

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

МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ISSN 2223-2931

Издается с 2002 г.

№ 1. 2015 г. (УДК 614.2.574)

Подписной индекс 75978

Учредитель:

Национальный Центр проблем формирования
здорового образа жизни МЗ РК. Свидетельство о
постановке на учет средства массовой информации
№ 2178-Ж от 01.08.2001 г.

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

Ответственность за содержание публикуемых
материалов несут авторы.

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
НЦПФЗЖ.

Адрес редакции:

г. Алматы, ул. Кунаева, 86

тел: 2911083, внутр. 126

www.hls.kz

Заказ № 53. Тираж 500 экз.

Главный редактор:

д.м.н., профессор Баттакова Ж.Е.

Зам. главного редактора:

д.м.н. Токмурзиева Г.Ж.

Ответственный редактор:

Тунник А.М

Редакционная коллегия:

д.м.н., профессор Аканов А.А.,

Айтмурзаева Г.Т. (Бишкек),

к.м.н. Азимов Г.Д. (Душанбе),

PhD Breda J. (Копенгаген),

PhD T.L.Hunt (Нью-Йорк),

к.м.н. Жандосов Ш.У.,

MD Ивета Пудуле (Рига),

Касымжанова Ж.К.,

Муталова З.Д. (Ташкент),

д.м.н., профессор Слажнева Т.И.,

д.м.н. профессор Тулебаев К.А.,

академик Шарманов Т.Ш.

Научный совет:

д.м.н., профессор Ахметов В.И.,

д.м.н., профессор Алчинбаев М.К.,

д.м.н., профессор Арзыкулов Ж.А.,

д.м.н., профессор Абилдаев Т.Ш.,

д.м.н., профессор Беркимбаев С.Ф.,

д.м.н. Калматаева Ж.А.,

д.м.н., профессор Кульжанов М.К.

д.м.н., профессор Омарова М.Н.

Редакционный совет:

Баймаханов Т.Б. (Павлодар),

Бурмаганов К.Ж. (Кокшетау),

Ермолаева Т.Ю. (Усть-Каменогорск),

Иманбекова Г.М. (Тараз),

Кайдарова Д.К. (Актобе),

Курманов М.К. (Астана),

Мамбетова Г.К. (Атырау),

Мырзахметов К.Т. (Кызылорда),

Мулдагалиева З.Н. (Уральск),

Садвакасова А.К. (Костанай),

Тогайбекова Ж.Е. (Шымкент),

Хамитов Т.Н. (Караганда),

Шахабаев М.С. (Петропавловск).

МАЗМҰНЫ

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДАҒЫ САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУ ЖҮЙЕСІН ЖЕТІЛДІРУДІҢ ТЕОРИЯЛЫҚ ЖӘНЕ ҰЙЫМДАСТЫРУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

Ахметов У.И., Токмурзиева Г.Ж. Сингапурдің денсаулық сақтау саласы: тәжірибе, дамудың негізгі бағыттарына	5
Баттақова Ж.Е., Мұқашева С.Б., Әлиева А.Қ., Садықова М.М. Денсаулықты сақтау мен нығайтудың негізі ретінде халықты ақпараттандыруды арттыру және денсаулықты сақтау дағыдыларын қалыптастыру	10
Баттақова Ж.Е., Токмурзиева Г.Ж., Сайдамарова Т.К. Қазақстан Республикасында 2013-2014 жж. скринингтік тексеріп-қараудың негізгі көрсеткіштері	16
Баттақова Ж.Е., Токмурзиева Г.Ж., Өтембаева Н.Т. Темекі шегудің таралуын төмендету және пассивті темекі шегуден халықты қорғау бойынша халықаралық тәжірибе	24
Бекбергенова Г.А. Сальмонеллездің алдын алу	35
Бұрмағанов К.Ж., Корнеева О.В. Ақмола облысының 2012-2014 жж. бойынша нысаналы топтағы ересек тұрғындарды скринингтік тексеріп-қарауды талдау	38
Игілікова А.Ә., Түсіпбаева Г.Г., Рахымбекова Д.К. Халыққа кардиологиялық көмекті ұйымдастыру мәселелерін анықтауда әлеуметтік бағалау	42
Қали А.К. Еңбек гигиенасының таңдаулы мәселелері	45
И.С.Кашперук-Карпюк, И.Ю. Олийнык. Онтогенездің перинаталдық кезеңіндегі зәр шығару жолдары мен қуық –үрпілі сегменттің морфометриялық сипаттамасы	47
Өміров М.Т., Бекбергенова Г.А., Кали А.К., Батырхан Ж.Б. Судың адам өміріндегі рөлі және эпидемиологиялық маңызы	52
Өміров М.Т., Кали А.К., Бекбергенова Г.А., Айдабай А.Т. Тұмау	55

СОДЕРЖАНИЕ

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ОБЩЕСТВЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Ахметов В.И., Токмурзиева Г.Ж. Здоровоохранение Сингапура: опыт, основные направления развития	5
Баттакова Ж.Е., Мукашева С.Б., Алиева А.К., Садыкова М.М. Повышение информированности населения и формирование здоровьесберегающих навыков, как основы сохранения и укрепления здоровья	10
Баттакова Ж.Е., Токмурзиева Г.Ж., Сайдамарова Т.К. Основные показатели скрининг - обследований в 2013-2014 гг. в Республике Казахстан.	16
Баттакова Ж.Е., Токмурзиева Г.Ж., Утембаева Н.Т. Международный опыт по снижению распространенности курения и защите населения от пассивного курения	24
Бекбергенова Г.А. Профилактика сальмонеллеза	35
Бурмаганов К.Ж., Корнеева О.В. Анализ скрининг – обследований целевых групп взрослого населения по Акмолинской области за 2012-2014 гг.	38
Игликова А.Э., Тусупбаева Г.Г., Рахимбекова Д.К. Социологические оценки в выявлении проблем организации кардиологической помощи населению.	42
Кали А.К. Избранные вопросы гигиены труда	45
Кашперук-Карпюк И.С., Олийнык И.Ю., Морфометрическая характеристика мочеиспускательного канала и пузырно-уретрального сегмента в перинатальном периоде онтогенеза.	47
Умиров М.Т., Бекбергенова Г.А., Кали А.К., Батырхан Ж.Б. Роль воды в жизни человека и эпидемиологическое значение воды	52
Умиров М.Т., Кали А.К., Бекбергенова Г.А., Айдабай А.Т. Грипп	55

CONTENTS

THEORY AND ORGANIZATIONAL ISSUES TO IMPROVE HEALTHY LIFESTYLE DEVELOPMENT IN PUBLIC HEALTH OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Akhmetov V.I., Tokmurziyeva G.Zh. Singapore Healthcare: experience, the main development directions	5
Battakova Zh.E., Mukasheva S.B., Alieva A.K., Sadykova M.M. Raising public awareness and the formation of health-skills as the basis of health protection and promotion	10
BattakovaZh.E., TokmurziyevaG.Zh., Saidamarova T.K., Key indicators of screening examinations in 2013-2014 in the Republic of Kazakhstan.	16
BattakovaZh.E., TokmurziyevaG.Zh., Utembaeva N.T. International experience of smoking prevalence reduction and public protection from secondhand smoke	24
Bekhbergenova G.A. Prevention of Salmonella	35
BurmaganovK.Zh.,Korneeva O.V. The analysis of target groups screening examinations of the adult population in Akmola region for 2012-2014.	38
Iglikova A.E., Tusupbaeva G.G., Rakhimbekova D.K. Sociologicalassessments in identifying the organization problems the cardiological aid to the population.	42
Kaly A.K. Selected topics of occupational hygiene	45
Kashperuk-Karpyuk I. S., OlijnykI. Y. Morphmetric characteristics of the urethra and vesicourethral segment in perinatal period of ontogenesis	47
Umyrov M.T., Bekhbergenova G.A., KalyA.K., Batyrkhan J.B. The role of water in human life and epidemiological importance of water	52
Umyrov M.T., KalyA.K., Bekhbergenova G.A., Aydabay A.T. Influenza	55

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ОБЩЕСТВЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

УДК:614.2(592.3)

В.И. АХМЕТОВ, д.м.н., профессор, Г.Ж. ТОКМУРЗИЕВА, д.м.н.

Казахский научно-исследовательский институт глазных болезней, г. Алматы
Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г. Алматы

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СИНГАПУРА: ОПЫТ, ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ

АННОТАЦИЯ

В статье приведены основные направления развития здравоохранения Сингапура, ключевые тенденции и приоритеты.

Ключевые слова: здравоохранение, политика, профилактика заболеваний, качество оказываемых медицинских услуг.

По экспертным оценкам Всемирной организации здравоохранения система здравоохранения Сингапура признана одной из лучших в мире. «Сингапур - страна номер 1 в свете эффективности возвратности инвестиций в здравоохранение при относительно невысоких (4,2% ВВП) затратах на здравоохранение. Финансирование в США более 18%. Успехи, достигнутые страной, впечатляют и достойны изучения, при этом каждая страна в достижении цели всеобщего охвата должна основываться на культуре, существующей системе и ожиданиях населения» - заявляет госпожа М. Чан, Генеральный директор Всемирной организации здравоохранения.

Система здравоохранения Сингапура демонстрирует яркий пример эффективного менеджмента, обеспечивающего развитие не только экономики, но и социальной сферы.

Следует отметить, что интенсивное развитие медицины было заложено в 1997 году, когда перед страной были поставлены задачи по выходу из кризиса. Уже в 2000 г. в Сингапуре началась реализация программы в области биомедицины. Не имея, на тот период, в достаточной степени квалифицированных кадров, страна привлекла лучших специалистов со всего мира.

В настоящее время успехи науки и су-

щественные налоговые льготы дали стимул крупным предприятиям в области фармации и биотехнологий развить эти направления в Сингапуре.

Высокое качество медицинских услуг, обеспеченное лучшими медицинскими кадрами, современным оборудованием, использованием передовых медицинских технологий, дали возможность признать систему здравоохранения лучшей в мире. Сегодня Сингапур лидер медицинского туризма.

Безопасность пациентов и контроль качества медицинских услуг обеспечивается Инспекцией здравоохранения (Health Science Authority). 12 медицинских организаций имеют аккредитацию Joint Commission International (JCI), что составляет треть всех аккредитованных JCI медицинских организаций стран Азии.

Деятельность первичной медико-санитарной помощи направлена в первую очередь на предоставление профилактических услуг, динамическое наблюдение и повышение уровня информированности и навыков населения в вопросах сохранения и укрепления здоровья.

Государственные медицинские организации подразделяются на 2 группы:

- Группа национального здравоохране-

ния (NHG - National Health Care Group),

- Служба здравоохранения Сингапура (SingHealth или Singapore Health Services) (таблица 1).

Интегрированная деятельность этих ме-

дицинских организаций обеспечивает стимулирование внедрения инновационных технологий, качество оказываемых медицинских услуг при сохранении расходов на медицинское обслуживание.

Таблица 1. Основные государственные медицинские организации

Группа национального здравоохранения (NHG – National Health Care Group)	Служба здравоохранения Сингапура (SingHealth или Singapore Health Services)
Alexandra Hospital Клиника Александра	Changi General Hospital Общая больница Чанги
National University Hospital Национальная университетская клиника	KK Women's and Children's Hospital Клиника материнства и детства
Tan Tock Seng Hospital Клиника Тан Ток Сенг	Singapore General Hospital Общая больница Сингапура
Institute of Mental Health/Woodbridge Hospital Институт психического здоровья	Polyclinics SingHealth Поликлиника SingHealth
National Skin Centre Национальный дерматологический центр	National Cancer Centre Singapore Национальный центр онкологии
NHG Polyclinics NHG поликлиники	National Dental Centre Национальный стоматологический центр
The Cancer Institute Институт онкологических заболеваний	National Heart Centre Национальный кардиологический центр
The Eye Institute Институт болезней глаза	National Neuroscience Institute Национальный институт неврологии
The Heart Institute Кардиологический институт	Singapore National Eye Centre Национальный институт офтальмологии

В таблице 2 приведены частные медицинские организации Сингапура.

Таблица 2. Основные частные больницы и медицинские центры

Основные частные больницы Сингапура	Основные частные медицинские центры Сингапура
Mount Elizabeth Hospital Больница Маунт Элизабет	Camden Medical Centre Медицинский центр Камден
Gleneagles Hospital and Medical Centre Глениглсе больница и медицинский центр	Thomson Medical Centre Медицинский центр Томсон
Mount Alvernia Hospital and Medical Centre Больница Маунт Алверния и медицинский центр	Novena Medical Centre Медицинский центр Новена
Raffles Hospital Госпиталь Raffles	Johns Hopkins Singapore International Medical Centre Сингапурский Международный медицинский центр Джонсона Хопкинса

Сингапурское здравоохранение прошло большой путь за более чем 40 летнюю историю развития. Взаимодополняющие системы Medisave, Medishield, ElderShield и Medifund позволяют пациентам смотреть в будущее без угрозы медицинских рисков для бедных людей.

Вопросам здравоохранения уделяется пристальное внимание. В феврале 2015 г. на встрече Министров, посвященной вопросам всеобщего охвата населения медицинскими услугами (Universal Health Coverage) было отмечено, что оказание качественной медицинской помощи - одна из важнейших задач и ответственности для любого правительства и один из самых трудных вызовов, требующих решения. Премьер Министр Lee Hsien Lung в своем выступлении отметил: «...всегда заманчиво пообещать, что мы сделаем больше, лучше и это будет стоить дешевле... может

даже бесплатно. Правительство не должно жертвовать долгосрочными целями в достижении текущих политических целей. Каждый доллар имеет свое целевое назначение и не может быть потрачен на другие нужды»

В 2015 году будет представлена новая система обязательного медицинского страхования, охватывающая услуги по принципу «все включено». В преддверии реформы вопросы медицинского страхования широко обсуждаются всеми заинтересованными сторонами, что демонстрирует готовность к трудным решениям. Когда речь идет о здравоохранении, обычная модель экономически неэффективна. Расширение возможностей и будущих нужд и потребностей могут стимулировать спрос, продиктованный предложением, провайдерами - supply-induced-demand. Когда доктора, провайдеры обладают намного большими знаниями, чем пациенты, модель

«старательный покупатель - старательный продавец» не срабатывает. Могут быть последствия в виде финансовых осложнений или излишних объемах услуг. Не обходимы варианты, предусматривающие комплекс инструментов, обеспечивающих формирование поведения медицинских работников, пациентов, администраторов, производителей и продавцов на рынке медицинских товаров: от ценового, тарифного регулирования - к инициативам по убеждению и обязательствам в целях достижения общего коллективного результата.

Один из наиболее серьезных вызовов существующей системы охраны здоровья - старение населения. Самая большая угроза для пенсионного периода и его планирования не инфляция и не маркетинговые предложения, а непредвиденно высокие медицинские расходы. Люди часто недооценивают преимуществ страхования здоровья, не учитывают, что возраст является биологическим фактором риска хронизации патологии и с процессом старения индивидуума затраты на лечение только растут.

Действенным инструментом в решении этой проблемы является широкое информирование населения. Министерство здравоохранения Сингапура и медицинские группы (в том числе частные) ведут активную работу по повышению осведомленности общества о преимуществах адекватного страхового покрытия, формируют изменение отношения населения к медицинскому страхованию.

Результаты национального исследования по изучению ожиданий населения, направленного на планирование финансирования сферы здравоохранения, выявили опасения со стороны респондентов в отношении того, что некоторые медицинские расходы, особенно при госпитализации, становятся неуправляемыми. В первую очередь это касается пациентов с хроническими и угрожающими жизни заболеваниями (например, злокачественные новообразования).

Другие ожидания выявили необходимость

мер по снижению тарифов на медицинское страхование и частное (добровольное) страхование, а также большую гибкость в распоряжении средствами, накопленными по планам медицинского страхования после выхода на пенсию.

Как следствие, основные изменения в системе коснутся медицинского страхования, сопряженного со страхованием жизни и дальнейших мер по формированию здорового образа жизни. Эффективная политика охраны здоровья уникальна для каждой страны в силу влияния культурных, географических особенностей, численности населения. С учетом этих факторов и строится комплекс стимулов и мотиваций, которые призваны еще больше закрепить в гражданах уже ставшие национальными черты - здоровый образ жизни, семейные ценности, забота о старших.

На сегодняшний день идеология программы развития Сингапура четко определена. Здоровье - это не просто хорошая система здравоохранения, но и снижение бремени болезней, связанных с образом жизни. Здоровье должно стать ответственностью, разделенной между человеком, корпорациями и Правительством.

Правительство формирует адекватную политику охраны здоровья, корпорации и работодатели ответственны за создание соответствующей бизнес среды. Еще более важны особенности образа жизни и питания. Именно они становятся решающим фактором формирования «цены счета» за медицинские услуги, особенно, в пенсионном возрасте. Такая кооперация уже стала решающим фактором сегодняшнего здорового Сингапура и постоянно будет совершенствоваться.

Например, сегодня работодатели могут иметь до 2% от всех затрат на оплату труда если они предоставляют работникам пакеты медицинского страхования, которые не приостанавливаются, даже если работники покидают компанию. Стимулируют такое поведение работодателей специальные программы

Portable Medical Benefits Scheme (PMBS) Transferable Medical Insurance Scheme, основанные именно на налоговых преференциях правительства. Несмотря на это, еще очень немногие компании пользуются этим инструментом и работники утрачивают страховку когда покидают компанию.

Стимулирующие меры основываются на анализе степени энтузиазма компании в приобретении адекватного медицинского покрытия, принятия мер по изменению существующих налоговых ставок, изменения поведения самих индивидуумов в осознании и повышении собственной ответственности за свое здоровье.

В настоящее время бонусы касаются только отчислений в Центральный государственный фонд (Central Prudential Fund -CPF) и составляют сумму

5 000 сингапурских долларов. Этот механизм непривлекателен для значительного количества высокооплачиваемых сингапурцев и временных резидентов.

Новая политика предполагает ввести отдельные налоговые льготы для тех работников, которые приобретают дополнительные индивидуальные страховые планы для страхования жизни и/или здоровья. Это станет дополнением к тем бонусам, что уже начисляются при обязательных отчислениях в CPF.

Наряду с вышеизложенным, разработаны меры, предусматривающие:

- стимулы для граждан страны и резидентов, направленные на мотивацию собственной ответственности за свои траты на поддержание здоровья;
- снижение налоговой нагрузки для работников, оплачивающих медицинское страхование и страхование жизни для своих пожилых родителей. Это в первую очередь обеспечит снижение нагрузки на субсидирование со стороны государства и расширит

послабления для работодателей на расходы на медицинские страховые программы для иждивенцев.

В соответствии с планами Правительства бюджет отрасли в 2015 финансовом году возрастет на 29,3% и составит 9,3 миллиарда сингапурских долларов. Эти расходы включают субсидии на введение новой схемы медицинского страхования жизни, увеличение грантов для действующих и строительство новых клиник, смещение акцентов на обеспечение системы ухода на дому для нуждающихся пожилых пациентов.

Сингапур, как и другие страны региона, сталкивается с новыми вызовами современного этапа развития общества. В условиях постоянного роста стоимости жизни и медицинского обеспечения, старения населения остро стоит вопрос непрерывного повышения эффективности системы. Наряду с усилиями по сдерживанию расходов, с одной стороны, и в обеспечении населения страны высочайшим качеством и доступностью медицинских услуг для всех категорий населения - с другой стороны, политика Сингапура отличается нацеленностью на перспективные решения, направленные на непрерывное развитие.

ТҮЙІН

Мақалада Сингапурдың денсаулық сақтау саласының негізгі бағыттары және үрдістері мен басымдылықтары туралы айтылған.

Кілт сөздер: денсаулық сақтау, саясат, аурулардың профилактикасы, көрсетілетін медициналық қызметтердің сапасы.

SUMMARY

The article presents the basic directions of development of Singapore healthcare, key trends and priorities.

