродуктивное поведение подростков требует пристального внимания широкого круга специалистов подростковой медицины. Около 60 % заболеваний у подростков в возрасте 14-17 лет могут представлять в будущем реальную угрозу их бесплодия. Становится весьма актуальными проблема беременности (абортов, родов) контрацепции и инфекции передаваемых половым путём среди подростков.

Под репродуктивным здоровьем на сегодня следует включить понятие гармоничности и сбалансированности, физического, полового, психосексуального развития, соматическое и психическое здоровье подростка, а не только гинекологические заболевания и ИППП.

Следует ещё раз подчеркнуть, что от здоровья детей и подростков зависит здоровье человека на все последующие возрастные периоды, включая зрелость и старость.

Здоровье детей и подростков - самый ценный капитал общества и государства.

Формирование Здорового Образа Жизни является составляющей частью стратегии реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы, и неоднократно указывались Главой Государства как на одно из главных составных политики охраны здоровья населения.

Задачами здравоохранения являются дать каждому родившемуся ребёнку право на жизнь и охрану здоровья



**ЖҚТБ-НЫҢ КЕЙБІР ӘЛЕУМЕТТІК-ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ АСПЕКТІЛЕРІ**

*Н.А.Ташпагамбетова, Н.И.Рахматулина  
Марат Оспанов ат. БҚММА, әлеуметтік және гуманитарлық пәндер кафедрасы*

**НЕКОТОРЫЕ СОЦИАЛЬНО – ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СПИДА**

*Н.А.Ташпагамбетова, Н.И.Рахматулина  
Кафедра социальных и гуманитарных дисциплин с курсом психология и педагогика ЗКГМА им.  
Марата Оспанова, г.Актобе*

**SOME SOCIAL - PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF AIDS**

*N.A.Tashpagambetova, N.I.Rakhmatulina  
Chair of social and humanitarian disciplines with psychology and pedagogics course West-Kazakhstan  
medical academy named after Marat Osipanov, Aktobe*

Сегодня многие заболевания, и в том числе СПИД, связываются с проблемой наркомании и поэтому интерпретируются не столько как биологические, сколько, как представляющие собой социальную угрозу явления, ассоциирующиеся с нарушением норм общества.

СПИД – заболевание, обусловленное инфицированным вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), который вызывает глубокое поражение иммунитета. При нарушении иммунной защиты организм перестает сопротивляться инфекции и возникает возможность развития заболевания, называемого СПИДом, который имеет в своей основе поражение иммунной системы. Болезнь подкрадывается незаметно и развивается после латентного периода, который продолжается месяцы, годы. И в результате этого возникают и быстро прогрессируют разного рода инфекции и злокачественные новообразования.

В качестве источника вируса нередко рассматриваются маргинальные по отношению к общественной морали группы: наркоманы, проститутки, гомосексуалы. Такое приписывание выполняет, с одной стороны, функцию защиты собственной группы, а с другой – позволяет сохранить неизменным практикуемое поведение. Согласно психоаналитической трактовке, локализация угрозы в аутогруппе является способом проекции на других той части «Я» (self), которую индивид не желает иметь, от которой хочет избавиться.

Указанные факторы не могли дать удовлетворительных объяснений, почему возникает болезнь, однако со временем успехи медицины

позволили обозначить некоторые причины: наследственность, характерологические особенности, а также условия труда, стиль жизни в больших городах, провоцирующий неблагоприятные психические и эмоциональные состояния. Но многие из этих причин рассматриваются сегодня для объяснения таких заболеваний, как рак, сердечно-сосудистым расстройствам.

На уровне обыденного сознания в современную эпоху именно общество выступает одним из источников болезней: высокий темп жизни, стрессы, загрязнение окружающей среды, враждебность и агрессивность мегаполисов. Общество само оказывается агрессором, ибо жизнь в нем ненатуральная, опасная и негативно влияет на изначально здорового индивида. Подобные выводы свидетельствуют о необходимости социально-психологического анализа таких явлений, как болезнь и здоровье.

Употребление инъекционных наркотиков сопряжено с крайне высоким риском передачи ВИЧ. И хотя самый простой способ избежать риска для здоровья, связанного с наркотиками - это не употреблять их, но, к сожалению, большинство программ профилактики наркомании среди людей и подростков остаются неэффективными.

Наркоманию в народе называют «белой смертью», так как список жертв наркомании просто огромен. Наркотики - это группа веществ различного происхождения, но объединяет их сходство воздействия на организм. Совсем недавно, несколько лет назад, мы делали вид, что у нас в стране нет проблемы наркомании. Царила атмос-



фера благодушия и самоуспокоения. Да и какие могли быть опасения, если больных, состоящих на официальном диспансерном учете, было не так уж много. Беда между тем неотвратимо надвигалась. Все больше людей из различных общественных групп попадали в ядовитую западню.

Как правило, уже после нескольких приемов наркотических веществ у человека появляется сильное влечение к одурманенному состоянию, называемому психической зависимостью от наркотиков. В дальнейшем развивается глубокая физическая зависимость. Наркотики все теснее включаются в обмен веществ в организме, появляется беспокойство, раздражительность, страх, сильные головные боли, мышечная дрожь и судороги, рвота, онемение конечностей и т.п. При этом возникает неодолимое желание – любой ценой достать наркотик. После приема наркотика обычно сразу же улучшается состояние и самочувствие. Но это временное явление, так как в результате психической и физической зависимости от наркотиков человек становится их рабом, т.е. человек сам, сознательно, поселяет боль в свой организм. Наркотик настолько вмешивается во все обменные процессы организма, что нет органа, где бы он не произвел разрушение. Наркоманы по несколько суток не могут принимать пищу, их мучает рвота и понос. Нервные клетки «кричат» о помощи. Кажется, сама природа мстит за свое поруганное достоинство. Своей смертью наркоманы умирают редко. Наркотики поражают человеческий организм в такой же степени, как лучевая болезнь. Многие умирают от инфекционных заболеваний и в том числе от СПИДа, кончают жизнь самоубийством, а оставшиеся наркоманы умирают от других причин, где главная - превышение дозы.

Причины употребления наркотиков разнообразны - от простого любопытства и подражания до состояния отчаяния, безысходности. Существует иллюзия, что употребление наркотиков позволяет человеку временно уйти от своих проблем, забыться, снять напряжение, но цена этой иллюзии

слишком высока - искалеченная человеческая жизнь. Наркомания - добровольное безумие. Принимая впервые это зелье, личность, не допускает мысли, что может стать наркоманом, считая, что им становится лишь человек, постоянно употребляющий наркотики. Но это опасное заблуждение. Многие считают, что, если почувствуют развитие зависимости, то при необходимости, могут остановиться. Но это тоже своего рода иллюзия, т.к., когда человек начинает понимать, что он попал в состояние зависимости, бывает уже поздно. Во время «ломки» наркоман готовы принять все, что угодно, пойти на что угодно, вплоть до преступления лишь бы снять боль. Летом наркоманы не обнажают руки до локтя, редко ходят на пляж, т.к. под одеждой – многочисленные «дорожки», оставленные уколами. Приходит время, и вены, в прямом и переносном смысле, сжимаются, твердеют и напоминают жгуты, меняется состав крови, развивается склонность к тромбозам и незаживающим язвам.

Человечество не вчера столкнулось с наркотиками. Каждая семья должна быть в ответе за подрастающее поколение. Будьте готовы к тому, что спасение вашего ребенка или друга может потребовать от вас серьезных и длительных усилий. Больной наркоманией и его родственники могут беспрепятственно обратиться в любое наркологическое учреждение для получения как консультации, так и полного лечения. Главное: осознанное желание и терпение. Помогая человеку спастись от наркотиков, следует помнить, что это болезнь, причем очень глубокая, психологическая, затягивающая личность, искажающая восприятие мира, отношение к нему.

СПИД относится к числу пяти главных болезней-убийц, уносящих наибольшее число жизней на нашей планете. Как бы ни было серьезно это заболевание, наше здоровье зависит почти исключительно от нашего социального поведения. Нет – излишней сексуальной раскованности, употреблению наркотиков.



## ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ АҚТҚ/ЖҚТБ ИНДЕТІНЕ МЕМЛЕКЕТТІК ЖАУАП ШАРАЛАРЫ

*М.А.Хасанова, Л.Ю.Ганина*  
*ЖИТСпен күрес және алдын алу Республикалық орталығы,*  
*Алматы қ.*

## ОТВЕТНЫЕ МЕРЫ ГОСУДАРСТВА НА ЭПИДЕМИЮ ВИЧ/СПИД В КАЗАХСТАНЕ

*М.А.Хасанова, Л.Ю.Ганина.*  
*Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом*  
*г.Алматы*

## RETURN STATE ACTIVITY TO HIV/AIDS EPIDEMIC IN KAZAKHSTAN

*M.A.Khasanova, L.U.Ganina*  
*Republican centre on AIDS prevention and control,*  
*Almaty*

Борьба с ВИЧ/СПИД является одним из приоритетов, который включен в общую долгосрочную стратегию развития Казахстана. Центральным документом, который регулирует вопросы ВИЧ/СПИД, является Национальная Программа по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан на 2006-2010г.г. Особое внимание в профилактике уделяется группам населения, в которых в настоящее время преимущественно распространяется ВИЧ-инфекция и которым грозит наибольший риск инфицирования ВИЧ. Это - потребители инъекционных наркотиков, секс-работники, мужчины, имеющие секс с мужчинами. В целях обеспечения всеобщего доступа к услугам профилактики уязвимых слоев населения, в Казахстане действует 146 пунктов доверия (ПД) для потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), которые обеспечивают этот контингент информационно-образовательными программами, коммуникациями, консультированием, обменом шприцев и игл, презервативами и дезинфицирующими средствами. Охват наркопотребителей профилактическими программами составил в 2007 году 29,0% от их оценочной численности в стране. Все центры СПИД оснащены автотранспортом под мобильные ПД для осуществления полевого этапа работы с уязвимыми группами населения и проведения дозорного эпидемиологического надзора. В деятельность ПД планируется интегрировать программы профилактики и раннего выявления туберкулеза среди ПИН, начинает работать пилотный проект по заместительной терапии наркозависимости метадонном. В рамках стратегии профилактики полового пути передачи ВИЧ, в РК работает 29 дружественных кабинетов по лечению инфекций, передающихся половым путем, охвачено лечением ИППП и профилактическими программами 9148 человек. В дружественные кабинеты в 2007 году внедрена экс-

пресс-диагностика ВИЧ-инфекции. На базе различных медицинских организаций действуют кабинеты анонимного тестирования (АТ) -324 и психосоциального консультирования (ПСК) -422. Проконсультировано до и после теста на ВИЧ более миллиона человек, в том числе анонимно - 106 774.

В республике все шире предоставляется противовирусное лечение больным СПИД, в 2007 году его получали 442 пациента (61% от лиц, нуждающихся в лечении). Лечение предоставляется на бесплатной основе и доступно, в том числе лицам, содержащимся в местах лишения свободы. В 2007 году АРВ-терапию получали 64 заключенных. Причиной того, что мы не достигаем более высокого охвата противовирусным лечением, является низкая приверженность, так как 80% лиц, получающих антиретровирусную терапию, являются потребителями инъекционных наркотиков. Недостаточный спектр доступных по цене антиретровирусных препаратов ранее также являлся одной из причин низкого охвата людей с ВИЧ лечением. Данная проблема была успешно решена в 2007 году. В настоящее время зарегистрировано 23 препарата для проведения антиретровирусной терапии, 11 из них - вошли в список жизненно важных препаратов.

В целях профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку, в 2007 году внедрена экспресс диагностика для необследованных беременных, поступающих в родильные дома. Внедрена ПЦР (полимеразная цепная реакция) диагностика ВИЧ-инфекции у детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей. Всем ВИЧ-инфицированным беременным женщинам, идущим на роды, проводится курс АРВ-профилактики. В 2007 году получили профилактическое лечение 126 беременных женщин из 152 родивших (68,4%) и 130 новорожденных из 153 родившихся (84,85%). 26 беременных женщин не получили АРВ



– терапию в связи с поздним выявлением ВИЧ-статуса, т.к. не состояли на учете по беременности.

Стабилизировать распространение ВИЧ в Казахстане помогают НПО, их работает 78. Первые в действующей Национальной программе выделено бюджетное финансирование для неправительственного сектора в рамках социального заказа. Проблемы ВИЧ/СПИДа широко освещаются в средствах массовой информации, проводятся

мероприятия, пропагандирующие здоровый образ жизни, сексуальную культуру, борьбу с наркоманией, а также направленные на профилактику ВИЧ/СПИДа.

Таким образом, в республике идет активизация профилактической работы, которая направлена на замедление темпов распространения ВИЧ/СПИД в уязвимых группах, что может предотвратить широкую экспансию ВИЧ/СПИДа на общее население.

## ҚАБЫСҚАН ҚҰРСАҚТЫҚ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСТЫ ИНФЕКЦИЯСЫНЫҢ НӘТИЖЕЛЕРІ

*Н.С.Божбанбаева*

*Педиатрия және балалар хирургиясының ғылыми орталығы, Алматы қ.*

## ИСХОДЫ ВНУТРИУТРОБНОЙ СОЧЕТАННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

*Н.С.Божбанбаева*

*Научный центр педиатрии и детской хирургии, г.Алматы*

## OUTCOMES OF INTRA-UTERINE COMBINED CYTOMEGALOVIRUS INFECTION

*N.S.Bozhbanbaeva*

*Science centre of pediatrics and children's surgery, Almaty*

В настоящее время отмечается значительный рост частоты смешанных ВУИ, среди которых особое место занимают возбудители так называемых оппортунистических инфекций – цитомегаловирусной (ЦМВИ) и герпетической инфекций (ВПГ).

Целью исследования явилось изучение исходов внутриутробной сочетанной ЦМВИ.

Под наблюдением находились 324 детей с верифицированной внутриутробной ЦМВИ и ВПГ, среди которых в группу с моно-ЦМВИ вошли 166 пациентов (I группа), ЦМВИ+ВПГ – 158 детей (II группа). Контрольную группу составили 63 детей (III группа) с отрицательными результатами лабораторных исследований на ВУИ. Дети обследовались на базе детской инфекционной городской клинической больницы, детских поликлиник №1,3,6 г. Алматы в период 2001-2007 г.г. Наблюдение за инфицированными детьми проводилось в динамике в течение первых трех лет жизни. Верификация внутриутробной ЦМВИ, ВПГ проводилась на основании перинатальных факторов риска, клинических проявлений и специфических маркеров ЦМВИ – антицитомегаловирусных, антигерпетических Ig M, IgG, низкоавидных IgG

антител, нарастании титров специфических IgG в динамике, превышении их над материнскими, а также выявлении ДНК возбудителя в крови, моче, слюне.

При изучении анамнестических данных установлено, что внутриутробное развитие плода в первых двух группах происходило в условиях сочетанного воздействия разнообразных повреждающих факторов (отягощенный акушерский анамнез матери, патологическое течение беременности, родов), ведущих к развитию хронической гипоксии. Следует отметить, что во II группе отмечено наиболее частое сочетание нескольких пренатальных факторов риска, причем инфекционного характера, что, по-видимому, связано с вторичным иммунодефицитным состоянием беременных на фоне ассоциированной латентной инфекции.

Ранний неонатальный период протекал тяжело у инфицированных детей, особенно с микс-инфекцией, по сравнению с контрольной группой. Наиболее частым клиническим синдромом была церебральная ишемия (91%), реже -внутриутробная пневмония (15%), менингоэнцефалит (12%), кардит (12%), гепатит (6,9%). Недоношенность (24%), задержка внутриутробного развития (36%)



отмечались несколько чаще во II группе. Частота врожденных пороков развития была одинаковой в первых двух группах и составила 36%.

При катамнестическом наблюдении детей до 3 лет, выявлены исходы перенесенной внутриутробной инфекции в виде гидроцефального синдрома (в I гр. -37,6%, во II гр. - 45,4%), минимальной мозговой дисфункции (в I гр. -32,9%, во II гр. - 45,4%), задержки психоречевого развития (в I гр. -38,8%, во II гр. - 48,4%), эпилепсии (в I гр. -37,6%, во II гр. - 45,4%), ДЦП (в I гр. -18,8%, во II гр. - 22,7%), гидроцефалии (в I гр. -28,2%, во II гр. - 30,3%), микроцефалии (в I гр. -9,4%, во II гр. - 9,0%), слепоты и тугоухости (в I гр. -6%, во II гр. -10 %). Кроме того, отмечались вторичные иммунодефицитные состояния (в I гр. - 37,6%, во II гр. -45,4 %), хронические заболевания органов дыхания (в I гр. - 18,8%, во II гр. -22,7 %), печени (в I гр. - 10,5%, во II гр. -12,1%), почек (в I гр. - 10,5%, во II гр. -15,2 %), а также атопический дерматит (в I гр. - 16,5%, во II гр. -22,7 %). Стойкая анемия регистрировалась у 80% инфицированных детей. Во всех случаях имели место выраженные достоверные различия по сравнению с контрольной группой.

Летальные исходы отмечены у 19 инфицированных детей, причиной которых в неонатальном периоде явилась генерализованная ЦМВИ, полиорганная недостаточность, присоединение бактериальной флоры с развитием сепсиса. В постнеонатальном периоде дети погибали от рецидивирующих инфекций на фоне инвалидности. Причина летальности детей с микстинфекцией явились множественные врожденные пороки, рецидивирующие инфекции в постнеонатальном периоде на фоне инвалидности.

Таким образом, учитывая неблагоприятные последствия ЦМВИ и сочетанной ЦМВИ необходимо проведение своевременной этиотропной и иммуномодулирующей терапии, а также диспансерное наблюдение этих детей в динамике в течение первых лет жизни.

#### *Литература*

1. Вартанян Р. ЦМВИ у детей: клинические проявления и терапия. - Врач. 2002; 3: 26-27.
2. Куанышбекова Р.Т. Состояние здоровья детей с ВУИ. Автореф. дисс. ... д.м.н. - Алматы. , 2001: 52.
3. Скоромец А.П. Инфекционные поражения нервной системы. Автореф. дисс. ... д.м.н. - СПб , 2001: 55.

## АЛЛЕРГИЯЛЫҚ АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ

*Г.А.Байтуменова, З.И.Бекенова, Н.Х.Хасенова  
ҚР ДМ Республикалық аллергология орталығы, Алматы қ.*

## ПРОФИЛАКТИКА АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

*Г.А.Байтуменова, З.И.Бекенова, Н.Х.Хасенова  
Республиканский центр аллергологии МЗ РК, г.Алматы*

## ALLERGIC DISEASES PREVENTION

*G.A.Bajtumenova, Z.I.Bekenova, N.Kh.Khasenova  
Republican center of allergology under MH RK, Almaty*

В течение последних 30-40 лет во всем мире отмечается значительный рост распространенности атопических аллергических заболеваний, в том числе астмой, экземой, риноконъюнктивитом и анафилаксией.

В связи со значительной распространенностью аллергозов большую актуальность приобретает проблема профилактики аллергозов.

Многочисленные эпидемиологические исследования, проведенные за последние 20 лет, позволили прояснить основные причины и факторы риска распространения аллергозов как во времени, так и в географическом пространстве. Более четкое понимание этих причин является крайне важным для профилактики этих заболеваний.



Основными факторами риска аллергозов являются: семейный анамнез – наследственные факторы, аллергическая сенсibilизация; способствующие факторы: курение, качество воздуха, климатические факторы, факторы стиля жизни. Некоторые инфекции, вирусные респираторные инфекции, отдельные формы гастроэнтерита могут индуцировать развитие аллергозов. Однако на прирост аллергических заболеваний указывает определяющая роль комплексного участия факторов окружающей среды и наследственной предрасположенности. Причем, действие большинства факторов окружающей среды на развитие аллергозов осуществляется еще в пренатальном периоде.

Раннее выявление высокой предрасположенности к аллергии позволяет своевременно начать профилактику атопической аллергии и по возможности избежать контакта с аллергеном. Наследственный анамнез, тщательно собранный врачом-аллергологом, позволяет сделать достоверный прогноз, разовьется ли в будущем аллергия у ребенка. Начальные симптомы аллергозов, появление в крови антител класса IgE к ингаляционным, пищевым аллергенам служит прогностическим фактором развития аллергии в будущем. Генетический скрининг станет одним из наиболее ценных инструментов профилактики аллергозов в целом.

Главные принципы профилактики аллергии и астмы представлены в в проекте Всемирной организации по аллергии (WAO) и Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), 2003 г. Рекомендации руководства по профилактике аллергозов предложено адаптировать в местных условиях, которые помогут ускорить выполнение национальных программ, международных исследовательских программ.

Документ посвящен, в первую очередь, мерам первичной профилактики, атопической аллерген-специфической сенсibilизации. Первичная профилактика подразумевает предотвращение иммунологической сенсibilизации (т.е. подавление выработки антитела изотипа IgE). Вторичная профилактика направлена на предупреждение развития аллергии на фоне сформировавшейся аллергической сенсibilизации (и недопущение прогрессирования экземы или риноконъюнктивита в более тяжелую патологию, а именно, в бронхиальную астму. Третичная профилактика состоит в лечении аллергических заболеваний и астмы.

Образовательные программы занимают важное место в ведении больных аллергологией, астмой и анафилаксией. Обучая пациентов оценивать тяжесть своего состояния, самостоятельно осуществлять профилактику и лечение этих заболеваний, можно эффективнее управлять их течением.

Основные принципы лечения астмы и анафилаксии необходимо разъяснять пациентам в специальных астма-школах и аллерго-школах.

Аллергические заболевания представляют не только серьезную медицинскую проблему, они создают экономические трудности для пациентов и общества, а также непосредственно влияют на качество жизни пациента.

Современная стратегия лечения и профилактики аллергозов направлена на улучшение качества жизни больных, это предполагает, прежде всего, назначение пациенту наиболее оптимальной терапии, которую можно достичь за счет высокого профессионального уровня врача и достаточного финансирования здравоохранения.



## ҮЗІЛІССІЗ БІЛІМ БЕРУ ЖАҒДАЙЫНДАҒЫ БАЛАЛАР МЕН ЖАС- ӨСПІРІМДЕРДІҢ ПСИХО-ФИЗИОЛОГИЯЛЫҚ БЕЙІМДЕЛУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ

*Л.Н.Шумилина, Ж.А.Калматаева, З.А.Амирханова, Н.Б.Сейткулова*  
*ҚР ДМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қ.*

## ПРОБЛЕМЫ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ НЕПРЕРЫВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

*Л.Н.Шумилина, Ж.А.Калматаева, З.А.Амирханова, Н.Б.Сейткулова*  
*Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы*

## PROBLEMS OF PSYCOPHYSIOLOGICAL ADAPTATION OF CHILDREN AND TEENAGERS IN CONDITIONS OF CONTINUOUS EDUCATION

*L.N.Shumilina, Z.A.Kalmataeva, Z.A.Amirkhanova, N.B.Seitkulova*  
*National Center for problems of healthy lifestyle development under Ministry of health RK, Almaty*

Содействие максимально полной реализации личностного потенциала учащихся - одна из важнейших задач организаций образования.

Однако принципиально важным условием для достижения этой задачи является высокий уровень здоровья подрастающего поколения, от состояния которого зависит физический потенциал, работоспособность, формирование жизненных и социальных мотиваций, а также развертывание его генетической программы. Этому отвечает и проведение в жизнь 4-го приоритета долгосрочной Стратегии развития государства «Казахстан-2030», предусматривающего обучение и привитие навыков ведения здорового образа жизни подрастающему поколению на всех этапах непрерывного образования.

