



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ПРОБЛЕМ  
ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И  
СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ  
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

**САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДЫҢ,  
АУРУДЫҢ АЛДЫН АЛУДЫҢ ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҚТЫ  
НЫҒАЙТУДЫҢ ӨЗЕКТІ МӘСЕЛЕЛЕРІ**

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

**№2**

Алматы, 2015



*Пресс-конференция «Результаты Глобального опроса взрослого населения о потреблении табака в Казахстане и выводы для межсекторального сотрудничества по мерам контроля над табаком». 29 мая 2015 года*



**Семинар для работников ПМСП Алматинской области .Июнь, 2015г.**

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

**МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

**ISSN 2223-2931**

**Издается с 2002 г.**

**№ 2. 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  
НЦПФЗОЖ.

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:**

к.м.н Мукашева С.Б.

**Ответственный редактор:**

Туник 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. (Колонгаген),

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 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. Токмурзиева Г.Ж.

д.м.н., профессор Кульжанов М.К.

д.м.н., профессор Омарова М.Н.

**Редакционный совет:**

Баймаханов Т.Б. (Павлодар),

Садвакасова Ж.К. (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),

Болатбеков К.Н. (Петропавловск).

## МАЗМҰНЫ

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

<b>Баттақова Ж.Е., Мұқашева С.Б., Медеубаева К.К., Оразалиева Б.С.</b> Республика өңірлерінде «Жастар денсаулық орталықтарының» қызметі туралы.....	5
<b>Баттақова Ж.Е., Мұқашева С.Б., Мырзаханова А.Ж., Кожабергенова Б.А.</b> 2015 жылдың I жартыжылдығына салауатты өмір салты қызметі мен бұқаралық ақпарат құралдарының қызметінің нәтижесі.....	12
<b>Баттақова Ж.Е., Мұқашева С.Б., Сүлейманова Н.А.</b> Онкологиялық аурулардың алдын алу.....	26
<b>Баттақова Ж.Е., Тоқмурзиева Г.Ж., Слажнева Т.И., Сайдамарова Т.К.</b> Қазақстан Республикасында 0-17 жастағы балаларды скринингтік тексеріп-қараудың өзекті мәселелері.....	31
<b>Баттақова Ж.Е., Тоқмурзиева Г.Ж., Слажнева Т.И., Сайдамарова Т.К.</b> Түтінсіз темекі және оны тұтынуды төмендету бойынша алдын алу шаралары.....	38
<b>Баттақова Ж.Е., Тоқмурзиева Г.Ж., Слажнева Т.И., Сайдамарова Т.К.</b> 2015 жылдың бірінші жартыжылдығында Қазақстан Республикасында скринингтік тексеріп-қараудың нәтижесі.....	44
<b>Баттақова Ж.Е., Тоқмурзиева Г.Ж., Слажнева Т.И.</b> ДДҮ-ның ұсынысына сәйкес балалардың семіздігінің алдын алудың басым бағыттарын анықтау тәсілдері.....	51
<b>Садвакасова Ж.К., Корнеева О.В.</b> Ақмола облысында скринингтік тексеріп-қарауды жүргізу кезінде мінез-құлықтық қауіпті факторларды анықтау.....	58

**СОДЕРЖАНИЕ**  
**ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ**  
**СИСТЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ОБЩЕСТВЕННОМ**  
**ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