Keywords: healthcare, policy, disease prevention, the quality of medical services

УДК:614.2:613.2/.9-053.1/.9:316.776:304.3(574)

**Ж.Е. БАТТАКОВА, д.м.н., профессор, С.Б. МУКАШЕВА, к.м.н.,
А.К. АЛИЕВА, М.М. САДЫҚОВА**

Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни МЗСР РК, г.Алматы

ПОВЫШЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ И ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ НАВЫКОВ, КАК ОСНОВЫ СОХРАНЕНИЯ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ

АННОТАЦИЯ

В статье описан международный опыт информирования населения о профилактике поведенческих факторов риска социально-значимых заболеваний, а также представлена информация о проведении информационно-коммуникационных кампаний в Казахстане для повышения осведомленности населения и обучения пациентов навыкам, способствующим изменению образа жизни и профилактике заболеваний.

Ключевые слова: Международная практика, Послание Президента, формирование здорового образа жизни, профилактика заболеваний, информирование населения, ВОЗ, СМИ.

Развитие клинической медицины в современных условиях не может обеспечить улучшение основных показателей здоровья без коренного изменения в сторону профилактической направленности системы здравоохранения. По данным Всемирной организации здравоохранения, здоровье человека зависит от системы здравоохранения (деятельность его органов и учреждений) всего на 10%, от состояния окружающей среды (внешняя среда, природно-климатические условия) – на 20%, от наследственности, генетики – на 20% 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 решение вопросов улучшения 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 на основе доказательной медицины.

Международный опыт показывает, что информирование населения, своевременное выявление и снижение поведенческих факторов риска, в сочетании с комплексной терапией способствует снижению заболеваемости и смертности. Так, в начале 70-х годов, учитывая высокую распространенность болезней системы кровообращения в Финляндии был внедрен проект «Северная Карелия», направленный на информирование населения о возможностях предупреждения воздействия негативных поведенческих факторов риска на здоровье. В период с 1972 по 1992 гг. только за счет снижения среднего уровня холестерина, контроля распространенности курения и уменьшения случаев повышенного артериального давления, смертность от ишемической болезни сердца в Финляндии снизилась на 80%. При проведении широкомасштабных профилактических мер в США в период с 1972 по 1994 гг. удалось снизить смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в 2 раза, а смертность от инфаркта – в 2,5 раза [3].

В Ирландии, также, в период с 1985 по 2000 гг. на 48,1% удалось снизить смертность от сердечно-сосудистых заболеваний за счет контроля поведенческих факторов риска.

С целью улучшения здоровья, качества жизни, сокращения числа преждевременных

летальных исходов с 1982 года во многих европейских странах Всемирная организация здравоохранения внедрила общенациональную программу интегрированной профилактики неинфекционных заболеваний – «СИНДИ». Эта программа акцентировала внимание на профилактике и контроле поведенческих факторов риска таких, как курение, злоупотребление алкоголем, высокое артериальное давление, повышенный уровень липидов крови, гиподинамия и др., которые являются общими для хронических неинфекционных заболеваний. В Беларуси в рамках этой программы рассматривались также и социальные детерминанты, включая усталость на работе, чувство страха и враждебности, психосоциальный стресс и индивидуальные детерминанты – конституциональные особенности личности [4].

В рамках программы СИНДИ Национальный центр ФЗОЖ с 1995 г. провел научные эпидемиологические исследования 2000 сельских жителей Алматинской области, а в период с 1999 г. по 2000 г. было обследовано 2000 респондентов в гг. Астане, Алматы, Семипалатинске, Шымкенте. По результатам исследований выявлена высокая распространенность хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития.

5-летний опыт интегрированной программы профилактики хронических неинфекционных заболеваний (ХНЗ) в Казахстане доказывает возможность проведения факторной профилактики ХНЗ в практическом здравоохранении для улучшения состояния здоровья населения [10].

В профилактике должны участвовать не только органы здравоохранения. Необходимы, также, координационные действия органов исполнительной власти всех уровней, сотрудничество с общественными организациями, средствами массовой информации, активное участие самого населения, т.е. необходима интеграция усилий всех структур общества.

Большинство факторов, обуславливающих неинфекционную заболеваемость, носит 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 профилактике, 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.

Эффективное осуществление профилактики возможно при условии ее организации на всех уровнях: популяционном, групповом (коллектив, кондоминиум), семейном, индивидуальном. И на каждом уровне силами медицинских работников ПМСП должна проводиться работа по формированию здорового образа жизни и профилактике заболеваний.

Глава государства Республики Казахстан Н.А. Назарбаев уделяет пристальное внимание вопросам формирования здорового образа жизни и профилактической медицине. Так, в Послании 2013 года народу Казахстана «Стратегия «Казахстан – 2050» Президент отметил «Здоровый образ жизни является ключом к здоровью нации [7]. Профилактическая медицина должна стать основным инструментом в предупреждении заболеваний. Необходимо сделать большой упор на информационно-разъяснительной работе с населением страны», в послании 2014 года «Казахстанский путь - 2050: Единая цель, единые интересы, единое будущее» выделен главный приоритет - развитие первичной медико-санитарной помощи. Солидарная ответственность государства, работодателя и работника за его здоровье – главный принцип всей системы медицинского обслуживания. Занятие спортом, правильное питание, регулярные профилактические осмотры – это основа предупреждения заболеваний» [8].

По результатам V Национального социологического исследования, проведенного в 2012 году, в Казахстане был составлен рейтинг поведенческих факторов риска: табакокурение – 26,5 %, злоупотребление алкоголем – 5%, наличие избыточной массы тела зафиксировано в 31,2% случаев, ожирение – 9,8%. Доля лиц, регулярно выполняющих зарядку, составила 35,5%.

Основным источником информации по аспектам здорового образа жизни, по мнению респондентов городской и сельской местности, в практически одинаковом проценте случаев, являются средства массовой информации, соответственно в 52,5% и 55,8%.

Службой формирования здорового образа жизни совместно с управлениями здравоохранения областей и г. Астана, Алматы, государственными и неправительственными организациями ежегодно проводятся информационно-коммуникационные кампании, спортивно-массовые мероприятия по пропаганде здорового образа жизни, профилактике поведенческих факторов риска и социально-значимых заболеваний в рамках широкомасштабных акций «Денсаулық жолы», «Фестиваль здоровья», а также в рамках месячников, декадников приуроченных к Всемирным, Международным и Национальным дням. Все мероприятия широко освещаются в средствах массовой информации республиканского и регионального уровней [9].

Реализация данных мероприятий направлена на повышение информированности населения о значимости отказа от вредных привычек, соблюдения здоровьесберегающих правил, формирования солидарной ответственности каждого гражданина за своего здоровье.

В 2007 году Национальным центром проблем формирования здорового образа жизни при партнерстве с ведущими казахстанскими научно-исследовательскими центрами апробировано внедрение в пилотном режиме технологий профилактической деятельности в организациях ПМСП г. Алматы и Енбекшиказахского района Алматинской области. Проводимые в ходе исследования школы здоровья, на уровне СВА и городской поликлиники, показали вы-

сокую эффективность при соответствующем кадровом, методическом и информационном обеспечении. Использование 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 ходе проведения занятий, составил до 80% [9].

Наряду с повышением уровня информированности населения о факторах риска социально-значимых заболеваний важно привитие навыков самоконтроля, самопомощи и управления своим заболеванием всем пациентам, выработка способности у пациентов к целенаправленным действиям по преодолению поведенческих факторов риска развития заболеваний, повышение компетентности в вопросах, от которых зависит их здоровье, и обучение навыкам самостоятельно менять свою жизнь и окружающие условия.

С этой целью, на уровне первичной медико-санитарной помощи, в составе отделений профилактики и социально-психологической помощи организованы профильные школы здоровья: по профилактике поведенческих факторов риска, сахарного диабета, бронхиальной астмы, артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца, планирования семьи, школы молодой матери, подготовки к родам, кабинет здорового ребенка и школы пожилых и др.

Для повышения эффективности обучения лиц с поведенческими факторами риска и с хроническими неинфекционными заболеваниями по формированию здоровьесберегающих навыков внедряются инновационные образовательные технологии с использованием симуляционного оборудования профилактической направленности с учетом наилучшей международной практики.

По итогам 6 месяцев 2014 года всего в организациях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь функционирует 3650 школ здоровья, с охватом населения, в сред-

нем, около 1 653 227 человек.

Впервые в 2014 году, по инициативе МЗ РК, при организационно-методическом участии научно-исследовательских институтов и научных центров был проведен месячник, приуроченный к Всемирному дню здоровья, который проходил с 12 марта по 7 апреля во всех регионах страны. В рамках месячника была организована широкомасштабная акция «Марафон здоровья», направленная на сохранение и укрепление здоровья населения, пропаганду здорового образа жизни и солидарную ответственность казахстанцев за свое здоровье. Она состояла из 7 направлений:

Шаг 1. Ключевым фактором в рождении здоровых детей является ответственное отношение будущих родителей к планированию беременности: своевременное обследование мужчины и женщины на раннее выявление экстрагенитальных заболеваний и своевременное лечение с целью предупреждения возможных врожденных пороков развития плода, заблаговременный отказ от вредных поведенческих факторов, влияющих на развитие угрожающих жизни плода состояний – угроза прерывания, невынашивания беременности и др., улучшение питания женщин до зачатия и в течение беременности, способствующее оптимальному питанию плода.

Шаг 2. Потенциал здоровья ребенка, согласно рекомендациям ВОЗ, в первую очередь, зависит от начала грудного вскармливания в течение первого часа после рождения, исключительного грудного вскармливания на протяжении первых шести месяцев жизни и продолжающегося грудного вскармливания до двухлетнего возраста с введением прикорма в виде свежеприготовленной, богатой питательными веществами пищи с шести месяцев. Мероприятия, направленные на пропаганду и поддержку грудного вскармливания, своевременное введение адекватного прикорма для младенцев и детей младшего возраста позволят сохранить и укрепить здоровье каждого гражданина Казахстана. Своевременная вакцинация детей против вакциноуправляемых инфекций согласно Национальному календарю профилактических прививок позволит

предупредить возникновение заболеваний у ребенка и сохранить его жизнь. Главной задачей родителей является обеспечение роста и развития здорового ребенка, формирование здоровьесберегающих навыков и ответственного отношения к своему здоровью в течение всей своей жизни, развитие приверженности здоровому сбалансированному питанию – отказу от фастфуда, сладких газированных напитков, активному образу жизни – занятиям спортом и физической культурой, созданию гармоничной, позитивной психологической атмосферы, а также социально неприемлемого имиджа табакокурения, употребления алкоголя и наркотических веществ. Важным является своевременное прохождение профилактических осмотров на раннее выявление заболеваний, включая тугоухость, задержку нейро-психического развития ребенка и др.

Шаг 3. Ребенок в подростковом и молодом возрасте так же требует к себе пристального внимания, учитывая возрастные физические, эмоциональные, психологические особенности. Главным аспектом в сохранении здоровья в этом возрасте является своевременное информирование о поведенческих факторах риска, о их негативном влиянии на здоровье, развитие заболеваний, ухудшающих качество жизни в дальнейшем; развитие устойчивой мотивации к отказу от употребления психоактивных веществ, сохранению и укреплению репродуктивного здоровья, ответственному безопасному поведению по отношению к своему здоровью и здоровью близких, а также психологическая поддержка родителей, родных, школьного сообщества, сверстников по принципу «равный равному». Для оказания подросткам и молодежи медико-психосоциальной поддержки в Республике Казахстан функционируют молодежные центры здоровья, основанные на принципах доверия, доброжелательности, доступности и добровольности.

Шаг 4. Здоровье взрослых, в первую очередь, зависит от раннего выявления социально-значимых заболеваний, своевременного лечения и предотвращения развития осложнений, ухудшения качества жизни, инвалидизации и сокращения продолжительности жизни.

Проводятся скрининговые обследования целевых групп населения на выявление онкологических заболеваний (рак шейки матки, рак молочной железы, рак предстательной железы, рак печени, пищевода и желудка, колоректальный рак), болезней системы кровообращения, сахарного диабета, глаукомы и др. Повышение осведомленности населения с целью укрепления солидарной ответственности гражданина, социальной ответственности работодателей, в создании безопасных условий жизни и труда, своевременного прохождения скрининговых обследований, условий для ведения здорового образа жизни и отказа от поведенческих факторов риска, являющихся главными факторами развития социально-значимых заболеваний, позволит сохранить здоровье на многие годы и повысить качество жизни.

Шаг 5. Ответственность человека в изменении образа жизни, включая адекватную физическую активность (не менее 30-60 минут в день), соблюдение сбалансированного питания (ограничение жиров и углеводов, поваренной соли – менее 5 граммов в сутки, увеличение объема овощей и фруктов – не менее 400-700 грамм в сутки), контроль массы тела (индекс Кетле до 25), артериального давления, отказ от употребления табака и алкоголя, позволит предупредить развитие заболеваний. Влияние поведенческих факторов риска на развитие социально-значимых заболеваний доказано. Выработка стремления к отказу от вредных привычек при помощи мотивационного интервьюирования позволит сократить число курящих, употребляющих алкогольные напитки и наркотические средства.

Шаг 6. В сохранении здоровья, улучшении качества жизни, управлении заболеванием главенствующая роль принадлежит активному пациенту, обученному принципам самоконтроля, самопомощи и самоменеджмента, владеющему здоровьесберегающими навыками и высокой мотивацией к развитию личного потенциала здоровья. Главным инструментом для достижения данных целей является обучение в Школах здоровья, создание партнерского взаимодействия пациента и каждого медицинского работника мультидисциплинарной команды.

Шаг 7. Активное долголетие – возможность жить долго здоровым и активным, сохраняя приверженность оптимальной физической активности, соблюдению рационального питания с ограничением жиров и углеводов, повышая объем овощей и фруктов, сокращая употребление поваренной соли, соблюдая режим сна и отдыха, умеренного напряжения и релаксации, и, конечно же, социальной активности.

В рамках данного месячника по республике проведено 68 016 мероприятий, число лиц привлеченных к данной широкомасштабной акции составило 5 060 705 человек, что значительно превосходит охват населения 2013 годов 11,7 раз (431 887 человек) [9].

Для достижения целей поставленных Главой государства по утверждению здорового образа жизни, увеличению продолжительности жизни казахстанцев до 80 лет и выше, необходимо консолидировать усилия государственного и негосударственного секторов, средств массовой информации с активным вовлечением работодателей, работников и всего населения в сохранении и укреплении здоровья каждого гражданина.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1) Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, утвержденной Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года №1113.
- 2) Проект «Северная Карелия» Хельсинки 2011г.
- 3) СИНДИ Программа интегрированной профилактики неинфекционных заболеваний, англ: CINDI, Countrywide integrated noncommunicable disease intervention.
- 4) Программа «Здоровый образ жизни на 2008 – 2016 годы».
- 5) Приказ МЗ РК №45 «О проведении мероприятий по формированию здорового образа жизни и профилактика заболеваний на 2014 год».
- 6) Послание 2013 года Народу Казахстана «Стратегия «Казахстан – 2050»
- 7) Послание Президента Республики Ка-

захстан Н.Назарбаева народу Казахстана. 17 января 2014 г.

8) Информация о результатах реализации Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы за 9 месяцев 2014 года.

9) А.Ж.Жылкайдарова, К.А.Тулебаев Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья «Методологические подходы к интегрированной профилактике социально-значимых заболеваний на уровне ПМСП».

10) К.А.Тулебаев, А.Ж.Жылкайдарова Профилактика поведенческих факторов риска на уровне ПМСП (Методические рекомендации для медицинских работников ПМСП) Алматы, 2003г.

11) А.А.Аканов, К.А.Тулебаев, А.Ж. Жылкайдарова «Формирование здорового образа жизни в Казахстане» Алматы, 2002 г.

ТҮЙІН

Мақалада әлеуметтік маңызы бар аурулардың мінез-құлықтық қауіпті факторларының профилактикасы жөнінде

халықты ақпараттандырудың халықаралық тәжірибелері баяндалған, сонымен қатар, халықты ақпараттандыруды арттыру және пациенттердің өмір салтын өзгерту және аурулардың алдын алуға ықпал ететін дағдыларды үйрету үшін Қазақстанда ақпараттық-коммуникациялық науқан өткізу туралы мәлімет берілген.

Кілт сөздер: халықаралық тәжірибе, Елбасы жолдауы, салауатты өмір салтын қалыптастыру, аурулардың алдын-алу, халықты ақпараттандыру, ДДҰ, БАҚ.

SUMMARY

The article describes international practice of public informing importance in prevention of public behavioral risk factors of socially significant diseases. As well as provides materials on promotion people to change lifestyle and prevent diseases by holding the information and communication campaigns in Kazakhstan, raising public awareness and patient skills.

Keywords: international practice, the Message of the President, the formation of a healthy lifestyle, disease prevention, public awareness, the WHO, the media

УДК:614.2:616.1/3+618.1-006-07-084(574)

**Ж.Е. БАТТАКОВА, д.м.н., профессор, Г.Ж. ТОКМУРЗИЕВА, д.м.н.,
Т.К. САЙДАМАРОВА.**

Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни, г. Алматы

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СКРИНИНГ - ОБСЛЕДОВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН.

АННОТАЦИЯ

В статье приводятся показатели охвата скрининг-обследованиями целевых групп населения, показатели выявляемости заболеваний и диспансерного наблюдения выявленных больных. А также изложены данные об уровнях поведенческих факторов риска возникновения заболеваний.

Ключевые слова: болезни системы кровообращения, сахарный диабет, предопухолевые заболевания и рак молочной железы и шейки матки, скрининг-обследования, раннее выявление патологии, поведенческие факторы риска.

В Республике с 2008 года реализуется Национальная скрининговая программа с целью раннего выявления социально-значимых заболеваний, а также факторов риска их развития, что необходимо для оказания своевременной лечебно-профилактической помощи.

По результатам скрининг-обследований целевых групп населения за 2014 год в Республике Казахстан проведено 7715319 скрининг - обследований целевых групп взросло-

го населения из 7644501 запланированных. Уровень охвата осмотром не имеет значимых различий в сравнении с 2013 годом (7715319 в 2014г. и 7120183 в 2013г.) (рисунок 1).

В процессе скринингов было обследовано 2434891 человек, в том числе 1008344 (41,4%) мужского населения и 1426546 (58,6%) женского населения, что на 17,2% больше, чем мужчин.

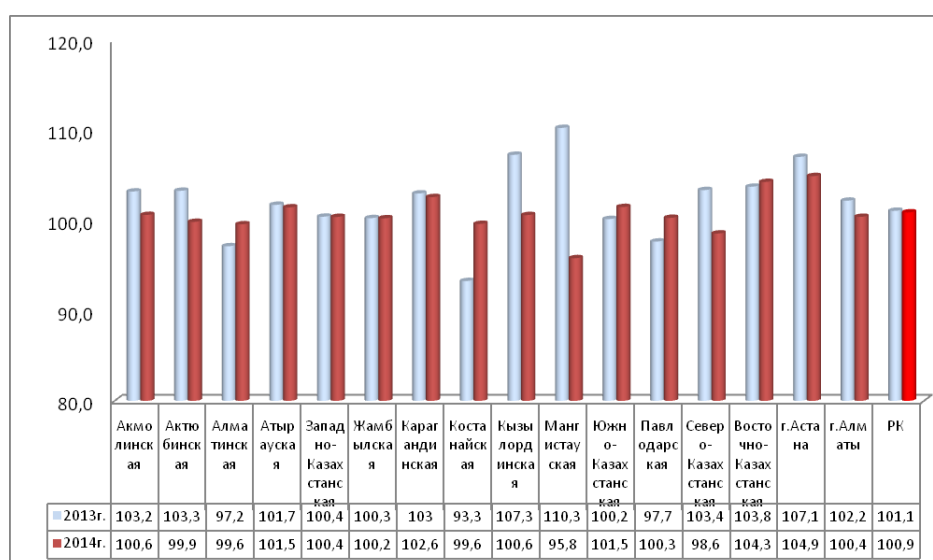


Рисунок 1. Показатели охвата скрининг - обследованиями целевых групп взрослого населения РК, 2014 и 2013 годы.