К сожалению, за последние годы накапливаются данные о том, что сама по себе образовательная среда оказывает сильное влияние на формирование факторов риска для здоровья детей и подростков.

Медленное внедрение в учреждениях образования личностно - ориентированного и развивающего обучения, большое число авторских программ, техногенный тип современного образования и культуры приводят к заметной интенсификации информационных воздействий и напряжению психофизиологической адаптации обучающихся. Вследствие чего у них возникает напряженность и тревожность, которые в свою очередь определяют особенность смены функционального состояния и характер поведения.

Безусловно, «информационный бум» и «стрессовые ситуации» - это неотъемлемая часть научно-технического прогресса. Но, определенные экономические трудности, недостаточное внимание к социальным проблемам, низкое финансирование развития детского и юношеского

спорта, недостаток эффективных форм физического воспитания, низкая физическая активность, недоступность для большинства детей и подростков оздоровления и отдыха в летних лагерях, нерациональное питание, реформа образования с внедрением большого количества альтернативных учебных программ, часто не отвечающим физиологическим возможностям учащихся, широкое использование компьютерной техники низкого качества, неадекватное финансирование профилактического направления в здравоохранении и медицинской науке, привели к росту заболеваемости среди учащихся. Как следствие, растет число социально дезадаптированных детей и подростков.

Вызывают тревогу данные третьего национального исследования по изучению показателей образа жизни и состояния населения, проведенного НЦПФЗОЖ, которые показали, что в Казахстане лишь 14% детей практически здоровы. Функциональные отклонения имеют более 50%, хронические заболевания – до 40%. Профилактические медицинские осмотры выявили, что за период обучения в школе состояние здоровья детей и подростков ухудшается в 4-5 раз. К моменту окончания школы и поступления в ВУЗы и ССУЗы каждый 4-й выпускник имеет патологию сердечнососудистой системы, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы, аллергозов, эндокринной системы, нарушения обмена веществ, заболеваний, связанных с поведенческими факторами риска.

Так, распространенность табакокурения среди детей 12-14 лет составляет 8 -10%, среди подростков 15-17 лет – 17-21%, молодых людей 18-19 лет – 28-32%. Детей, употребляющих алкоголь, – 9,9%, подростков - 21,5%, молодежи – 50%, число детей, находящихся на диспансерном и консульта-



тивном наблюдении в медицинских учреждениях по причине употребления наркотиков составило 936, подростков – 2 405.

Отмечается тенденция роста преступности и проституции среди подростков и молодежи, случаев заболевания ИППП, ВИЧ/СПИД.

Неудовлетворительная экологическая обстановка, промышленная загрязненность, хронический стресс повышают риск развития хронических неинфекционных заболеваний.

В настоящее время синдром «школьной тревожности» встречается более чем у 67% школьников. Он выражается в виде агрессивности, депрессии, деструктивных, суицидных и других реакций. В результате страдает иммунная система. Не случайно для состояния здоровья современных школьников характерно сочетание нескольких отклонений здоровья одновременно. Беспокоит и рост тяжести патологии, определяющей возникновение социальной дезадаптации в период развития и формирования молодого организма, о чем свидетельствует увеличение болезней нервной системы и органов чувств до 86,2%.

В процессе обучения продолжают расти информационно-энергетические перегрузки, а эффективных педагогических и профилактических путей выхода из сложившейся ситуации пока не найдено.

Как известно, процесс адаптации организма обеспечивается сложной многоуровневой функциональной системой, задача которой - сохранение физического здоровья.

Связь между психикой и телом осуществляется через вегетативную нервную систему и проявляется в виде различных вегетативно-сосудистых реакций. Наиболее часто встречаемые из них: потливость, учащенное мочеиспускание, «медвежья болезнь» перед экзаменами, повышение температуры тела, сердечные спазмы, учащение сердцебиения, повышение артериального давления и другие. Нередко эти реакции приводят к развитию так называемых психосоматических заболеваний.

Психосоматические болезни – это болезни нарушенной адаптации (приспособления, защиты) организма, заболевания внутренних органов и систем организма, возникающие вследствие психических или эмоциональных факторов. Как говорят в народе, это те заболевания, которые появляются на «нервной почве». Наиболее известные из них: бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки, неспецифический язвенный колит, гипертоническая болезнь, мигрень, сахарный диабет, тиреотоксикоз, нейродермит, псориаз, сексуальные расстройства, а также нарушения менструального цикла у девушек, что в дальнейшем может отразиться на репродуктивном здоровье. В свою очередь, от состояния здоровья во многом зависит успеваемость школьников.

Информационная перегрузка школьников, возникающая при изучении многочисленных учебных дисциплин, также является серьезным испытанием для юного организма, находящегося в процессе роста, развития и полового созревания. К тому же, при суммарном влиянии нескольких факторов риска отрицательное воздействие на организм усиливается. Например, экзаменационный период можно рассматривать как один из вариантов стрессовой ситуации, протекающей в условиях дефицита времени, повышенной ответственности и элементов напряженности.

Совершенно очевидно, что сложившаяся ситуация со здоровьем детей и подростков требует коренных изменений и поиска путей выхода, поскольку именно подростки на ближайшую перспективу определяют качество кадрового потенциала, будущее экономики страны, ее обороноспособность и здоровье грядущих поколений казахстанцев.

Возможные пути выхода из сложившегося положения

1. Повышение профилактической грамотности школьников и подростков, привитие навыков ведения здорового образа жизни через совершенствование предмета «Валеология - как быть здоровым», интеграцию программы «Здоровье и жизненные навыки»

2. Внедрение программы «Школьная психология в процессе формирования психического здоровья детей и подростков» в организациях системы среднего образования

3. Создание и развитие Службы Школьной медицины

4. Реализация проекта ВОЗ «Школы, способствующие укреплению здоровья»

5. Внедрение проекта «Школы доброжелательного отношения к детям»

6. Применение интерактивного метода обучения «Маршрут безопасности» в профилактике ВИЧ/СПИД, ИППП среди учащихся

7. Совершенствование проведения профилактических медицинских осмотров с последующей диспансеризацией, оздоровлением и укреплением здоровья учащихся

8. Введение штатной единицы психолога в организациях образования

9. Проведение Фестивалей здоровья, спартакиад «Мама, папа и Я – здоровая семья» с целью профилактики гиподинамии и повышения физической активности, пропаганды здорового образа жизни

10. Развитие детского и юношеского спорта в республике

11. Совершенствование форм физического воспитания в организациях образования

12. Организация рационального питания школьников, принятие стратегии школьного питания



13. Расширение сети «Телефонов доверия»
14. Создание «Дворовых клубов по интересам» для детей и подростков
15. Содействие в доступности для большинства детей и подростков оздоровления и отдыха в летних лагерях

#### *Литература:*

1. «Формирование здорового образа жизни – важное направление социальной политики Ка-

захстана». Материал научно-практической конференции, под редакцией Аяповой Р.У., г. Астана, 2006 г.

2. «Психофизическое оздоровление и самосовершенствование». Холистическая практическая психология. Учебное пособие № 2, Валеопсихология, Романин А.Н., (автор-составитель), г. Москва, 1999г.

3. Материалы 3-го национального исследования НЦПФЗОЖ МЗ РК, г. Алматы, 2004 г.

## ҚАРАҒАНДЫ ҚАЛАСЫНЫҢ МЕКТЕПКЕ ДЕЙІНГІ ЖӘНЕ МЕКТЕП ЖАСЫНДАҒЫ БАЛАЛАРЫНЫҢ ТАМАҚТАНУЫ: КӘЗІРГІ КЕЗДЕГІ ПРОБЛЕМАЛАР

*С.П.Терехин, С.В.Ахметова, Е.В.Мацук*

*Қарағанды Мемлекеттік медицина академиясы, Қарағанды қ.*

## ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА КАРАГАНДЫ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ

*С.П.Терехин, С.В.Ахметова, Е.В.Мацук*

*Карагандинская Государственная медицинская академия, г.Караганда*

## NUTRITION OF PRESCHOOL AND SCHOOL AGE CHILDREN OF KARAGANDA: MODERN PROBLEMS

*S.P.Terekhin, S.V.Akhmetova, E.V.Matsuk*

*Karaganda state medical academy, Karaganda*

Общеизвестно, что характер питания детей и подростков – важнейшее условие поддержания здоровья нации [3]. Однако, в настоящее время только у очень немногих детей питание может считаться здоровым и сбалансированным.

Как установлено, детское население Караганды, потребляет в пищу слишком много насыщенных жиров и простых сахаров, при дефиците в рационах белка, витаминов и минеральных веществ. Для удовлетворения потребности в них питание должно быть разнообразным и здоровым.

Это требование может быть обеспечено только при условии правильно организованного, рационального (здорового, оптимального, сбалансированного и т.п.) питания детей в ДДУ, школьных учреждениях и домашних условиях.

Однако, анализ состояния питания детей в детских дошкольных, и особенно школьных учреждениях, указывает на существенные отклонения от принципов рационального питания, следствием чего являются значительные нарушения биологической ценности рационов [2]. К числу этих нарушений относятся:

- недостаточное использование в питании некоторых групп продуктов (рыбы, кисломолочных продуктов, овощей и фруктов, злаков)

- избыточное потребление соли, специй, сахара и кондитерских изделий

- нарушение режима питания.

В детском возрасте закладываются основы правильного пищевого поведения на всю жизнь, и главным фактором в этом процессе являются пищевые привычки родителей. Первый этап формирования пищевых привычек закладывается в семье. Родители панически боятся недокормить ребенка, что часто перерождается в систематический перекорм ребенка. Нездоровые пищевые привычки родителей, которые злоупотребляют «быстрой едой», водят ребенка в различные кафе, приводит к тому, что ребенок привыкает к подобному типу питания и другая здоровая еда ему уже не нужна.

Нарушение в питании детей во многих семьях усугубляются недостатками в организации питания в школах. Несбалансированное питание школьников является в настоящее время актуальной пробле-



мой. В Караганде не решена полностью проблема с обеспечением учащихся горячим питанием. Отмечается тенденция к замене горячего питания буфетной продукцией, имеющей несбалансированный состав и высокую калорийность. Недостатком в организации питания школьников является, также, составление меню с учетом стоимости продуктов питания, а не физиологической потребности детей в биологически ценных веществах, превалирует углеводистая модель питания, используются приемы уменьшения объема и веса блюд.

Еще одна проблема – это время, за которое должен успеть пообедать школьник. Самая большая перемена в школе длится всего 20 минут. За это время учителя пытаются накормить сразу несколько классов. Дети стараются есть быстро, захватывая в рот все сразу и почти не прожевывая. Так что даже если обед качественный, за отведенный для него промежуток времени, он не сможет усвоиться с пользой для детского организма.

Огромное распространение широко разрекламированного и так популярного среди наших детей пищевого мусора (чипсы, жевательные резинки, газированные напитки) часто вытесняет из их рациона более ценные естественные продукты.

Ухудшение качества и структуры питания, способствуют росту распространенности среди

детей города Караганды алиментарно-зависимых заболеваний. В первую очередь, обращает на себя внимание, выявляемое из года в год повышение распространенности и заболеваемости анемией, болезнями органов пищеварения, эндокринной системы [1].

Представленные здесь данные о характере питания детей и подростков представляют лишь некоторые “штрихи к портрету” проблем, которые существуют в этой области. Однако уже краткий обзор проблем подчеркивает их значимость для сохранения здоровья детей и подростков.

#### *Литература*

1. Аимбетова Г.Е. Некоторые аспекты состояния здоровья школьников Республики Казахстан // Материалы Международной научно-практической конференции, г. Алматы, 19 октября 2004.- стр. 34-36.

2. Бердығалиев А.Б., Балқимбеков Ш.А. Особенности фактического питания школьников в условиях крупного города // Материалы Международной научно-практической конференции, г. Алматы, 19 октября 2004.-стр. 67-70.

3. Тажибаев Ш.С. Обзор проблем питания в Казахстане. // Здоровье и болезнь.-2007. -№5 . стр. 4-7.

## **ДЕНСАУЛЫҚ ЖӘНЕ БЕЙІМДЕЛУ РЕЗЕРВІНІҢ ӨЛШЕМІ РЕТІНДЕ, СТУДЕНТТЕРДІҢ ӨМІР САПАСЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ**

*М.А.Сорокина*

*Қарағанды Мемлекеттік медицина академиясы, Қарағанды қ.*

## **ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У СТУДЕНТОВ КАК КРИТЕРИЙ ЗДОРОВЬЯ И РЕЗЕРВОВ АДАПТАЦИИ**

*М.А.Сорокина*

*Қарағандинская Государственная медицинская академия,  
г.Қарағанда*

## **FEATURES OF QUALITY OF LIFE AT STUDENTS AS CRITERION OF HEALTH AND RESERVES FOR ADAPTATION**

*M.A.Sorokina*

*Karaganda state medical academy, Karaganda*

Одним из важнейших показателей общественного благополучия и здоровья является качество жизни человека. На сегодняшний день изучение качества жизни из общего вопроса превратилось в предмет научных исследований. Во-первых, качество жизни включает в себя информацию об ос-

новных сферах жизнедеятельности человека: физической, психической, социальной. Во-вторых, качество жизни изменяется во времени в зависимости от состояния обследуемого, обусловленного рядом эндогенных и экзогенных факторов. И наконец, оценка качества жизни, сделанная самим



обследуемым, является ценным и надежным показателем его общего состояния.

В рамках проводимых нами системных исследований по проблемам психофизиологической адаптации основных участников образовательного процесса в высшей медицинской школе, нами изучалось качество жизни студентов медицинских вузов и связь показателей качества жизни с личностными и психофизиологическими характеристиками. В исследовании приняли участие 153 студента медицинского вуза (52 юноши и 101 девушка), в возрасте от 19 до 23 лет. Исследования проводили в начале учебного года. Качество жизни оценивали с помощью опросника WHOQOL-BREF. Опрос-

ник содержит 26 вопросов и позволяет оценить качество жизни по 4 основным сферам: Физическая, Психическая, Социальная и Окружающая среда. Для оценки психофизиологических показателей использовали 16-факторный личностный опросник Кеттелла, тесты «Простая зрительно-моторная реакция (ПЗМР)», «Оперативная память (ОП)».

Восприятие качества жизни с точки зрения индивида почти всегда субъективно и имеет связь с его личностными особенностями. В ходе проведенных нами исследований установили наличие корреляции между показателями качества жизни и некоторыми особенностями личности обследуемых (таблица 1).

**Таблица 1. Значения коэффициента корреляции между показателями качества жизни и психофизиологическими характеристиками у студентов**

Показатели	Сферы качества жизни			
	1	2	3	4
фактор А: «замкнутость - общительность»	0,3	0,3	0,3	0,3
фактор С: «эмоциональная нестабильность - эмоциональная стабильность»	0,5	0,5	0,4	0,3
фактор Е: «подчиненность-доминантность»	0,3	0,2	0,2	0,2
фактор F: «сдержанность - экспрессивность»	0,4	0,3	0,3	0,2
фактор О: «спокойствие - тревожность»	-0,5	-0,3	-0,3	-0,4
фактор Q4: «расслабленность - напряженность»	-0,4	-0,4	-0,3	-0,4
математическое ожидание времени ПЗМР	-0,3	-0,4	-0,2	-0,2
среднеквадратичное отклонение времени ПЗМР	-0,2	-0,2	-0,02	-0,03
уровень безошибочности ОП	0,2	0,2	0,1	0,1

Примечание: 1 – Физическая; 2 – Психическая; 3 – Социальная; 4 – Окружающая среда; ПЗМР – простая зрительно-моторная реакция, ОП – оперативная память

Более низкую оценку качеству своей жизни по исследуемым сферам дали студенты, у которых ярче выражены такие личностные черты как:

- скрытность, обособленность, отчужденность, недоверчивость, необщительность, замкнутость, и т.д.;
- эмоциональная неустойчивость, импульсивность, переменчивость в настроениях, неустойчивость в интересах;
- мягкость, уступчивость, безропотность, услужливость, почтительность, застенчивость, готовность брать вину на себя, скромность;
- склонность к озабоченности, беспокойству о будущем, пессимистичность в восприятии действительности;
- неуверенность в себе, склонность к самобичеванию, чувствительность к одобрению окружающих, чувство вины и недовольство собой;
- высокая напряженность, фрустрированность, повышенная мотивация, взвинченность, раздражительность.

Была выявлена взаимосвязь между профессионально значимыми для студентов психофизиологическими адаптационными резервами и показателями качества жизни. Так, снижение качества жизни по сферам Физическая и Психическая сопровождалось, во-первых, снижением уровня активации центральной нервной системы, по параметрам теста «ПЗМР», во-вторых, снижением оперативной памяти: падение уровня безошибочности при выполнении теста «ОП» (таблица 1).

Проведенные исследования выявили необходимость в учете личностных особенностей респондентов при интерпретации результатов опросов по качеству жизни. Показана возможность в использовании показателей качества жизни в виде критериев психофизиологических резервов адаптации, хотя последнее на наш взгляд требует дальнейшего изучения.

## ДЕНСАУЛЫҚ ЖӘНЕ БЕЙІМДЕЛУ РЕЗЕРВІНІҢ ӨЛШЕМІ РЕТІНДЕ, СТУДЕНТТЕРДІҢ ӨМІР САПАСЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

*М.А.Сорокина Қарағанды Мемлекеттік медицина академиясы,  
Қарағанды қ.*

## АДАПТАЦИОННЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ РАЗНЫХ КЛИМАТИЧЕСКИХ РЕГИОНОВ

*Скучалина Л.Н., Айшауова Р.Р.  
Казахская государственная медицинская академия, Г. Астана.*

## ADAPTATION SYNDROME AT CHILDREN OF VARIOUS CLIMATE REGIONS

*L.N.Skuchalina, R.R. Ayshauova  
Kazakh state medical academy, Astana*

Адаптация играет существенную роль в развитии различных компенсаторных изменений в больном организме, защитных механизмов, противодействующих болезни.

В этой связи нам представилось интересным, изучить характер адаптации в Щучинско-Боровской курортной зоне детей из западного региона Казахстана, что явилось целью нашей работы.

С этой целью исследовано 150 детей из Атырауской области в возрасте 9-14 лет, находившихся на базе отдыха озера Котырколь «Самал». Климатические условия Атырауской области летом характеризуются высокой температурой (30-40°C) и повышенной влажностью. Новые климатические условия отличаются резко континентальным климатом со средней температурой воздуха в летнее время 18-22°C, частыми осадками в виде дождей, наличие смешанного леса с преобладанием хвойных пород вокруг озера.

Оздоровительные мероприятия детям проводились в течение 12 дней в виде климатотерапии, водных процедур, оздоровительной гимнастики, ходьбы по лесу. Кроме того, дети занимались игровыми видами спорта: футбол, волейбол, баскетбол. Ежедневно проводился врачебный контроль по основным физиологическим параметрам (температура тела, частота дыхания и сердечных сокращений, артериальное давление, пикфлоуметрия).

Результаты и обсуждение. В первые 2 дня наблюдения не отмечалось нарушений общего состояния и самочувствия. Показатели физиологических параметров соответствовали возрастной норме.

В последующем, на третьи – шестые сутки пребывания на базе отдыха у 90 детей (60,0%) появились различные жалобы.

На третьи-четвертые сутки в медицинский пункт обратилось 70 человек (46,7%). У части детей отмечалось повышение температуры до 37-39,8°C, головные боли, слабость (85,7%). Наименьшее количество человек имели тошноту и боли в животе (9,0%). Кроме того у 5,3% детей было выявлено понижение артериального давления в пределах 90/50 – 60/40 мм.рт.ст. Наличие сочетанных признаков наблюдалось у преобладающего большинства (64,5%).

На пятые-шестые сутки еще у 13,3% школьников появились вышеуказанные симптомы со схожей закономерностью. По длительности температурной реакции преобладающим было кратковременное повышение было преобладающим от однократного до сохранения в течение 36 часов (70,2%). У остальных детей (29,8%) повышенная температура держалась от трех до шести суток. В среднем температура поднималась до 38,3±2,5°C. При стойком повышении температуры цифры были выше в вечернее и ночное время. Прием жаропонижающих препаратов вызывал кратковременный эффект. Самочувствие детей страдало минимально даже при температуре 39,8°C при сохранении физической активности, аппетита.

Стойкого понижения артериального давления в течение суток не было отмечено ни в одном случае. У преобладающего большинства детей давление снижалось в вечерние часы, особенно после активной физической нагрузки на дискотеке. Более того, у 15,2% наряду со снижением артериального давления отмечалась потеря сознания.

Соответственно указанным изменениям, первоначально проводилось симптоматическое лечение, которое не имело особого положительного эффекта. Выяснилось, что питание на базе отдыха резко отличается от обычного, традиционного. Дома дети употребляли больше жидкости, в основном чай с молоком, не пили компот и кисель, которые часто были в меню. Дома в пище преобладали вторые блюда с отсутствием первых и различных молочных каш. Кроме того, дома раньше ложились спать. Исходя из этого, были ограничены физические нагрузки (участие в походах, соревнованиях, дискотеках), увеличено время сна. Дети получали чай с молоком в больших количествах по требованию. При изменении режима исчезли жалобы, состояние у детей улучшилось на 8-9 сутки.

Таким образом, период адаптации детей Атырауской области в условиях северного Казахстана проходил с температурной реакцией, абдоминальным синдромом и снижением артериального давления. Из этого следует, при приеме на отдых детей из других климато-географических регионов желательно создавать условия максимально приближенные к обычным по режиму дня и питанию.



**«Өз денсаулығын қорғауда азаматтардың, мемлекеттің, жұмыс берушінің жауапкершілігін күшейту факторы ретінде, ДДҰ «Салауатты жұмыс орындары» атты жобасын енгізудің тәжірибесі» атты 2005-2010 жж. арналған ҚР Денсаулық сақтау саласын өзгерту бағдарламасын іске асыру»**

**Республикалық семинарының  
ШЕШІМІ (РЕЗОЛЮЦИЯСЫ),**

**11-12 қазан 2007 ж.,**

**Астана қ.**

**РЕШЕНИЕ (РЕЗОЛЮЦИЯ)**

**Республиканского семинара-совещания**

**«Реализация Государственной программы реформирования и развития здравоохранения РК на 2005-2010 гг.: опыт внедрения проекта ВОЗ «Здоровые рабочие места», как фактор усиления ответственности государства, работодателей и граждан в охране своего здоровья»**

**11 - 12 октября 2007 г.**

**г. Астана**

**DECISION (RESOLUTION)  
of Republican seminar-meeting**

**“Realization of State Program RK on 2005-2010 : experience of WHO  
“Healthy workplaces” project introduction, as a factor of strengthening of the state,  
employers and citizens responsibility in health protection**

**11 -12 October, 2007**

**Astana**

Одним из механизмов реализации Государственной программы реформирования и развития здравоохранения (ГППРЗ РК) на 2005-2007гг., направленной на создание эффективной системы оказания медицинской помощи и основанной на принципах солидарной ответственности за охрану здоровья между государством и человеком, является внедрение и развитие в Казахстане национальной сети международного проекта Всемирной организации здравоохранения «Здоровые рабочие места».

Внедрение проекта ВОЗ «Здоровые рабочие места» начато по инициативе НЦПФЗОЖ МЗРК на пилотных предприятиях в 2002 году и на сегодняшний день в нем участвуют 32 предприятия из 10 регионов республики.

В семинаре-совещании приняли участие представители Министерств и департаментов здравоохранения, труда и социальной защиты, страхования, ассоциации предпринимателей, охраны окружающей среды, санитарно-эпидемиологического надзора, института профессиональных заболеваний, службы здорового образа жизни, зам

Акимы областей и гг. Астана и Алматы, предприятий-участников проекта ВОЗ «Здоровые города».

Проведение Республиканского семинара-совещания «Реализация ГППРЗ РК на 2005-2010 гг. - опыт внедрения проекта ВОЗ «Здоровые рабочие места» показало, какие преимущества в своей конкурентоспособности могут приобрести предприятия и общество в целом путем охраны здоровья людей.

Заслушан анализ профессиональной заболеваемости, санитарно-эпидемиологической ситуации на предприятиях страны, травматизма и несчастных случаев. Рассмотрен опыт 5 - лет внедрения проекта на предприятиях Казахстана, запланирована разработка единой концепции и стандартов по укреплению и сохранению здоровья сотрудников предприятий, охраны здоровья их семей, по охране окружающей среды.

Несмотря на определенный положительный опыт внедрения Проекта в Казахстане, в процессе обсуждения обозначился ряд трудностей и проблем, появился ряд предложений, для решения



которых необходимы единые действия Правительства, международных агентств, неправительственных организаций, руководителей предприятий и самих граждан и которые необходимо направить на сближение методов работы и подходов в области охраны здоровья.

В связи с определившейся ситуацией, участники семинара-совещания приняли решение:

1. Признать, что устойчивое развитие предприятия возможно только при успешном ведении вопросов, связанных со здоровьем работников, окружающей средой, соблюдением безопасности на предприятиях и привитии навыков ведения здорового образа жизни. Именно такое предприятие станет конкурентоспособным, а его работники – сохранят свое здоровье и здоровье членов своих семей.

2. Активно осуществлять внедрение проекта ВОЗ «Здоровые рабочие места», являющегося одним из аспектов Республиканской комплексной программы «Здоровый образ жизни».

3. Признать важность усиления мер по улучшению рабочих мест в рамках внедрения проекта ВОЗ «Здоровые рабочие места»!

4. Привлекать для развития Проекта региональную санитарно-эпидемиологическую службу, департаменты труда и социальной защиты, физической культуры и спорта, экологии и охраны окружающей среды, отделы по чрезвычайным ситуациям, ПМСП, страховые компании, волонтерское движение и молодежные организации.

5. Способствовать расширению и укреплению национальной сети предприятий – участников проекта ВОЗ «Здоровые рабочие места».

6. Содействовать развитию надлежащей практики в области охраны здоровья, окружающей среды и обеспечения безопасности на предприятиях, в сотрудничестве со всеми заинтересованными организациями и группами населения нашей страны: местными органами власти, контролирующими органами, хозяйственными субъектами, профсоюзами, НПО, социальными и страховыми организациями, исследовательскими и образовательными учреждениями, проверяющими

ми и профилактическими службами.

7. Организовать конкурс «Самое здоровое предприятие в отрасли».

8. Ввести на предприятиях обязательную производственную гимнастику, физкультминутку с учетом характера труда и предусмотреть кратковременные перерывы для разминки, оборудовать спортивно - тренажерный зал, массажный кабинет.

9. Учитывая ритм современной жизни, высокий уровень стрессовых ситуаций, способствовать изменению деятельности и психологического напряжения, ввести в каждой организации штатную единицу психолога, оборудовать кабинет психологической разгрузки.

10. Шире освещать ход реализации Проекта в СМИ.

11. Оказывать информационную и методическую поддержку в проведении на предприятиях кампаний по формированию здорового образа жизни, сохранению и укреплению здоровья. Регулярно разрабатывать и выпускать плакаты, вымпелы, буклеты, листовки и стикеры по проекту ВОЗ «Здоровые рабочие места».

12. Рекомендовать руководителям предприятий заключать договора по оказанию профессиональной медицинской помощи работникам за счет финансовых отчислений предприятия.

13. Мотивировать и стимулировать сотрудников, ответственно относящихся к своему здоровью и ведущих здоровый образ жизни (талоны на посещение бассейнов, фитнес-клубов, тренажерных залов, путевок в санатории, премирования). (Внести в «Кодекс о труде»)

14. Создать конкретную программу для производств разной деятельности со сроками ее реализации.

Мы призываем Правительство и местные органы управления, депутатов Парламента и маслихатов, Департаменты здравоохранения, руководителей предприятий, ученых и общественность, неправительственные организации объединить усилия для принятия действенных мер по сохранению и укреплению здоровья трудоспособного населения.



**ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ҮКІМЕТІНІҢ 2007ж. 21 ЖЕЛТОҚСАНЫНДАҒЫ,  
№1260, 2008-2016 ЖЫЛДАРҒА АРНАЛҒАН «САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫ»  
БАҒДАРЛАМАСЫН БЕКІТУ ТУРАЛЫ ҚАУЛЫСЫ**

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН  
№ 1260 от 21 декабря 2007 года  
ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРОГРАММЫ «ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ»  
на 2008 – 2016 годы**

**REPUBLIC OF KAZAKHSTAN GOVERNMENT REGULATION  
1260 FROM DECEMBER, 21ST, 2007 ABOUT APPROVAL OF “HEALTHY LIFESTYLE”  
PROGRAM ON 2008 - 2016**

В целях реализации Указа Президента Республики Казахстан от 6 апреля 2007 года № 310 «О дальнейших мерах по реализации Стратегии развития Казахстана до 2030 года» и создания единой системы для активизации и совершенствования мероприятий по пропаганде и формированию здорового образа жизни среди населения Республики Казахстан Правительство Республики Казахстан **ПОСТА-  
НОВЛЯЕТ:**

1. Утвердить прилагаемую программу «Здоровый образ жизни» на 2008-2016 годы (далее – Про-  
грамма).
2. Государственным органам и заинтересованным организациям, ответственным за реализацию  
Программы:
  - 1) принять меры по реализации Программы;
  - 2) ежегодно, к 10 января и 10 июля, по итогам полугодия представлять в Министерство здравоохранения Республики Казахстан информацию о ходе реализации Программы.
3. Министерству здравоохранения Республики Казахстан ежегодно, к 25 января и 25 июля, по  
итогам полугодия представлять в Правительство Республики Казахстан сводную информацию о вы-  
полнении Программы.
4. Признать утратившим силу некоторые решения Правительства Республики Казахстан согласно  
приложению к настоящему постановлению.
5. Контроль за исполнением настоящего постановления возложить на Министерство здравоохра-  
нения Республики Казахстан.
6. Настоящее постановление вводится в действие со дня подписания.

*Премьер-Министр  
Республики Казахстан К.*

*Масимов*

*Приложение*



**Перечень  
утративших силу некоторых решений Правительства  
Республики Казахстан**

1. Постановление Правительства Республики Казахстан от 30 июня 1999 года № 905 «О комплексной программе «Здоровый образ жизни» (САПП Республики Казахстан, 1999 г., № 30-31, ст. 288).
2. Постановление Правительства Республики Казахстан от 29 декабря 2002 года № 1446 «О внесении изменений и дополнений в постановление Правительства Республики Казахстан от 30 июня 1999 года № 905» (САПП Республики Казахстан, 2002 г., № 50, ст. 494).
3. Постановление Правительства Республики Казахстан от 30 декабря 2003 года № 1357 «О внесении изменений в постановление Правительства Республики Казахстан от 30 июня 1999 года № 905».
4. Пункт 2 постановления Правительства Республики Казахстан от 4 марта 2004 года № 272 «О внесении изменений в некоторые решения Правительства Республики Казахстан» (САПП Республики Казахстан, 2004 г., № 11, ст. 146).
5. Постановление Правительства Республики Казахстан от 6 января 2006 года № 22 «О внесении изменений и дополнений в постановление Правительства Республики Казахстан от 30 июня 1999 года № 905» (САПП Республики Казахстан, 2006 г., № 3, ст. 21).



Содержание

1. Паспорт Программы
2. Введение
3. Анализ современного состояния проблемы
4. Цель, задачи Программы
5. Основные направления и механизм реализации Программы
6. Необходимые ресурсы и источники финансирования
7. Ожидаемые результаты
8. План мероприятий на 2008–2010 годы по реализации Программы

**1. Паспорт Программы**

Наименование программы	Программа «Здоровый образ жизни» на 2008 – 2016 годы
Основание для разработки	Пункт 137 Указа Президента Республики Казахстан от 6 апреля 2007 года № 310 «О дальнейших мерах по реализации Стратегии развития Казахстана до 2030 года», пункт 118 постановления Правительства Республики Казахстан от 20 апреля 2007 года № 319 «Об утверждении Плана мероприятий по исполнению общенационального плана основных направлений (мероприятий) по реализации ежегодных 2005–2007 годов посланий Главы государства народу Казахстан и Программы Правительства Республики Казахстан на 2007–2009 годы, поручение Премьер-Министра Республики Казахстан К. Масимова от 2 июня 2007 года № 20-18/003-612 п.2
Разработчик	Министерство здравоохранения Республики Казахстан
Цель	Оздоровление населения и увеличение средней продолжительности жизни
Задачи	Содействие здоровому образу жизни, укреплению здоровья, развитию потенциала здоровья населения и формированию культа здоровья; создание комплексной, непрерывной и устойчивой системы формирования здорового образа жизни
Сроки реализации	2008 – 2016 годы: Первый этап: 2008 – 2010 годы Второй этап: 2011 – 2013 годы Третий этап: 2014 – 2016 годы
Необходимые ресурсы и источники финансирования	На реализацию программы в 2008 – 2010 годы будут направлены средства республиканского и местных бюджетов, а также другие средства, не запрещенные законодательством Республики Казахстан. Общие затраты из государственного бюджета на реализацию Программы на 2008 – 2010 годы составят 2 409737,6 тыс. тенге, в том числе из республиканского бюджета 219015,6 тыс. тенге, из средств местных бюджетов 2 190722,0 тыс. тенге. Предполагается поэтапное увеличение объема финансирования мероприятий по формированию здорового образа жизни с доведением до 1% от бюджета здравоохранения регионов в 2009 году, 2% в 2014 году и 3% в 2016 году. Объем финансирования Программы будет уточняться при утверждении республиканского и местных бюджетов на соответствующие финансовые годы в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

По годам (тыс.тенге)	Всего (тыс.тенге)	Республикан- ский бюджет (тыс. тенге)	Местный бюд- жет (тыс. тенге)
2008 г.	751959,0	67663,0	684296,0
2009 г.	817158,2	72871,2	744287,0
2010 г.	840620,4	78481,4	762139,0



Ожидаемые результаты

В результате реализации Программы будет достигнуто:

- повышение уровня средней продолжительности жизни до 71,3 лет;
- сокращение распространенности курения среди населения до 16,8%;
- сокращение распространенности употребления алкоголя в опасных дозах до 12,5%;
- увеличение распространенности употребления овощей и фруктов до 24,6%;
- увеличение распространенности физической активности до 26,6%;
- снижение распространенности избыточной массы тела до 29,3%;
- увеличение до 73% охвата исключительно грудным вскармливанием детей до 6 месяцев;
- снижение количества абортс среди женщин фертильного возраста до 20,7 на 1000 женщин фертильного возраста;
- снижение уровня предотвратимой смертности от основных социально значимых болезней на 100 тыс. населения, в том числе:
  - сердечно-сосудистые заболевания – до 428,4 случаев; травматизм – до 125,7;
  - онкологические заболевания – до 110,3;
  - снижение заболеваемости туберкулезом на 100 тыс. населения – до 97,6.

## 2. Введение

Программа «Здоровый образ жизни» на 2008 – 2016 годы разработана в реализацию Указа Президента Республики Казахстан от 6 апреля 2007 года № 310 «О дальнейших мерах по реализации Стратегии развития Казахстана до 2030 года», постановления Правительства Республики Казахстан от 20 апреля 2007 года № 319 «Об утверждении Плана мероприятий по исполнению общенационального плана основных направлений (мероприятий) по реализации ежегодных 2005-2007 годов посланий Главы государства народу Казахстана и Программы Правительства Республики Казахстан на 2007 – 2009 годы» и поручения Премьер-Министра Республики Казахстан Масимова К.К. от 2 июня 2007 года № 20-18/003-612 п.2.

Экономический рост и политическая стабильность, которого добился Казахстан, дает возможность для проведения глубоких социально-экономических реформ, обеспечивающих вхождение в число 50-ти наиболее конкурентоспособных стран мира и достижение устойчивого развития.

Одной из задач в области устойчивого развития страны является увеличение средней продолжительности жизни населения с внедрением и совершенствованием механизмов, обеспечивающих оздоровление нации.

В современных условиях дальнейшее развитие клинической медицины не может обеспечить улучшение основных показателей здоровья без коренного изменения в сторону профилактической направленности системы здравоохранения. По данным Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ), здоровье человека зависит от системы здравоохранения всего на 10% и на 50% – от образа жизни, который формируется под

воздействием окружения человека, права выбора, качества жизни и доступности возможностей укрепления здоровья.

В этой связи актуальным является формирование общественного мнения и активности в пользу здорового образа жизни. Одним из его основных инструментов остается комплексное межсекторальное взаимодействие по усилению факторов, определяющих сохранение и развитие потенциала здоровья человека (физических, экономических, социальных, экологических, культурных), с использованием новейших мировых технологий, подходов и методов формирования здорового образа жизни (далее – ФЗОЖ) на основе доказательной медицины.

Создание эффективной системы ФЗОЖ в Республике Казахстан должно кардинальным образом содействовать оздоровлению нации и переходу Казахстана к устойчивому развитию.

## 3. Анализ современного состояния проблемы

В последние годы, благодаря усилиям и последовательным действиям Главы государства, отмечается стабилизация и значительное улучшение социально-экономической ситуации в Казахстане.

Однако состояние здоровья населения республики и средняя продолжительность жизни (в 2006 году – 66,1 лет) существенно отстают от показателей развитых стран. В Японии, например, этот показатель выше казахстанского на 14 лет. Такое положение в Казахстане сложилось вследствие непрерывного роста общей смертности населения, которая с 5,7‰ в 1964 году выросла до 7,6‰ в 1989 и до 10,2‰ в 1995 и далее – до 10,4‰ в 2005 году, 10, 27‰ в 2006 году.



Прогноз уровня общей смертности в 2006 – 2010 годы при сохранении нынешней тенденции, указывает на возможность дальнейшего увеличения показателей смертности мужского (с 14,23 до 14,93 на 1000 населения) и женского населения (с 9,22 до 9,42) в городской местности, а также у мужчин села (с 9,73 до 10,04) и только среди женщин сельской местности отмечается стабилизация данного показателя (7,53 и 7,52 соответственно).

Установлены высокие потери лет здоровой жизни казахстанцев вследствие преждевременной смертности и инвалидизирующих последствий. На 1000 человек населения в 2005 году потеряно 231,1 единиц DALY, причем по причинам преждевременной смерти – 197,4 единиц, а вследствие инвалидности – 33,7. Это выше, чем в развитых странах мира (100 единиц). Значительные потери несет городская популяция, на долю которой приходится 61,6% и мужское население – 58,4% соответственно.

**Наибольшая доля смертей (86%) и бремени болезни (77%) обусловлены группой социально значимых заболеваний, таких как сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные новообразования, хронические респираторные заболевания, сахарный диабет. В основе этих заболеваний лежат поведенческие факторы риска, такие, как курение, потребление алкоголя и другие.**

Проведенные социологические исследования и скрининговые обследования показали, что распространенность табакокурения среди населения старше 12 лет в Казахстане составляет 22,8%, потребления алкоголя в опасных дозах – 18,1%, избыточной массы тела – 36,9%, из них с ожирением – 7,7%, достаточного употребления фруктов и овощей – 12,3%, физической активности – 13,3%.

По опыту развитых стран для устойчивости процесса ФЗОЖ в стране настоятельно рекомендуется формирование специального Фонда оздоровления нации путем отчисления 1% налога на табачные и алкогольные изделия. Одним из наиболее успешных примеров государственной и общественной политики, направленной на сокращение табакокурения и злоупотребления алкоголем, является опыт Таиланда, где 2% налоговых поступлений от табачной и алкогольпроизводящей индустрии (специфический налог) аккумулируются в Национальном Фонде по охране здоровья населения Таиланда, который финансирует бюджетные профилактические программы по борьбе с табакокурением и злоупотреблением алкоголем. В результате деятельности Фонда сократилось количество курящих и потребляющих алкоголь, а также отмечается значительная экономия бюджетных расходов на лечение.

Мировая практика показывает, что фонды содействия здоровью являются эффективным

средством контроля над табаком и могут использоваться более широко как в развитых, так и в развивающихся странах.

Высокая распространенность факторов риска сформировала высокий уровень заболеваемости хроническими неинфекционными заболеваниями (далее – ХНЗ). Именно эти заболевания, а также травмы, несчастные случаи и отравления возглавляют структуру заболеваемости и смертности населения Казахстана. Уровень общей заболеваемости взрослого населения Казахстана болезнями системы кровообращения в 2006 году составил 9178,0, травмами и отравлениями – 3813,4 и новообразованиями 1687,9 случаев на 100 000 населения. Смертность вследствие болезней системы кровообращения составила 533,1, травм и отравлений – 150,2 и злокачественных новообразований 118,6 на 100 000 населения соответственно.

За период с 1975 по 2006 годы в Казахстане отмечается неуклонный рост показателей смертности от сердечно-сосудистых заболеваний: с 255,4 до 533,1 на 100 тыс. населения. При этом в странах Европейского региона за этот же период смертность от заболеваний системы кровообращения снизилась почти в 1,5 раза и составляет, например, в Финляндии среди мужчин 15-59 лет 65 случаев на 100 000 соответствующего населения. Смертность от травм и отравлений в 1,5-1,8 раза выше, чем в странах Центральной Азии и более чем в 3 раза выше стран Евросоюза. Смертность вследствие злокачественных новообразований в 1,5-2,5 раза выше, чем в странах Центрально-Азиатского региона. При этом только у 3/4 больных диагностируются I-III стадии онкологического процесса, остальные поступают с диссеминированными формами заболевания.

Установлено, что 70-80% бюджета здравоохранения тратится на лечение хронических заболеваний и пациенты, страдающие хроническими заболеваниями, являются интенсивными потребителями медицинских услуг. Смерть в раннем возрасте, жизнь с хроническим заболеванием или инвалидностью приводит к тяжелым экономическим последствиям для семьи и общества. Работодатели и общество несут потери, связанные с пропуском рабочих дней, снижением производительности труда и текучестью кадров. Семьи и общество несут бремя расходов на здравоохранение (прямых и косвенных), сокращения доходов, раннего выхода на пенсию и повышенной зависимости от социального обеспечения и социальных пособий. Так, в Российской Федерации в 2005 году потеря национального дохода, связанная с сердечно-сосудистыми заболеваниями, инсультом и диабетом, составляла 11 млрд. международных долларов, а в период с 2005 по 2015 годы страна потеряет более 300 млрд. международных дол-



**ларов. Аналогичная ситуация может ожидать и Казахстан.**

Согласно расчетам экспертов, полное исключение смертности от болезней системы кровообращения позволило бы увеличить ожидаемую продолжительность жизни на 13,28 лет (13,05 – город и 13,48 – село) у мужчин и 18,21 лет (19,3 – город и 17 – село) у женщин. Эффект устранения смертности от несчастных случаев, отравлений и травм обеспечит прирост продолжительности жизни мужского населения на 4,23 года (4,58 – город и 3,66 – село), а женского на 1,43 года (1,55 – город и 1,21 – село); при исключении новообразований – на 1,6 и 1,9 лет соответственно.

Международный опыт показывает, что своевременное выявление и качественное лечение артериальной гипертензии приводит к сокращению на 30-40% риска инсульта. При проведении широкомасштабных профилактических мер в США за период с 1972 по 1994 гг. удалось снизить смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в 2 раза, а смертность от инфаркта – в 2,5 раза. Только за счет снижения среднего уровня холестерина, распространенности курения и повышенного артериального давления смертность от ишемической болезни сердца в Финляндии снизилась на 80% в 1972-1992 гг. В Ирландии за период с 1985 по 2000 годы на 48,1% удалось снизить смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. Профилактические программы и в бывшем СССР также позволили снизить смертность от сердечно-сосудистых заболеваний на 41%.

В этой связи одной из важнейших задач, стоящих перед Казахстаном, является необходимость сокращения бремени заболеваемости хронической патологией и преждевременной смертности.

Учитывая высокую заинтересованность мирового сообщества в снижении бремени заболеваемости, преждевременной смертности и укрепления здоровья, ВОЗ только за последние годы был принят не один стратегический документ, к которым присоединился и Казахстан: Европейский план действий по алкоголю (2000), Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (2003), Хельсинкская Декларация и план действий по улучшению условий жизни и здоровья детей (2004), Глобальная стратегия в области питания, физической активности и здоровья (2004), Бангкокская декларация по укреплению здоровья в условиях глобализации (2005), Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями (2006), Европейская Хартия по борьбе с ожирением (2006).

Данные документы предлагают странам активное содействие в разработке и осуществлении эффективных комплексных программ по сохранению и укреплению здоровья населения по следующим направлениям:

1) ответственность правительства за выработку государственной политики по снижению воздействия факторов риска для здоровья, с вовлечением всех причастных к нему секторов экономики, в достижении полного потенциала здоровья каждого индивида;

2) создание условий для принятия решений в пользу здорового образа жизни;

3) образование и профилактика на всю жизнь, как капиталовложение в здоровье и устойчивое развитие;

4) создание системы здравоохранения и соответствующей инфраструктуры, отвечающей потребностям населения для повышения их возможности в сохранении и укреплении здоровья.

За последние годы была разработана определенная законодательная база, обеспечивающая деятельность организаций службы ФЗОЖ Республики Казахстан и проведение мероприятий по пропаганде здорового образа жизни, профилактике заболеваний и факторов риска социально значимых заболеваний для сохранения и укрепления здоровья населения на межведомственном уровне. Однако современные подходы к ФЗОЖ, факторной профилактике заболеваний и сохранению здоровья граждан требуют дальнейшего совершенствования действующей и разработки новой законодательной основы с учетом современного состояния здоровья населения и международного опыта.

Послание Президента Республики Казахстан Назарбаева Н.А. «Стратегия вхождения Казахстана в число пятидесяти наиболее конкурентоспособных стран мира» (2006) и Концепция перехода Республики Казахстан к устойчивому развитию на 2007-2024 годы, одобренная Указом Президента Республики Казахстан от 14 ноября 2006 года № 216 поставили задачу коренного улучшения процесса ФЗОЖ в оздоровлении нации.

Сегодня Казахстан имеет национальную политику формирования здорового образа жизни, вобравшую в себя лучший мировой опыт. Создана служба ФЗОЖ, представленная на национальном, областном, городском и районном уровнях. К сожалению, на сегодня лишь в Жамбылской области служба представлена на всех уровнях. Имеются проблемы с кадровой обеспеченностью. Так, обеспеченность врачами и средним медперсоналом на уровне региональных центров ФЗОЖ составляет 78%, менее 50% – в Северо-Казахстанской, Костанайской, Мангыстауской областях.

Финансирование Центров ФЗОЖ из региональных бюджетов осуществляется без учета объема выполняемых работ, количества населения, заболеваемости и нужд организаций службы ФЗОЖ для реализации программы «Здоровый образ жизни». При одинаковом объеме задач финансирование службы ФЗОЖ на душу населения



значительно отличаются по регионам – от 6 тенге в Южно-Казахстанской и Алматинской областях до 51 тенге в Мангыстауской области.