Ежегодно в республике в результате скрининга, на ранней стадии выявляется до двухсот тысяч случаев болезней системы кровообращения. По данным 2014 год скрининговыми осмотрами целевых групп населения РК на раннее выявление болезней системы кровообращения (БСК) среди взрослых было охвачено 2066739 человек, у

158248 человек выявлена патология, на «Д» учет взято 149702 человека.

В разрезе возрастных групп было установлено, что пик заболеваемости БСК приходится на возраст 64 года – 15,8% в 2014 году и 16,2% в 2013 году.

Наименьший уровень установлен в возрасте 25 лет - 0,7% (рисунок 2).

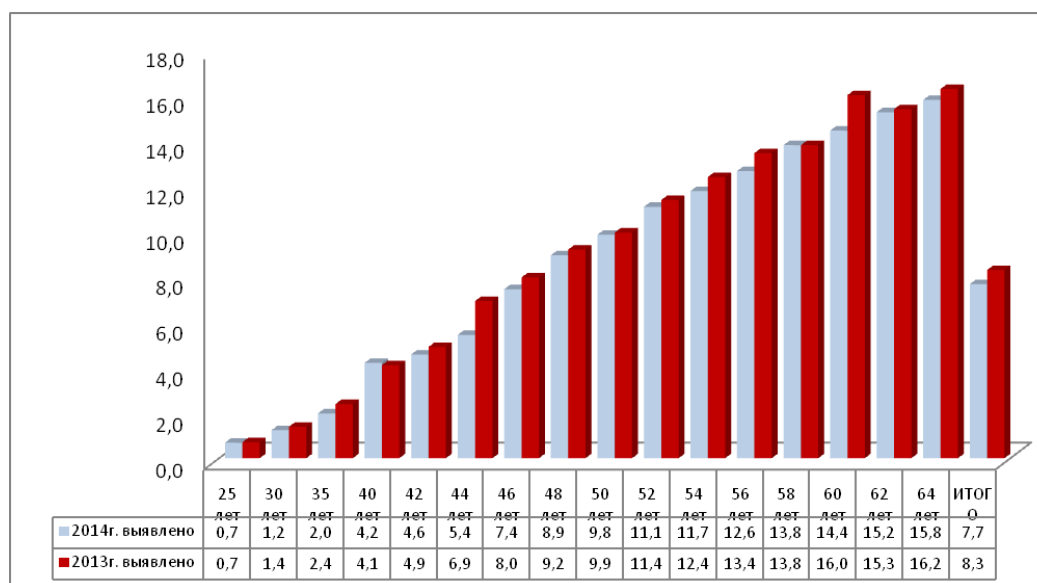


Рисунок 2. Уровень выявления случаев БСК в разрезе возрастных групп, РК 2014 г. – 2013 г.

Динамика показателей скрининг - обследований целевых групп на выявление болезней системы кровообращения:

- показатель выявляемости БСК - 7,7%(8,3% в 2013г).

- показатель полноты взятия на диспансерный учет из числа выявленных случаев БСК - 94,61%(в 2013г.- 93,42%).

Показатели выявленной патологии в разрезе регионов представлены на рисунках 3,4.

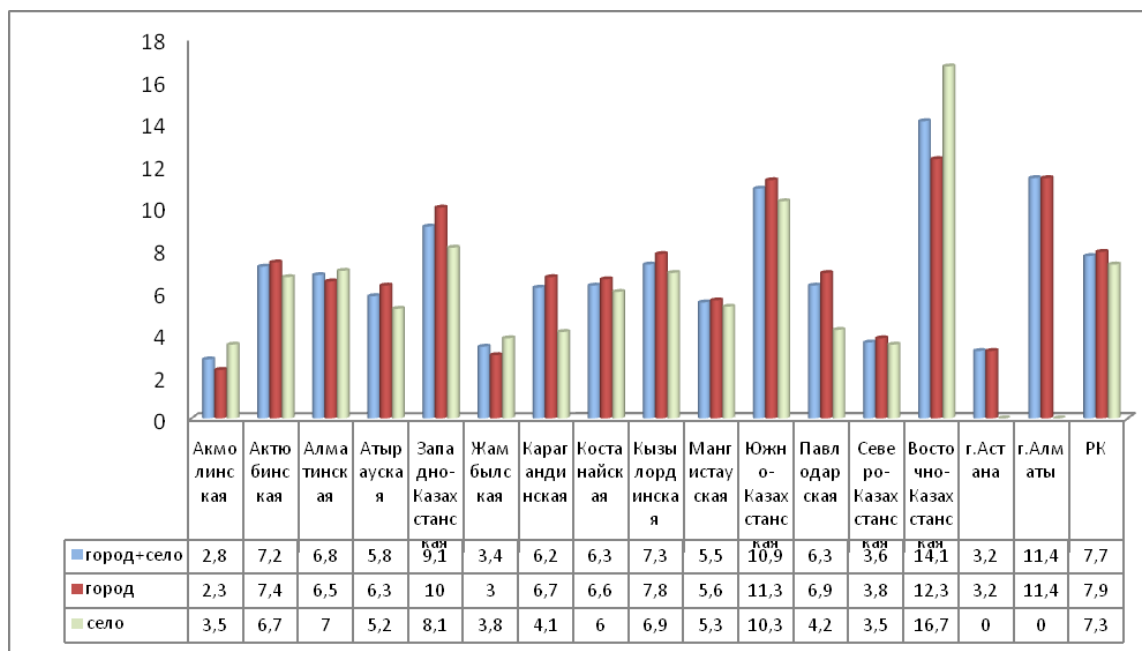


Рисунок 3. Удельный вес выявленных случаев БСК по РК, городской и сельской местности, 2014г.

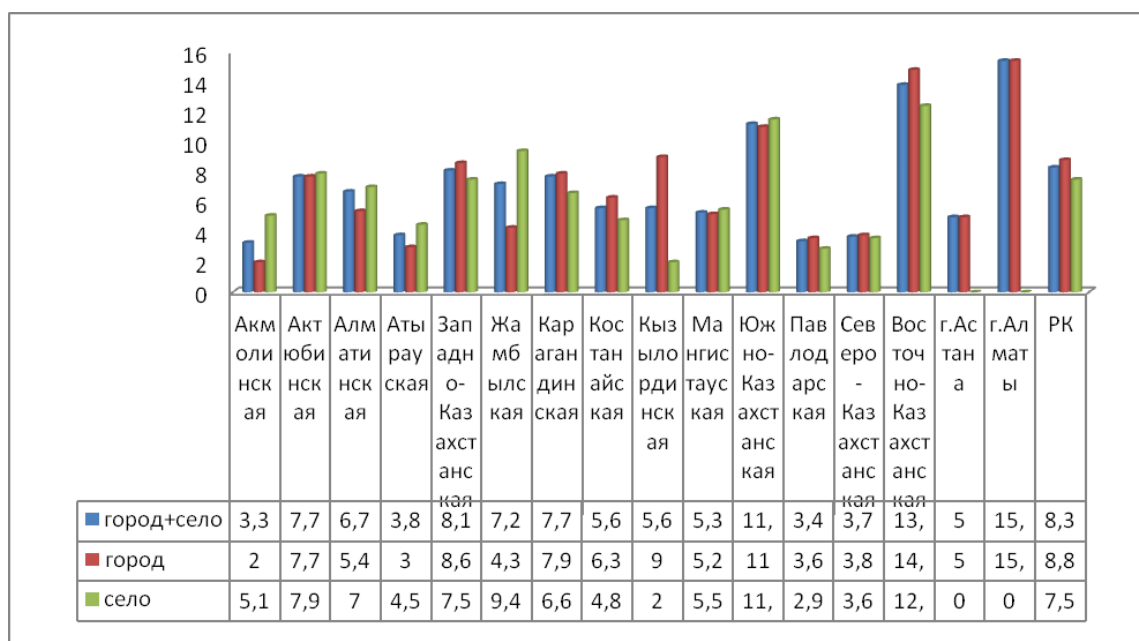


Рисунок 4. Удельный вес выявленных случаев БСК по РК, городской и сельской местности, 2013г.

Динамика основных показателей скрининг - осмотров целевых групп на выявление сахарного диабета (СД):

-в 2014 году охвачено скрининг – обследованием на выявление СД 2078280 человек, в 2013 году этот уровень равнялся 1886793

обследованным;

-за 2014г. выявлено 9214 случаев СД, что составляет 0,4% из числа осмотренных.

На рисунках 5,6 приведены показатели выявленной патологии в разрезе регионов.

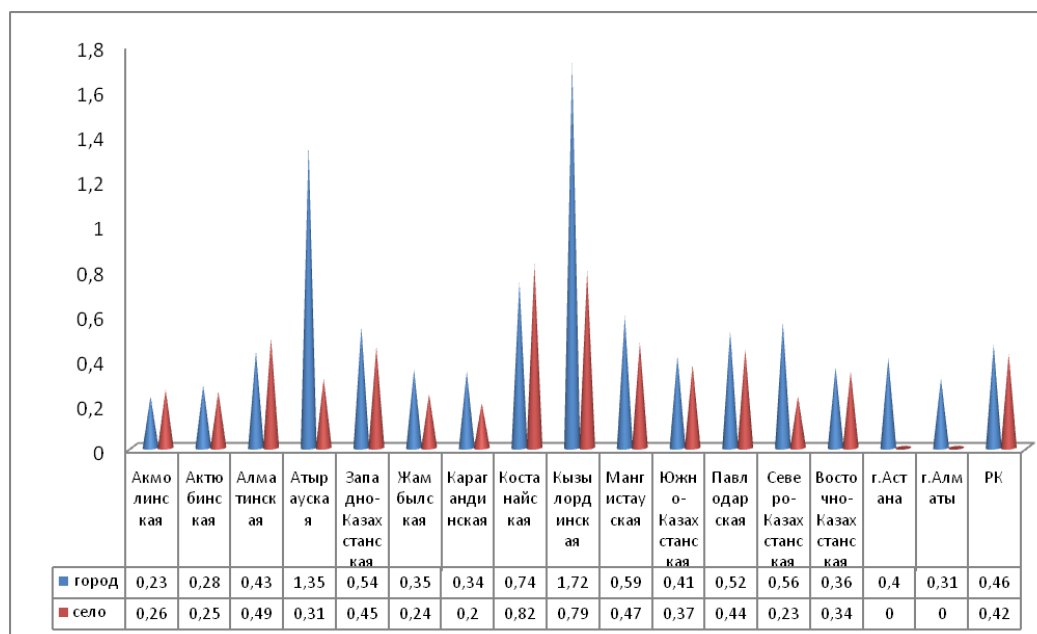


Рисунок 5. Удельный вес выявленных с СД по городской и сельской местности, 2014г.

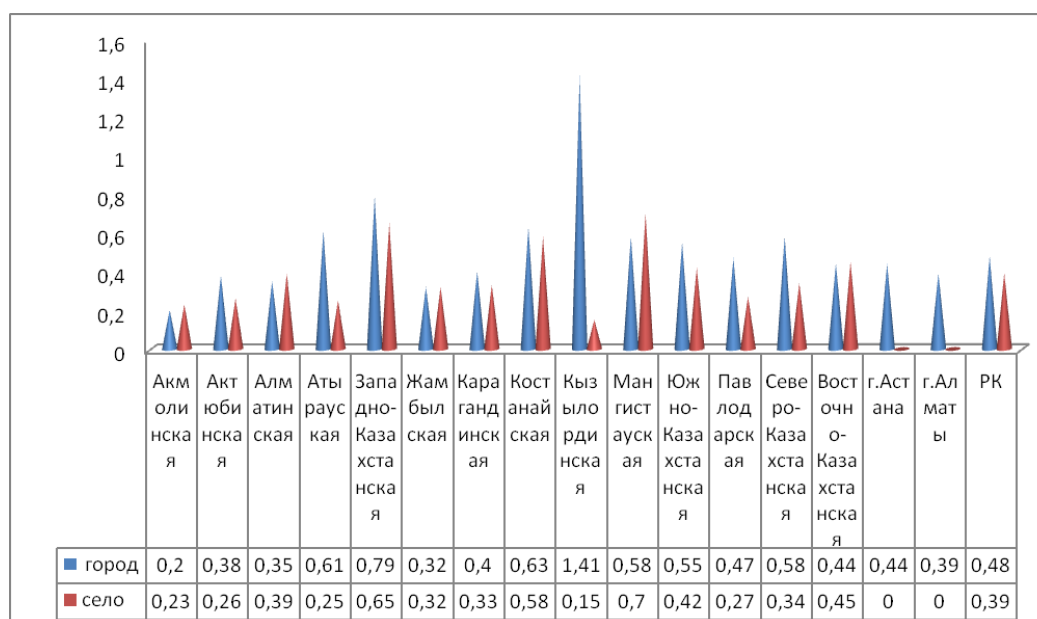


Рисунок 6. Удельный вес выявленных с СД по городской и сельской местности, 2013г.

В 2014 году выявлено 45 077 (11,7%) случаев рака и предопухолевых состояний мо-

лочной железы (45695 случаев – 12,0% в 2013 году) (рисунок 7).

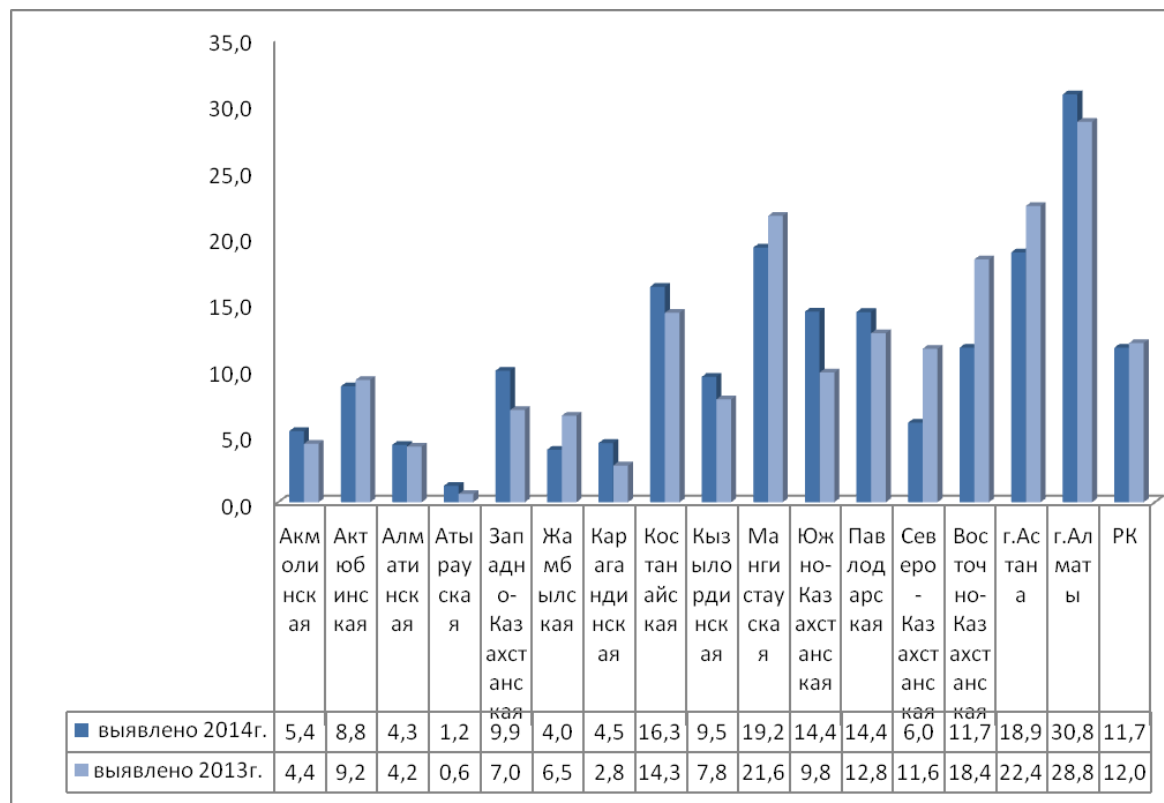


Рисунок 7. Удельный вес выявленных случаев предопухолевых состояний и рака молочной железы, РК за 2013-2014 гг.

Из выявленных пациенток с различной патологией молочной железы, взято на диспансерный учет 96,4% (43455 женщин), что на 2,83% больше соответствующего периода 2013 года (93,57%).

В 2014 году выявлено 704 случая рака молочной железы - 0,2%, что на 0,1% выше показателя 2013 года (530 женщин - 0,1%) (рисунок 8).

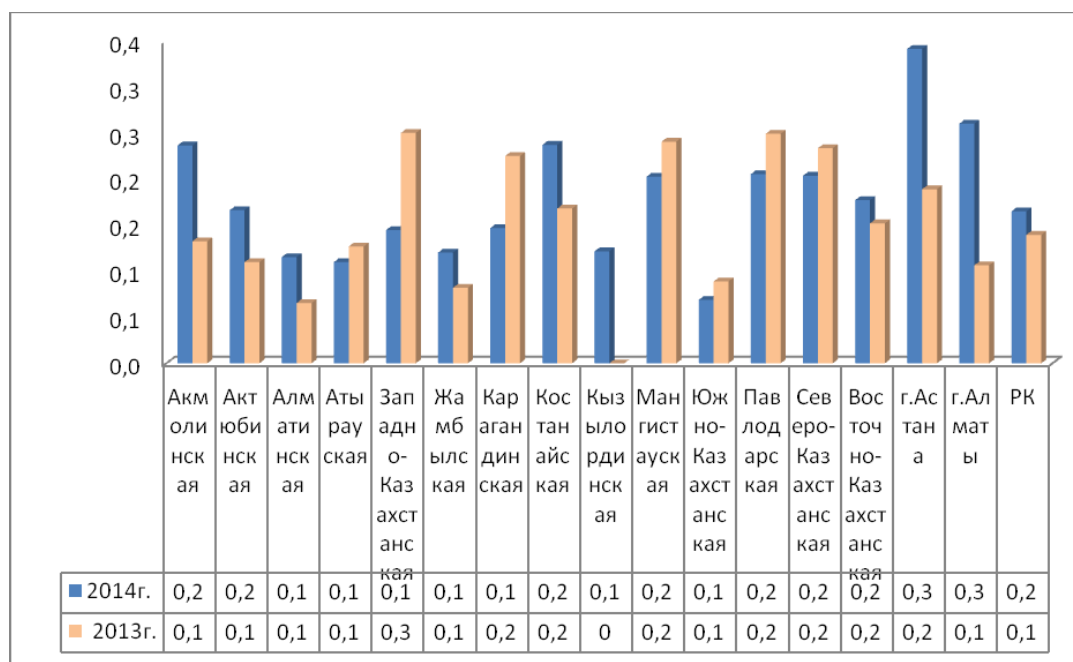


Рисунок 8. Удельный вес выявленных случаев рака молочной железы в 2014 году в сравнении с аналогичным периодом 2013 года.

В 2014 году охвачено скрининг-обследованием на выявление предопухолевых заболеваний и рака шейки матки 514959 (98,6%) женщин целевой группы. Данный показатель сохраняется на уровне аналогичного периода 2013 года (98,7%).

Удельный вес выявленных случаев предопухолевых состояний и рака шейки матки

(РШМ) в 2014 году также не имеет значительных различий с аналогичным периодом 2013 года (4,6% и 4,9% соответственно).

Динамика основных показателей скрининговых осмотров целевых групп женского населения РК на выявление предопухолевых заболеваний и рака шейки матки по итогам 2013-2014 гг. представлена в таблице 1.

Таблица 1. Охват скрининг - обследованием целевых групп женского населения РК на выявление предопухолевых состояний и рака шейки матки за 2013-2014 гг.