В 2006 году финансирование мероприятий по ФЗОЖ по республике составило не более 0,15% от общих расходов на здравоохранение. Вместе с тем, международный опыт показывает, что добиться каких-либо успехов в политике ФЗОЖ можно при затратах не менее 3% от общих расходов на здравоохранение.

В связи с этим, для достижения результативности в укреплении здоровья необходимо обеспечить устойчивость процесса ФЗОЖ путем поэтапного увеличения финансирования Программы с 1% от бюджета здравоохранения в 2009 году до 3% в перспективе.

Одним из подходов усиления процесса ФЗОЖ является обеспечение его непрерывности, которая достигается внедрением принципа «образование и укрепление здоровья на всю жизнь», где также имеются определенные сложности, требующие своего кардинального решения.

Например, для обучения и привития навыков здорового образа жизни учащимся с 1998 года в организациях системы образования на всех уровнях внедряется предмет «Валеология – Как быть здоровым» как факультативное занятие, однако к 2006 году количество школ, где внедрен предмет «Валеология», снизился до 72%, а на последующих уровнях обучения – до 10%.

В обеспечении непрерывности повышения информированности и формирования навыков здорового образа жизни большую роль играют средства массовой информации. На фоне возрастающего количества программ, очень мало специальных передач, роликов и выделенных ресурсов в средствах массовой информации (далее – СМИ) в рамках государственного заказа или в рамках социально ответственного бизнеса, способствующих пропаганде здорового образа жизни и укреплению здоровья.

Одним из основных компонентов в создании эффективной системы ФЗОЖ, наряду с ее устойчивостью и непрерывностью, является обеспечение комплексности. Это повышение ответственности правительственных органов за выработку государственной политики по снижению воздействия факторов риска для здоровья, с вовлечением всех причастных к нему секторов, в достижении полного потенциала здоровья каждого индивида, создании условий для принятия решений в пользу здорового образа жизни, при активном участии самого населения.

Межведомственная работа на региональном уровне координируется рабочими группами в составе Координационного совета по охране здоровья при акимах. Вместе с тем, рабочие группы работают недостаточно активно, только в Жам-

былской и Павлодарской областях принята программа совершенствования региональной службы ФЗОЖ и усиления межведомственной работы.

На этапе становления службы ФЗОЖ межотраслевое взаимодействие было эффективным, однако в последующем, в связи с разделением и созданием самостоятельных центральных уполномоченных органов, комплексная межсекторальная программа стала отраслевой, отсутствовал координационный механизм на национальном уровне.

Концентрация усилий на комплексном, непрерывном подходе и обеспечении устойчивости системы ФЗОЖ – усиление контроля над поведенческими факторами риска, раннее выявление заболеваний, снижение предотвратимой инвалидности и смертности позволит улучшить качество жизни населения и устойчивое развитие казахстанского общества.

#### 4. Цель, задачи Программы

Целью Программы является оздоровление населения и увеличение средней продолжительности жизни.

Основными задачами Программы являются:

1. Содействие здоровому образу жизни, укреплению здоровья, развитию потенциала здоровья населения и формированию культуры здоровья.
2. Создание комплексной, непрерывной и устойчивой системы формирования здорового образа жизни.

На первом этапе (2008 – 2010 годы) предполагается активное вовлечение всех секторов с целью решения задач комплексного подхода к предупреждению отдельных социально значимых заболеваний и факторов риска. Особое внимание будет уделяться формированию здорового окружения на уровне отдельных групп населения и сообществ (дети, подростки, молодежь, лица с факторами риска основных социально значимых заболеваний). На уровне первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП) произойдет смещение приоритетов от лечения больных к профилактике заболеваний и укреплению здоровья «здоровых».

На втором этапе (2011 – 2013 годы) основное внимание будет сосредоточено на интегрированном, мультифакторном подходе, направленном на устранение основных факторов риска здоровья. Предполагается усиление деятельности медицинских работников в укреплении здоровья населения, особенно на уровне ПМСП, через механизмы экономического стимулирования. Решение социальных вопросов, влияющих на показатели здоровья, на национальном и местном уровнях получит более активную поддержку других секторов экономики.

На третьем этапе (2014 – 2016 годы) будет достигнута интеграция усилий всего общества в области развития потенциала здоровья, концен-



трирующаяся на первопричинах заболеваний. Национальная политика охраны здоровья и направление деятельности сектора здравоохранения будут ориентированы на здоровье «здоровых», развитие потенциала здоровья индивида при активном участии самого населения.

## 5. Основные направления и механизм реализации Программы

Реализация программы будет осуществляться по следующим направлениям:

1. Формирование у населения навыков ведения здорового образа жизни и профилактика:

1) поведенческих факторов риска – табакокурения, чрезмерного потребления алкоголя, употребления наркотиков, некачественного и нерационального питания, низкой физической активности;

2) социально значимых заболеваний и травматизма;

3) охраны репродуктивного здоровья.

2. Усиление межсекторального взаимодействия и вовлечение всего казахстанского сообщества в формирование здорового образа жизни:

1) усиление формирования здорового образа жизни в рамках первичной медико-санитарной помощи;

2) усиление роли образования в формировании здорового образа жизни;

3) повышение роли СМИ в пропаганде здорового образа жизни;

4) усиление связи здорового образа жизни и окружения человека;

5) участие неправительственных организаций и бизнес-сообщества в формировании здорового образа жизни;

6) обеспечение правовой среды для формирования здорового образа жизни; 7) научное сопровождение формирования здорового образа жизни;

8) усиление ресурсного и институционального обеспечения системы формирования здорового образа жизни.

### 5.1. Формирование у населения навыков ведения здорового образа жизни и профилактика заболеваний

Содействие здоровому образу жизни, укреплению здоровья, развитию потенциала здоровья населения и формированию культа здоровья будет осуществляться путем формирования у населения навыков ведения здорового образа жизни и профилактики:

1) поведенческих факторов риска: табакокурения, чрезмерного потребления алкоголя, употребления наркотиков, некачественного и нерационального питания, низкой физической активности через повышение информированности населения о последствиях для здоровья поведенческих факторов риска, выработку мотивации и

содействие созданию условий для ведения здорового образа жизни.

Информационная пропаганда будет осуществляться посредством электронных и печатных СМИ, разработки и распространения среди населения информационно-образовательных материалов по профилактике поведенческих факторов риска.

В информирование населения о вреде и последствиях поведенческих факторов риска и профилактическую работу, особенно среди детей, подростков, молодежи, будут широко вовлечены медицинские работники ПМСП и педагоги.

Будет повышен уровень информированности детей, подростков, молодежи о вреде и последствиях, связанных с табакокурением, алкоголизмом, употреблением наркотиков посредством разработки и внедрения обучающих образовательных комплексов в системе среднего и высшего образования.

Получит дальнейшее развитие волонтерское движение.

Значительное внимание будет уделено мобилизации общества путем разработки и внедрения целенаправленных мероприятий на местном уровне на основе имеющегося опыта в отдельных регионах страны, широкомасштабных акций, декадников, Всемирных дней, направленных на профилактику поведенческих факторов риска.

Будут рассматриваться наиболее эффективные пути снижения влияния информации, прямо или косвенно способствующей приобщению населения к потреблению табачных и алкогольных изделий.

В проведение пропаганды и создания социально приемлемого имиджа ведения здорового образа жизни в обществе будут привлечены лидеры и знаменитые люди страны (политики, деятели культуры, спортсмены).

Содействие снижению табакокурения будет осуществляться через «группы влияния»: работники системы здравоохранения, образования и государственные служащие, путем стимулирования и формирования системы поощрения отказа от курения.

Будет продолжена работа по обеспечению прав граждан на чистый воздух, безопасное окружение и получение информации путем разработки мер, направленных на расширение границ территорий, свободных от табачного дыма и потребления алкогольной продукции, а также на свободный доступ к полной и достоверной информации о неблагоприятном влиянии табака, алкоголя и наркотиков на здоровье человека.

Для оказания психологической помощи зависимым лицам, желающим бросить курить, злоупотреблять алкоголем, употреблять наркотики будут приняты меры по расширению сети кризисных центров, совершенствованию системы



медико-психологической помощи и работы телефонных линий доверия.

Создание и развитие сети молодежных центров здоровья позволит предоставить комплексную медико-психосоциальную помощь детям, подросткам и молодежи в преодолении личных и социальных проблем.

Будет усилена работа по формированию ответственного отношения к своему здоровью, особенно у детей, подростков и молодежи, путем привития им жизненных навыков ответственного поведения, противодействия внешнему давлению с использованием интерактивных технологий и принципа «равный равному».

Будут разработаны меры приоритетной поддержки развития малого бизнеса по производству и реализации национальных кисломолочных напитков на местном уровне.

Будут проведены мероприятия, касающиеся вопросов сертификации пищевых продуктов с учетом международных рекомендаций.

Большое внимание будет уделено обогащению витаминно-минеральными комплексами продуктов питания, в том числе предназначенных специально для грудных детей и детей раннего возраста с контролем над соблюдением норм.

Будут проведены необходимые содействия по обеспечению доведения уровня фортификации муки железом и йодирования соли до 100%.

Продолжатся мероприятия по содействию распространения практики исключительно грудного вскармливания в соответствии с рекомендациями ВОЗ, как минимум, до шести месяцев и параллельному совершенствованию технологий введения правильного прикорма.

Повысится уровень информированности и образованности педагогов, медицинских работников в вопросах культуры качественного питания.

Улучшится качество питания путем усиления контроля и соблюдения, совершенствования гигиенических норм и правил безопасности в производстве, переработки и хранения пищевых продуктов.

Содействие в обеспечении населения безопасной питьевой водой позволит снизить имеющиеся в ряде регионов страны проблемы, связанные как с определенными классами болезней, так и вносят свой вклад в экологическую безопасность страны.

Будут разработаны предложения по созданию возможностей продвижения продуктов питания, фруктов и овощей местного производства в соответствии с сезоном по доступным для населения ценам.

Будут продолжены организационные и разъяснительные мероприятия, направленные на постепенный охват учащихся предшкольных и начальных, затем старших классов горячим питанием. Будут предложены меры по повышению заинтересованности местных производителей по

поставке качественных продуктов питания в школы, совершенствованию форм обеспечения продуктами питания школьных столовых.

Будут выработаны предложения по улучшению качества питания через экономические меры, послабление налогового бремени для школьных столовых.

Будет проведена пропаганда по привлечению детей и молодежи в развивающуюся сеть доступных детских, дворовых клубов, кружков, секций.

Значительный импульс росту физической активности среди населения придаст развитие велосипедного движения, для чего будут оказано содействие в создании необходимых условий. Проведение традиционных спортивных мероприятий, развитие национальных видов спорта и народных игр в масштабах республики с вовлечением всех слоев населения, стимулирование двигательной активности через социальную рекламу будут объектом целенаправленных действий при создании условий по развитию физической активности.

Будут разработаны меры по созданию условий для оздоровления и занятий физической культурой работающего населения;

2) социально значимых заболеваний и травматизма через повышение профилактической деятельности в отношении сердечно-сосудистых заболеваний, онкологической патологии, хронических респираторных заболеваний, туберкулеза, ИППП, ВИЧ/СПИДа, других инфекционных заболеваний, травматизма, усиление ответственности к своему здоровью самого населения и межотраслевого взаимодействия.

В целях устранения вышеназванных причин высокого уровня показателей социально значимых заболеваний и травматизма будет проведен комплекс мер, направленных на повышение уровня информированности населения о профилактике социально значимых заболеваний и травматизма, их первых признаках возникновения и последствиях.

Для привлечения внимания всей общественности к данной проблеме будет продолжено проведение декадников и акций; разработка и распространение информационно-образовательных материалов, широкое вовлечение СМИ в освещение проблем социально значимых заболеваний и травматизма, информирование и обучение всех слоев населения первым признакам и последствиям заболеваний, а также основам безопасности жизни, само-и взаимопомощи при получении травм.

Большая роль будет отведена разработке и внедрению программ, направленных на информирование уязвимых групп населения по вопросам безопасного поведения, профилактики ИППП, ВИЧ/СПИД на основе привития жизненных навыков и использования современных технологий



обучения (волонтерское движение, обучение по принципу «равный равному», молодежные веб-сайты, информационно-образовательные молодежные центры и другие).

Повышение информированности населения будет также включать аспекты о необходимости проведения неспецифической и специфической профилактики инфекционных заболеваний.

Ранняя диагностика социально значимых заболеваний будет проводиться с использованием передовых технологий работы с населением специалистами ПМСП. Будут совершенствоваться подходы к ранней диагностике путем проведения скрининга (выборочных исследований) на повышенное артериальное давление, уровень холестерина и сахара в крови, а также их информационного сопровождения для активного вовлечения населения.

Получат развитие новые современные технологии по раннему выявлению, лечению и реабилитации больных, страдающих социально значимыми заболеваниями, а также профилактические меры для контактных лиц в случае инфекционных заболеваний.

Будет оказано содействие специалистам ПМСП в создании и развитии сети школ и клубов здоровья при ПМСП по обучению пациентов, имеющих поведенческие факторы риска и страдающих ХНЗ.

Для снижения уровня распространенности инфекционных болезней будет усилена профилактическая направленность в деятельности медицинских работников разного уровня по предотвращению заражения туберкулезом, ВИЧ/СПИД и ИППП с активным привлечением других секторов, неправительственных организаций.

Будет оказано содействие по повышению доступности уязвимых групп населения к профилактическим программам, а также к медико-социальным услугам по обследованию и лечению ИППП, психологической поддержке, тестированию на ВИЧ, к средствам индивидуальной защиты.

Будут внедряться и проводиться мониторинг целенаправленных мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний.

Повысится информированность населения о последствиях для здоровья несоблюдения правил личной и общественной гигиены, отказа от своевременной вакцинации.

Будут усовершенствованы Программы для медицинских работников по профилактике инфекционных заболеваний среди различных групп населения, предотвращению пищевых отравлений.

Для профилактики травматизма будут также предприняты межотраслевые действия, направленные на создание безопасных условий труда на рабочих местах, использование более безопасных технологий производства и способов передвижения, сокращение воздействия бытовых, произ-

водственных, дорожно-транспортных факторов, влекущих травматизм среди населения;

3) охраны репродуктивного здоровья через укрепление интеграции и координации антенатальной и перинатальной профилактики патологии матери и плода на уровне ПМСП, раннего охвата этой группы женщин диспансерным наблюдением в соответствии с международными стандартами, проведение широкомасштабных кампаний с вовлечением специалистов ПМСП, государственных, международных и неправительственных структур.

Будет оказано содействие профилактике нежелательной беременности путем совершенствования службы по планированию семьи и формированию здорового образа жизни, начиная с подросткового периода, включая профилактику табакокурения, употребления алкоголя и наркотиков, повышение физической активности с привлечением средств массовой информации, проведение информационной кампании «Сохраним репродуктивное здоровье подростков сегодня».

Будет повышена информированность населения по профилактике наследственных и врожденных заболеваний у детей, охране репродуктивного здоровья и оказано содействие в мобилизации общества по сохранению репродуктивного здоровья населения, особенно беременных и женщин фертильного возраста,

Будут активизированы работы по внедрению обучающих образовательных комплексов в организациях образования по вопросам сохранения и укрепления репродуктивного здоровья женщин и мужчин.

## **5.2 Усиление межсекторального взаимодействия и вовлечение всего казахстанского сообщества в формирование здорового образа жизни**

Создание комплексной, непрерывной и устойчивой системы формирования здорового образа жизни возможно при наличии развитой сети организационной, институциональной инфраструктуры и системы управления процессом ФЗОЖ.

В институциональное обеспечение реализации комплексной стратегии ФЗОЖ будут вовлечены все министерства и ведомства, местные исполнительные органы власти, неправительственные и общественные организации, а также население.

Усиление межсекторального взаимодействия и вовлечение всего казахстанского сообщества в ФЗОЖ будет достигнуто через:

1) усиление формирования здорового образа жизни в рамках первичной медико-санитарной помощи. Содействие и стимулирование медицинских работников ПМСП усилению профилактической работы будет осуществлено через внедрение стандартов профилактической деятельности,



программы скрининга заболеваний и мониторинга качества их внедрения.

Усилится роль ПМСП в интеграции различных аспектов формирования здорового образа жизни внутри и вне сектора здравоохранения.

Специалисты ПМСП будут активнее вовлекаться в проведение мероприятий по оздоровлению населения – широкомасштабных кампаний, декадников, месячников, фестивалей здоровья, спартакиад, конкурсов.

Создание молодежных центров здоровья на уровне ПМСП позволит внедрить комплексные медико-социальные услуги с акцентом на профилактику и ФЗОЖ на основе комплексного подхода и межведомственного взаимодействия.

Получат дальнейшее развитие меры по стимулированию деятельности ПМСП по вовлечению населения к ведению здорового образа жизни и укреплению здоровья. Активное участие населения в определении приоритетов, планировании, реализации, мониторинге и оценке профилактического вмешательства позволит сформировать культ здоровья на уровне местного сообщества.

Будут проводиться мероприятия по обучению парамедиков и населения оказанию доврачебной помощи в случаях получения травм и отравлений;

2) усиление роли образования в формировании здорового образа жизни подрастающего поколения.

Будет установлена благоприятная атмосфера между учащимися и школьным персоналом, между самими учащимися, а также между школой, домом и обществом.

Развитие и совершенствование медико-гигиенических, социально-психологических подходов к укреплению здоровья и профилактике заболеваний в системе образования, обучение навыкам, необходимым для принятия правильных решений относительно здоровья и сохранения окружающей среды создадут возможность для реализации максимального физического, психического и социального потенциала учащихся и формирования чувства ответственности учащихся за свое здоровье.

Создание благоприятной для здоровья окружающей среды во время работы и обучения, путем проведения организационных и разъяснительных мероприятий о надлежащей планировке помещений, игровых площадок, оснащении соответствующим оборудованием, обеспечении соответствующими мерами безопасности и организации правильного питания, что будет содействовать ФЗОЖ и созданию для учеников и школьного персонала целого ряда практических возможностей для ведения ЗОЖ.

Будут приняты меры по созданию и развитию целостной системы – службы школьной медицины, направленной на сохранение физической среды, укрепление здоровья ученика и всего учебного сообщества, на формирование мотивации к

здоровому образу жизни, валеологической грамотности путем разработки и совершенствования нормативной правовой базы, регламентирующей деятельность школьной медицины, создания системы мониторинга и оценки ее деятельности.

Будут интегрированы программы «Валеология» и «Здоровье и жизненные навыки», разработаны, распространены и внедрены обучающие образовательные комплексы по профилактике табакокурения, алкоголизма, наркомании, репродуктивного здоровья, ИППП, ВИЧ/СПИД.

Будут продолжены мероприятия по повышению квалификации медицинского персонала – врачей, средних медицинских работников, специалистов школьной медицины (школьных медицинских и подростковых кабинетов) по вопросам охраны и укрепления здоровья школьников и подростков, а также по развитию сети проектов ВОЗ «Школы, способствующие укреплению здоровья», «Здоровые университеты»;

3) повышение роли СМИ в пропаганде здорового образа жизни путем консолидации усилий медицинских работников и журналистов для усиления содержательной части медицинских программ (определение тематик медицинских программ с учетом актуальности проблем, разработка программ и статей совместно с представителями медицины, а также участие в программах видных деятелей здравоохранения, культуры, спорта, образования), увеличения государственного заказа на выпуск медицинских теле- и радио программ. Трансляция медицинских программ будет осуществляться в наиболее удобное для просмотра время (вечерние часы – в рабочие дни, утреннее время – в субботние и воскресные дни).

Для усиления и повышения качества работы со СМИ будут продолжены мероприятия по повышению качества освещения различных аспектов здорового образа жизни в СМИ;

4) усиление связи здорового образа жизни и окружения человека, путем использования имеющихся возможностей для соблюдения экологических стандартов и нормативов, соблюдения законодательства по защите окружающей среды.

Проведение мероприятий по предупреждению и уменьшению экологических угроз здоровью населения путем разъяснительных работ на рабочих местах позволит повысить ответственность каждого за экологическую безопасность.

Будут разработаны предложения по развитию экологического туризма, механизмам стимулирования предприятий, направляющих инвестиции на его развитие.

Продолжатся мероприятия по развитию сети проектов ВОЗ «Здоровые города», «Здоровые рабочие места», «Здоровые аулы», «Больницы, способствующие укреплению здоровья» с мониторингом индикаторов результативности;



5) участие неправительственных организаций и бизнес-сообщества в формировании здорового образа жизни путем активного вовлечения и стимулирование развития общественных движений и неправительственных организаций в формировании здорового образа жизни с предоставлением государственного социального заказа и привлечение средств бизнес-сообщества для повышения их корпоративной социальной ответственности.

Будут разработаны и внедрены меры по стимулированию работодателей за создание условий содействия ФЗОЖ и стимулированию работников, ведущих здоровый образ жизни;

б) обеспечение правовой среды для формирования здорового образа жизни путем разработки нормативных правовых актов и предложений, направленных на охрану и укрепление здоровья населения, и проведения их экспертизы.

Будет осуществлен мониторинг действующего законодательства с точки зрения современной политики по формированию здорового образа жизни и выработаны предложения по внесению изменений и дополнений в действующие нормативные правовые акты Республики Казахстан в области охраны здоровья населения, связанные с образом жизни и индивидуальными человеческими правами, а также по вопросам волонтерского движения;

7) научное сопровождение формирования здорового образа жизни путем разработки теоретических основ и организационных принципов развития системы формирования здорового образа жизни в Республике Казахстан.

Проведение научно-технических программ позволит изучить детерминанты здоровья населения и провести оценку факторов риска возникновения и развития заболеваний в современных условиях, разработать и внедрить инновационные технологии формирования здорового образа жизни на индивидуальном и популяционном уровнях, а также научно обосновать нормирование труда специалистов здорового образа жизни, ресурсного и материального обеспечения организаций ПМСП.

Продолжится мониторинг процессов ФЗОЖ, оценка эффективности профилактических программ и профилактических вмешательств в системе ПМСП, образовании и других секторах;

8) усиление ресурсного и институционального обеспечения системы формирования здорового образа жизни.

Вопросы по соблюдению антиалкогольного, антитабачного законодательства, школьного питания по результатам проведенных рейдов будут обсуждаться на Координационных советах по охране здоровья граждан при Акимах областей, городов Астаны и Алматы.

Будет изменена организационно-правовая форма организаций здравоохранения, осуществляющих деятельность в области ФЗОЖ, в виде

государственных предприятий на праве хозяйственного ведения, что позволит усилить их самостоятельность в принятии управленческих решений, способствовать развитию конкурентной среды и в целом стимулировать предоставление более качественных, усовершенствованных и востребованных услуг.

Поэтапное создание районных центров ФЗОЖ позволит расширить мероприятия по ФЗОЖ и эффективно охватить ими население на районном (сельском) уровне.

Укрепление материально-технической базы организаций здравоохранения, осуществляющих деятельность в области ФЗОЖ, позволит привести оснащение центров ФЗОЖ в соответствие с утвержденными минимальными нормативами оснащения данных организаций.

Будут проведены социологические исследования в регионах для мониторинга и оценки эффективности проводимых мероприятий по ФЗОЖ среди различных целевых групп, что позволит в последующем принять управленческие решения для совершенствования деятельности службы ФЗОЖ и проводимых мероприятий.

## **6. Необходимые ресурсы и источники финансирования**

На реализацию Программы в 2008-2010 годы будут направлены средства республиканского и местного бюджетов, а также другие средства, не запрещенные законодательством Республики Казахстан.