Области	Осмотрено 2014год.		Выявлено больных 2014год.		Из выявленных взято на «Д» учет 2014год.		Осмотрено 2013 год		Выявлено больных 2013 год		Из выявle нных взято на «Д» учет2013 год	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Акмолинская	23663	94,7	1048	4,4	965	92,1	21897	99,8	378	1,7	346	91,5
Актюбинская	24791	99,6	408	1,6	393	96,3	20910	100,2	535	2,5	510	95,3
Алматинская	57147	96,6	2546	4,4	2439	95,8	42200	100	982	2,3	906	92,3
Атырауская	16428	99,2	478	2,9	169	35,3	15150	99,9	297	1,9	186	62,6
Западно- Казахстанская	20372	100	699	3,4	692	99	37883	100,2	830	2,2	735	88,5
Жамбылская	31268	100	1142	3,6	1142	100	24317	100	1124	4,6	1100	97,8
Карагандинска я	47129	99,7	1019	2,2	951	93,3	14911	100	427	2,9	423	99,1
Костанайская	24878	96,5	924	3,7	887	96	40664	98,9	100,2	0,2	96	94,1
Кызылординск ая	20528	100,6	1804	8,8	1779	98,6	27062	87,4	1095	4,0	916	83,6
Мангистауская	15525	97,6	656	4,2	649	98,9	14529	109,3	789	5,4	784	99,4
Южно- Казахстанская	69503	100,1	5766	8,3	5434	94,2	11899	96,0	498	4,2	493	99
Павлодарская	27043	100,0	533	1,9	529	99,2	15088	100	511	3,4	495	96,9
Северо- Казахстанская	17645	88,9	1212	6,9	1076	88,8	20416	89,3	1373	6,7	1366	99,5
Восточно- Казахстанская	47998	99,1	1790	3,7	1647	92,0	84094	99,9	5320	6,3	5248	98,6
г.Астана	21037	100,3	1138	5,4	1078	94,7	43718	100,2	5238	11,9	5199	99,3
г.Алматы	50004	100	4199	8,3	4196	99,9	12194	100,7	706	5,8	648	91,8
РК	514959	98,6	25362	4,9	24026	94,7	446932	98,7	20205	4,5	19451	96,3

Таким образом, в 2013-2014гг. проведено соответственно 7120183 и 7715319 скрининг- обследований. При этом обследовано 2434891 физических лиц в 2014 году и 2217338 человек в 2013 году.

В результате скрининг – обследований в 2014 г. выявлено 158248 случаев БСК (7,6%), 9214 случаев СД (0,4%), 9214 случаев РМЖ (11,7%), 45077 случаев РПМ (4,9%). В 2013 году было выявлено соответственно 156149 случаев БСК (8,3%), 8317 случаев СД (0,4%), 45695 случаев РМЖ (12,0%) и 20375 случаев РПМ (4,5%).

Рабочая группа по научно-методическому обеспечению и анализу скрининговых программ осуществляет постоянный мониторинг, результаты скрининг – обследований представляются в областные управления здравоохранения для принятия управленческих решений по обеспечению эффективности скрининговых программ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1.Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «СаламаттыҚазақстан» на 2011-2015 годы.

2. Приказ МЗ РК № 685 от 10 ноября 2009 года вошел «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения».

3. Приказ МЗ РК № 145 от 16 марта 2011 года «О внесении изменений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября

2009 года № 685 «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения».

4. Статистические материалы ТОО «Мединформ» // 2013, 2014 гг. - г. Алматы.

5. Отчеты по скрининговым осмотрам целевых групп населения Национального центра проблем формирования здорового образа жизни, научно-исследовательских институтов и научных центров Республики Казахстан // 2013 - 2014 гг.

6. Баттакова Ж.Е., Токмурзиева Г.Ж., Слажнева Т.И. с соавторами, Национальная скрининговая программа - крупный инновационный проект здравоохранения Казахстана // Сборник материалов VII международной научно-практической конференции «Отечественная наука в эпоху изменений: постулаты прошлого и теории нового времени». - 2015. - № 2. - часть 8. - с. 9 - 13.

7. Сайдамарова Т.К. Результаты скрининговых осмотров и выявление поведенческих факторов риска в Республике Казахстан // Международный научно-практический журнал «Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья». - 2014. - №

1. - с. 45 - 47.

8. Баттакова Ж.Е., Токмурзиева Г.Ж., Сайдамарова Т.К., «Международный опыт проведения скрининговых профилактических осмотров и Национальная скрининговая программа в Казахстане» // International Research Journal XLII.

ТҮЙІН

Мақалада нысаналы халық топтарын скринингтік-тексерумен қамту, ауруларды анықтау және аурулары анықталған тұрғындарды диспансерлік бақылау көрсеткіштері туралы айтылған. Сонымен қатар, ауру тудыратын мінез-құлықтық қауіп-қатер факторларының деңгейлері туралы мәліметтер жазылған.

Кілт сөздер: қан айналым жүйесі аурулары, қант диабеті, ісік алды аурулары және жатыр мойны обыры мен сүт бездері обыры, скринингтік-тексеру, патологияны ерте анықтау, мінез-құлықтық қауіп-қатер факторлары.

SUMMARY

The paper presents statistics for the screening surveys of the target population, disease detection and dispensary observation of identified patients. Data on the levels of behavioral risk factors for disease is also provided.

Keywords: cardiovascular diseases, diabetes, premalignancies and cancer of the lacteal gland and uterine cervix, screening examinations, early detection of pathologies, behavioral risk factors.

УДК:614.2:613.846:351.761.2

**Ж.Е. БАТТАКОВА, д.м.н., профессор, Г.Ж. ТОКМУРЗИЕВА,
д.м.н., Н.Т. УТЕМБАЕВА, PhD**

Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни МЗСР РК, г.Алматы

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ ПО СНИЖЕНИЮ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КУРЕНИЯ И ЗАЩИТЕ НАСЕЛЕНИЯ ОТ ПАССИВНОГО КУРЕНИЯ

АННОТАЦИЯ

В статье дан ретроспективный анализ мониторинга потребления табака и стратегий профилактики, осуществляемых в мире. Осуществление мероприятий по снижению распространенности курения и защите населения от табачного дыма в соответствии с MPOWER позволит предотвратить заболеваемость и смертность.

Ключевые слова: мониторинг потребления табака, снижение распространенности курения, защита населения от пассивного курения.

Курение, воздействие табачного дыма являются предотвратимой причиной смертностей, болезней и инвалидности. Люди могут подвергаться воздействию табачного дыма дома, в автомобиле, на работе, в барах, в ресторанах, на детских площадках и в пунктах общественного питания. Каждый год более 600 000 человек подвергающихся воздействию пассивного курения умирают в результате вдыхания табачного дыма. Без ответных действий на глобальную табачную эпидемию потребление табака будет ежегодно приводить к разрушительным последствиям и значительным угрозам для здоровья курящих и их окружающих [1, 2].

В результате международных усилий в борьбе против табака была разработана Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ), которая вступила в силу в 2005 году в ответ на глобализацию табачной эпидемии. В 2008 году ВОЗ представила шесть мер, направленных на сокращение спроса на табак (MPOWER), базирующихся на мерах, предусмотренных РКБТ ВОЗ. Все эти меры требуют укрепления межсекторальной поддержки и решимости, на практике должны привести к сокращению распространенности курения, предотвратить миллионы смертей. Достижение мер

MPOWER в стране позволит защитить население от воздействия табачного дыма, снизить распространенность табакокурения [3-7]. Положения MPOWER призваны оказать содействие в организации мер по противодействию табакокурения странам, подписавшим Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака.

Monitor – мониторинг потребления табака и стратегий профилактики. В странах с высоким потреблением табака необходимо изучать распространенность табакокурения, распространенность пассивного курения. По рекомендациям ВОЗ мониторинг потребления табака среди взрослого населения от 15 лет и старше необходимо проводить в каждые 5 лет [8].

В последнее десятилетие для систематического мониторинга потребления табака среди взрослых и отслеживания ключевых показателей по борьбе против табака в странах с высоким потреблением этого продукта проводится Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака (GATS), компонент Глобальной системы эпиднадзора за потреблением табака (GTSS) [9, 10].

С 2008 года по 2014 год GATS был осуществлен в странах с низким и средним уровнем дохода с относительно высокой распро-

страненностью табакокурения: Аргентина, Бангладеш, Бразилия, Китай, Египет, Греция, Индия, Индонезия, Кения, Малайзия, Мексика, Нигерия, Панама, Филиппины, Польша, Катар, Румыния, Россия, Таиланд, Турция, Украина, Уругвай и Вьетнам [11-33].

Результаты GATS дают возможность на страновом уровне разработать, отслеживать и реализовать эффективные меры по борьбе против табака.

Всемирная ассамблея здравоохранения в 2013 году приняла Глобальный план действий ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний НИЗ и борьбе с ними на 2013-2020 годы. В плане определен ряд мероприятий, в их числе – снижение преждевременной смертности от НИЗ к 2025 году на 25%, снижение распространенности курения на 30%. В США предполагают к 2020 году снизить распространенность потребления табака до 12% [34, 35].

Protect – Защита людей от табачного дыма. В защиту населения нынешнего и будущего поколений от воздействия табачного дыма действующим инструментом в борьбе против табака является РКБТ ВОЗ. Особое значение в РКБТ ВОЗ придается стратегиям, касающихся сокращения спроса на табачные изделия. В 2015 году РКБТ ВОЗ ратифицировали 180 сторон, т.е. 90% мирового населения [36, 37].

В странах Европейского региона, в США, и в странах, осуществивших GATS осуществляются законодательные, административные, исполнительные меры, обеспечивающие защиту от воздействия табачного дыма на рабочих местах внутри помещений, в общественном транспорте и в закрытых общественных местах и в других общественных местах [37, 38], выполняются мероприятия согласно статье 8 РКБТ ВОЗ. Установлены запреты курения в закрытых общественных местах, в рабочих помещениях, в медицинских и учебных заведениях, в общественном наземном транспорте (поезд, автобус, городской электротранспорт), в ре-

сторанах. Создаются специальные комнаты для курения в отдельных общественных местах, на рабочих местах, в ресторанах и барах [39, 40].

Offer – Предложение помощи в целях прекращения употребления табака. В Европейском регионе разработаны ключевые эффективные меры, необходимые для содействия прекращению употребления табака и включению лечения табачной зависимости в национальные программы борьбы против табака и системы здравоохранения; действуют телефонные линии помощи желающим бросить курить [41, 42]. В США осуществляются мероприятия по оказанию помощи в прекращении потребления табака, по оценке эффективности профилактических вмешательств, в практике применяют краткие консультирования по отказу от курения 5 «А» и 5 «R» на основе рекомендаций ВОЗ, USDHHS [43-47]. Исследованиями доказано, что краткие рекомендации врачей могут способствовать повышению показателей прекращения употребления табака на 30%, мероприятия по стимулированию прекращения курения, проводимые медсестрами, повышают вероятность успешного прекращения курения на 50%.

По рекомендациям ВОЗ необходимо создавать в странах потенциал для укрепления систем ПМСП по обеспечению доступа к кратковременным мероприятиям по борьбе против табака в рамках оказания первичных медико-санитарных услуг. Необходимо также применять системный подход к включению кратких консультаций по борьбе против табака 5 «А» и 5 «R». Беседы с врачом при каждом посещении укрепляют потребность в прекращении курения, увеличивают процент бросивших курить. В странах осуществивших GATS врачи применяют краткие консультирования в помощи в прекращении курения, обеспечивают доступ к недорогому эффективному лечению табачной зависимости, действуют антитабачные телевизионные кампании в СМИ и телефонные службы

помощи бросающим курить [48-51].

Warn – предупреждение об опасностях, связанных с табаком. Потребление табака можно снизить путем повышения информирования населения о вреде курения для здоровья. Статья 11 РКБТ ВОЗ обязывает: на упаковке табачных изделий должны быть предупреждения о вреде курения для здоровья, описание пагубных последствий использования табака, должны также приводиться другие соответствующие сообщения. Предупреждения и сообщения должны занимать 50% основной маркированной поверхности или более, но не менее 30%. Они могут быть выполнены в виде рисунков или пиктограмм, либо включать их [52, 53].

В настоящее время 77 стран разработали и внедрили иллюстрированные предупреждения (фото-предупреждения) на упаковках табачных изделий с изображением пагубных последствий использования табака. В Европейском регионе предупреждения среднего размера соответствующие всем требованиям, или большего, но с отсутствием некоторых параметров занимают в 32% странах Европейского Региона: Франция, Эстония, Венгрия, Исландия, Латвия, Норвегия, Португалия, Румыния, Словения, Испания, Швеция, Соединенное Королевство [54, 55].

Иллюстрированные предупреждения на упаковках табачных изделий размещают также в США и в 19-ти странах Америки (Аргентина, Боливия, Бразилия, Канада, Чили, Колумбия, Коста-Рика, Мексика, Панама, Перу, Уругвай, Венесуэла). В странах, осуществивших GATS размещают предупреждения о вреде курения для здоровья на упаковках табачных изделий и прилагают усилия по достижению требований в соответствии со статьей 11 РКБТ ВОЗ. Требования этой статьи и MPOWER соблюдают Таиланд, Уругвай, Турция, Мексика, Малайзия, Аргентина, Египет, Панама, Катар, Украина, Вьетнам и Бразилия [56, 57].

Enforce – обеспечение соблюдения запретов на рекламу, стимулирование про-

дажи и спонсорство табачных изделий. В Европейском регионе установлен запрет на рекламу табачных изделий в эфире национальных каналов телевидения, радио, в печатных СМИ. Запрет на некоторые другие формы прямой/непрямой рекламы действует в 79 % странах: Кипр, Чехия, Эстония, Финляндия, Германия, Венгрия, Исландия, Италия, Литва, Мальта, Румыния, Словакия, Словения, Швеция. В Испании ввели запрет на все формы прямой и косвенной рекламы. Запреты TAPS в интернете ввели в 64%, т.е. в 34 странах Европейского региона [58].

В соответствии со статьей 13 РКБТ ВОЗ по введению полного запрета на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий с 2009 года более 100 стран ввели запреты TAPS. В США, и в странах, осуществивших GATS существует запрет на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий на телевидении, радио, в печатных СМИ (газеты, журналы), в магазинах, введены запреты TAPS на бесплатные образцы сигарет, на подарки или специальные предложения при покупке сигарет [59-61].

Raise – повышение налогов на табачные изделия. Повышение налога на табачные изделия является одним из наиболее эффективных путей снижения распространенности курения, предотвращения и прекращения курения, и снижения спроса населения на табачные изделия. Страны Европейского региона успешно выполняют рекомендации MPOWER по повышению налогов на табачные изделия не менее 75% от их розничной цены. В 2014 году количество стран строго следующих рекомендациям MPOWER в Европейском регионе достигло 49%, в США – 6% [62-64].

Страны осуществившие GATS – Аргентина, Бангладеш, Бразилия, Китай, Египет, Греция, Индия, Индонезия, Кения, Малайзия, Мексика, Нигерия, Панама, Филиппины, Польша, Катар, Румыния, Россия, Таиланд, Турция, Украина, Уругвай и Вьетнам

предпринимают действия по достижению рекомендаций MPOWER одним из которых является повышение налогов на табачные изделия на не менее, чем 75% от их розничной цены.

Казахстан присоединился к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака в июне 2004 года, а 25 ноября 2006 года принят Закон Республики Казахстан «О ратификации Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака».

В Казахстане действует нормативно-правовая база, регламентирующая сокращение спроса на табак. Страна успешно выполняет основные положения РКБТ ВОЗ, регламентирующие сокращение спроса на табак, которые содержатся в статьях 6-14, и положения, регламентирующие сокращение поставок табака, содержащиеся в статьях 15-17. Текущая ситуация и пути реализации мер MPOWER в Казахстане представлены в таблице 1.

Таблица 1. Меры по достижению индикаторов РКБТ ВОЗ

РКБТ ВОЗ	Нормативно-правовые документы	Текущая ситуация	Пути решения
Статья 6 Ценовые и налоговые меры по сокращению спроса на табак	Кодекс РК «О налогах и других обязательных платежах в бюджет», Закон РК «О государственном регулировании производства и оборота табачных изделий»	Низкий уровень налогообложения табачных изделий. Вследствие роста уровня жизни населения, планомерное повышение акцизных ставок на табачные изделия влияет лишь в незначительной степени на снижение потребления табака	Значительное повышение ставок акцизов и налогообложения (внесение дополнений в Кодекс РК «О налогах и других обязательных платежах в бюджет», Закон РК «О государственном регулировании производства и оборота табачных изделий»)
Статья 8 Защита от воздействия табачного дыма	Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения», ст.159	Осуществляется запрет потребления табачных изделий в общественных местах,	Урегулировать процедуру санкций на нарушение запрета на потребление табака в общественных местах.

	Кодекс РК «Об административных правонарушениях» Постановление Правительства РК от 22 ноября 2011 года № 1367 (Предупреждения о вреде курения, размещаемые в местах, осуществляющих продажу табачных изделий).	организациях образования, здравоохранения, питания и т.д.. Демонстрация предупреждений о вреде курения в местах продажи табачных изделий. Респонденты, подвергшиеся табачному дыму в ресторанах - 27,6%) барах/ночных клубах - 70,4%, общественном транспорте (18,1%), GATS, 2014 г.	Обеспечить мониторинг реализации законодательства. Принятие нормативно-правовых документов, стимулирующих деятельность работодателей на пропаганду здорового образа жизни и исключение табакокурения среди работников (внесение дополнений в Трудовой кодекс РК»).
Статья 11 Упаковка и маркировка табачных изделий	Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения», ст.159 Постановление Правительства РК от 22 ноября 2011 года № 1366 (Правила размещения на пачке табачного изделия, сведений о составе, содержания	Запрет продажи табачных изделий без нанесенного на пачку табачного изделия предупреждения о вреде потребления табачных изделий. Запрет продажи табачных изделий на пачке которых содержатся слова «с низким содержанием смол», «легкие», «очень	Необходимость регулярной ротации и обновления графических предупреждений о вреде для здоровья, включая кальян и бездымный табак.

	вредных веществ и предупреждения о вреде курения в виде пиктограмм (иллюстрированных предупреждения о вреде курения) на сигаретных пачках).	легкие» или «мягкие», либо иные словосочетания, создающие ложное впечатление о меньшей вредности табачного изделия по сравнению с другими и вызывающими ассоциации с фруктами, ягодами, кондитерскими изделиями.	
Статья 12 Просвещение, передача информации, подготовка и информирование населения»	Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения», ст.159 ГПРЗ «Саламатты Казакстан» на 2011-2015 гг. Закон РК «О рекламе», 2008	Информационно-коммуникационные мероприятия по повышению уровня информированности населения о вреде потребления табака и воздействия табачного дыма на здоровье населения.	Усиление межсекторального взаимодействия
Статья 13 Реклама, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий	Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения», ст.159 Закон РК «О	Объемы рекламы и продвижения табачной продукции практически равнозначны информации о вреде	Усиление мониторинга исполнения законодательства по запрету стимулирования

	рекламе», 2008 Кодекс РК «Об административных правонарушениях»	курения, GATS, 2014: Информацию о вреде потребления табака отметили 49,5% респондентов. Информацию с содержанием рекламы табачных изделий, мероприятий по спонсорству табачной продукции видели 25,7% респондентов. GATS, 2014	продаж табачной продукции, скрытой рекламы.
Статья 14 Меры по сокращению спроса, касающиеся табачной зависимости и прекращения употребления табака	Оказание консультативно- психологической поддержки желающим бросить курить. Научное обоснование медико- социальной и экономической эффективности проводимой политики по противодействию	Создано 96 антитабачных центров/ кабинетов, 476 школ здоровья на уровне ПМСП , Сформирована система эпидемиологическог о надзора по потреблению табака (Национальные исследования, GATS, GYTS). Потребление табака среди детей 11-14	Создание национальной, доступной и бесплатной телефонной линии для бросающих курить. Проведение мультидисциплинарн ых научных исследований, направленных на оценку вклада экономических (налогообложение) и медико-социальных

	потребления табака	лет (4,5%), подростков (8,7%), 2012 г.	(здравоохранение, образование, СМИ) мер на снижение потребление табака и обеспечение качества жизни населения, снижение заболеваемости и смертности. Введение в общеобразовательные стандарты образования предмета «Урок здоровья»
Статья 16 Продажа табачных изделий несовершеннолетним и несовершеннолетним и	Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» , ст.159 Кодекс РК «Об административных правонарушениях»	Запрет продажи табачных изделий лицам и лицами в возрасте до восемнадцати лет.	Мониторинг реализации законодательства.