Общие затраты из государственного бюджета на реализацию Программы на 2008-2010 годы составят 2 409737,6 тыс. тенге, в том числе из республиканского бюджета 219015,6 тыс. тенге, из средств местных бюджетов 2 190722,0 тыс. тенге.

Объем финансирования Программы будет уточняться при утверждении республиканского и местных бюджетов на соответствующие финансовые годы в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

## **7. Ожидаемые результаты**

В ходе реализации Программы поэтапно будут достигнуты следующие результаты:

к 2010 году:

- 1) повышение уровня средней продолжительности жизни до 68,1 лет;
- 2) сокращение распространенности курения среди населения до 19,3%;
- 3) сокращение распространенности употребления алкоголя в опасных дозах до 14,6%;
- 4) увеличение распространенности употребления овощей и фруктов до 14,8%;
- 5) увеличение распространенности физической активности до 16,1%;
- 6) снижение распространенности избыточной массы тела до 34,4%;



- 7) увеличение до 68% охвата исключительно грудным вскармливанием детей до 6 месяцев;
- 8) снижение количества абортс среди женщин фертильного возраста до 28,1 на 1000 женщин фертильного возраста;
- 9) снижение уровня предотвратимой смертности от основных социально значимых болезней (на 100 тыс. населения), в том числе:
- сердечно-сосудистые заболевания – до 481,9 случаев;
- травматизм – до 140,5;
- онкологические заболевания – до 119,5;
- 10) снижение заболеваемости туберкулезом до 117,1 случаев на 100 тыс. населения;
- к 2013 году:
- 1) повышение уровня средней продолжительности жизни до 69,7 лет;
- 2) сокращение распространенности курения среди населения до 17,8%;
- 3) сокращение распространенности употребления алкоголя в опасных дозах до 13,4%;
- 4) увеличение распространенности употребления овощей и фруктов до 18,5%;
- 5) увеличение распространенности физической активности до 20,2%;
- 6) снижение распространенности избыточной массы тела до 32,3%;
- 7) увеличение до 70,4% охвата исключительно грудным вскармливанием детей до 6 месяцев;
- 8) снижение количества абортс среди женщин фертильного возраста до 24,0 на 1000 женщин фертильного возраста;
- 9) снижение уровня предотвратимой смертности от основных социально значимых болезней (на 100 тыс. населения), в том числе:
- сердечно-сосудистые заболевания – до 428,4 случаев;
- травматизм – до 125,7;
- онкологические заболевания – до 110,3;
- 10) снижение заболеваемости туберкулезом до 97,6 случаев на 100 тыс. населения.

**8. План мероприятий на 2008-2010 годы по реализации программы (I этап)**

№	Мероприятия	Форма завершения	Ответственные исполнители	Срок исполнения	Предполагаемые расходы, (тыс. тенге)	Источники финансирования
1	2	3	4	5	6	7
<b>1. Формирование у населения навыков ведения здорового образа жизни и профилактика заболеваний</b>						
<b>Профилактика и ограничение табакокурения</b>						
1	Провести общественные слушания по усилению межсекторальных действий на национальном и местном уровнях по реализации антитабачного законодательства	Информация в Правительство Республики Казахстан	МЗ, МОН, МКИ, МВД, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	25 июля 2009 – 2010 гг.	2008 г. – 300,0 2009 г. – 480,0 2010 г. – 300,0  2008 г. – 5335,4 2009 г. – 5471,6 2010 г. – 5742,6	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
2	Принять меры по стимулированию отказа от курения в «группах влияния» среди работников здравоохранения, образования и государственных служащих	Приказы, решения местных исполнительных органов	Центральные исполнительные органы, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	2 квартал 2008 года	Не требуется	



3	Разработать и внедрить обучающие интерактивные компьютерные программы по профилактике табакокурения	Компьютерная программа	МЗ, МОН, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	3 квартал 2008 – 2010 гг.	2009 г. – 500,0 2010 г. – 500,0 2008 г. – 382,0  2009 г. – 2126,0 2010 г. – 2348,3	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
4	Развить сеть анти-табачных центров с телефонной службой помощи в отказе от курения в крупных городах регионов по опыту программы «Алматы - город свободный от табачного дыма»	Решение местных исполнительных органов	МЗ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы, НПО	1-4 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 100,0 2010 г. – 120,0  2008 г. – 6304,5 2009 г. – 7157,3 2010 г. – 7099,4	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
5	Провести выездные региональные семинары для специалистов анти-табачных центров	Приказ	МЗ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы, НПО	4 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 400,0 2010 г. – 420,0  2008 г. – 5972,3 2009 г. – 5394,5 2010 г. – 6478,5	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
6	Развить сеть больниц, свободных от табачного дыма	Приказ	МЗ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	3 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 150,0 2009 г. – 160,0 2010 г. – 172,0  2008 г. – 4066,1 2009 г. – 4951,8 2010 г. – 5377,1	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
7	Провести широкомасштабные акции по профилактике курения (международный и национальный конкурсы «Брось курить и выиграй», Всемирный День борьбы с курением, Международный День отказа от курения)	Приказ	МЗ, МКИ, МОН, Акимы областей, городов Астаны и Алматы, НПО	2 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 700,0 2009 г. – 800,0 2010 г. – 800,0  2008 г. – 12321,2 2009 г. – 13611,0 2010 г. – 13889,8	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
8	Проводить регулярные рейды по контролю реализации запрета курения в общественных местах	Решения Акимов областей, городов Астаны и Алматы	Акимы областей, городов Астаны и Алматы, МВД, МЗ, НПО	Ежеквартально 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 6189,0 2009 г. – 7639,2 2010 г. – 8424,8	Местный бюджет
9	Выпустить информационно-образовательные материалы по профилактике табакокурения (плакаты, буклеты, листовки, методические рекомендации, пособия)	Выпуск, тиражирование ИОМ	МЗ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	1 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 400,0 2009 г. – 500,0 2010 г. – 540,0  2008 г. – 8816,6 2009 г. – 9372,9 2010 г. – 9896,0	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
<b>Профилактика чрезмерного потребления алкоголя</b>						
10	Стимулировать производство и реализацию кисломолочных национальных напитков на местном уровне	Постановления местных исполнительных органов	Акимы областей, городов Астаны и Алматы	4 квартал 2008 г.	Не требуется	
11	Разработать и внедрить обучающие интерактивные компьютерные программы по профилактике злоупотребления алкоголя	Компьютерная программа	МЗ, МОН, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	3 квартал 2008 – 2010 гг.	2009 г. – 600,0 2008 г. – 874,0  2009 г. – 2059,4 2010 г. – 393,0	Республиканский бюджет*  Местный бюджет



12	Развить сеть кризисных центров для оказания психологической помощи созависимым лицам	Решения местных исполнительных органов	Акимы областей, городов Астаны и Алматы, НПО	1-4 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 200,0 2009 г. – 250,0 2010 г. – 200,0  2008 г. – 5954,7 2009 г. – 7125,2 2010 г. – 7023,8	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
13	Провести республиканскую акцию «День отказа от употребления алкоголя» с широкой информационной кампанией «Мы - за трезвый образ жизни» среди молодежи	Приказ	МЗ, МОН, МВД, МКИ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы, НПО	4 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 350,0 2009 г. – 600,0 2010 г. – 450,0 2008 г. – 9655,9 2009 г. – 10525,8 2010 г. – 10687,3	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
14	Внедрить новые информационно-игровые технологии профилактики употребления алкоголя среди подростков	Проведение дебатов, шоу, игр, викторин в организациях образования	МЗ, МОН, МКИ, МТС, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	2-3 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 200,0 2009 г. – 320,0 2010 г. – 320,0 2008 г. – 8967,4 2009 г. – 9417,9 2010 г. – 10165,1	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
15	Развивать общественные движения по профилактике чрезмерного потребления алкоголя среди различных групп населения	Постановления местных исполнительных органов	Акимы областей, городов Астаны и Алматы, МЗ, МОН, МКИ, НПО	1-4 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 200,0 2009 г. – 240,0 2010 г. – 260,0 2008 г. – 5880,9 2009 г. – 6433,3 2010 г. – 6780,8	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
16	Провести общественные слушания по проблемам сокращения потребления алкоголя среди населения на национальном и местном уровнях	Информация в Правительство Республики Казахстан	МЗ, МВД, МОН, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	25 января 2009 – 2010 гг.	2008 г. – 150,0 2009 г. – 300,0 2010 г. – 300,0  2008 г. – 4572,3 2009 г. – 5037,2 2010 г. – 5523,2	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
17	Проводить регулярные рейды по контролю антиалкогольного законодательства (вождение в нетрезвом состоянии, распитие алкоголя в общественных местах, продажа несовершеннолетним)	Решения Акимов областей, городов Астаны и Алматы	Акимы областей, городов Астаны и Алматы, МВД, МЗ, НПО	Ежеквартально 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 4939,6 2009 г. – 6340,9 2010 г. – 5823,7	Местный бюджет
18	Выпустить информационно-образовательные материалы по профилактике злоупотребления алкоголя (листовки, плакаты, буклеты)	Выпуск, тиражирование ИОМ	МЗ, МВД, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	2 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 350,0 2009 г. – 400,0 2010 г. – 350,0 2008 г. – 7384,8 2009 г. – 8286,4 2010 г. – 8775,3	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
<b>Содействие сокращению употребления наркотиков</b>						
19	Провести на национальном и региональном уровнях семинары-совещания по проблемам психосоциальной поддержки и организации досуга детей и подростков	Приказ	МЗ, МОН, МВД, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	1 квартал 2008 – 2010 гг.	2009 г. – 350,0  2008 г. – 1359,3 2009 г. – 6564,4 2010 г. – 1300,0	Республиканский бюджет*  Местный бюджет



20	Провести республиканские акции по профилактике наркомании (Международный День борьбы с наркоманией и незаконным оборотом наркотиков, месячник по профилактике наркомании)	Приказ	МЗ, МОН, МКИ, МВД, Акимы областей, городов Астаны и Алматы, НПО	2 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 600,0 2009 г. – 700,0 2010 г. – 600,0  2008 г. – 11113,7 2009 г. – 12021,1 2010 г. – 12870,5	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
21	Разработать и внедрить целенаправленные мероприятия по профилактике наркомании на примере опыта программы «Астана - город без наркотиков»	Постановления местных исполнительных органов	Акимы областей, городов Астаны и Алматы, МЗ, МОН, МВД, МКИ	3, 4 квартал 2008 – 2010 гг.	2009 г. – 400,0 2010 г. – 430,0  2008 г. – 10444,0 2009 г. – 15629,1 2010 г. – 15399,2	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
22	Выпустить информационно-образовательные материалы по профилактике наркомании (плакаты, буклеты, пособия)	Выпуск, тиражирование ИОМ	МЗ, МВД, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	2 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 250,0 2009 г. – 270,0 2010 г. – 250,0  2008 г. – 7539,5 2009 г. – 8047,9 2010 г. – 8837,2	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
Содействие качественному и рациональному питанию						
23	Провести декадники по совершенствованию организации школьного питания и обогащению продуктов питания витаминно-минеральным комплексом	Приказ	МЗ, МОН, Акимы областей, городов Астаны и Алматы,	2, 4 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 200,0  2008 г. – 4994,4 2009 г. – 2150,0 2010 г. – 2421,1	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
24	Провести на национальном и местном уровнях круглые столы по вопросам контроля качества, безопасности и повышения доступности продовольственной продукции для населения	Приказ	МЗ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	3 квартал 2008 – 2010 гг.	2009 г. – 350,0  2008 г. – 1500,0 2009 г. – 5029,1 2010 г. – 1997,0	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
25	Провести декадники по профилактике избыточной массы тела среди различных возрастных групп	Приказ	МЗ, МОН, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	1-4 квартал 2008 – 2010 гг.	2010 г. – 350,0  2008 г. – 1437,7 2009 г. – 1753,9 2010 г. – 7973,9	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
26	Провести республиканские акции по питанию (Всемирный День питания, Международная неделя грудного вскармливания)	Приказ	МЗ, МКИ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы, НПО	3, 4 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 800,0 2009 г. – 900,0 2010 г. – 820,0  2008 г. – 14981,5 2009 г. – 15879,0 2010 г. – 16449,7	Республиканский бюджет*  Местный бюджет



27	Проводить регулярные рейды по контролю выполнения нормативных документов о запрете реализации отдельных продуктов питания в дошкольных и общеобразовательных организациях, обеспечении горячим питанием и безопасной водой в школах, обогащении продуктов питания витаминно-минеральным комплексом	Решения Акимов областей, городов Астаны и Алматы	Акимы областей, городов Астаны и Алматы, МЗ, МОН, НПО	Ежеквартально 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 200,0 2009 г. – 215,0 2010 г. – 200,0  2008 г. – 4884,3 2009 г. – 5406,4 2010 г. – 5794,2	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
28	Выпустить информационно-образовательные материалы по сбалансированному питанию (плакаты, буклеты, листовки, пособия)	Выпуск, тиражирование ИОМ	МЗ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	1, 3 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 300,0 2009 г. – 400,0 2010 г. – 300,0  2008 г. – 7216,5 2009 г. – 8547,2 2010 г. – 8957,2	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
29	Провести организационные и разъяснительные мероприятия по обеспечению бесплатным горячим питанием учащихся государственных общеобразовательных школ	Приказ	МЗ, МОН, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	1-4 квартал 2008 – 2010 гг.	Не требуется	
<b>Содействие физической активности</b>						
30	Предусмотреть при проектировании новых застроек строительство велосипедных, пешеходно-прогулочных дорожек, дворовых площадок и мини-стадионов	Информация в МЗ	Акимы областей, городов Астаны и Алматы	10 января 2009 г.	Не требуется	
31	Разработать меры стимулирования работодателей, создающих условия для оздоровления и занятий физической культурой работников	Информация в МЗ	Акимы областей, городов Астаны и Алматы	10 января 2009 – 2010 гг.	Не требуется	
32	Разработать и внедрить на предприятиях комплекс мер по физической культуре	Методическое пособие	МЗ, МТС, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	2 квартал 2008 – 2010 гг.	2009 г. – 300,0 2008 г. – 300,0 2009 г. – 3072,4 2010 г. – 325,0	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
33	Разработать и тиражировать видео- и компьютерные программы по физической активности	Видео- и компьютерные программы	МЗ, МКИ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	3 квартал 2008 – 2010 гг.	2009 г. – 450,0 2008 г. – 575,5 2009 г. – 3814,1 2010 г. – 705,0	Республиканский бюджет*  Местный бюджет



34	Провести спортивно-массовые мероприятия: «Движение - это здоровье», «День Национальных игр»; спартакиады среди семей, «Президентские тесты», массовый забег «Президентская миля» и другие спортивно-массовые мероприятия	Приказ	МЗ, МТС, Акимы областей, городов Астаны и Алматы, НПО	2-3 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 670,0 2009 г. – 723,6 2010 г. – 781,5 2008 г. – 200,0 2009 г. – 215,0 2010 г. – 200,0  2008 г. – 20052,1 2009 г. – 21011,2 2010 г. – 22136,7	Республиканский бюджет (МТС)  Республиканский бюджет*  Местный бюджет
35	Выпустить информационно-образовательные материалы по физической активности (плакаты, буклеты, листовки)	Выпуск, тиражирование ИОМ	МЗ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	1 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 400,0 2009 г. – 428,0 2010 г. – 400,0  2008 г. – 8756,2 2009 г. – 9743,2 2010 г. – 10260,7	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
<b>Профилактика хронических неинфекционных заболеваний и травматизма</b>						
36	Провести республиканские акции: декадни по профилактике ХНЗ, травм; Всемирные дни сердца, астмы, ХОБЛ, рака	Приказ	МЗ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы, НПО	2-3 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 2200,0 2009 г. – 2300,0 2010 г. – 2100,0 2008 г. – 25830,2 2009 г. – 27784,2 2010 г. – 29276,9	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
37	Продолжить развитие сети проектов ВОЗ «Больницы, способствующие укреплению здоровья»	Приказ	МЗ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	2-3 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 100,0 2008 г. – 4282,5 2009 г. – 4267,2 2010 г. – 4813,7	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
38	Провести выездные региональные семинары для координаторов проектов ВОЗ «Больницы, способствующие укреплению здоровья»	Приказ	МЗ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	2-3 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 100,0 2009 г. – 110,0 2010 г. – 120,0 2008 г. – 7755,2 2009 г. – 8842,2 2010 г. – 9760,3	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
39	Разработать и внедрить в организациях здравоохранения меры по усилению профилактики хронических неинфекционных заболеваний, травм	Методические рекомендации, пособия	МЗ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	1-2 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 300,0 2010 г. – 300,0 2008 г. – 4847,3 2009 г. – 2201,0 2010 г. – 6081,5	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
40	Выпустить информационно-образовательные материалы (буклеты, плакаты, альбомы, наглядные пособия) по профилактике ХНЗ для организаций ПМСП	Выпуск, тиражирование ИОМ	МЗ, МКИ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	1, 3 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 1500,0 2009 г. – 1656,0 2010 г. – 1400,0 2008 г. – 10592,3 2009 г. – 11624,4 2010 г. – 12047,9	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
<b>Профилактика туберкулеза</b>						
41	Провести республиканский и региональные семинары по совершенствованию коммуникационных технологий по профилактике туберкулеза	Приказ	МЗ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	2 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 300,0  2008 г. – 5694,1 2009 г. – 1491,0 2010 г. – 1587,0	Республиканский бюджет*  Местный бюджет



42	Разработать и выпустить методические рекомендации по профилактике туберкулеза для медицинских работников, педагогов, родителей	Методические рекомендации	МЗ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	3 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 100,0 2008 г. – 3580,5 2009 г. – 2264,0 2010 г. – 2601,0	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
43	Провести Всемирный день борьбы с туберкулезом и месячник по профилактике туберкулеза	Приказ	МЗ, МОН, МКИ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	1 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 350,0 2009 г. – 400,0 2010 г. – 350,0  2008 г. – 9418,4 2009 г. – 10288,2 2010 г. – 10854,6	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
44	Выпустить информационно-образовательные материалы по профилактике туберкулеза (плакаты, листовки, буклеты)	Выпуск, тиражирование ИОМ	МЗ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	4 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 350,0 2009 г. – 400,0 2010 г. – 350,0 2008 г. – 13490,2 2009 г. – 13935,2 2010 г. – 14970,5	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
<b>Снижение заболеваемости ИППП и темпов распространения ВИЧ/СПИДа</b>						
45	Провести национальные и региональные обучающие семинары для специалистов системы образования, органов внутренних дел и журналистов по профилактике ВИЧ/СПИД	Приказ	МЗ, МОН, МКИ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	3 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 300,0 2009 г. – 400,0 2010 г. – 350,0 2008 г. – 7000,7 2009 г. – 7342,6 2010 г. – 8012,2	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
46	Провести интерактивные выставки и тренинги «Маршрут безопасности» по профилактике ИППП, ВИЧ/СПИД среди молодежи	Приказ	МЗ, МОН, Акимы областей, городов Астаны и Алматы, НПО	3 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 300,0 2009 г. – 322,0 2010 г. – 345,0 2008 г. – 7027,6 2009 г. – 7805,5 2010 г. – 8282,5	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
47	Провести Всемирный День борьбы со СПИД и месячник по профилактике ВИЧ/СПИД	Приказ	МЗ, МКИ, МОН, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	4 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 350,0 2009 г. – 400,0 2010 г. – 349,0  2008 г. – 10160,7 2009 г. – 10835,4 2010 г. – 11725,8	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
48	Выпустить информационно-образовательные материалы по профилактике ВИЧ/СПИД (брошюры, плакаты, буклеты)	Выпуск, тиражирование ИОМ	МЗ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	4 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 400,0 2009 г. – 450,0 2010 г. – 400,0 2008 г. – 7783,5 2009 г. – 8360,2 2010 г. – 8973,5	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
<b>Профилактика и снижение заболеваемости вирусными гепатитами, острыми кишечными инфекциями, ОРВИ</b>						
49	Провести декадни и месячники по профилактике вирусных гепатитов, острых кишечных и респираторных вирусных инфекций, гриппа с привлечением СМИ	Приказ	МЗ, МОН, МКИ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	2-4 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 850,0 2009 г. – 900,0 2010 г. – 550,0 2008 г. – 10680,0 2009 г. – 11220,1 2010 г. – 11829,7	Республиканский бюджет*  Местный бюджет



50	Выпустить методические рекомендации и провести семинары среди работников детских садов, летних оздоровительных лагерей по профилактике инфекционных заболеваний среди детей и подростков	Методические рекомендации, приказ	МЗ, МОН, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	2 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 100,0 2009 г. – 110,0 2010 г. – 120,0  2008 г. – 3777,9 2009 г. – 4270,1 2010 г. – 4839,7	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
51	Распространить опыт внедрения целенаправленных мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний	Решение местных исполнительных органов	МЗ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	3 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 100,0 2009 г. – 110,0 2010 г. – 120,0  2008 г. – 2150,8 2009 г. – 2536,7 2010 г. – 2855,3	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
52	Выпустить информационно-образовательные материалы по профилактике инфекционных заболеваний (листовки, плакаты, буклеты)	Выпуск, тиражирование ИОМ	МЗ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	1,3 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 300,0 2009 г. – 322,0 2010 г. – 300,0  2008 г. – 9860,2 2009 г. – 10639,6 2010 г. – 11376,8	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
<b>Охрана репродуктивного здоровья и планирование семьи</b>						
53	Провести региональные семинары-тренинги по вопросам охраны репродуктивного здоровья и планирования семьи среди подростков, мужчин и женщин	Приказ	МЗ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	2 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 300,0 2009 г. – 322,0 2010 г. – 300,0  2008 г. – 6538,0 2009 г. – 7105,8 2010 г. – 7810,0	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
54	Провести республиканские акции по охране здоровья матери и ребенка (Всемирный День семьи и Международный День защиты детей)	Приказ	МЗ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы, НПО	2 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 350,0 2009 г. – 400,0 2010 г. – 350,0  2008 г. – 11452,0 2009 г. – 12042,8 2010 г. – 12859,3	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
55	Провести информационную кампанию по вопросам внедрения эффективных перинатальных технологий в родовспомогательных организациях (безопасное материнство)	Приказ	МЗ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	3 квартал 2008 – 2010 гг.	2009 г. – 350,0 2010 г. – 375,0 2008 г. – 3753,9 2009 г. – 4781,3 2010 г. – 4394,9	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
56	Провести республиканский и региональные конкурсы детского творчества по аспектам ФЗОЖ	Приказ	МЗ, МОН, МКИ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы, НПО	4 квартал 2009 – 2010 гг.	2009 г. – 240,0 2008 г. – 1054,8 2009 г. – 4601,4 2010 г. – 1356,5	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
57	Выпустить информационно-образовательные материалы по охране репродуктивного здоровья (листовки, буклеты, плакаты)	Выпуск, тиражирование ИОМ	МЗ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	1-2 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 250,0 2009 г. – 268,0 2010 г. – 250,0  2008 г. – 8111,2 2009 г. – 9028,4 2010 г. – 9450,7	Республиканский бюджет*  Местный бюджет