Таким образом, мероприятия проводимые в странах принявших меры по борьбе с табаком способствуют сохранению и укреплению здоровья населения путем выполнения основных положений РКБТ ВОЗ и мер MPOWER, регламентирующие сокращение спроса на табак.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Arku R.E., Adamkiewicz G., et al. Seasonal variability in environmental tobacco smoke exposure in public housing developments // Indoor Air. – 2015. –25. – P.13-20.
2. Kalsbeek W.D., Bowling J.M., et al.

The Global Adult Tobacco Survey (GATS): Sample Design and Related Methods // Section on Survey Research Methods – JSM. – 2010. – P.3082-3096.

3. World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic. MPOWER package. – Geneva, 2008. – 330 p.

4. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic. Implementing smoke-free environments. – Geneva, 2009. – 137 p.

5. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic. Warning about the dangers of tobacco. – Geneva, 2011. – 152 p.

6. World Health Organization. WHO Report on the global tobacco epidemic. Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. – Geneva, 2013. – 202 p.
7. Tobacco Control Laws. Explore Tobacco control Legislation and Litigation from around the World. Washington: Tobacco Control Laws, 2015. <http://www.tobaccocontrollaws.org/>.
8. WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking. – 2015. – 367 c.
9. Centers for Disease Control and Prevention. Global Adult Tobacco Survey Collaborative Group. Tobacco Questions for Surveys: A Subset of Key Questions from the Global Adult Tobacco Survey (GATS), 2nd Edition. – Atlanta, GA. – 2011. – 41 p.
10. Centers for Disease Control and Prevention. Global Adult Tobacco Survey Collaborative Group. Global Adult Tobacco Survey (GATS): Core Questionnaire with Optional Questions, Version 2.0. – Atlanta, GA. – 2010. – 56 p.
11. Fact sheet. Global Adult Tobacco Survey. – Argentina, 2012. – 2 p.
12. Fact sheet. Global Adult Tobacco Survey. – Bangladesh, 2009. – 2 p.
13. Fact sheet. Global Adult Tobacco Survey. – Brazil, 2008. – 2 p.
14. Fact sheet. Global Adult Tobacco Survey. – China, 2010. – 2 p.
15. Fact sheet. Global Adult Tobacco Survey. – Egypt, 2009. – 2 p.
16. Fact sheet. Global Adult Tobacco Survey. – Greece, 2013. – 2 p.
17. Fact sheet. Global Adult Tobacco Survey. – India, 2009-2010. – 2 p.
18. Fact sheet. Global Adult Tobacco Survey. – Indonesia, 2011. – 2 p.
19. Fact sheet. Global Adult Tobacco Survey. – Kenya, 2014. – 2 p.
20. Fact sheet. Global Adult Tobacco Survey. – Malaysia, 2011. – 2 p.
21. Fact sheet. Global Adult Tobacco Survey. – Mexico, 2009. – 2 p.
22. Fact sheet. Global Adult Tobacco Survey. – Nigeria, 2012. – 2 p.
23. Fact sheet. Global Adult Tobacco Survey. – Panama, 2013. – 2 p.
24. Fact sheet. Global Adult Tobacco Survey. – Philippines, 2009. – 2 p.
25. Fact sheet. Global Adult Tobacco Survey. – Poland, 2009-2010. – 2 p.
26. Fact sheet. Global Adult Tobacco Survey. – Qatar, 2013. – 2 p.
27. Fact sheet. Global Adult Tobacco Survey. – Romania, 2011. – 2 p.
28. Fact sheet. Global Adult Tobacco Survey. – Russian Federation, 2009. – 2 p.
29. Fact sheet. Global Adult Tobacco Survey. – Thailand, 2011. – 2 p.
30. Fact sheet. Global Adult Tobacco Survey. – Turkey, 2012. – 2 p.
31. Fact sheet. Global Adult Tobacco Survey. – Uruguay, 2009. – 2 p.
32. Fact sheet. Global Adult Tobacco Survey. – Viet Nam, 2010. – 2 p.
33. Fact sheet. Global Adult Tobacco Survey. – Ukraine, 2010. – 2 p.
34. Всемирная организация здравоохранения. Европейский доклад о ситуации в области борьбы против табака. – 2014. – с.48.
35. King B., Pechacek T., et al. Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs. – 2014. – Atlanta, U.S.A. – 2014. – 144 p.
36. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака. – 2005. – 39 с.
37. WHO Framework Convention on Tobacco Control celebrates 10 years of action to fight tobacco epidemic. – 26 February, 2015. – 2 p.
38. World Health Organization. Making your city smoke-free: workshop package Workshop guide - Participant's workbook. – 2013 – 52 p.
39. European Commission. Report on the implementation of the Council Recommendation of 30 November 2009 on Smoke-free Environments (2009/C 296/02). – Brussels, 2013. – P.20.
40. Sureda X., Fernandez E., et al. Secondhand smoke in outdoor settings: smokers' consumption, non-smokers' perceptions, and attitudes towards smoke-free legislation in

Spain // *BMJ Open*. – 2015. – 5. – P.1-9.

41. Cahill K., Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation (Review). – 2014. – 2. – 126 p.

42. Puckett M., Neri A., et al. Tobacco Cessation Among Users of Telephone and Web-Based Interventions – Four States, 2011-2012 // *Morbidity and Mortality Weekly Report*. – 2015. – 63(51). – P.1217-1230.

43. Rodgers A.B., et al. Help Your Patients Quit Tobacco Use: An Implementation Guide for the Armed Forces. – 2014. – 50 p.

44. Richter K.P., Shireman T.I., et al. Comparative and Cost Effectiveness of Telemedicine Versus Telephone Counseling for Smoking Cessation // *J Med Internet Res*. – 2015. – 17. – 15 p.

45. Vidrine J.I., Shete S., et al. Ask Advise Connect: A New Approach to Smoking Treatment Delivery in Healthcare Settings // *JAMA Intern Med*. – 2013. – 25. – 173(6). – 13 p.

46. Mahoney M.C., Tworozek A.M., et al. Assessing the Delivery of Cessation Services to Smokers in Urban, Safety-Net Clinics // *J Community Health*. – 2014. – 39. – P.879-885.

47. Smith P.M., Taylor C.B. Implementing an Inpatient Smoking Cessation Program. – Psychology Press, 2013. – 280 p.

48. Althabe F., Aleman A., et al. Tobacco cessation intervention for pregnant women in Argentina and Uruguay: study protocol // *Reproductive Health*. – 2013. – 10(44). – P.1-13.

49. Hajj M.S.E., Kheir N., et al. Assessing the effectiveness of a pharmacist-delivered smoking cessation program in the State of Qatar: study protocol for a randomized controlled trial // *Trials*. – 2015. – 16(65). – 12 p.

50. Thankappan K.R. Tobacco cessation in India: A priority health intervention // *Indian J Med Res*. – 2014. – 139 (4). – P.484-486.

51. Stead L.F., et al. Telephone counselling for smoking cessation (Review): *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2013. – 8. – 135 p.

52. Yong H.-H., et al. Adult Smokers'

Reactions to Pictorial Health Warning Labels on Cigarette Packs in Thailand and Moderating Effects of Type of Cigarette Smoked: Findings From the International Tobacco Control Southeast Asia Survey // *Nicotine & Tobacco Research*. – 2013. – 15 (8). – P.1339-1347.

53. Duke J.C., et al. The Impact of a State-Sponsored Mass Media Campaign on Use of Telephone Quitline and Web-Based Cessation Services // *Prev Chronic Dis*. – 2014. – 11. – P.1-9.

54. Hitchman S.C., et al. Changes in Effectiveness of Cigarette Health Warnings Over Time in Canada and the United States, 2002–2011 // *Nicotine & Tobacco Research*. – 2014. – 16 (5). – P.536-543.

55. Noar S.M., et al. Pictorial cigarette pack warnings: a meta-analysis of experimental studies // *Tob Control*. – 2015. – 14 p.

56. Mutti S., et al. The Efficacy of Cigarette Warning Labels on Health Beliefs in the United States and Mexico // *J Health Commun*. – 2013. – 18(10). – P.1180-1192.

57. Canadian Cancer Society. Cigarette Package Health Warnings: International Status Report. – 2014. – 16 p.

58. European Public Health Alliance. On-line marketing of tobacco products. – Brussels, 2014. – 9 p.

59. Nagler R.H., et al. Implementation and Research Priorities for FCTC Articles 13 and 16: Tobacco Advertising, Promotion, and Sponsorship and Sales to and by Minors // *Nicotine & Tobacco Research*. – 2013. – 15 (4). – P.832-846.

60. Lee-Kwan S.H., et al. Restaurant Menu Labeling Use Among Adults – 17 States, 2012 // *Morbidity and Mortality Weekly Report*. – 2014. – 63 (27). – P.581-584.

61. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Assessing Compliance with Tobacco Advertising, Promotion, and Sponsorship (TAPS) Bans: A “How-to” Guide for Conducting Compliance Studies of Point of Sale Advertising & Product Display; Outdoor Advertising; and Product Packaging. – 2013. – 19

р.

62. Juarez B.S.M., Thrasher J.F., et al. Tax, price and cigarette brand preferences: a longitudinal study of adult smokers from the ITC Mexico Survey // Tob Control. –2013. – 23. – P.1-6.

63. World Health Organization. Raising tax on tobacco – what you need to know. – 2014. – 14 p.

64. Gigliotti A., Figueiredo V.C., et al. How smokers may react to cigarette taxes and price increases in Brazil: data from a national survey // BMC Public Health. – 2014. – 14(327). – P.1-9.

ТҮЙІН

Мақалада әлемде іске асырылатын темекі шегуді мониторингілеу және алдын алу стратегияларын ретроспективті талдау берілген. MPOWER-ге сәйкес темекі шегудің тара-

луын төмендету және тұрғындарды темекі түтінінен қорғау шараларын іске асыру аурушандылық пен өлім-жітімнің алдын алуға мүмкіндік береді.

Кілт сөздер: темекі тұтынуды мониторингілеу, темекінің таралуын төмендету, тұрғындарды пассивті темекі тұтынудан қорғау.

SUMMARY

The article presents a retrospective analysis of monitoring tobacco use and prevention strategies implemented in the world. Implementation of measures to reduce the prevalence of smoking and protect the public from exposure to tobacco smoke in accordance MPOWER will prevent morbidity and mortality.

Keywords: monitoring of tobacco use, smoking prevalence reduction, public protection from secondhand smoke.

УДК:616.98:579.842.14-084:619

Г.А. БЕКБЕРГЕНОВАСанитарно-эпидемиологический центр Вооруженных Сил
Республики Казахстан**ПРОФИЛАКТИКА САЛЬМОНЕЛЛЕЗА****АННОТАЦИЯ**

В статье представлен краткий обзор сальмонеллезов, об особенностях заболевания и мерах профилактики

Ключевые слова: сальмонеллезы, пищевая безопасность, гигиена пищевой промышленности и торговли.

Сальмонеллез - широко распространенная инфекция человека и животных, вызываемая различными представителями рода *Salmonella*, передающиеся фекально-оральным механизмом с поражением желудочно-кишечного тракта, проявляющегося в виде гастроэнтерита или гастроэнтероколита, реже тифоподобными и септическими вариантами.

Решение проблемы борьбы с сальмонеллезами в целом представляется задачей более сложной, чем борьба с другими кишечными инфекциями, что обусловлено рядом их особенностей: многообразием клинических форм болезни, полиэтиологичностью, наличием большого количества резервуаров и источников инфекции в природе, множественностью путей и факторов распространения возбудителя и др.

Бактерии рода сальмонелл длительно сохраняются во внешней среде: в воде до 5 месяцев, в мясе и колбасных изделиях - от 2 до 4 месяцев, в замороженном мясе — около 6 месяцев (в тушках птиц — более года), в молоке — до 20 дней, кефире — до 2 месяцев, в сливочном масле — до 4 месяцев, в сырах — до 1 года, в пиве — до 2 месяцев, в почве — до 18 месяцев.

В некоторых продуктах (молоко, мясные продукты) сальмонеллы способны не только сохраняться, но и размножаться, не изменяя внешнего вида и вкуса продуктов. Соление

и копчение оказывают на них очень слабое влияние, а замораживание даже увеличивает сроки выживания микроорганизмов в продуктах.

Основными источниками возбудителя инфекции являются сельскохозяйственные животные и птицы. Наиболее эпидемически значимым источником возбудителя в настоящее время являются куры, крупный рогатый скот и свиньи. На отдельных территориях, характеризующихся национальными особенностями питания, в качестве источников могут выступать мелкий рогатый скот и лошади. Грызуны, в первую очередь крысы и мыши, также представляют собой массивный резервуар сальмонеллезной инфекции. Доказана роль человека как источника возбудителя инфекции при сальмонеллезах. Наибольшую опасность в этих случаях он представляет для детей раннего возраста и пожилых людей, а также - для лиц с ослабленным иммунитетом. Инфицированный человек (особенно бессимптомный носитель) представляет особую опасность в том случае, если он имеет отношение к приготовлению и раздаче пищи, а также продаже пищевых продуктов.

Механизм передачи — фекально-оральный, реализуемый пищевым, бытовым, водным (нетипично) путями. Факторами передачи возбудителя являются пищевые продукты, прежде всего, такие как мясо и мясо-

продукты, яйца и кремовые изделия. Особую опасность представляют куриные яйца, инфицированные до снесения, а также продукты, приготовленные из них, в том числе майонез и сухой яичный порошок. На сегодня это один из ведущих путей распространения данного заболевания. Известны случаи заражения сальмонеллезом, связанные с употреблением сыров, брынзы, рыбы, в том числе копченой, морепродуктов.

Болезнь развивается через 6-72 часа после попадания сальмонелл в организм. Симптомы заболевания могут быть выражены ярко, а могут и никак не проявляться. В последнем случае человек является источником заражения для окружающих, но сам не страдает (бактерионосительство).

Сальмонеллы поселяются в тонком кишечнике и колонизируют стенку кишки, выделяя токсин. Действие токсина заключается в потере воды через кишечник, нарушении тонуса сосудов, повреждении нервной системы. При развёрнутых формах сальмонеллёза в большинстве случаев отмечаются (более или менее выражено) следующие симптомы: повышение температуры, общая слабость, головная боль, тошнота, рвота, боли в животе, многократный жидкий водянистый стул.

При тяжёлом течении болезни наблюдаются обезвоживание, увеличение печени и селезёнки. Возможно развитие почечной недостаточности. При адекватном лечении сальмонеллёз проходит примерно на десятый день.

Особенно опасно заражение для детей до года, поскольку это может приводить к тяжёлым генерализованным формам сальмонеллеза, лечение которого у малышей представляет серьезные трудности. По мере роста ребенка снижается его восприимчивость к сальмонелле. Любые кишечные инфекции имеют сезонные колебания, поэтому в жаркое, теплое время года чаще всего наблюдаются эпидемиологические вспышки.

Диагноз устанавливается на основании

клинических признаков болезни, результатов лабораторного исследования, эпидемиологического анамнеза.

Материалом для диагностики служат кровь, испражнения, моча, рвотные массы, промывные воды желудка, желчь.

Обязательна госпитализация работников пищевых предприятий и приравненных к ним лиц. Выписывают переболевших после клинического выздоровления и однократно, а для пищевиков и приравненных к ним лиц - двукратного отрицательного бактериологического исследования кала, проведенного через 2 дня после окончания курса лечения.

В лечении сальмонеллёза выделяют несколько ведущих направлений:

- антибиотики для борьбы с сальмонеллами;
- специальные растворы для компенсации потерянной с рвотой и поносом жидкости;
- препараты для выведения токсинов;
- восстановление нормальной микрофлоры кишечника;
- диетотерапия и общеукрепляющие меры.

Важную роль играет раннее выявление случаев заболеваний сальмонеллезом людей, а также бактерионосителей.

Обследованию на наличие возбудителей сальмонеллезом подлежат лица с кишечными дисфункциями, переболевшие сальмонеллезом, а также поступающие на работу на предприятия пищевой промышленности, торговли, общественного питания, объекты водопользования, в детские учреждения, а также в лечебно-профилактические учреждения.

Основу профилактики сальмонеллёза среди людей составляют ветеринарно-санитарные мероприятия, направленные на обеспечение надлежащих условий в процессе убоя скота и птицы, соблюдение режима убоя животных, технологии обработки туш, приготовления и хранения мясных и рыбных блюд. Большое значение имеют регулярный выборочный контроль кормов и кормовых ингре-

диентов, плановое осуществление дезинфекционных и дератизационных мероприятий на мясоперерабатывающих предприятиях, пищевых и сырьевых складах, холодильниках, вакцинация сельскохозяйственных животных. В общественном питании и личной домашней практике следует строго соблюдать санитарно-гигиенические правила приготовления пищи, отдельной обработки сырого мяса и варёных продуктов, условия и сроки хранения готовой пищи.

Гигиеническое воспитание населения включает в себя: представление населению подробной информации о сальмонеллезе, основных симптомах заболевания и мерах профилактики с использованием средств массовой информации, листовок, плакатов, бюллетеней, проведением индивидуальной беседы с пациентом и другие методы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Покровский В.И. Актуальные проблемы сальмонеллеза/ В.И. Покровский –

М.: 1980;

2. Апсеметова М.А. Заболевания пищевого происхождения в Казахстане/ М.А. Апсеметова, Л.Б. Лян – Алматы, 2005.

3. Амиреев С.А. Стандарты и алгоритм мероприятий при инфекционных болезнях / С.А. Амиреев (и др.) // - 2007.-Т.1.

ТҮЙІН

Мақалада сальмонеллездер, аурудың ерекшеліктері және алдын алу шараларына қысқаша шолу берілген.

Кілт сөздер: Сальмонеллездер, тағам қауіпсіздігі, тамақ өнеркәсібінің және сауда гигиенасы.

SUMMARY

The article devotes to a brief overview of salmonella, the peculiarities of the disease and preventive measures

Keywords: salmonellosis, food safety, hygiene of food industry and trade, veterinary control.

УДК: 616-07:303(574.23)

БУРМАГАНОВ К.Ж., КОРНЕЕВА О.В.

Областной центр проблем формирования здорового образа жизни г.Кокшетау

АНАЛИЗ СКРИНИНГ – ОБСЛЕДОВАНИЙ ЦЕЛЕВЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ПО АКМОЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2012-2014 ГГ.

АННОТАЦИЯ

В статье дан сравнительный анализ показателей выявляемости патологии при проведении скрининг обследований, а также освещены вопросы мероприятий по повышению эффективности скрининговых осмотров, обучение специалистов ПМСП в организации и проведении скрининг – обследований.

Ключевые слова: анализ скрининг обследований, болезни системы кровообращения (БСК), рак шейки матки (РШМ), рак молочной железы (РМЖ), коло-ректальный рак (КРР), сахарный диабет (СД), глаукома.