<b>2. Усиление межсекторального взаимодействия и вовлечение всего казахстанского сообщества в формирование здорового образа жизни</b>						
<b>Усиление формирования здорового образа жизни в рамках ПМСП</b>						
58	Провести региональные обучающие семинары для специалистов ПМСП по совершенствованию работы школ здоровья	Приказ	МЗ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	1 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 300,0 2009 г. – 321,0 2010 г. – 300,0  2008 г. – 4887,1 2009 г. – 5209,0 2010 г. – 5621,2	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
59	Провести Республиканский и региональный семинар-совещание по мониторингу внедрения и совершенствованию алгоритмов профилактической деятельности на уровне ПМСП	Приказ	МЗ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	2 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 450,0 2009 г. – 480,0 2010 г. – 450,0  2008 г. – 4292,5 2009 г. – 4436,0 2010 г. – 4827,0	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
60	Проводить мониторинг факторов риска социально значимых заболеваний с оценкой профилактической деятельности на уровне ПМСП	Аналитическая информация	МЗ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	4 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 280,0 2009 г. – 300,0 2010 г. – 280,0  2008 г. – 3229,7 2009 г. – 3659,1 2010 г. – 3888,5	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
61	Создать и расширить сеть молодежных центров здоровья	Решение местных исполнительных органов	МЗ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	1-4 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 100,0 2009 г. – 110,0 2010 г. – 120,0  2008 г. – 6061,4 2009 г. – 6558,3 2010 г. – 6804,3	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
62	Провести обучающие региональные семинары для руководителей молодежных центров по внедрению услуг, дружественных к молодежи	Приказ	МЗ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	3 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 200,0 2009 г. – 250,0 2010 г. – 200,0  2008 г. – 9059,3 2009 г. – 9243,7 2010 г. – 9522,1	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
63	Проводить мониторинг и оценку скрининга основных ХНЗ и оздоровления среди детей и взрослого населения трудоспособного возраста	Аналитическая информация	МЗ, МОН, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	4 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 280,0 2009 г. – 300,0 2010 г. – 280,0  2008 г. – 3336,6 2009 г. – 3663,8 2010 г. – 4023,1	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
64	Провести Республиканский и региональный конкурсы «ПМСП – за здоровый образ жизни»	Приказ	МЗ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	4 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 200,0 2010 г. – 200,0 2008 г. – 3973,4 2009 г. – 1230,0 2010 г. – 4807,0	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
<b>Усиление роли образования в формировании здорового образа жизни</b>						
65	Разработать предложения по передаче штатов школьных медицинских работников в ведение системы здравоохранения	Предложение в Правительство Республики Казахстан	МЗ, МОН	25 июля 2008 г.	Не требуется	



66	Провести на национальном и региональном уровнях круглый стол по совершенствованию методики преподавания предмета «Валеология» и внедрению комплексной интегрированной программы «Здоровье и жизненные навыки»	Приказ	МЗ, МОН, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	2 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 280,0 2010 г. – 310,0  2008 г. – 3072,4 2009 г. – 788,6 2010 г. – 2999,9	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
67	Совершенствовать профилактическую деятельность службы школьной медицины	Алгоритмы, руководство для специалистов школьной медицины	МЗ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	3 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 200,0 2008 г. – 1838,5 2009 г. – 486,0 2010 г. – 568,0	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
68	Разработать предложения по проведению мониторинга преподавания предмета «Валеология» в организациях образования	Приказ	МЗ, МОН, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	3 квартал 2008 г.	Не требуется	
69	Разработать и выпустить обучающие образовательные комплексы по профилактике табакокурения, алкоголизма, наркомании, репродуктивного здоровья, ИППП, ВИЧ/СПИД	Учебный комплекс	МЗ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	1-4 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 550,0 2009 г. – 618,0 2010 г. – 550,0  2008 г. – 8154,0 2009 г. – 8151,4 2010 г. – 9337,6	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
70	Провести региональные семинары-тренинги по совершенствованию деятельности школьной медицины	Приказ	МЗ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	2 квартал 2008 – 2010 гг.	2010 г. – 600,0 2008 г. – 2084,0 2009 г. – 2406,8 2010 г. – 4783,3	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
71	Провести семинары-тренинги для региональных координаторов проектов ВОЗ «Школы, способствующие укреплению здоровья», «Здоровые университеты» и содействовать развитию их сети	Приказ	МЗ, МОН, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	3 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 1100,0 2009 г. – 1115,6 2010 г. – 1100,0 2008 г. – 8630,5 2009 г. – 9447,9 2010 г. – 9562,9	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
72	Провести конкурсы «Здоровая школа», фестивали, дебаты и интеллектуальные игры среди педагогов и учащихся по различным аспектам ФЗОЖ	Приказ	МЗ, МОН, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	1,4 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 1046,0 2009 г. – 800,0 2010 г. – 856,0 2008 г. – 10553,1 2009 г. – 11557,1 2010 г. – 12002,3	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
73	Провести месячник по профилактике дорожно-транспортного травматизма среди детей школьного возраста «Внимание – светофор!»	Приказ	МЗ, МВД, МОН, МКИ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	3 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 700,0 2009 г. – 350,0 2010 г. – 350,0 2008 г. – 5528,9 2009 г. – 5994,9 2010 г. – 6554,7	Республиканский бюджет*  Местный бюджет



74	Выпустить информационно-образовательные материалы по профилактике травматизма (листовки, плакаты, буклеты)	Выпуск, тиражирование ИОМ	МЗ, МОН, МКИ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	2-3 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 600,0 2009 г. – 615,0 2010 г. – 600,0 2008 г. – 6538,7 2009 г. – 7498,1 2010 г. – 7931,8	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
<b>Информационно-коммуникационная работа по пропаганде здорового образа жизни</b>						
75	Провести республиканский и региональные семинары для специалистов службы ФЗОЖ по совершенствованию и внедрению современных коммуникационных технологий в ФЗОЖ	Приказ	МЗ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	3 квартал 2008 – 2010 гг.	2009 г. – 250,0 2010 г. – 360,0 2008 г. – 4165,8 2009 г. – 7649,4 2010 г. – 7967,6	Республиканский бюджет* Местный бюджет
76	Обновлять каталоги информационно-образовательных материалов и Веб-ресурсов по вопросам ФЗОЖ (веб-форум, чат и др.)	Каталоги, техническое сопровождение	МЗ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	1-4 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 400,0 2009 г. – 428,0 2010 г. – 400,0 2008 г. – 5047,9 2009 г. – 5378,6 2010 г. – 6027,8	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
77	Проводить пресс-конференции, дискуссионные встречи по основным вопросам профилактики заболеваний, ФЗОЖ, Международных и Национальных дней, месячников и декадников	Информация в СМИ	МЗ, МКИ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	1-4 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 700,0 2009 г. – 770,0 2010 г. – 709,9 2008 г. – 9262,6 2009 г. – 9804,9 2010 г. – 10344,1	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
78	Проводить информационно-пропагандистскую работу в СМИ по аспектам ФЗОЖ	Телевизионные, радиопрограммы и статьи в печатных изданиях	МЗ, МКИ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	1-4 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 1520,0 2009 г. – 1600,0 2010 г. – 1500,0 2008 г. – 15000,0 2009 г. – 16200,0 2010 г. – 17496,0 2008 г. – 20406,4 2009 г. – 21217,3 2010 г. – 23311,9	Республиканский бюджет *  Республиканский бюджет МКИ Местный бюджет
79	Изготовить и разместить билборды, лайтбоксы и другие виды наружной рекламы по пропаганде ЗОЖ и профилактике заболеваний в рамках проводимых информационных кампаний	Наружная реклама	Акимы областей, городов Астаны и Алматы	1-4 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 24318,8 2009 г. – 26546,9 2010 г. – 27373,5	Местный бюджет
80	Разработать и распространить видео - и аудио ролики, анимационные и учебные фильмы по аспектам ЗОЖ в организациях образования, здравоохранения, культуры, общественного транспорта	Видео и аудио ролики, учебные фильмы	МЗ, МКИ, МОН, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	1-4 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 1400,0 2009 г. – 1600,0 2010 г. – 1400,0 2008 г. – 21320,0 2009 г. – 23040,4 2010 г. – 24760,6	Республиканский бюджет*  Местный бюджет



81	Разработка и выпуск аудио -и видеороликов, анимационных фильмов по вопросам ФЗОЖ для СМИ	Прокат в СМИ	МЗ, МКИ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	1-4 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 800,0 2009 г. – 900,0 2010 г. – 800,0 2008 г. – 7804,1 2009 г. – 8258,5 2010 г. – 8962,7	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
<b>Усиление связи здорового образа жизни и окружения человека</b>						
82	Провести Республиканские акции: Фестиваль здоровья, Денсаулық жолы, Всемирный день здоровья	Приказ	МЗ, МОН, МТС, МКИ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы, НПО	2-3 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 850,0 2009 г. – 880,0 2010 г. – 850,0 2008 г. – 14248,2 2009 г. – 15016,4 2010 г. – 15633,2	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
83	Проводить мониторинг реализации программы «Здоровый образ жизни» в регионах с выездом специалистов Национального центра проблем ФЗОЖ (15 регионов) и проведением региональных семинаров-совещаний	Приказ	МЗ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	1-4 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 700,0 2009 г. – 770,0 2010 г. – 700,0 2008 г. – 2416,8 2009 г. – 2991,7 2010 г. – 3056,6	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
84	Разработать и внедрить предложения по организации экологического туризма и стимулированию предприятий, направляющих инвестиции на его развитие	Информация в МЗ	МООС, МТС, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	10 января 2009 – 2010 гг.	2008 г. – 274,5 2009 г. – 299,2 2010 г. – 315,0	Местный бюджет
85	Продолжить развитие сети проектов ВОЗ «Здоровые города», «Здоровые аулы», «Здоровые рабочие места»	Приказ	МЗ, МООС, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	1-4 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 100,0 2009 г. – 150,0 2010 г. – 200,0 2008 г. – 4546,1 2009 г. – 5162,3 2010 г. – 6083,9	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
86	Провести региональные семинары для координаторов проектов ВОЗ «Здоровые города», «Здоровые аулы», «Здоровые рабочие места»	Приказ	МЗ, МООС, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	2, 4 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 120,0 2009 г. – 150,0 2010 г. – 200,0 2008 г. – 4404,8 2009 г. – 5197,6 2010 г. – 5044,9	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
87	Провести республиканский и региональный фестиваль «Здоровые города Казахстана»	Приказ	МЗ, МКИ, Акимы областей, городов Астана и Алматы	3 квартал 2008 – 2010 гг.	2010 г. – 350,0 2008 г. – 362,0 2009 г. – 395,0 2010 г. – 6011,5	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
88	Провести Республиканский конкурс «Здоровый аул»	Приказ	МЗ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	4 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 220,0 2009 г. – 235,0 2010 г. – 220,0  2008 г. – 4110,3 2009 г. – 4550,1 2010 г. – 5085,8	Республиканский бюджет*  Местный бюджет



89	Провести Республиканский и региональные конкурсы «Предприятие с высокой культурой безопасного поведения работающих»	Приказ	МЗ, МКИ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	4 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 200,0 2009 г. – 235,0 2010 г. – 220,0  2008 г. – 3179,2 2009 г. – 3941,9 2010 г. – 4291,8	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
90	Выпустить информационно-образовательные материалы по проблемам здорового экологического поведения и образования, проектам ВОЗ (буклеты, листовки, плакаты, методические разработки)	Выпуск, тиражирование ИОМ	МЗ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	1 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 250,0 2009 г. – 300,0 2010 г. – 250,0  2008 г. – 6508,8 2009 г. – 7032,4 2010 г. – 7917,8	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
<b>Обеспечение правовой среды для формирования здорового образа жизни</b>						
91	Разработать предложения по созданию Фонда здорового образа жизни с формированием механизма отчисления 1% от реализации табачной и алкогольной продукции и поступлений в бюджет по штрафным санкциям	Предложения в Правительство Республики Казахстан	МЗ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	25 января 2009 г.	Не требуется	
92	Разработать предложения по разработке законопроекта по внесению изменений и дополнений в действующие законодательные акты Республики Казахстан, влияющие на образ жизни и состояние здоровья населения	Предложение в межведомственную комиссию по вопросам законопроектной деятельности при Правительстве Республики Казахстан	МЗ, МКИ, МВД, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	4 квартал 2009 г.	Не требуется	
<b>Научное сопровождение формирования здорового образа жизни</b>						
93	Продолжить научно-исследовательскую работу «Организационно-управленческие подходы к формированию здорового образа жизни и профилактике заболеваний в первичном звене здравоохранения»	Приказ	МЗ	1-4 квартал 2008 – 2010 гг.	В пределах средств по программе 009 «Прикладные научные исследования в области здравоохранения» 2008 г. – 20497,0 2009 г. – 21932,0 2010 г. – 23467,0	Республиканский бюджет
94	Провести республиканскую научно-практическую конференцию по профилактике табакокурения	Приказ	МЗ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	2-3 квартал 2008, 2010 гг.	2008 г. – 1600,0 2010 г. – 1750,0 2008 г. – 3552,8 2010 г. – 4008,9	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
95	Провести 3 Форум (съезд) специалистов ФЗОЖ	Приказ	МЗ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	4 квартал 2010 г.	2010 г. – 1 750,0 2010 г. – 3 302,5	Республиканский бюджет* Местный бюджет



96	Провести Республиканскую научно-практическую конференцию «Здоровье сберегающие технологии в системе образования»	Приказ	МЗ, МОН, МКИ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	3 квартал 2010 г.	2010 г. – 1750,0 2010 г. – 2416,5	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
97	Провести социологические исследования по потреблению табака и алкоголя среди детей, молодежи и населения с установлением степени влияния употребления алкоголя на криминальную ситуацию	Приказ	МЗ, МВД, МОН, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	1-4 квартал 2008 – 2009 гг.	2008 г. – 700,0 2009 г. – 500,0 2008 г. – 4350,3 2009 г. – 4234,2	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
98	Подготовить Национальный и региональный Доклады по оценке процессов ФЗОЖ в общественном здоровье и здравоохранении в Казахстане (Белая книга процессов оздоровления нации)	Доклад, выпуск, тиражирование	МЗ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	1-4 квартал 2009 – 2010 гг.	2009 г. – 400,0 2010 г. – 420,0  2009 г. – 1859,0 2010 г. – 1964,3	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
<b>Усиление ресурсного и институционального обеспечения системы формирования здорового образа жизни</b>						
99	Включить в План работы координационных советов по охране здоровья граждан вопросы по соблюдению антиалкогольного, антитабачного законодательства, школьного питания по результатам проведенных рейдов	Решения местных исполнительных органов	Акимы областей, городов Астаны и Алматы	1-4 кварталы 2008 – 2010 гг.	Не требуется	
100	Обеспечить деятельность организаций службы ФЗОЖ на региональном уровне в организационно-правовой форме государственного предприятия на праве хозяйственного ведения	Постановления местных исполнительных органов	Акимы областей, городов Астаны и Алматы	2 квартал 2008 г.	Не требуется	
101	Создать ресурсные центры на базе региональных Центров ФЗОЖ и оснастить их типографиями, студиями, компьютерной техникой	Приказ	МЗ, Акимы областей, городов Астаны и Алматы	1-4 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 300,0 2008 г. – 11297,1 2009 г. – 12455,7 2010 г. – 13884,5	Республиканский бюджет*  Местный бюджет
102	Обеспечить поэтапное создание региональных (районных) центров ФЗОЖ	Постановления местных исполнительных органов	Акимы областей, городов Астаны и Алматы	1-4 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 59396,1 2009 г. – 61158,3 2010 г. – 43065,8	Местный бюджет
103	Обеспечить материально-техническое оснащение организаций службы ФЗОЖ согласно утвержденным нормативам	Информация в МЗ	Акимы областей, городов Астаны и Алматы	1-4 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 22698,0 2009 г. – 22449,0 2010 г. – 9482,3	Местный бюджет



104	Провести мониторинг оценки эффективности проводимых мероприятий по ФЗОЖ среди различных целевых групп	Социологические исследования в регионах	Акимы областей, городов Астаны и Алматы	1-4 квартал 2008 – 2010 гг.	2008 г. – 1772,0 2009 г. – 2431,0 2010 г. – 2975,9	Местный бюджет
	ВСЕГО				На 2008-2010 годы: 2008 г. – 751959,0 2009 г. – 817158,2 2010 г. – 840620,4 Из них: Республикан- ский: 2008 г. – 67663,0 2009 г. – 72871,2 2010 г. – 78481,4 в т.ч: МЗ 2008 г. – 51993 ,0 2009 г. – 55947,6 2010 г. – 60203,9 МКИ 2008 г. – 15000,0 2009 г. – 16200,0 2010 г. – 17496,0 МТС 2008 г. – 670,0 2009 г. – 723,6 2010 г. – 781,5 Местные бюд- жеты: 2008 г. – 684296,0 2009 г. – 744287,0 2010 г. – 762139,0	

Примечания: \*

в рамках республиканской бюджетной подпрограммы 001 «Аппарат центрального органа» программы 001 «Обеспечение деятельности уполномоченного органа в области здравоохранения». Объем финансирования Программы будет уточняться при утверждении республиканского и местных бюджетов на соответствующие финансовые годы в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

Расшифровка аббревиатур:

НПО – неправительственные организации

МВД – Министерство внутренних дел Республики Казахстан

МЗ – Министерство здравоохранения Республики Казахстан

МКИ – Министерство культуры и информации Республики Казахстан

МОН – Министерство образования и науки Республики Казахстан

МООС – Министерство охраны окружающей среды Республики Казахстан

МТС – Министерство туризма и спорта Республики Казахстан



## СӨСҚПҰО БАСПАСӨЗ ҚЫЗМЕТІНІҢ ХАБАРЛАРЫ

## СООБЩЕНИЯ ПРЕСС-СЛУЖБЫ НЦ ПФЗОЖ

## NCPHLD PRESS-SERVICE REPORTS

**19 марта 2007 года** в Национальном Центре проблем формирования здорового образа жизни состоялась пресс-конференция на тему: «Проблемы туберкулеза в Казахстане: ситуация, пути решения», посвященная Всемирному Дню борьбы с туберкулезом.

В пресс-конференции приняли участие: Шахмурат Исмаилов – директор Национального Центра проблем туберкулеза, Казбек Тулебаев – Генеральный директор Национального Центра проблем формирования здорового образа жизни, Керри Пелзман – директор офиса здравоохранения и образования американского агентства по международному развитию (ЮСАИД), Серик Кожабеков – координатор программ по профилактике туберкулеза Общества Красного Полумесяца РК.

Туберкулез продолжает оставаться глобальной проблемой современности, как во всем мире, так и в Казахстане. По данным Всемирной Организации Здравоохранения около 2 миллиардов населения планеты инфицированы туберкулезом. Ежегодно вновь заболевают около 8 миллионов и умирают 2 миллиона человек. Из года в год увеличивается число пациентов с устойчивой формой туберкулеза, что связано с прерыванием лечения больными. Количество таких пациентов ежегодно увеличивается на 450 тысяч человек.

По показателям заболеваемости туберкулезом Казахстан является лидером в странах Европы и СНГ. По предварительным данным Национального Центра проблем туберкулеза в 2006 году в Казахстане заболеваемость туберкулезом составила 132,1 случая на 100 тыс. населения, что ниже, чем в 2005 году (147,4 случая). Ежегодно регистрируется до 23 тысяч новых случаев туберкулеза. Самая высокая заболеваемость приходится на наиболее трудоспособный возраст 18 – 54 года, а более половины заболевают в возрасте 18 - 34 года. Мужчины болеют чаще, чем женщины (56% и 44% соответственно). Среди детей заболеваемость туберкулезом составила 31,7 на 100 тысяч населения против 39,1 в 2005 году. Смертность от туберкулеза несколько снизилось с 20,8 до 20,6 на 100 тысяч населения. По-прежнему высок удельный вес запущенных форм туберкулеза, который приближается к 40% от всех диагностированных случаев.

Несмотря на принимаемые со стороны Правительства Казахстана конкретные меры по стабилизации и снижению туберкулеза в рамках «Программы усиления борьбы с туберкулезом в Республике Казахстан» и Комплексной программы «Здоровый образ жизни», регистрируется рост устойчивых форм туберкулеза, что способствует угрозе заражения контактных лиц, увеличению инвалидизации, а также значительному удлинению сроков излечения. Все это оказывает существенное негативное влияние на экономический статус нашей страны.

В этом году в Казахстане Всемирный день борьбы с туберкулезом проводится под лозунгом «Туберкулез легче предупредить, чем излечить», в рамках которого на всей территории страны проходит месячник по профилактике туберкулеза. Особый акцент сделан на раннее выявление туберкулеза у детей. С этой целью были подготовлены и разосланы во все регионы памятки для родителей и среднего медицинского персонала по методу диагностики инфицирования туберкулезом (проба Манту), плакаты «Профилактика туберкулеза начинается с тебя». Во всех общеобразовательных школах страны проходят уроки знаний по вопросам туберкулеза.

Широкомасштабная кампания в Казахстане проводится совместными усилиями Национального центра проблем туберкулеза, Национального центра проблем формирования здорового образа жизни, региональных фтизиатрических служб, служб формирования здорового образа жизни при технической поддержке международных организаций.

Важным компонентом в борьбе с туберкулезом является уровень санитарной грамотности и медицинской активности населения по вопросам профилактики и раннего выявления первых признаков туберкулеза. Этому в значительной степени может способствовать достоверное и правильное освещение этих вопросов в средствах массовой информации.

**3 апреля 2007 года** в Национальном Центре проблем формирования здорового образа жизни состоялась круглый стол, посвященный Всемирному Дню здоровью.



В работе круглого стола приняли участие: Казбек Тулебаев – генеральный директор Национального Центра проблем формирования здорового образа жизни, Габит Исмаилов – руководитель странового офиса ВОЗ в Казахстане, Александр Косухин – национальный консультант программы ЮНЭЙДС в Казахстане, Тилек Мейманалиев – исполнительный директор проекта по контролю СПИД в Центральной Азии, Кенес Оспанов – главный врач Республиканской санитарно-эпидемиологической станции, Мария Омарова - директор Научного центра гигиены и эпидемиологии; Ирина Петренко – зав. отделом Республиканского центра по борьбе со СПИД.

Всемирный день здоровья проводится с 1946 года и ознаменовывает создание Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). В этом году лозунг Всемирного дня здоровья: **«Инвестиции в здоровье, построение более безопасного будущего»**. Цель – обратить внимание правительства, организаций и делового сообщества, а также различных слоев населения к проблемам сохранения здоровья и улучшения качества жизни.

В послании Генерального директора ВОЗ Маргарет Чен отмечено, что угрозы для здоровья не знают границ. Появляющиеся болезни, которые могут приводить к эпидемиям, такие как тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС) и птичий грипп, ВИЧ/СПИД, гуманитарные кризисы и другие значительные угрозы здоровью - все это может быть определено как чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения. Международная безопасность в области здравоохранения является защитой от негативных воздействий на людей, общество и экономику во всем мире. Применение Международных медико-санитарных правил (ММСР) с июня 2007 года будет способствовать созданию и усилению механизмов для оповещения о вспышках болезней и ответных действий на национальном и международном уровне, а также укреплению безопасности в мире.

По мнению д-ра Маргарет Чен, каждая страна должна делать инвестиции в здравоохранение (эпиднадзор за болезнями, профилактика и образование) и создавать потенциал для предотвращения новых и уже существующих опасностей для здоровья путем усиления системы общественного здравоохранения.

ВИЧ/СПИД является наглядным примером того, насколько взаимозависимыми стали здоровье и безопасность. ВИЧ/СПИД угрожает стабильности целых регионов и народов. Несмотря на активную деятельность по созданию вакцины и расширению доступа к недорогим видам лече-

ния, значительную работу еще предстоит сделать. На сегодня в мире нет доступных и недорогих лекарственных препаратов и вакцины для проведения первичной профилактики. Следовательно, каждый из нас должен предпринять реальные эффективные меры по недопущению заражения ВИЧ/СПИДом, и в первую очередь - медицинские работники.