В рамках Государственной Программы развития здравоохранения на 2011-2015 годы «Саламаты Қазақстан» в республике реализуется Национальная скрининговая программа, что позволяет сделать существенный вклад в экономику нашей страны в виде сокращения прямых и косвенных потерь общества от болезней и преждевременной смерти граждан. Одним из ее приоритетов является значительное усиление социальной направленности здравоохранения. При этом значительно возрастает роль первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), которая является фундаментом системы здравоохранения в решении социальных проблем. Укрепление здоровья – это процесс, основным принципом которого является внимательное отношение самого человека к собственному здоровью, его ответственность.

Наряду с дальнейшим усовершенствованием нормативных документов, материальной базы, подготовки медицинских кадров и существенным увеличением финансированием ПМСП (увеличение уровня расходов на ПМСП от общего объема средств, выделенных на гарантированный объем бесплатной медицинской помощи до 30%) был внедрен институт социального работника в службу, что позволит значительно повысить эффек-

тивность, доступность и качество оказания первичной медицинской помощи. Иными словами, новая программа предполагает значительное смещение акцента со специализированной медицинской помощи на профилактические мероприятия, проводимые на уровне ПМСП.

Благодаря усилению профилактических мероприятий, проведению скрининговых исследований, совершенствованию и внедрению новых методов диагностики, лечения и реабилитации основных социально-значимых заболеваний в Казахстане увеличилась средняя продолжительность жизни и составила в 2013г -70,3года.

В Акмолинской области Национальная скрининговая программа осуществляется с 2008 года. Цель скрининговых осмотров – выявление заболеваний на ранних стадиях и предупреждение развития заболеваний, а также формирование и укрепление здоровья населения.

Динамика основных показателей за последние три года 2012- 2013-2014гг отражает снижение уровня выявляемости патологии в целевых группах: болезни системы кровообращения (БСК) - 5,06% (2012г.), 3,25% (2013г.), 2,76% (2014г.), по РК - 2012г. (8,074), 2013г. (8,27%), 2014г. (7,65%), рекомендации

ВОЗ-10%.

Увеличение выявляемости при сахарном диабете - 0,054% (2012г.), 0, 21% (2013г.), 0,24% (2014г.), по РК: 2012г. (0,372%), 2013г. (0,44%), 2014г. (0,44%), рекомендации ВОЗ-1-2%.

Увеличение выявляемости больных при глаукоме - 0,054% (2012г.), 0,072% (2013г.), 0,09%(2014г.), по РК: 2012г. (0,318%), 2013г. (0,30%), 2014г. (0,26%), при рекомендованном международном показателе - 0,6%

При сравнении выявляемости предопухолевых и онкологических заболеваний рак

шейки матки, рак молочной железы, колоректальный рак наблюдается увеличение уровня выявляемости:

-РШМ - 1,5% (2012г.),1,72% (2013г.), 4,49% (2014г.), по РК: 2012г. (5,0%), 2013г. (4,52%), 2014г. (4,92%);

-РМЖ - 4,67% (2012г.), 4,4% (2013г.), 5,4% (2014г.), по РК: 2012г. (10,76%), 2013г. (12,03%), 2014г. (11,7%);

-КРР - 0,021(2012г.), 0,03% (2013г.), 0,13% (2014г.), по РК: 2012г. (0,109), 2013г. (0,25%), 2014г. (0,20%).

Год	БСК	РШМ	РМЖ	КРР	СД	Глаукома
2012	6090(5,06%)	416(1,5%)	1206(4,4%)	12(0,02%)	249(0,207%)	52(0,054%)
РК2012	209603(8,074%)	28185(,5%)	49492(10,763%)	1280(0,109%)	9675(0,372%)	6343(0,32%)
2013	2903(3,25%)	378(1,72%)	800(4,4%)	14(0,03%)	188(0,21%)	55(0,072%)
РК-2013	156077(8,27%)	20205(4,52%)	45695(12,03%)	1410(0,25%)	8312(0,44%)	4964(0,30%)
2014	2772(2,76%)	1063(4,49%)	1067(5,4%)	69(0,13%)	245(0,24%)	77(0,09%)
РК-2014	158248(7,65%)	25362(4,92%)	45077(11,7%)	1977(0,20%)	9214(0,44%)	4525(0,26%)

Показатели выявляемости патологии при проведении скрининг- обследований.

Областным управлением здравоохранения на 2015г издан приказ

№ 03-10/5721 от 29.12.2014г. « О проведении профилактических медицинских (скрининговых) осмотров целевых групп населения». Организована Рабочая группа, которая ежеквартально заслушивает информацию по вопросам скрининговых исследований. В состав рабочей группы вошли заместитель начальника ОУЗ, главные специалисты ОУЗ,

главные внештатные специалисты областного управления здравоохранения, директор ОЦФЗОЖ.

Министерство Здравоохранения РК 13 февраля 2014 года провело Республиканское совещание на тему « Мониторинг выполнения скрининговых осмотров по итогам 2013 года и алгоритмов профилактической деятельности на уровне первичной медико-санитарной помощи», в котором принял

участие директор Акмолинского ОЦФЗОЖ Бурмаганов К.К. и врач - координатор скрининговых программ.

В марте 2013г. НЦПФЗОЖ провел выездной семинар по теме «Повышение эффективности скрининговых осмотров по раннему выявлению социально-значимых заболеваний». Обучено 506 медицинских специалистов области с получением сертификата. Основные усилия медицинских специалистов направлены на формирование приверженности населения к ведению здорового образа жизни, ответственному отношению к своему здоровью.

В марте 2014 года специалистами Республиканского центра формирования здорового образа жизни проведен выездной хозрасчетный цикл по теме: «Профилактика заболеваний и ФЗОЖ на уровне ПМСП. Технология организации школ здоровья и мониторинга их результативности. Повышение эффективности скрининговых осмотров по раннему выявлению социально-значимых заболеваний». Обучено 495 медицинских работников с получением сертификата.

В июле 2014 года на заседании Координационного совета областного Медицинского объединения заслушана информация «Мониторинг проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения социально значимых заболеваний».

В октябре 2014 года прошло обучение медицинских работников области на мастер - классе (семинаре) «Онконастороженность, ПМСП, ранняя диагностика злокачественных новообразований, реализация онкоскринингов».

13-14октября 2014 года специалистами Республиканского центра ФЗОЖ проведен обучающий семинар «Организация деятельности школ здоровья». Обучено 53 человека с получением сертификата.

Таким образом, вышеуказанный анализ профилактических скрининговых осмотров подтверждает эффективность проводимых мероприятий и показывает необходимость

совершенствования скрининговых программ. Тем не менее, для достижения результативности скринингов, необходимо активное участие населения в этих программах: прохождение осмотров, выполнение рекомендаций, полученных при посещении специалистов.

Выводы

1. На уровень показателей выявления больных оказывает влияние доступность медицинской помощи, полнота обследования, обеспеченность специалистами и уровень их квалификации, а также ответственность специалистов занятых в скрининговой программе.

2. Для улучшения качества проводимых скрининговых осмотров необходимо продолжить обучение специалистов ПМСП.

3. Для достижения результативности скрининговых осмотров, необходимо активное участие населения при прохождении осмотров, выполнение рекомендаций полученных при посещении специалистов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Послание Президента народу Казахстана «Казахстанский путь -2050»Единая цель, единые интересы, единое будущее» 17 января 2014г.

2. Указ Президента Республики Казахстан «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламаты Казахстан »на 2011-2015годы

2. Приказ МЗ РК№ 685 от 10ноября 2009 года «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения ».

3. Приказ МЗ РК№ 145от 16 марта 2011. О внесении изменений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10ноября 2009 года

№ 685 «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения ».

4. Выходные статистические формы ТОО

«Мединформ», 2012-2013-2014 годы

5. Сводные отчеты по результатам скрининг-обследований, НЦПФЗОЖ, 2012-2014 годы.

ТҮЙІН

Мақалада скринингтік тексеріп-қарау кезінде анықталған патологиялардың көрсеткіштеріне салыстырмалы талдау берілген, сонымен қатар скринингтік тексеріп-қараудың тиімділігін арттыру жөнінде іс-шаралар, ұйымдарда МСАК мамандарын оқыту және скринингтік тексеріп-қарауды жүргізу мәселелері айтылған.

Кілт сөздер: скринингтік тексеріп-қарауды талдау, қан айналымы жүйесі аурулары (ҚАЖА), жатыр мойыны обыры (ЖМО), сүт

безі обыры (СБО), тоқ ішек обыры (ТІО), қант диабеті (ҚД), глаукома.

SUMMARY

This article provides a comparative analysis of indices in pathology detection during screening examinations, highlights the issues of measures to improve the effectiveness of screening examinations and training of primary health care specialists in organizing and conducting the screenings.

Keywords: analysis of screening examinations, cardiovascular diseases (CVD), cancer uterine cervix, breast cancer, colorectal cancer (CRC), diabetes mellitus (DM), glaucoma.

УДК 614.2:616.1:316.4

**А.Э. ИГЛИКОВА, к.м.н., доцент, Г.Г.ТУСУПБАЕВА, магистрант м.н.,
Д.К.РАХИМБЕКОВА, к.м.н., доцент.**

Казахский медицинский университет непрерывного образования, г. Алматы

СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ ОЦЕНКИ В ВЫЯВЛЕНИИ ПРОБЛЕМ ОРГАНИЗАЦИИ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

АННОТАЦИЯ

Статья посвящена проблеме совершенствования оказания специализированной помощи больным с болезнями кровообращения. Изучение методической базы ранее проведенных научных исследований разных авторов позволило определить программу собственного социологического исследования.

Ключевые слова: болезни системы кровообращения, специализированная помощь, социологическое исследование.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ; 2011) сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются одной из наиболее частых (31% случаев) причин смертельного исхода во всем мире. Из индустриально развитых стран только в РФ и странах бывшего СНГ, в том числе – Казахстане, отмечается самый высокий показатель смертности от ССЗ. В структуре смертности на территории Российской Федерации смерть от болезней системы кровообращения составляет 57,1% случаев, из них 28,9% случаев приходилось на смерть от ишемической болезни сердца (ИБС) [1-2].

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) — одно из самых распространенных заболеваний и одна из основных причин смертности, а также временной и стойкой утраты трудоспособности населения в развитых странах мира. На территории РФ стандартизованный показатель смертности от ИБС (385,6 человек на 100 тыс. населения в год) оказался в 3-4 раза выше, чем аналогичный показатель в странах Евросоюза (95,9 человек на 100 тыс. населения в год). Полученное в конце первого десятилетия XXI века незначительное снижение этого показателя в РФ не повлияло на тренд, который по-прежнему остается направленным вверх, тогда как в странах Евро-

союза отмечается стабильное снижение числа смертей по причине ИБС (HFA-DB, 2010). По результатам анализа программы мониторинга артериальной гипертензии (исследование по обращаемости), распространенность ИБС в РФ составляет 13,5%, что в два-три раза превышает аналогичный показатель в крупных индустриальных странах. Анализ результатов мониторинга артериальной гипертензии на представительных выборках, проведенный Шальной С.А. (2011), показал, что в настоящее время распространенность ИБС в России составляет среди всего населения $13,5 \pm 0,1\%$, среди мужчин — $14,3 \pm 0,3\%$, среди женщин — $13,0 \pm 0,2\%$ [3]. Это более чем в 3 раза превышает аналогичные показатели в США, где распространенность ИБС по данным Американской ассоциации сердца, составляла в 2004 г. лишь 4,9%. Распространенность ИБС увеличивается с увеличением возраста, и в РФ составляет более 50% среди населения старше 70 лет. На практике лечение ИБС за последние годы значительно улучшилось, больным чаще назначаются современные препараты. Вместе с тем, дозы лекарственных препаратов еще далеки от рекомендуемых, и применение специализированной медицинской помощи у таких больных недостаточно.

В мировой практике проведены эпидемиологические исследования по распространенности ССЗ и их осложнений (PROCAM (2002 г.), EuroHeart Survey (2006), NHANES III (2008 г.) и др.), которые показали, что распространенность ИБС варьирует в широких диапазонах - от 2 до 6%, значительно увеличиваясь с возрастом [цит. по 1]. В Казахстане в 2013 году, в результате внедрения скрининговых программ по раннему выявлению БСК, показатель составил 8,2%, тогда как согласно международным рекомендациям он должен составлять 10-20%.

Ишемическая болезнь сердца — патология сердца, в основе которой лежит поражение миокарда, обусловленное недостаточным его кровоснабжением в связи с атеросклерозом и возникающими обычно на его фоне тромбозом или спазмом венечных (коронарных) артерий сердца. Понятие «ишемическая болезнь сердца» является групповым. Оно объединяет как острые, так и хронические патологические состояния, в т.ч. рассматриваемые как самостоятельные нозологические формы, в основе которых лежит ишемия и вызванные ею изменения миокарда (некроз, дистрофия, склероз). Но лишь в тех случаях, когда ишемия обусловлена анатомическим или функциональным сужением просвета венечных артерий, этиологически связанным с атеросклерозом, либо причина несоответствия коронарного кровотока метаболическим потребностям миокарда не известна. Патологические состояния, обусловленные ишемией миокарда вследствие неатеросклеротического поражения венечных артерий (например, при ревматическом коронарите, диффузных заболеваниях соединительной ткани, септическом эндокардите, паразитарных поражениях, амилоидозе, травмах и опухолях сердца, кардиомиопатиях) или ишемией некоронарного генеза (например, при стенозе устья аорты, недостаточности аортального клапана), к ишемической болезни сердца не относятся и рассматриваются как вторичные синдромы

в рамках соответствующих нозологических форм.

По определениям Всемирной организации здравоохранения, ишемия сердца - дисфункция сердца в острой или хронической форме, которая возникла по причине абсолютного или относительного ухудшения снабжения сердечной мышцы (миокарда) кровью. Это несоответствие потребности и реальной возможности нормального кровоснабжения особенно выражено в случае снижения кровоснабжения и возрастающих потребностях миокарда в притоке крови.

Дальнейшее состояние здоровья больного после перенесенной ИБС во многом зависит от адекватно проводимой терапии, своевременности оказания помощи и качества амбулаторного лечения. Очень важно вовремя диагностировать болезнь и оказать больному неотложную помощь, госпитализировав в срочном порядке.

В настоящее время, как в странах дальнего и ближнего зарубежья, так и в Казахстане, недостаточно работ, связанных с социологическими исследованиями данной проблемы. Важным, при этом, является изучение мнения больных, госпитализированных в кардиологические отделения стационаров, в части определения их уровня медицинской грамотности и дисциплинированности на догоспитальном и госпитальном этапах оказания медицинской помощи. В связи с этим, нами было проведено социологическое исследование среди больных ИБС, госпитализированных в специализированные отделения города Алматы сплошным когортным одномоментным методом. Учитывая методологические и методические приемы, использованные в научных исследованиях разных авторов ранее нами были сформированы следующие оценочные критерии программы статистического наблюдения.

Во-первых, паспортные данные включали сведения о поле и возрасте пациента, месте жительства и уровне образования.

Оценка догоспитального этапа оказания помощи включала такие вопросы, как наличие и сроки первого обращения в поликлинику, возможность своевременного получения консультативной помощи специалиста-кардиолога, наличие трудностей в своевременном направлении на госпитализацию и др.

Оценка госпитального этапа была разбита на следующие разделы:

1. вопросы, касающиеся мнения больного о качестве организации приема в стационар;
2. вопросы, содержащие сведения о качестве диагностики (своевременность, полнота и т.д.);
3. оценка качества организации непосредственно лечебного процесса;
4. оценка мнения больных о сервисных услугах, соблюдении лечебно-охранительного режима и т.д.;
5. оценка больными настоящего социального статуса в связи с болезнью (взаимоотношения с близкими, потребность в профессиональном уходе в специализированных медицинских организациях типа хосписа и т.д.).

Полученные результаты позволили выявить проблемы, существующие в оказании кардиологической помощи больным с ИБС на разных этапах, сформулировать предложения по совершенствованию пациенто-центрической психо-социальной и специализированной кардиологической помощи населению.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Поляков Д.С. Распространенность

ишемической болезни сердца и эффективность ее терапии в репрезентативной выборке Нижегородской области // Автореф. дис. канд. мед. Специальность 14.01.05 – кардиология. Нижний Новгород, 2012.- 115 с.

2. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т. и др. Современный образ пациента с ХСН в Европейской части Российской Федерации (госпитальный этап) // Сердечная недостаточность. – 2011. - № 5, С. 341 – 347.

3. Шальнова С. А., Деев А. Д. Ишемическая болезнь сердца в России: распространенность и лечение (по данным клинико-эпидемиологических исследований)// Тер. архив, 2011.- № 11.- С. 14-15.

ТҮЙІН

Мақала қан айналымы ауруларымен ауыратын науқастарға арнайы көмекті көрсетуді жетілдірудің мәселелеріне арналған. Түрлі авторлардың бұрын өткізілген ғылыми зерттеулерінің әдістемелік қорын меңгеру меншікті әлеуметтік зерттеу бағдарламасын анықтауға мүмкіндік берді.

Түйін сөздер: қан айналымы аурулары, арнайы көмек, әлеуметтік зерттеу.

SUMMARY

The article is devoted to improving the provision of specialized care to patients with cardio-circulatory diseases. Study of methodological basis of previous research by various authors it possible to determine the program's own case study.

Keywords: cardio-circulatory system diseases, specialized care, case study.

ӨОЖ:613.6:349.243

А.К. ҚАЛИҚазақстан Республикасы Қарулы Күштерінің
Санитарлық-эпидемиологиялық орталығы**ЕҢБЕК ГИГИЕНАСЫНЫҢ ӨЗЕКТІ МӘСЕЛЕЛЕРІ****ТҰЖЫРЫМ**

Бұл мақалада еліміздің азаматтарының денсаулығын қорғауға және қалыпты еңбек жағдайына құқықтары көрсетілген.

Кілт сөздер: Еңбек гигиенасы, еңбек заңнамасы.

Біздің еліміздің көптеген азаматтары еңбек жағдайларында өздерінің Қазақстан Республикасының заңнамаларында көрсетілген құқықтарын қолдана алмай жататындары өкінішті. Сондықтан осы мақалада азаматтарымыздың еңбек ету жағдайларында жұмыс берушіге қандай талаптар қоя алатындарына тоқталмақпын.

Қазақстан Республикасының Еңбек кодексінің 1 бабында кодексте қолданылатын негізгі ұғымдарда «Еңбек гигиенасы – қызметкерлердің денсаулығын сақтау, өндірістік орта мен еңбек процесінің қолайсыз әсерінің алдын алу жөніндегі санитарлық-эпидемиологиялық шаралар мен құралдар кешені» деп атап көрсетілген.

Еңбек гигиенасы - еңбек жағдайларының гигиеналық әсерлерін және қызметкерлердің жұмысқа қабілеттілігі мен денсаулығына әсерін, сонымен қатар еңбек жағдайларының жағымсыз әсерлерін ескертудің тәжірибелік шараларын және ғылыми негіздерін өңдейтін ғылым. Еңбек гигиенасының негізгі мазмұны болып созылмалы сырқаттардың үдеуін, қызметкердің еңбек ету жағдайында жарақаттанулар мен олардың асқынуларын, жарақаттану және сырқаттарды медициналық алдын-алу болып табылады.

Еңбек гигиенасы, кәсіби гигиена – еңбек процестерінің және айналадағы өндірістік ортаның адам ағзасына тигізетін әсерін зерттейтін, еңбек етуге қолайлы жағдай туғызу, кәсіби ауруларға жол бермеу шаралары мен гигиеналық нормативтер іздестіретін ғылым, гигиена саласы.

Еңбек гигиенасының негізгі бағыты: еңбекті қорғау мәселелерін Қазақстандағы еңбек туралы заңға сәйкес кешенді түрде шешу. Өнеркәсіп орындарында қызметкерлердің денсаулығын медицина қызметкерлері қадағалап отырады. Сонымен еңбек гигиенасының негізгі міндеті – адам ағзасына әсер ететін қолайсыз еңбек жағдайларына сапа мен сан мөлшерінде баға беру, соның негізінде нақтылы алдын алу шараларын өңдеу. Оның негізгі бағыттары: әр түрлі өнеркәсіптерінде еңбек ету жағдайларын жақсарту, айналадағы табиғатты қорғау, адам физиологиясын еңбек түрлерімен байланыстыра зерттеу, кәсіби ауруларды анықтау, науқас адамдарды медициналық тұрғыдан сауықтырып, еңбекке жарамды ету. Жаңадан ұсынылған технологиялық процестер мен жабдықтарды, аспап құралдарды, жаңа химиялық қосылыстарды гигиеналық, технологиялық тұрғыдан бағалау.