В Казахстане по общемировым меркам масштабы эпидемии ВИЧ/СПИДа определяются как относительно невысокие, хотя темпы ее распространения являются одними из самых высоких в мире. С 1996 г. по октябрь 2006 г. число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в Казахстане выросло более чем в 50 раз.

По мнению ВОЗ, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС) может стать «всемирной угрозой», так как случаи заболевания были зарегистрированы на трех континентах.

Другим не мене опасным заболеванием, проявляющиеся в виде эпидемии является птичий грипп. Это инфекционное заболевание чаще вызывается вирусом штамма H5 N1 и характеризуется преимущественным поражением птиц. Вирусы птичьего гриппа способны мутировать и поражать людей, вызывая тяжелое течение заболевания, нередко в летальном исходом.

ВОЗ ожидает, что организацию мероприятий, освещающих международную безопасность в области здравоохранения, будут осуществлять правительственные чиновники (включая министров здравоохранения), представители неправительственных организаций, провайдеры медико-санитарной помощи, преподаватели, студенты, представители женских и детских организаций, СМИ и общественности.

**25 апреля 2007 года** в Национальном Центре проблем формирования здорового образа жизни состоялся круглый стол на тему: «Дорожная безопасность зависит от нас», приуроченный к Первой Глобальной неделе безопасности дорожного движения, инициированной Организацией Объединенных Наций.

Дорожно-транспортный травматизм – одна из основных проблем общественного развития и здравоохранения. Ежегодно около 1,2 миллиона человек во всем мире погибают в результате дорожно-транспортных аварий, что составляет более 2,1 % всех случаев смерти. Еще большее число людей получают травмы и часто остаются инвалидами на всю жизнь. Если не предпринимать никаких действий, смертность и инвалидность в результате дорожно-транспортных происшествий



(ДТП) будет увеличиваться с ростом количества автотранспорта на дорогах.

Дети и молодежь составляют большую часть пострадавших от дорожно-транспортных происшествий. Более 40% смертей в результате дорожных аварий в мире приходится на возрастную группу до 25 лет. Вот почему Первая Глобальная неделя безопасности дорожного движения ООН, которая проходит с 23 по 29 апреля 2007 года, посвящена молодым участникам дорожного движения. Ее девиз: «Дорожная безопасность зависит от нас», поскольку усиление безопасности на дорогах это результат целенаправленных действий многих людей и различных общественных секторов, правительственных и неправительственных организаций.

В Республике Казахстан травмы и несчастные случаи занимают пятое место в структуре заболеваемости населения, причем каждая четвертая травма - дорожно-транспортная. При ежегодном росте количества дорожно-транспортных происшествий и травматизма отмечается рост тяжести последствий ДТП. На сегодняшний день причинами этому служат:

- Недостаточная профилактика дорожно-транспортных происшествий на всех уровнях от пропаганды правил поведения на дороге, до создания и эксплуатации безопасного транспорта и дорог;
- Недостаток сил и средств, используемых для оказания помощи при аварии и в ближайшее время после нее, не реализуемые в полной мере возможности межсекторального взаимодействия при оказании помощи пострадавшим в ДТП;
- Недостаточная правовая и ресурсная база в лечении и реабилитации пострадавших в ДТП.

Прогнозы развития транспорта показывают, что быстро возрастающее количество автомобилей повышает вероятность роста числа ДТП и создает проблемы при организации помощи пострадавшим. Наряду с этим причиной увеличения количества несчастных случаев на дороге является «человеческий фактор».

Дети подвергаются особо высокому риску на дорогах с интенсивным и быстрым движением мототранспорта. Каждый год на них приходится около 5% от общего числа случаев смерти от ДТП. Наибольшую опасность транспорт представляет для детей в возрасте 9-10 лет, так как в этом возрасте детям трудно сконцентрировать внимание на том, что происходит на дороге. Это усугубляется незнанием детьми правил поведения на дорогах, несоблюдением водителями правил дорожного движения (нарушение скоростного режима, вождение в нетрезвом состоянии и другие).

Многие случаи дорожно-транспортного травматизма можно предотвратить, если признать всю серьезность этой проблемы общественного здравоохранения. Цель мероприятий Недели безопасности дорожного движения – привлечь внимание общественности Казахстана на растущей проблеме дорожно-транспортного травматизма, повысить осознание важности профилактики дорожно-транспортного травматизма среди детей и подростков.

**15 мая 2007 года** в Национальном Центре проблем формирования здорового образа жизни прошел круглый стол, посвященный Международному дню семьи.

В работе круглого стола приняли участие: Каюпова Нина Амировна – д.м.н., профессор, Республиканский совет женщин Казахстана; Шакаралиева Элеонора Мамедовна – зам. Главного врача Городского центра репродукции человека; Ожгинова Лариса - завуч по воспитательной работе, преподаватель этики и психологии семейной жизни гимназии № 68; Абулхасанова Гульнара Еркеновна – зам. директора по воспитательной работе профессионально-технического лицея №3; Нураунова Малика – психолог профессионально-технического лицея №3; Елена Парашенко – Центр социальной адаптации и реабилитации «Родник».

Ежегодно 15 мая отмечается Международный день семьи, провозглашенный ООН, цель которого - привлечение внимания общественности к вопросам семьи, необходимости ее создания и сохранения с акцентом на важнейшую ее функцию - воспитание детей.

В Конвенции о правах ребенка, принятой Генеральной ассамблеей ООН в 1989 году говорится, что каждый ребенок с момента своего рождения имеет право знать своих родителей и право на их заботу. Иными словами он попадает в семью, где должны быть оба родителя - мать и отец.

Во всем мире семье предается важное значение, особенно при воспитании детей. Пророк Мухаммед говорил: «Самое лучшее наследство, которое человек может оставить своим детям, - это хорошее воспитание».

В Республике Казахстан численность населения составляет 15 394 640 человек (на 01.01.07 г.), из которых 3 689 265 составляют дети в возрасте до 14 лет (24% от общего числа жителей). По данным переписи населения в Казахстане насчитывается 3 527 тысяч семей. Средний размер семьи составляет 4 человека. В основном преобладают малочисленные семьи, состоящие их двух, трех, четырех человек (70% семей), из пяти и более че-



ловек - 26%, а из десяти и более человек – чуть больше 1% семей.

В последние годы число семей сокращается, по-видимому, из-за того, что стало популярным проживание в гражданском браке, который не регистрируется в органах ЗАГС. Средний возраст вступления в первый брак (по данным Агентства РК по статистике) увеличился у женщин с 23,7 лет в 2001 году до 24,2 года в 2005 году, у мужчин с 26,5 лет до 26,9 лет соответственно.

Вместе с тем из года в год растет число детей, родившихся у подростков в возрасте до 18 лет. В связи с этим особое внимание уделяется сохранению здоровья подростков, в том числе и репродуктивного.

Состояние здоровья подростков в Республике Казахстан имеет тенденцию к ухудшению. Отмечается рост болезней кроветворной, пищеварительной, эндокринной систем, новообразований, психических расстройств вследствие употребления психоактивных веществ, а также травм и отравлений, а у девушек – рост гинекологической патологии. Особую тревогу вызывает низкий индекс здоровья девочек-подростков, что в последствие негативно может повлиять на демографическую ситуацию в целом.

По данным Агентства РК по статистике на 01.01.07. в республике зарегистрировано 10307 (2005 год - 10 257) случаев подростковой беременности, из которых 6094 – около 60%, (2005 год - 6348) закончились абортми, 4213 - родами (2005 год - 3909). Удельные вес абортов у подростков составил 5% от общего числа прерываний беременности.

Ранние половые связи приводят не только к нежелательной беременности, которая может закончиться либо абортми, либо родами, но и к риску заразиться инфекциями, передаваемые половым путем.

В этой связи чрезвычайно важна работа по формированию здорового образа жизни, направленная на повышение информированности населения в вопросах охраны и укрепления здоровья, привитие навыков безопасного поведения подрастающего поколения.

В Казахстане издан ряд нормативно-правовых документов, направленных на укрепление здоровья подрастающего поколения, начиная с антенатальной охраны плода. Ведущим направлением в этой работе является профилактика, как один из малозатратных методов предотвращения развития заболеваний, что реально может повлиять на демографическую ситуацию в целом по республике. Законами «О браке и семье», «О правах

ребенка», «О репродуктивных правах человека и гарантиях их осуществления» регламентируется права каждого члена нашего общества.

Комплексный подход ко всем мероприятиям включает сохранение здоровья еще не родившегося ребенка, пропаганду грудного вскармливания, первичную и вторичную профилактику наиболее распространенных детских инфекционных заболеваний с проведением опережающих шагов, реабилитации уже перенесших различные заболевания, а также повышение уровня информированности молодых родителей по формированию здорового образа жизни.

Особое внимание необходимо уделить социальной поддержке молодых семей, где мамой ребенка зачастую является юная девушка, которая согласно Конвенции и Закона о правах ребенка РК (статья 1) сама является ребенком в возрасте до 18 лет. Это возможно решить только на межведомственном уровне при активной поддержке правительства с принятием нормативно правовых актов, гарантирующих законную помощь юным мамам и их детям с целью сохранения и укрепления их здоровья, а также создание возможностей полноценного развития детей и полноценной интеграции юных мам в общество.

**30 мая 2007 года** в пресс-центре «Интерфакс-Казахстан» состоялась пресс-конференция, посвященная Всемирному дню борьбы с курением.

В пресс-конференции приняли участие: Мурат Усатаев – заместитель генерального директора Национального центра проблем формирования здорового образа жизни, Айкан Аканов – президент Национальной коалиции «За Казахстан, свободный от табачного дыма», Талапкали Измухамбетов – депутат Маслихата г.Алматы, президент Ассоциации медицинских колледжей Казахстана.

Ежегодно 31 мая отмечается Всемирный день борьбы с курением. В этом году по предложению Всемирной организации здравоохранения он проходит под девизом «Освободим места пребывания людей от табачного дыма».

Национальным Центром проблем формирования здорового образа совместно с Институтом общественного здравоохранения при поддержке Института Открытого общества проведено исследование среди населения 15-65 лет в 7 регионах Казахстана. Так, установлено, что 56,1% респондентов никогда не пробовали курить, 13,5% являются бывшими курильщиками, курят от случая к случаю – 8,8% респондентов, 21,5% – являются регулярными (ежедневными) курильщиками. Наибольшее количество курильщиков



отмечается среди мужчин в возрасте 30-59 лет. Около 70% потребителей табака желают избавиться от курения. Курением в общественных местах обеспокоены 59% некурящих и 30% регулярных курильщиков. За запрет курения в общественном транспорте высказались 86% опрошенных. Каждый третий респондент обеспокоен курением на рабочем месте, и в первую очередь из-за пагубного воздействия табачного дыма на здоровье.

Многолетние исследования показывают, что пассивное курение, т.е. вдыхание вторичного табачного дыма, очень опасно для здоровья. Оно вызывает множество серьезных болезней среди детей и взрослых, включая рак, респираторные и сердечно-сосудистые заболевания.

Ежегодно в мае во всех регионах Казахстана проходит месячник, приуроченный ко Дню борьбы с табакокурением. В рамках месячника организованы акции, направленные на освобождение рабочих и общественных мест от курения, осуществляя тем самым право каждого человека дышать чистым воздухом. Так, медицинские, учебные и некоторые государственные организации г.Алматы объявили себя зонами, свободными от табачного дыма, визуально определив территорию некурения. В г.Астана подписан Меморандум намерений об освобождении организаций общественного питания (кафе, бары, рестораны) от табачного дыма. В организациях системы образования прошли семинары, конкурсы на антитабачную тему, конференции и открытые уроки, дебатные турниры и круглые столы по вопросам политики противодействию курению, а также спортивно-массовые мероприятия. В организациях первичной медико-санитарной помощи и наркологических диспансерах прошли дни открытых дверей по оказанию помощи желающим бросить курить. С начала мая проходят региональные конкурсы «Брось курить и выиграй», в которых уже зарегистрировались около 15 тысяч человек. Конкурсы продлятся до ноября 2007 года и завершатся в Международный День отказа от курения – 22 ноября.

Особое внимание уделено активизации мер по сокращению курения среди различных групп населения с разработкой региональных программ по примеру городской целевой программы «Алматы – город, свободный от табачного дыма». О необходимости принятия таких программ было сказано на круглых столах в Северо-Казахстанской, Костанайской, Карагандинской, Алматинской, Кызылординской областях и г.Астане.

#### Оценка Международной компании «Брось курить и выиграй-2006»:

В конкурсе 2006 года приняло участие 30048 человек старше 18 лет. Через год после объявления конкурса в мае 2007 года проведен опрос участников методом случайной выборки.

Средний возраст опрошенных составил 37,9 лет, средний стаж курения – 12,7 лет. Условия конкурса – не курить в течение 4 недель – успешно выдержали 39,6% участников. Оставались некурящими в течение года 7,5% респондентов, 29% в течение года потворно бросили курить. Таким образом, 36,5% участников прошлогоднего анти-табачного конкурса бросили курить.

Из числа успешно бросивших курить 85,9% получили поддержку близких, друзей, в том числе 34,5% – помощь медицинских работников в отказе от курения. Более 40% участников конкурса высоко оценили проведение кампании в осуществлении их желания бросить курить.

Таким образом, международный конкурс «Брось курить и выиграй» в очередной раз подтвердил свою эффективность и необходимость проведения массовых кампаний по отказу от курения в будущем.

**26 июня 2007 года** в пресс-центре «Интерфакс-Казахстан» состоялась пресс-конференция, посвященная Международному дню борьбы с наркоманией и незаконным оборотом наркотиков.

В пресс-конференции приняли участие: Казбек Тулебаев – Генеральный директор Национального Центра проблем формирования здорового образа жизни, Александр Катков – директор Республиканского научно-практического Центра медико-социальных проблем наркомании, Марина Вихновская – заведующая отделением детской и подростковой психиатрии Республиканского научно-практического Центра психиатрии, психотерапии и наркологии, Аим Жылкайдарова – исполняющая обязанности сопредседателя Общественного объединения “Выбор молодых”.

Международный день борьбы с наркоманией и незаконным оборотом наркотиков учрежден по решению Генеральной Ассамблеи ООН в 1987 году. Цель этого дня - привлечение общественного внимания к проблеме наркотизации населения и борьбе с незаконным оборотом наркотиков.

Ситуация с употреблением наркотиков в Республике Казахстан по-прежнему остается сложной, представляя реальную угрозу здоровью нации. По данным Республиканского научно-практического Центра медико-социальных проблем наркомании (г.Павлодар) первичная заболеваемость наркома-



нией в 2006 году составила 398,3 случаев на 100 тыс. населения, что несколько ниже показателей 2005 года (427,0 на 100 тыс. населения). Высокие показатели по заболеваемости наркоманией отмечаются в городе Алматы (1302,6 случаев на 100 тыс. населения), Павлодарской (611,1), Восточно-Казахстанской (591,8), Карагандинской (534,2) областях. На диспансерном учете в медицинских учреждениях страны состоят 53 172 больных наркоманией.

Распространение наркомании усиливает негативные социальные процессы в обществе, такие как рост преступности и детской беспризорности, увеличение числа ВИЧ-инфицированных, высокий уровень общей смертности, рождения нездоровых детей и другие.

Одним из основных факторов ввоза и транзита наркотических средств для Казахстана является географическое расположение. Прозрачность границ с Кыргызской Республикой, Узбекистаном и Российской Федерацией создают реальные предпосылки транзита наркотиков через территорию Казахстана в Россию и Европейские страны. Наблюдается тенденция роста ввоза синтетических наркотиков из Западной и Восточной Европы, России. Кроме того, в Казахстане существует собственная база наркотического сырья в Шуйской долине, что обуславливает существование внутреннего наркотрафика из южных регионов, а высокая стоимость наркотиков в северных регионах Казахстана, России и Западной Европы способствует росту объемов транзита, сбыта и, как следствие, увеличению числа потребителей.

В Казахстане работа по преодолению наркомании ведется в следующих направлениях: недопущение нелегального ввоза наркотиков на территорию региона; запрет на распространение и употребление наркотиков; лечение наркозависимых граждан. Приоритетным направлением признана профилактическая работа среди подрастающего поколения, способствующая воспитанию психически здорового, личностно развитого человека, способного самостоятельно справляться с собственными психологическими затруднениями и жизненными проблемами, не нуждающегося в приеме психоактивных веществ, в том числе наркотиков.

**4 июля 2007 года** в пресс-центре «Интерфакс-Казахстан» состоялась пресс-конференция на тему: «Предупреждение негативных последствий летнего жаркого периода на здоровье населения».

В пресс-конференции приняли участие: Казбек Тулебаев – Генеральный директор Националь-

ного Центра проблем формирования здорового образа жизни, Нурлан Абдикалиев – заместитель директора Научно-исследовательского института кардиологии и внутренних болезней,

Ирина Брежнева - главный врач детской городской больницы №2 г.Алматы, Игорь Волков – главный врач скорой медицинской помощи г.Алматы, Фарид Муратова – начальник отдела долгосрочных прогнозов РГП «Казгидромет».

По прогнозам РГП «Казгидромет» на территории Казахстана установилась жаркая погода с превышением среднемесячных показателей на 2-3 градуса. Прогнозируется, что в отдельные дни июля месяца столбик термометра будет повышаться до 40-42°С.

Жаркая погода может оказывать негативное влияние на состояние здоровья населения всех возрастных групп, особенно детей, людей пожилого возраста, лиц, страдающих хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы. В период резкого повышения температуры высока вероятность возникновения теплового и солнечного ударов, которые могут привести к очень серьезным последствиям.

Все это диктует необходимость в своевременном информировании населения о возможных негативных последствиях жаркого периода года с акцентом на своевременные профилактические мероприятия по сохранению здоровья и предупреждению заболеваний.

Мало кто принимает солнечный удар всерьез. Подумаешь, голову напекло, это даже не болезнь, а сплошное недоразумение. Однако медики утверждают обратное. Ведь именно им приходится оказывать медицинскую помощь пострадавшим в результате перегревания на солнце. Коварство солнечных ударов заключается еще и в том, что их воздействие может произойти не только во время пребывания на солнце, но и 6-8 часов спустя.

В отличие от солнечного удара, где в первую очередь атакуется мозг, при тепловом ударе перегревается сразу все тело одновременно. Тепловой удар возникает при длительном перегревании организма, особенно при повышенной физической нагрузке. Это может произойти в походах, при ношении закрытой одежды в жару, во время работы в помещении с высокой температурой, в условиях повышенной влажности и недостаточного проветривания.

Тепловой и солнечный удары сопровождаются острым нарушением кровообращения и функций других жизненно важных органов и систем. Первые признаки: появляются резкая усталость, слабость, головная боль, головокружение, боль в ногах, спине, тошнота, рвота, шум в ушах, затемне-



ние в глазах. Возможны беспокойство, галлюцинации и судороги. Температура тела повышается до 40-41 градуса. Если в это время пострадавшему не будет немедленно оказана помощь, он может погибнуть от остановки дыхания и кровообращения.

Первая помощь при тепловом или солнечном ударе: перенести пострадавшего в прохладное место, холодный компресс на голову, дать понюхать нашатырный спирт и напоить прохладной водой. Необходимо немедленно вызвать врача!

Солнечный и тепловой удары легче предупредить, чем лечить. Их профилактика сводится к выполнению простых, но очень эффективных правил. Недопустимо длительное пребывание на солнце без головного убора. Наиболее опасно время нахождения на открытом солнце между 11 и 16 ч. При приеме солнечных ванн в горизонтальном положении голова должна быть чуть приподнята, лицо необходимо накрыть шляпой или полотенцем. Не играть на открытом солнце в футбол, волейбол и другие подвижные игры. При активных движениях опасность получить тепловой и солнечный удар возрастает.

Необходимо регулярно принимать жидкость. Утолять жажду предпочтительнее прохладными (но не холодными!) напитками: водой (лучше немного подсоленной), зеленым чаем, соком, особенно лимонным, но ни в коем случае не алкоголем, кофе, пивом. Особое внимание необходимо уделять детям, следить за их питьевым рационом.

**11 июля 2007 года** в пресс-центре «Интерфакс-Казахстан» состоялась пресс-конференция «Народонаселение и проблемы смертности мужчин в Республике Казахстан», посвященная Всемирному дню народонаселения.

В пресс-конференции приняли участие: Бексултан Туткушев – депутат Сената Парламента РК, Татьяна Слажнева – заместитель директора Национального центра проблем формирования здорового образа жизни, Меруерт Рахимова – и.о. исполнительного представителя Фонда ООН в области народонаселения в Казахстане, Ерболат Мусабек – представитель Агентства РК по статистике.

По инициативе Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА), начиная с 1989 года, 11 июля во всех странах мира ежегодно отмечается Всемирный день народонаселения. В 2007 году он проходит под девизом «Мужчины в работе», что сосредоточено в 4-х направлениях: поддержка беременных жен, забота о детях раннего возраста, участие в воспитании дочерей, равные обязанности отцов и матерей в воспитании детей.

Активно обеспечить реализацию вышеперечисленного может здоровый мужчина, который может внести огромный вклад в достижение поставленных задач, являясь надежным партнером в охране материнства и женского здоровья.

К сожалению, состояние мужского здоровья в Казахстане имеет явную тенденцию к ухудшению с высоким уровнем смертности и крайне низкой ожидаемой продолжительности жизни при рождении, которая почти на 11 лет ниже, чем у женщин (61,56 лет и 72,52 лет соответственно).

Подтверждением этого является проведенный специалистами Национального центра проблем формирования здорового образа жизни по заказу ЮНФПА отчет «Аналитическое исследование общей смертности», в котором убедительно представлены данные о наличии высокой смертности мужчин, обусловленной множеством различных факторов.

Наиболее заметную роль играют биологические и поведенческие различия. Как правило, это условия труда мужчин, занятых в сферах с повышенным риском для жизни, включая стрессовые ситуации, распространенность поведенческих факторов риска (злоупотребление алкоголем, наркомания, табакокурение, неадекватное питание, низкая физическая активность). Смертность мужчин в трудоспособном возрасте имеет явную тенденцию к росту и почти в 3,5 раза выше смертности женщин. Вершина резкого превышения мужской смертности достигается уже в интервале 20-24 года и продолжается на протяжении всего трудоспособного возраста. Соответственно, у мужчин снизилась ожидаемая продолжительность жизни на 3,6 года (у женщин – на 1,3 года). Большие потери несет городская популяция. Начиная с 1989 года, смертность мужчин в возрасте 20-24 года выросла в 1,7 раза, а в 45-49 лет – в 1,8 раза. Наибольшее число лет недожития наблюдается среди городских мужчин в возрасте до 35 лет – 6 лет, после 35 лет – 3 года.

Все это ведет к дальнейшему нарастанию потерь производительной части общества, негативно сказывается на качестве жизни конкретной семьи и демографической ситуации в целом.

**8 августа 2007 года** в Национальном центре проблем формирования здорового образа жизни Институт общественного здравоохранения провел семинар – совещание «10 лет реализации политики формирования здорового образа жизни в РК: состояние, перспективы».

В работе семинар-совещания приняли участие Серик Сейдуманов - заместитель Акима г.Алматы,



Казбек Тулебаев - Генеральный директор Национального Центра проблем формирования здорового образа жизни, Зауре Аманжолова - директор департамента здравоохранения г. Алматы, представители организаций систем здравоохранения и образования, неправительственных организаций.

Президент Республики Казахстан Н.А. Назарбаев в своем Послании казахстанскому народу в 1997 году озвучил основные стратегические направления развития страны, которые легли в основу Стратегии развития государства «Казахстан 2030». В приоритете «Здоровье, образование и благополучие граждан Казахстана» ключевым компонентом Стратегии определено формирование здорового образа жизни.

За десятилетний период была сформирована целостная, системная модель формирования здорового образа жизни, имеющая свои стратегические цели, адекватные задачи, базирующиеся на международных принципах и конкретные мероприятия, направленные на формирование у населения потребности вести здоровый образ жизни.

Проведенная работа охватывала все социально-значимые сферы экономики, благодаря чему формировались межсекторальные связи между заинтересованными министерствами и ведомствами. При Правительстве Республики Казахстан функционирует Координационный Совет по охране здоровья населения, в регионах работают Координационные Советы по формированию здорового образа жизни, возглавляемые заместителями Акимов областей и городов, которые рассматривают вопросы укрепления и сохранения здоровья.

За данный период в Казахстане сформировался институт неправительственных организаций, который активно работает с населением по различным аспектам сохранения и укрепления здоровья. Международные организации, аккредитованные в Казахстане, так же активно сотрудничают с государственным и негосударственным секторами по реализации политики формирования здорового образа жизни, распространяя опыт других стран в рамках различных программ общественного здоровья.

Наряду с этим необходимо определить перспективы дальнейшего развития политики формирования здорового образа жизни, новые пути сотрудничества, потенциал которых еще не используется.

**21 августа 2007 года** в Национальном Центре проблем формирования здорового образа жизни прошел круглый стол на тему: «В школу с 6-ти лет». Цель круглого стола: обсуждение путей создания

оптимальных условий пребывания учащихся 6-летнего возраста в условиях современной школы.

В работе круглого стола были рассмотрены следующие вопросы:

1. Нормативно-правовая база по обучению детей с 6-летнего возраста и 12-летнему образованию в РК,

2. Создание позитивного психологического климата в школах,

3. Санитарно-гигиенические условия в общеобразовательных школах,

4. Создание оптимальных возможностей для усвоения школьной программы в условиях повышенной учебной нагрузки,

5. Организация качественного питания для учащихся начальных классов,

6. Соблюдение учащимися правил личной гигиены,

7. Партнерство педагогов, медицинских работников и родителей в вопросах медицинской и педагогической грамотности.

В Республике Казахстан создана юридическая база по переходу на 12-летнее образование и начало обучения в общеобразовательных школах с шести лет. Законом Республики Казахстан «Об образовании» в первый класс школы дети принимаются с шести или семи лет. Среднее общее образование поэтапно приобретает в общеобразовательном учебном заведении трех ступеней: начальной (1-4 классы), основной (5-9 классы) и старшей (10-11 (12) классы).

**Государственной программой развития образования в Республике Казахстан на 2005–2010 годы предусмотрено начало обучения в общеобразовательных школах с 6 лет.**

**Постановлением Правительства РК от 19 июля 2006 года № 681 утвержден план мероприятий по переходу на 12-летнее среднее общее образование.**

Государственным общеобразовательным стандартом образования Республики Казахстан определен возраст начала обучения – 6 лет. Основное назначение начального общего образования – раскрытие индивидуальности обучаемого и освоение учебной деятельности.

В течение ряда лет в Казахстане проведен эксперимент по переходу на обучение с 6-летнего возраста, согласно которого выявлены положительные и отрицательные моменты данного обучения, включая состояние здоровья, психологическую адаптацию и возможность усвоения учебного процесса.

По данным профилактических осмотров детского населения удерживается высокий уровень



такой патологии, как понижение остроты зрения, нарушение осанки, понижение остроты слуха. В процессе обучения детей наблюдается рост уровня заболеваемости в подростковом возрасте болезнями костно-мышечной системы в 3 раза, болезнями глаза в 2 раза. Психические расстройства и расстройства поведения к 18 годам возрастают в 1,8 раза, болезни нервной системы в 1,3 раза.

Предметом обсуждения стало партнерство с родителями, которые, с одной стороны, могут реально помочь в организации создания оптимальной среды жизнедеятельности детей, с другой стороны, сами нуждаются в психологической подготовке. Особенно это касается тех, у которых дети пошли в школу с 6-летнего возраста.

Предполагается принятие решения круглого стола, о котором будут оповещены департаменты образования и здравоохранения, все заинтересованные структуры.

**12 сентября 2007 года** в пресс-центре «Интерфакс-казахстан» состоялась пресс-конференция на тему: «Артериальная гипертония: ситуация, прогноз, пути решения проблемы», посвященная проведению декадника по профилактике артериальной гипертонии в РК.

В пресс-конференции приняли участие: Нурлан Абдикалиев – заместитель директора Научно-исследовательского института кардиологии и внутренних болезней; Казбек Тулебаев – Генеральный директор Национального Центра проблем формирования здорового образа жизни; Зауреш Аманжолова – начальник Департамента здравоохранения г. Алматы, Бауыржан Абдильдин – заместитель начальника Управления здравоохранения Алматинской области.

В период 11 - 21 сентября 2007 года в Казахстане проходит декадник по профилактике артериальной гипертонии под девизом «Узнай свое артериальное давление». Цель декадника: информирование населения о последствиях заболевания артериальной гипертонией и мерах ее профилактики. В дни проведения декадника каждый житель Казахстана может измерить свое артериальное давление во всех медицинских организациях и получить консультацию по профилактике артериальной гипертонии.

Сердечно-сосудистые заболевания являются наиболее актуальной проблемой современной медицины. По данным Агентства Республики Казахстан по статистике на 01.01.2007 года болезни системы кровообращения в структуре общей заболеваемости находятся на втором месте после бронхолегочной патологии. Сердечно-сосудис-

тые заболевания стабильно занимают первое место среди причин смертности населения страны (51,2%). Наиболее высока смертность среди мужчин трудоспособного возраста, которая в 3 раза выше, чем у женщин трудоспособного возраста.

Среди болезней системы кровообращения по распространенности на первом месте стоят артериальная гипертония и ишемическая болезнь сердца, в сумме составляя более половины кардиологических заболеваний (59,9%).

За последние годы отмечается рост численности кардиологических больных, составившей в 2006 году более 1 382 тысяч человек, из которых повышенное артериальное давление отмечалось у более 500 тысяч пациентов. Высокое артериальное давление является основным фактором риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний, таких как ишемическая болезнь сердца, включая инфаркт миокарда, инсультов, почечной недостаточности. Происходит «омоложение» этой патологии – повышенное артериальное давление выявляется у большего числа людей молодого возраста.

Существенное влияние на рост заболеваемости артериальной гипертонией оказывают такие факторы риска, как табакокурение, злоупотребление алкоголем, избыточная масса тела, малоподвижный образ жизни, а также низкая активность населения по контролю за своим артериальным давлением.

10 октября 2007 года в Международном пресс-центре г.Астана состоялась пресс-конференция, посвященная итогам проведения «Фестиваля здоровья» под девизом «10 лет Стратегии «Казахстан-2030» - 10 лет на пути развития здорового и процветающего общества».

Ежегодно проводимая широкомасштабная акция «Фестиваль здоровья» направлена на популяризацию и формирование у населения Казахстана здорового образа жизни. Организатором данной акции выступил Национальным Центром проблем формирования здорового образа жизни Министерства здравоохранения РК. Акцию поддержали Администрация Президента Республики Казахстан, Акиматы областей и городов Астана и Алматы.

22 сентября 2007 года во всех городах и населенных пунктах республики прошел Фестиваль здоровья, посвященный 10-й годовщине Стратегии развития государства «Казахстан – 2030», одним из приоритетов которой определено «Здоровье, образование и благополучие граждан Казахстана». Цель акции - привлечение внимание



общества к важности вклада здорового образа жизни в процветание и благосостояние нашей страны. Успехи проводимых политических, социальных и экономических реформ в республике во многом зависят от общественного здоровья, как одного из важнейших ресурсов страны. Здоровье является одной из главных ценностей, как отдельного человека, так и общества в целом.

В рамках «Фестиваля здоровья» в этот день по всей стране на стадионах, площадях, спортивных площадках школ прошли культурно-развлекательные мероприятия, спортивные соревнования, конкурсы и викторины по различным аспектам здорового образа жизни, а также медицинские консультации по вопросам охраны и укрепления здоровья, профилактики заболеваний. К данному мероприятию были приурочены сдача Президентских тестов и массовый забег среди медицинских работников «Президентская миля».

Отличительной особенностью Фестиваля здоровья 2007 года явилось парадное шествие детей в возрасте 10 лет и учащихся 10-х классов общеобразовательных школ - как символ юбилейной даты принятия Стратегии развития государства «Казахстан – 2030».

По данным, полученным из регионов страны, Фестиваль здоровья прошел в 14 областных центрах, 21 городе и 40 районных центрах, в котором приняли участие более 1 млн. человек. Наибольшую активность в данной акции проявили учащиеся общеобразовательных школ, для которых были организованы спортивные эстафеты, соревнования, конкурсы детского рисунка на асфальте, викторины. Победители награждены дипломами, отмечены памятными призами подарками. В этот день прошло чествование личностей, внесших большой вклад в укрепление и сохранение здоровья казахстанцев. Большой интерес данная акция вызвала у представителей малой Ассамблеи народов Казахстана, которые организовали выступления коллективов художественной самодетельности, соревнования по национальным играм. Фестиваль здоровья широко освещался в средствах массовой информации.

**Таким образом, широкомасштабная акция «Фестиваль здоровья», проведенная в Казахстане уже девятый раз, показала заинтересованность населения различных возрастных групп принимать участие в мероприятиях по пропаганде здорового образа жизни. Данная акция является примером мобилизации общества на формирование здорового образа жизни. Выбор в пользу здорового образа жизни поможет людям сделать жизнь здоровой и активной.**

**23 октября 2007 года** в Национальном Центре проблем формирования здорового образа жизни состоялась дискуссионная встреча на тему: «Вакцинация против гриппа: аргументы «за» и «против».

Участники встречи: Казбек Тулебаев – Генеральный директор Национального Центра проблем формирования здорового образа жизни; Алмагул Куатбаева – зав.отделом Республиканской санитарно-эпидемиологической станции; Лаура Каюпова - замдиректора Научного Центра акушерства, гинекологии и перинатологии; Борис Каральник - зав. лабораторией Научного центра гигиены и эпидемиологии; Мунира Байжанова – Научный центр педиатрии и детской хирургии; Раушан Идрисова – зав. кафедрой детских инфекций Алматинского государственного Института усовершенствования врачей; Александр Дмитриевский – кафедра иммунологии и аллергологии Казахского Национального медицинского университета.

Грипп - это инфекционное заболевание, возникающее сезонно, характеризующееся широким распространением в виде эпидемий и пандемий. Во время ежегодных эпидемий у 5-15% населения, а в закрытых коллективах до 60% населения, развиваются заболевания верхних дыхательных путей, причиной которых является проникновение вируса гриппа воздушно-капельным путем от человека к человеку. Для детей самого младшего возраста, пожилых людей и людей, страдающих заболеваниями почек, легких, сердца, диабетом, грипп представляет серьезную опасность, вызывая различные осложнения, такие как пневмония, отиты и др.

Ежегодно в мире гриппом заболевает около 500 млн. человек. Пандемии (эпидемии, охватывающие значительную часть населения на всех континентах) происходят раз в 10-40 лет. Последняя пандемия была в 1968 году, следовательно, мы стоим на пороге следующей.

Инфекционные болезни занимают ведущее место в структуре заболеваемости, среди которых до 80% приходится на острые респираторно-вирусные инфекции (ОРВИ). Ежегодно в Казахстане регистрируется до 2-х миллионов случаев ОРВИ и несколько десятков тысяч случаев гриппа, число которых зависит от эпидемического сезона. Инфекционные болезни наносят существенный экономический ущерб государству, здоровью различных слоев населения, требуя значительных затрат и усилий (финансовых, медицинских, социальных), особенно в период повышенной заболеваемости.



В Казахстане за 8 месяцев 2007 г. зарегистрировано около миллиона случаев ОРВИ и 16 тыс. случаев гриппа, при этом заболеваемость в основном пришлась на зимне-весенние месяцы. В данный осенний сезон отмечен подъем ОРВИ, но не одного случая гриппа не зафиксировано.

По прогнозу специалистов пик заболеваемости гриппом в Казахстане ожидается в декабре 2007 - январе 2008 года.

Существуют несколько способов профилактики гриппа: вакцинация, применение лекарственных и народных средств.

Согласно Постановления главного государственного санитарного врача РК от 12 сентября 2007 г. № 17 прогнозируется пандемия гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций в предстоящий эпидемический сезон.

На всей территории Казахстана с 1 октября по 15 ноября проводится вакцинация наиболее уязвимым группам населения, к которым относятся все лица старше 60-ти лет, взрослые и дети с хроническими заболеваниями, ослабленные и часто болеющие дети, а также медицинские работники всех уровней, работники птицефабрик и частных фермерских птичьих хозяйств. Остальное население может прививаться в медицинских учреждениях на платной основе по рекомендации медицинских работников.

На протяжении 60 с лишним лет были разработаны и применены различные типы противогриппозных вакцин. Они безопасны и эффективны для предотвращения, как легких, так и тяжелых форм гриппа. Вакцина очень эффективна (70-90 %) с точки зрения снижения заболеваемости среди взрослого населения, что в свою очередь снижает заболеваемость детей, а это в итоге - общую заболеваемость. Вакцинация вызывает стойкий иммунитет против того штамма вируса, которым человек был привит, вакцины практически не имеют противопоказаний и могут применяться у маленьких детей с 6-ти месячного возраста. В Казахстане представлены такие вакцины против гриппа, как «Инфлювак» и «Ваксигрипп».

Немаловажным является профилактика применения народных средств, которые не вызывают специфический иммунитет, а повышают общую устойчивость организма, и являются одним из компонентов предотвращения заражения вирусом гриппа. Для достижения результата необходимо длительное их применение. Народные средства характеризуются низкими материальными затратами, практически не имеют противопоказаний, но не все средства могут быть применены у маленьких детей.

Лекарственные препараты направлены непосредственно против вируса гриппа и при условии регулярного применения характеризуются высокими материальными затратами, имеют широкий перечень противопоказаний и могут применяться только у детей старшего возраста и у взрослых.

В эпидемический период население должно само сделать выбор в пользу того или иного средства собственной профилактики гриппа.

**31 октября 2007 года** в Министерстве здравоохранения РК г.Астана состоялась пресс-конференция, посвященная дню отказа от употребления алкоголя.

В пресс-конференции приняли участие: Кадыр Омаров – вице-министр здравоохранения РК, Мурат Усатаев – заместитель Генерального директора Национального центра проблем формирования здорового образа жизни, Кайрат Бармаков – начальник управления профилактической деятельности Комитета административной полиции МВД РК, Галия Рахметова – главный специалист Департамента общественно-политической работы и связи с общественностью министерства культуры и информации РК.

В рамках реализации совместного приказа министерств здравоохранения, образования и науки, туризма и спорта, культуры и информации, внутренних дел и Министерства юстиции РК «Об утверждении межведомственного Плана мероприятий по сокращению употребления алкоголя в РК на 2007-2008 годы» последняя среда октября месяца 2007 года была объявлена Днем отказа от употребления алкоголя.

Вопросам снижения употребления алкоголя в Республике Казахстан был посвящен круглый стол, прошедший 30 октября в Министерстве здравоохранения. В его работе приняли участие представители 9 министерств и ведомств, НПО, ВОЗ, а также заместители акимов областей и гг.Астана и Алматы. Обсуждались промежуточные итоги работы за 2007 год реализации межведомственного Плана.

Негативные явления, порождаемые избыточным потреблением алкогольных напитков таят в себе большую опасность для общества. Злоупотребление алкоголем – это одна из основных причин смертности и утраты трудоспособности во многих странах мира. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) этот показатель почти равен негативному воздействию табачных изделий, и в 5 раз превышает негативное воздействие наркотиков.



Употребление алкоголя повышает риск возникновения проблемных ситуаций в семье, на работе, несчастных случаев, криминального поведения, убийств и самоубийств. Так, 40 - 60% всех смертей от преднамеренных и непреднамеренных телесных повреждений связаны с употреблением алкоголя. Около 9% от общего бремени болезней вызывается употреблением алкогольной продукции, которое увеличивает риск возникновения цирроза печени, некоторых видов рака, повышенного кровяного давления и инсульта, пороков развития у детей. Потребление больших доз алкоголя особенно пагубно для молодежи. Доказана взаимосвязь между потреблением алкоголя и высоким процентом криминального поведения среди несовершеннолетних, травматизмом и снижением академических способностей.

Согласно данным ВОЗ общие расходы, связанные с потреблением алкоголя, составляют от 2% до 5% от валового национального продукта, как в развитых, так и развивающихся странах. Это расходы, связанные с ухудшением здоровья и благополучия, потерями для промышленности, расходы в результате дорожно-транспортных происшествий, а также с работой правоохранительных и пенитенциарных органов.

Проблема избыточного потребления алкогольной продукции актуальна и для Казахстана. По данным ВОЗ в Казахстане 10,9% смертей связано с употреблением алкоголя. По данным Агентства Республики Казахстан по статистике на 1.01.2007 года на диспансерном наблюдении состояли 246 862 лица, злоупотребляющие алкогольными напитками, из них 12,5 % составляют женщины, 2,8 % - подростки. Отравления алкогольной продукцией составили 20 498 случаев, число смертельных исходов в результате отравлений - 1596 человек.

Социологические исследования, проведенные специалистами Национального Центра проблем формирования здорового образа жизни в 2004 году, показали, что 39,4% населения Казахстана употребляют алкогольные напитки, среди них 9,9% - дети, 21,5% - подростки, около 50% - молодежь. Отмечается тенденция к снижению этого показателя. Так, по данным социологического исследования 2001 года уровень потребления алкоголя в стране отмечался на уровне 45,4 %, а в 1998 году он составлял 51%.

В Республике Казахстан проводится масштабная работа по снижению употребления алкоголя среди населения. Специалисты службы формирования здорового образа жизни ежегодно проводят обучающие семинары и тренинги для

педагогов, медработников, лидеров среди подростков и молодежи, волонтеров, неправительственных организаций. Внедряются новые методики работы с подростками и молодежью: интерактивное обучение, профилактическая работа по принципу «равный-равному», используются новейшие технологии (Интернет, компьютерные конференции). С 1998 года во всех учебных заведениях ведется предмет «Валеология». Совместно с Национальным Дебатным Центром во всех регионах страны организованы дебаты среди студентов и школьников по вопросам употребления вредных веществ.

Национальным Центром проблем формирования здорового образа жизни (НЦ ПФЗОЖ) разработана и представлена на рассмотрение в Правительство концепция «Политики ограничения потребления алкоголя в Республике Казахстан», которая включила вопросы мобилизации общества на снижение потребления алкоголя, создания межсекторального партнерства, совершенствования законодательной базы, медицинской помощи и психосоциальной поддержки. Кроме того, ведется работа по разработке предложений, направленных на усовершенствование законодательства в области ограничения употребления алкоголя, а именно: запрет продажи алкогольных напитков лицам в возрасте до 21-го года; разрешение продажи алкогольной продукции только в специализированных магазинах; сокращение дней и часов продажи; повышение акцизных ставок на алкогольную продукцию. На сегодня, почти все эти предложения внесены в проект закона РК «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам государственного регулирования производства и оборота этилового спирта и алкогольной продукции».

В 2003 году в Казахстане принят закон «О рекламе», которым запрещена реклама алкогольной продукции. Однако, все еще имеют место скрытая или косвенная рекламы алкогольной продукции под видом других продуктов.

31 октября 2007 года состоялась первая республиканская акция «День отказа от употребления алкоголя», направленная на поддержку создания в обществе атмосферы неприемлемого отношения к чрезмерному употреблению алкогольной продукции. В этот день по всей стране прошли круглые столы, пресс-конференции, рабочие встречи, семинары и тренинги, классные часы в школах, рейды по соблюдению алкогольного законодательства.

**13 ноября 2007 года** в Национальном Центре проблем формирования здорового образа жизни



прошел круглый стол на тему: «Лишний вес – угроза жизни».

В работе круглого стола приняли участие: Казбек Тулебаев – Генеральный директор Национального Центра проблем формирования здорового образа жизни; Муса Айтжанов - заведующий лабораторией рационального питания Казахской Академии питания; Лариса Лян – Департамент Государственного санитарно-эпидемиологического надзора г.Алматы; Сауле Касымбекова - Национальный Научно-практический Центр физической культуры; Турсынжан Аманов – НИИ кардиологии и внутренних болезней; Диляра Кадилова - кафедра фармакологии Казахского Национального медицинского университета им. Асфендиярова; Оксана Малицкая – клиника Оксаны Малицкой; представители неправительственных организаций.

Были рассмотрены следующие вопросы:

1. Анализ ситуации избыточной массы тела и ожирения в Республике Казахстан,
2. Избыточная масса тела и ожирение – ведущие факторы риска заболеваний сердечно-сосудистой и пищеварительной систем,
3. Внедрение стратегии по улучшению питания и повышению физической активности среди школьников,
4. Проведение рейдов по выполнению Постановления Главного государственного санитарного врача Республики Казахстан №12 от 30.03.2007г. «О запрете реализации в дошкольных и общеобразовательных организациях отдельных видов продуктов питания»,
5. Массовые мероприятия по предупреждению избыточной массы тела с привлечением всех слоев общества.

По данным Всемирной организации здравоохранения, избыточная масса тела и ожирение являются одной из важнейших проблем общественного здравоохранения и вносят существенный вклад как в заболеваемость, так и в смертность среди населения. Ожирение – это быстро растущая эпидемия, которой сегодня затронуто около 30% населения Европейского региона ВОЗ, причем распространенность ожирения растет во всех возрастных группах. Особую тревогу вызывает

ожирение у детей. Согласно результатам исследований ВОЗ, в Европе лишним весом страдают от 10 до 30% детей и подростков. Имеющиеся данные указывают также на быстрое сокращение разрыва в распространенности этих случаев между западными и восточными регионами. Проблема ожирения актуальна для всех стран, в том числе и для Казахстана.

Результаты научных исследований и фактические данные указывают на то, что для борьбы с ожирением необходимо решить две группы задач: оптимизация рациона питания и увеличение физической активности.

В Казахстане по результатам скринингового обследования в 2005 году около 50% учащихся в возрасте от 12 до 18 лет имели различные заболевания, ведущими из которых были болезни органов пищеварения, выявленные у 15,4% школьников. Кроме того, по данным исследований Национального Центра проблем формирования здорового образа жизни, в 2001 году доля лиц занимающихся подвижными видами спорта, составила 16,1%, а в 2004 году снизилась до 13,3 %.

Для решения проблемы избыточного веса и ожирения необходимы меры раннего предупреждения, формирующие структуру здорового питания и физической активности на всю жизнь. Также необходимы согласованные действия партнеров, включая государственные органы, население, СМИ и пищевую промышленность.

В Казахстане для усиления мер профилактики избыточной массы тела принято Постановление Главного государственного санитарного врача Республики Казахстан от 30 марта 2007 года №12 «О запрете реализации в дошкольных и общеобразовательных организациях отдельных видов продуктов питания». Необходимо проведение рейдов по выполнению настоящего Постановления. Планируется внедрение в 2008 году разработанной Минздравом РК совместно с Министерством образования и науки, Министерством туризма и спорта, Казахской академией питания «Стратегии по улучшению питания и повышению физической активности школьников».

*Есова Г.К.  
Ракишева З.Б.*