Еңбек гигиенасы қызметкерлердің еңбек ету жағдайларын зерттейді және оларға өндірістік факторлардың тигізетін әсерін анықтайды.

Өндірістік объектілерді еңбек жағдайлары бойынша міндетті мерзімдік аттестаттауды жұмыс беруші жүргізеді. Қазақстан Республикасының Заңнамаларына сәйкес аттестациялауды өткізу мерзімін ұйым, еңбек жағдайларының өзгеруіне орай, бірақ өндірістік объектілердің соңғы аттестаттаудан өткізілген сәттен бастап 5 жылда кемінде бір рет белгілейді. Өндірістік объектілерді

кезектен тыс аттестаттау еңбек жағдайлары бойынша өндірістік объектілерге аттестаттау жүргізу тәртібінің бұзылғаны анықталған кезде еңбек қауіпсіздігі және еңбекті қорғауды мемлекеттік қадағалау және бақылау органының талабы бойынша жүргізіледі.

Жұмыс берушінің қаражаты есебінен қызметкерлерге сүт, емдік-профилактикалық тағам, арнаулы киім, арнаулы аяқ-киім және басқа да жеке қорғану құралдарын берілуі тиіс. Сондай-ақ ұжымдық қорғану құралдарымен, санитарлық-тұрмыстық үй-жайлармен және құрылғылармен қамтамасыз етілулері қажет.

Зиянды, қауіпті жұмыстармен жұмыс жасайтын қызметкерлерге жұмыс уақытының қысқартылған ұзақтығы, жыл сайынғы ақылы қосымша еңбек демалысы және еңбекақының жоғартылған мөлшеріне құқық беріледі.

Еңбек гигиенасы шешетін басты мәселелер:

1. Еңбек гигиенасы жұмысшылардың жұмыс жағдайларын жақсарту үшін гигиеналық нормативтерді негіздейді.

2. Өнеркәсіп мекемелерінің құрылысын салуға қажетті санитарлық ережелерді шығарады. Салынып жатқан өнеркәсіп орындарында ескертпелі санитарлық қадағалау жүргізу.

3. Жұмыс орындарын тиімді пайдала-

ну, еңбек процестерін ұйымдастыру және еңбек пен демалыс тәртібінің сақталуын қадағалайды.

Сонымен қатар денсаулық сақтау, сауықтыру шараларының тиімділігіне баға беру еңбек гигиенасының негізгі мәселелерінің бірі.

ӘДЕБИЕТТЕР:

1. Қазақстан Республикасының Еңбек кодексі.

2. Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2011 жылғы 5 желтоқсандағы № 1457 «Өндірістік объектілерді еңбек жағдайлары бойынша міндетті мерзімдік аттестаттау қағидаларын бекіту туралы» Қаулысы.

3. Ү.И.Кенесариев, Р.М.Балмахаева. Жалпы гигиена. – Алматы, 2012. – 656 б.

РЕЗЮМЕ

В этой статье указаны права граждан нашей страны на охрану здоровья и оптимальных условий труда.

Ключевые слова: Гигиена труда, трудовое законодательство.

SUMMARY

The article devotes to the citizens' rights to health care and working conditions.

Key words: Occupational hygiene, labour law.

УДК 611.621-611.623

И.С.КАШПЕРУК-КАРПЮК, к.м.н., И.Ю. ОЛИЙНЫК, д.м.н., профессор
Буковинский государственный медицинский университет,
г. Черновцы, Украина

МОРФОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА И ПУЗЫРНО-УРЕТРАЛЬНОГО СЕГМЕНТА В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ОНТОГЕНЕЗА

АННОТАЦИЯ

С целью определения закономерностей развития пузырно-уретрального сегмента у плодов и новорожденных, определения их макромикроскопических признаков комплексом методов морфологического исследования установлены диапазоны анатомической изменчивости тазовой части мочеиспускательного канала и пузырно-уретрального сегмента у плодов и новорожденных женского и мужского пола. Обнаружены критические периоды их становления, что значительно способствует ранней пренатальной диагностике пороков развития мочевого пузыря и мочеиспускательного канала и своевременной хирургической коррекции.

Ключевые слова: мочеиспускательный канал, пузырно-уретральный сегмент, плод, новорожденный.

Актуальность темы. Изучение половозрастных особенностей строения и топографических взаимоотношений пузырно-уретрального сегмента в динамике перинатального периода онтогенеза позволяет последовательно проследить временную и пространственную динамику становления структур и топографических изменений пузырно-уретрального сегмента, выявить вероятные этапы формообразования, определить критические периоды развития его структурных компонентов [1]. Кроме того, детальное исследование анатомии компонентов пузырно-уретрального сегмента, динамики изменений его возрастных морфологических параметров, определения его характерных макроскопических и микроскопических признаков имеют практическое значение в свете увеличения в последнее время перинатальной смертности в результате растущего числа случаев аномалий развития мочевой системы [2, 3].

Морфогенез пузырно-уретрального сегмента, как анатомического звена между мочевым пузырем и мочеиспускательным ка-

налом, в значительной степени определяется особенностями развития и строения его составляющих (мочеиспускательного канала и мочевого пузыря) – их морфометрическими показателями, размещением, индивидуальными особенностями [4]. Морфометрические данные исследуемых структур могут быть использованы для разработки и внедрения новых диагностических критериев нормы и врожденной (приобретенной) патологии пузырно-уретрального сегмента, что значительно поможет в пренатальной диагностике пороков развития мочевого пузыря, мочеиспускательного канала [5] и обструкции нижних мочевых путей [6].

Цель исследования: выявить диапазон анатомической изменчивости и критические периоды развития тазовой части мочеиспускательного канала и пузырно-уретрального сегмента у плодов и новорожденных человека.

Материал и методы. Исследование проведено на 60 плодах и 10 трупах новорожденных на базе Черновицкого областного патологоанатомического бюро во время плановых

вскрытий. Использовали комплекс методов морфологического исследования: антропометрию, инъекцию сосудов, микропрепарирование, рентгенографию, морфометрию, 3D реконструирование. Возраст объектов определяли за теменно-пяточной длиной (ТПД) плодов по сводным таблицам Б.М.Пэттена [7], Б.П.Хватова, Ю.Н.Шаповалова [8]. Длину пузырно-уретрального сегмента измеряли от основания треугольника мочевого пузыря до мочеполовой диафрагмы. Определяли параметры составных компонентов пузырно-уретрального сегмента. Статистический анализ органомерических данных проводили методами параметрической и непараметрической статистики с использованием программы StatPlus. Взаимосвязь между возрастом, размерами треугольника Льео изучали с помощью корреляции Пирсона. Статистически достоверными считали $P < 0,05$.

Результаты исследования. Установлено, что уже в начале плодного периода пузыр-

но-уретральный сегмент у плодов мужского пола представлен треугольником и шейкой мочевого пузыря, внутренним отверстием, простатической частью и внутренним сфинктером мочеиспускательного канала; у плодов женского пола – треугольником и шейкой мочевого пузыря, внутренним сфинктером мочеиспускательного канала. Верхней границей сегмента является основание треугольника мочевого пузыря, нижней границей сегмента является мочеполовая диафрагма. Таким образом, часть мочевого пузыря в пределах треугольника Льео и тазовая часть мочеиспускательного канала формируют пузырно-уретральный сегмент в целом.

Длина тазовой части мочеиспускательного канала особей женского пола увеличивается равномерно, начиная с 6-го месяца плодного периода развития и до конца внутриутробного развития человека (рис. 1), что можно объяснить течением формообразовательных процессов.

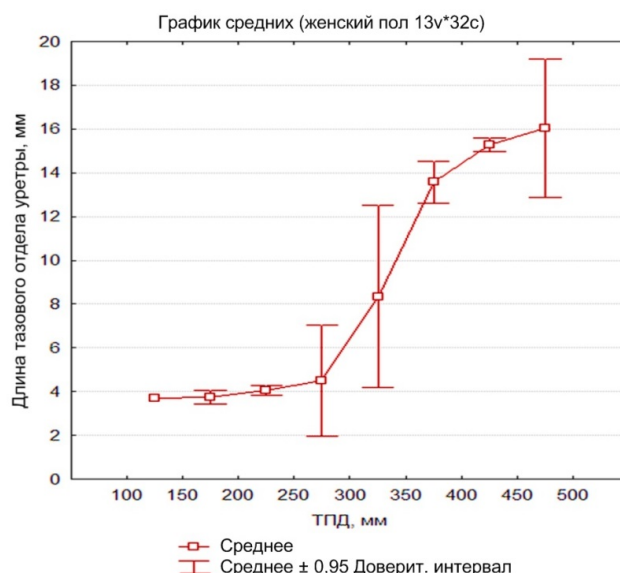


Рис. 1. Длина тазовой части мочеиспускательного канала плодов и новорожденных женского пола.

Замедление темпов роста отмечено в течение 4-5-го месяцев. Следует подчеркнуть, что диапазон анатомической изменчивости тазовой части мочеиспускательного канала в особей женского пола в течение перинатального периода имеет наибольший спектр у плодов 6-го, 7-го и 10-го месяцев развития.

Длина тазовой части мочеиспускательно-

го канала в особей мужского пола возрастает неравномерно. Интенсивное увеличение длины тазовой части мочеиспускательного канала отмечено в конце 6-го – начале 7-го месяцев внутриутробного периода развития человека и в новорожденных. Замедление темпов роста отмечено в течение 4-5-го и 8-9-го месяцев (рис.2).

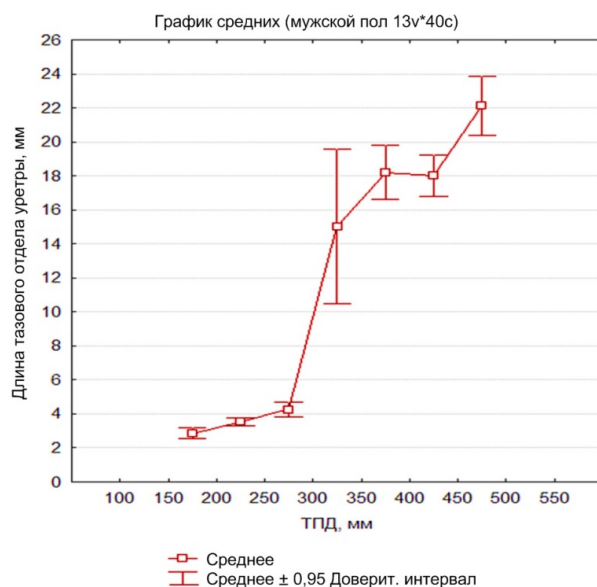


Рис. 2. Длина тазовой части мочеиспускательного канала плодов и новорожденных мужского пола.

Диапазон анатомической изменчивости тазовой части мочеиспускательного канала у плодов мужского пола широко варьирует в возрасте 7, 8 и 10 месяцев. Выявленные критические периоды становления тазовой части мочеиспускательного канала в особей мужского пола совпадают с данными других исследователей становления мочеиспускательного канала человека [4].

У плодов женского пола замедление темпов роста длины пузырно-уретрального сегмента наблюдали в течение 4-5-го месяцев внутриутробного развития (рис. 3). Начиная с 6-го месяца, и до конца внутриутробного

периода, длина пузырно-уретрального сегмента плодов и новорожденных женского пола возрастает равномерно интенсивно. Важно, что диапазон анатомической изменчивости пузырно-уретрального сегмента у особей женского пола на протяжении перинатального периода имеет наибольший спектр у плодов 6-го, 7-го и 10-го месяцев.

У плодов мужского пола длина пузырно-уретрального сегмента интенсивно возрастает в течение 6-го и 7-го месяцев и в конце внутриутробного развития человека. Темпы замедляются в течение 5-го и 8-9-го месяцев (рис. 4).

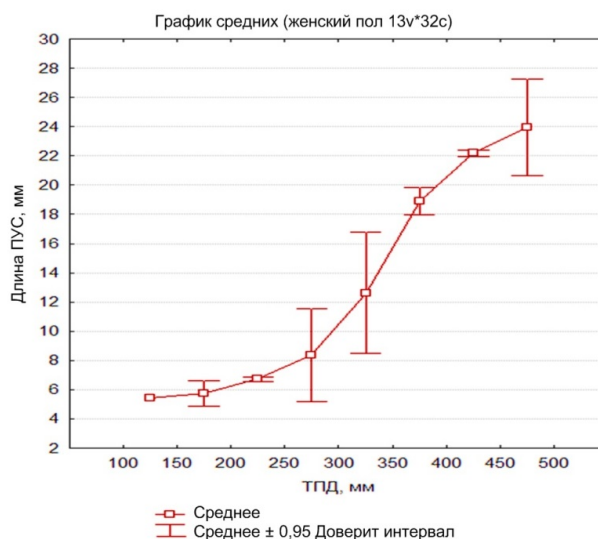


Рис. 4. Динамика изменений пузырно-уретрального сегмента у плодов и новорожденных мужского пола.

Можно констатировать тот факт, что длина пузырно-уретрального сегмента у плодов мужского пола возрастает неравномерно, что является следствием интенсивности развития в конце 6-го – начале 7-го месяцев и в новорожденных, а также замедлением динамики роста пузырно-уретрального сегмента у плодов 8-9-го месяцев за счет ускоренного формирования простаты, семенных пузырьков, семявыбрасывающего протока. Что касается диапазона анатомической изменчивости пузырно-уретрального сегмента в особой мужского пола, то он широко варьирует у плодов 7-8-го месяцев внутриутробного развития. Формирование вариантов строения пузырно-уретрального сегмента отмечено, начиная с 7-и месяцев внутриутробного развития.

Периоды интенсивных изменений в развитии пузырно-уретрального сегмента у плодов женского и мужского пола можно считать периодами возможного появления вариантов его строения и вероятного возникновения врожденных пороков.

Выводы. 1. Пузырно-уретральный сегмент представлен у новорожденных мужского пола треугольником и шейкой мочевого

пузыря, внутренним отверстием, простатической частью, внутренним сфинктером мочеиспускательного канала; у новорожденных женского пола – треугольником и шейкой мочевого пузыря и внутренним сфинктером мочеиспускательного канала. 2. Длина пузырно-уретрального сегмента в перинатальном периоде зависит от пола. В начале перинатального периода у плодов женского пола пузырно-уретральный сегмент ($6,9 \pm 2,6$ мм) больше, чем у плодов мужского пола ($6,4 \pm 2,4$ мм). У новорожденных – наоборот: пузырно-уретральный сегмент у мальчиков ($43,5 \pm 3,2$ мм) больше, чем у девочек ($25,2 \pm 2,3$ мм). 3. Для плодов и новорожденных мужского пола характерен больший диапазон анатомической изменчивости пузырно-уретрального сегмента, чем у плодов и новорожденных женского пола.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ахтемийчук Ю.Т. Очерки эмбриопографии. – Черновцы: Изд. дом “Букрек”, 2008. – 200 с.
2. Колесников Л.Л. Сфинктерология: прошлое и настоящее // Астраханский медицинский журнал. – 2007. – № 2. – С. 10–11.

3. Андрейчиков А. В., Горбунов Н.С., Фирсов М.А. Конституциональные особенности строения уретровезикального сегмента и простаты // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. – 2004. – № 3. – С. 50.

4. Слободян А.Н. Органометрические параметры мочевого пузыря у плодов человека // Клиническая анатомия и оперативная хирургия. - 2012. - № 2. - С. 44–46.

5. Гельдт В. Г., Юдина Е.В., Кузовлева Г.И. Постнатальная оценка обструктивных уропатий, обнаруженных пренатально // Детская хирургия. – 2005. – № 6. – С. 12–16.

6. Юшко Е. И. Пренатальная урология: вчера, сегодня, завтра // Урология. – 2009. – № 1. – С. 75.

7. Пэттен Б.М. Эмбриология человека. – М.: Медгиз, 1959. – 768 с.

8. Хватов Б.П., Шаповалов Ю.Н. Ранний эмбриогенез человека и млекопитающих: пособие. – Симферополь, 1969. – 183 с.

ТҮЙІН

Іштегі нәрестенің және жаңа туылған баланың қуық-үрпілі сегментінің дамуының заңдылығын анықтау, олардың морфологиялық зерттеудің кешенді әдістері

арқылы макромикроскопиялық белгілерін анықтау мақсатында әйел және еркек жынысты ұрық мен жаңа туылған баладағы зәр шығару каналы жамбас бөлігінің мен қуық-үрпілі сегменттің анатомиялық өзгеру диапозондары анықталды. Олардың қалыптасуының қиын кезеңі анықталып, ол қуық пен зәр шығару каналдарының дамуының ақауларын ерте перенаталдық диагностикалауға және заманауи хирургиялық түзеуге ықпал етеді.

Кілт сөздер: зәр шығару каналы, қуық-үрпілі сегмент, ұрық, нәресте.

SUMMARY

In order to determine patterns of development of vesico-urethral segment in fetuses and newborns, determine its microscopic signs the complex of methods of morphological investigation the ranges of anatomical variability of the pelvic urethra and vesicourethral segment in fetuses and newborns, male and female has been established, the critical periods of their development has been determined, which will greatly assist in the early prenatal diagnosis of malformations of the bladder and urethra and timely surgical correction.

Key words: urethra, vesicourethral segment, fetus, newborn.

УДК:612:613.31:543.3:614.31:616-036.22

М.Т. УМИРОВ, Г.А. БЕКБЕРГЕНОВА, А.К. КАЛИ, Ж.Б. БАТЫРХАН

Санитарно-эпидемиологический центр Вооруженных Сил
Республики Казахстан

РОЛЬ ВОДЫ В ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВОДЫ

РЕЗЮМЕ

Вода - важнейший элемент окружающей среды, оказывающий существенное влияние на здоровье и деятельность человека, это основа зарождения и поддержания всего живого.

Ключевые слова: Вода, физиология, эпидемиология.

Вода - второй по значимости для человека фактор внешней среды после воздуха, без нее невозможна наша жизнь. Вода, как воздух и пища, является тем элементом внешней среды, без которого невозможна жизнь. Человек без воды может прожить всего 5-6 суток. Это объясняется тем, что вода входит в состав всех биологических тканей человека и составляет 60-70% его массы. Потеря 20-22% жидкости приводит к смерти.

Вода входит в структуру организма, составляя основную часть веса тела. Человек буквально рожден из воды. Содержание воды в различных органах и тканях различно. Так, кровь - более чем на 90 % - вода. Почки состоят из воды на 82 %, мышцы содержат до 75 % воды, печень - до 70 %, кости на 28 % состоят воды, даже зубная эмаль содержит 0,2 % воды.

Не менее значительна роль воды как растворителя питательных веществ.

Вместе с солями вода принимает участие в поддержании величины осмотического давления - этой важнейшей константы организма.

Вода является основой кислотно-щелочного равновесия.

Без воды невозможен водный и минеральный обмен в организме. За сутки в организме человека дополнительно образуется до 300-400 мл воды.

Вода определяет объем и пластичность

органов и тканей. Наиболее подвижным резервуаром ее является кожа и подкожная клетчатка.

Вода, принимаемая вовнутрь, с полным основанием, может рассматриваться как питательное вещество, так как содержит минеральные вещества, различные органические соединения, микроэлементы. Многочисленные минеральные воды с успехом используются для лечения патологии самых различных органов и систем: пищеварения, выделительной системы, системы кроветворения, ЦНС, сердечно-сосудистой патологии.

Гигиенические требования касаются не только качества воды, подаваемой населению, но и ее количества. Только при условии достаточного количества доброкачественная питьевая вода способна удовлетворить физиологические потребности, препятствовать распространению инфекционных и неинфекционных болезней, обеспечивать высокий уровень личной гигиены, санитарно-бытовых условий и общего санитарного благоустройства населенного пункта.

Гигиеническое значение воды не исчерпывается лишь ее физиологической ролью и непосредственным влиянием на здоровье населения. Большое ее количество расходуется на гигиенические, хозяйственно-бытовые и производственные нужды. Поэтому важным вопросом является вопрос о количестве по-

даваемой в населенный пункт воды. Только достаточное количество доброкачественной питьевой воды предупреждает возникновение заболеваний и гарантирует сохранение здоровья населения. Так, использование воды в достаточном количестве способствует формированию навыков личной гигиены. Чистая кожа лучше выполняет физиологические функции, а именно, обладая бактерицидными свойствами, становится надежным барьером на пути проникновения возбудителей многих инфекционных болезней.

Воду широко используют для оздоровительных целей, во время проведения спортивных мероприятий, для гидротерапии в лечебно-профилактических учреждениях.

Вода играет важную роль в создании оптимальных бытовых условий в жилых домах, общественных, в том числе лечебно-профилактических, учреждениях, на промышленных предприятиях. Ее используют для влажной уборки помещений, поддержания чистоты предметов быта и ухода, стирки белья, приготовления пищи, мытья посуды и др.

Роль воды в передаче инфекционных заболеваний

Среди факторов, определяющих возникновение водных инфекций, можно выделить: антропогенное загрязнение воды (приоритет в загрязнении); выделение возбудителя из организма и попадание в водоем; наличие в водной среде бактерий и вирусов; попадание микроорганизмов и вирусов с водой в организм человека.

Для водных инфекций характерны: внезапный подъем заболеваемости; сохранение высокого уровня заболеваемости; быстрое падение эпидемической волны (после устранения патологического фактора).

В водной среде можно обнаружить: вирус инфекционного гепатита; вирус полиомиелита; аденовирусы; вирус Коксаки; вирус гриппа и др.

Вода как причина массовых инфекционных заболеваний

Давно отмечена связь между заболеваемостью населения и характером водопотребления. Еще в древности были известны некоторые признаки воды, опасной для здоровья. Однако лишь в середине 19 века эпидемиологические наблюдения и бактериологические открытия Луи Пастера и Роберта Коха позволили установить, что вода может содержать некоторые патогенные организмы и способствовать возникновению и распространению заболеваний среди населения.

В отдельных случаях, когда питьевая вода является недоброкачественной, она может стать причиной эпидемий. Исключительно большое значение имеет водный фактор в распространении: острых кишечных инфекций; глистных инвазий; вирусных заболеваний; важнейших тропических трансмиссивных заболеваний.

Основным резервуаром патогенных микроорганизмов, кишечных вирусов, яиц гельминтов в окружающей среде являются фекалии и хозяйственно-бытовые сточные воды, а также теплокровные животные (крупный рогатый скот, домашняя птица и дикие животные).

Классические водные эпидемии инфекционных заболеваний регистрируются сегодня преимущественно в странах с низким уровнем жизни. Однако и в экономически развитых странах Европы, Америки регистрируются локальные эпидемические вспышки кишечных инфекций.

Через воду могут передаваться многие инфекционные заболевания, в первую очередь холера. История знала 6 пандемий холеры. По данным ВОЗ, в 1961-1962 гг. началась 7-я пандемия холеры, которая достигла максимума к 1971 г. Особенность ее состоит в том, что она вызывалась холерным вибрионом Эль-Тор, который более длительно выживает в окружающей среде.

Водный путь распространения особенно характерен для брюшного тифа. До устройства централизованного водоснабжения водные эпидемии брюшного тифа были обыч-

ными для городов Европы и Америки. Менее чем за 100 лет, с 1845 по 1933 г., описаны 124 водные вспышки брюшного тифа (причем, 42 из них возникли в условиях централизованного водоснабжения) и 39 эпидемий.

Сегодня достоверно установлено, что через воду может передаваться и дизентерия - бактериальная и амёбная, и иерсениозы, и кам-пилобактериозы.

К водным заболеваниям следует отнести и ряд антропозоонозов, в частности, лептоспирозы и туляремию. Лептоспиры обладают способностью проникать через неповрежденную кожу, поэтому человек заражается чаще в районах купания в загрязненных водоемах либо во время сенокосов, полевых работ. Эпидемические вспышки приходятся на летне-осенний период. Ежегодная заболеваемость во всем мире составляет 1 %, в рекреационный период возрастает до 3 %.

В нашей стране качество питьевой воды должно соответствовать следующим общим требованиям: вода питьевая должна быть безопасна в эпидемическом и радиационном отношении, безвредна по своему химическому составу и благоприятна по своим физическим и органо-лептическим свойствам. Эти требования отражены в Санитарных правилах «Санитарно-эпидемиологические требования к водоемным, местам во-

дозабора для хозяйственно-питьевых целей, хозяйственно-питьевому водоснабжению и местам культурно-бытового водопользования и безопасности водных объектов» № 104 от 18 января 2012 года

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Покровский В.И. Инфекционные болезни и эпидемиология / В.И. Покровский (и др.). – ГЭОТАР Медиа, 2007.
2. Справочник «Общая гигиена», М., 2007
3. Бойко Н. Чтобы вода осталась «живой» // Строительство и реконструкция. 2003 (№ 3).

ТҮЙІН

Су – адам өмірі мен денсаулығына әсер ететін қоршаған ортаның маңызды бөлігі, барлық тірі ағзалардың дамуы мен өсуінің негізі.

Түйін сөздер: су, физиология, эпидемиология.

SUMMARY

Water is a key element of the environment providing significant impact on the health and human activity. It is the basis of origin and maintenance of all living things.

Key words: water, physiology, epidemiology

ӘОЖ:616.921.5

М.Т.УМИРОВ, А.К.КАЛИ, Г.А. БЕКБЕРГЕНОВА, А.Т. АЙДАБАЙ

Қазақстан Республикасы Қарулы Күштерінің Санитарлық-эпидемиологиялық орталығы

ТҰМАУ**ТҰЖЫРЫМ**

Тұмау. Аурудың ерекшеліктері және оның алдын алу.

Түйін сөздер: Тұмау

Әскердегі жеке құрамның өмір сүру жағдайының ерекшеліктеріне байланысты, тұмаумен ауырған бір науқас адамның ұжымдағы сарбаздарға жұқтыру мүмкіндігі жоғары болып табылады. Тұмау ауруы - жедел респираторлық вирусты жұқпаға жатады. Аурудың таралу механизмі - аэрогенді, яғни ауа арқылы. Тұмау адамның жоғарғы тыныс жолдарын зақымдай отырып, ағзаның жалпы улануына әкеледі және өз кезегінде дұрыс ем қабылдамаған жағдайда, күрделі асқынуларға әкеледі. Тұмаудың эпидемиясы кезінде 30 пайызға дейінгі әскери қызметкерлер науқастанады, ал аурушылдықтың маусымдық көтерілуі 3-4 айға созылып, әскери дайындыққа кері әсерін тигізеді.

Аурудың таралу көзі - тұмаумен ауырған адам болып табылады. Ол сыртқы ортаға жөтелу, түшкіру кезінде тыныс жолдарынан бөлінген бөлінділер (шырыш, сілекей және т.б.) арқылы 1 метр қашықтыққа дейін таратады. Тұмаумен ауырудың алғашқы күндерінде қоздырғыштың сыртқы ортаға бөлінуі көбейіп, сау адамға жұқтыру әсері жоғарылайды.

Клиникалық белгілері - тұмауды жұқтырғаннан кейін, жасырын кезеңі 1-2 күнге созылып, алғашқы белгілері басталады, олар: науқастың өзін жалпы нашар сезінуі, дел-сал күйде болуы. Негізгі белгілері: дене қызуының 37,5-38°C-қа дейін көтерілуі, дене бұлшықетінің және бастың ауыруы, тершендік, жөтелу, мұрынан су ағу, көз алмасының ауыруы, көзбен жарыққа

қарай алмау болып табылады. Дене қызбасы 3-5 күнге дейін созылады. Сонымен бірге: әлсіздік, тәбеттің болмауы және басқа да белгілері болады. Тұмаудың асқынулары көбіне өкпенің қабынуына әкеліп соқтырады. Ауру - бірнеше күннен бірнеше аптаға дейін созылуы мүмкін, көбінесе, толық жазылумен аяқталады. Өкпенің қабынуында дене температурасының жоғарылауы (38-40°C-қа дейін көтерілуі), қатты қалтырау, қызу белгілері байқалады, жөтелу басында құрғақ, одан кейін қақырық шығумен болады. Өкпе қабынуы ауруын дәрігердің бақылауында міндетті түрде емдеу қажет.

Тұмауды емдеу жолдары - жеңіл және орташа түрде өтетін тұмаумен ауырған науқастарды әскери бөлімдердің медициналық бекетінің оқшаулау (изолятор) бөлмесінде, ал ауыр түріндегі және ауруы асқынған сарбаздар госпитальдің жұқпалы аурулар бөлімшесінде емделеді. Дене қызуы көтерілген науқастар төсек тәртібін сақтаулары абзал. Ағзаның жалпы улануын азайту мақсатында сұйықтықты көп мөлшерде пайдаланып, аскорбин қышқылын (С дәруменін) және басқа дәрумендерді пайдалану қажет. Науқаста тұмаудың клиникалық белгілері жойылып, дене қызуы қалыпты жағдайға келгеннен кейін емделуден шығарылады.

Жалпы ағзаның иммунитетін жоғарылату мақсатында, күнделікті тамақтану барысында жеке құрамға қосымша пияз, сарымсақ, дәрумендер берілуі қажет. Тұмаудың қоздырғышы - қоршаған ортада

төзімсіз, залалсыздандыру құралдарының әсерінен тез өлетіндіктен, казармаларда, оқу бөлмелерінде және жалпы қызметтік үй-жайларда күнделікті ауаны жиі желдетіп, ылғалды тазартуды залалсыздандыру құралдарымен жиі жүргізу қажет. Сарбаздар ылғалды киімдерін, аяқкиімдерін уақытылы кептіріп кию керек, сол үшін, барлық казармаларда киім-кешекті кептіру бөлмелері тиімді жұмыс істеуі тиіс. Осы жоғарыда аталған тұмаудың алдын алу шараларының орындалуы, қатысты тұлғалар (бөлімшелердің командирлері, медицина қызметкерлері) аса жауапкершілікпен бақылауға алынуы қажет.

Қазақстан Республикасы Қарулы Күштерінің Ішкі қызмет Жарғысы талаптары және тұмауға қарсы алдын алу шараларының қатаң орындалуы - жеке құрам арасында тұмау ауруымен аурушылдықтың

төмендеуіне әкеледі.

ӘДЕБИЕТ:

1. «Клиника, диагностика, лечение, эпидемиология и профилактика ин-фекционных заболеваний с воздушно-капельным путем передачи»: Методические указания МО РК, Алматы, 2004 г.- 117 с.

РЕЗЮМЕ

Грипп. Особенности заболевания и его профилактика.

Ключевые слова: Грипп

SUMMARY

Influenza. Features of the disease and its prevention.

Key words: Influenza.

ТРЕБОВАНИЯ

к публикациям в журнале «Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья»

1. Для публикации принимаются статьи на казахском, русском и английском языках.
2. В Журнале освещаются вопросы общественного здоровья и здравоохранения, управления, организации медицинской помощи, профилактики, сохранения и укрепления здоровья населения, формирования здорового образа жизни.
3. Публикации платные. Стоимость статьи не более 3-х страниц - 4 тыс. тенге, каждая следующая страница - 800 тенге.
4. Объем статьи: научная статья - 5-10 стр.; случай из практики - 3-4 стр.; обзорная статья, лекция - не более 12 стр.
5. Формат статьи - А4; текст должен быть набран на компьютере в программе MS Word с использованием шрифта Times New Roman, 14 шрифт, полуторный межстрочный интервал, поля: верхнее и нижнее – 2 см, левое – 3 см, правое – 1,5 см. Перенос слов не делать.
6. Сокращения в тексте работ, кроме общепринятых, расшифровываются при первом упоминании или даются отдельным списком.
7. Статья должна сопровождаться рецензией с заключением о возможности публикации в открытой печати.
8. Редакция оставляет за собой право на редактирование. Статьи, оформленные без соблюдения данных требований, рассматриваться не будут и автору не возвращаются.
9. В редакцию необходимо предоставить электронную версию статьи (USB-накопитель или на диске) или по e-mail (указ. ниже), а также на бумажном носителе с подписью автора.

ПОРЯДОК ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЬИ

1. В левом верхнем углу индекс УДК.
2. Сведения об авторе (авторах): инициалы и фамилия автора, ученое звание, степень (прописными буквами); место работы (наименование организации без сокращений); город, страна (курсив).
3. Название статьи (прописными буквами) на русском, казахском, английском языках.
4. Аннотация на трех языках: русский, казахский, английский. Аннотация - краткая характеристика документа с точки зрения его назначения, содержания, вида, формы и других особенностей.
5. Ключевые слова (от 3 до 6) - это определенные слова из текста, по которым может вестись оценка и поиск статьи. В качестве ключевых слов могут использоваться термины из: названия статьи, аннотации к статье, вступительной и заключительной части текста статьи.
6. Текст публикуемой статьи, состоящий из разделов: актуальность, цель исследования, материал и методы, результаты и их обсуждение, выводы.

В разделе «Введение» описывается состояние изучаемой проблемы и её актуальность. Указывается цель исследования.

В разделе «Материал и методы» укажите использованные методики, аппаратуру (с уточнением названия и адреса фирмы-производителя) и процедуры настолько подробно, насколько это необходимо, чтобы другие исследователи могли воспроизвести полученные результаты. Все используемые лекарственные препараты и химические вещества, включая названия дженериков, дозы и пути введения, должны быть четко указаны. Авторы обзорных статей должны

включать раздел, описывающий методы, которые были использованы при поиске, отборе, выделении и обобщении данных. Эти методы также должны быть вкратце описаны в резюме.

Раздел «Результаты» должен быть представлен в логической последовательности, в виде текста, таблиц и иллюстраций. В первую очередь следует описывать наиболее важные результаты. При обобщении данных в разделе «Результаты» следует представлять численную информацию не только в виде производных (например, процентов), но также в виде абсолютных значений, на основании которых были рассчитаны эти производные. Кроме того, необходимо указать статистические методы, использованные для анализа данных. Число таблиц и рисунков должно быть ограничено, с включением лишь тех, которые необходимы для объяснения основной идеи статьи и оценки подтверждающих данных. Графики следует использовать как альтернативу чрезмерно объемным таблицам; при этом не должно быть дублирования данных в графиках и таблицах. В таблицах и рисунках не должно быть разночтений в обозначении символов, знаков. Фотографии таблиц не принимаются. Каждая таблица должна иметь краткий заголовок, № колонок таблиц и подзаголовков. Рисунки и диаграммы должны быть представлены в виде контрастных изображений. Ссылки, представленные только в таблицах или подписях под рисунками, должны быть пронумерованы в последовательности, соответствующей первому упоминанию в тексте определённой таблицы или рисунка. Названия таблиц приводятся сверху, а подписи к рисункам – снизу. Рисунки должны быть доступны для редактирования. При использовании фотографий с изображением пациентов их личность не должна быть узнаваема.

Раздел «Обсуждение»: особое внимание необходимо уделять новым и важным аспектам исследования и следующим из них выводам.

Необходимо сопоставить выводы с целями исследования, избегая недостаточно подтверждённых фактами заявлений и выводов. В частности, следует избегать утверждений об экономической выгоде, если только статья не содержит соответствующие экономические данные и их анализ. Не стоит заявлять о первостепенной значимости исследования или ссылаться на работу, которая полностью не закончена.

7. Список литературы оформляется в соответствии с ГОСТом 7.1-2003 и составляется на языке оригинала. Библиографические ссылки в тексте, таблицах и подписях к иллюстрациям нумеруются в порядке упоминания арабскими цифрами в [] скобках. Список должен включать только те публикации, которые указаны в тексте.

Образец:

Для книг: Фамилии и инициалы авторов. Заглавие. — Сведения о повторности издания. - Место издания: Издательство, Год издания. - Количество страниц.

Для статей из журналов: Фамилии и инициалы авторов. Название статьи //Заглавие издания. - Год издания. - Том, Номер. - Страницы.

Для сборников трудов: Фамилии и инициалы авторов. Название статьи //Заглавие издания: Вид издания. - Место, год издания. - Страницы.

Для материалов конференций: Фамилии и инициалы авторов. Название статьи //Вид издания. Место, Год издания. - Страницы.

Для авторефератов: Фамилия и инициалы автора. Заглавие: автореф. ... канд. мед. наук: шифр. - Место: Издательство, Год издания. - Страницы.

Иностранная литература оформляется по тем же правилам.

8. Резюме. В статье обязательно должно быть представлено резюме, раскрывающее содержание статьи высылать на русском языке, перевод на казахский и английский языки производится в редакции.

В конце статьи необходимо указать сведения обо всех авторах: фамилия, имя, отчество, ученая степень, полное название организации, ее адрес с индексом, телефон, факс, адрес электронной почты.

Статья подписывается лично автором (авторами) как свидетельство полной аутентичности данных материала, ответственности автора (авторов) за содержание статьи.

Статьи, оформление которых не соответствует указанным требованиям, к публикациям не принимаются. Редакция оставляет за собой право сокращать статьи и вносить поправки.

АДРЕС РЕДАКЦИИ:

Республика Казахстан, 050010, г. Алматы, ул. Кунаева 86, уг. ул. Толе би, 4 этаж,
НЦПФЗОЖ МЗ РК, тел.: 8 (727) 291-10-83, 8-701-748-07-98
E-mail: s.nauka8@mail.ru

БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ (оплата за статьи):

ИИК № KZ616010131000121747

РНН 600500055870

БИК HSBKKZKX

АОФ Народный Банк Казахстана

КБЕ 16 КНП 859

БИН 930840000646

Пример оформления

УДК 616.65-002-007.61

Новые подходы в консервативной терапии доброкачественной гиперплазии предстательной железы

Ф.И.О.- д.м.н., профессор, Ф.И.О. - к.м.н., доцент

Место работы

Аннотация

В статье представлены результаты лечения 30 мужчин препаратом «дуодарт», которые показывают, что применение вышеуказанного препарата является достаточно эффективным и снижает риск оперативных вмешательств у мужчин с ДГПЖ.

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, объем простаты, международная шкала симптомов предстательной железы, объем остаточной мочи.

Текст статьи

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) продолжает оставаться одной из основных проблем современной урологии. Прежде всего, это связано с высокой распространенностью данного заболевания: среди мужчин в возрасте 60 лет она составляет 60% и среди пациентов 80 лет и старше - 80% [1].

Литература:

1. Аляев Ю.Г., Винаров А.З., Локшин К.Л., Спивак Л.Г. Выбор метода лечения больных гиперплазией предстательной железы. Методические рекомендации.- Кострома, 2005.-132с.
2. Лопаткин Н.А. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Под ред. Н.А. Лопаткина, Москва, 1999.-78с.
3. Girman C.J, Chute C.G., Panser L.A., et al. The prevalence of prostatism: a population-based survey of urinary symptoms // J. Urol. 1993. 150. P. 85-9.

Түйін

Перевод: Новые подходы в консервативной терапии доброкачественной гиперплазии предстательной железы

Ф.И.О.- д.м.н., профессор, Ф.И.О. - к.м.н., доцент

Место работы

Түйін сөздер: _____

Summary

Перевод: Новые подходы в консервативной терапии доброкачественной гиперплазии предстательной железы

Ф.И.О.- д.м.н., профессор, Ф.И.О. - к.м.н., доцент

Место работы

Keywords: _____.