<b>Баттакова Ж.Е., Мукашева С.Б., Медеубаева К.К., Оразалиева Б.С.</b> О деятельности «Молодежных центров здоровья» в регионах республики.....	5
<b>Баттакова Ж.Е., Мукашева С.Б., Мырзаханова А.Ж., Кожабергенова Б.А.</b> Итоги работы службы здорового образа жизни со средствами массовой информации в 1-м полугодии 2015г.....	12
<b>Баттакова Ж.Е., Мукашева С.Б., Сулейманова Н.А.</b> Профилактика онкологических заболеваний.....	26
<b>Баттакова Ж.Е., Токмурзиева Г.Ж., Слажнева Т.И., Сайдамарова Т.К.</b> Актуальные проблемы скрининг- обследования детей от 0 до 17 лет в Республике Казахстан.....	31
<b>Баттакова Ж.Е., Токмурзиева Г.Ж., Слажнева Т.И., Сайдамарова Т.К.</b> Бездымный табак и предупредительные меры по снижению его применения.....	38
<b>Баттакова Ж.Е., Токмурзиева Г.Ж., Слажнева Т.И., Сайдамарова Т.К.</b> Итоги скрининг - обследований в Республике Казахстан за первое полугодие 2015 года.....	44
<b>Баттакова Ж.Е., Токмурзиева Г.Ж., Слажнева Т.И.</b> Методические подходы к определению приоритетных направлений популяционной профилактики детского ожирения в соответствии с рекомендациями ВОЗ.....	51
<b>Садвакасова Ж.К., Корнеева О.В.</b> Выявление поведенческих факторов риска при проведении скрининговых осмотров в Акмолинской области.....	58

## CONTENTS

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

<b>Battakova Zh.Ye., Mukasheva S.B., Medeubayeva K.K., Orazaliyeva B.S.</b> «Youth health centers» activity in the regions.....	5
<b>Battakova Zh.Ye., Mukasheva S.B., Myrzakhanova A.Zh., Kozhabergenova B.A.</b> Results of Healthy lifestyle service and media joint work in the 1st half of 2015.....	12
<b>Battakova Zh.Ye., Mukasheva S.B., Suleymanova N.A.</b> Prevention of cancer.....	26
<b>Battakova Zh.Ye., Tokmurziyeva G. Zh., Slazhneva T.I., Saydamarova T.K.</b> Actual problems in screening examinations of children from 0 to 17 years in the Republic of Kazakhstan.....	31
<b>Battakova Zh.Ye., Tokmurziyeva G. Zh., Slazhneva T.I., Saydamarova T.K.</b> Smokeless tobacco and preventive measures to reduce its use.....	38
<b>Battakova Zh.Ye., Tokmurziyeva G. Zh., Slazhneva T.I., Saydamarova T.K.</b> The results of screening examinations in the Republic of Kazakhstan for the first half of 2015.....	44
<b>Battakova Zh.Ye., Tokmurziyeva G. Zh., Slazhneva T.I.</b> Priorities definition- based methodological approaches in childhood obesity population prevention according to the WHO recommendations.....	51
<b>Sadvakassova Zh.K. , Korneyeva O.V.</b> Identification of behavioral risk factors during screening examinations in the Akmola region.....	58

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

---

УДК:614.39-053.7(574)

**БАТТАКОВА Ж.Е., д.м.н., профессор, МУКАШЕВА С.Б., к.м.н.,  
МЕДЕУБАЕВА К.К., ОРАЗАЛИЕВА Б.С.**

Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни  
г. Алматы

**О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ «МОЛОДЕЖНЫХ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ»  
В РЕГИОНАХ РЕСПУБЛИКИ.**

**АННОТАЦИЯ**

В статье дана информация о деятельности Молодежных центров здоровья (далее - МЦЗ) республики за I полугодие 2015 года.

**Ключевые слова:** молодежные центры здоровья, медико–психосоциальные услуги, медико – санитарная помощь.

Каждый подросток заслуживает возможности безопасно и без ущерба для своего здоровья перейти из подросткового возраста во взрослую жизнь. Подростковый возраст – время экспериментов, однако некоторые виды поведения могут быть опасными для здоровья.

По данным Всемирной организации здравоохранения (далее - ВОЗ) в Европейском регионе каждый четвертый подросток, достигший 15-летнего возраста, вступал в половую связь. При этом в некоторых странах каждый третий подросток не пользуется презервативами или другими методами контрацепции, что увеличивает риск нежелательной беременности и получения инфекций, передаваемых половым путем.

Доступность медицинских услуг для молодых людей это еще не все. Необходимо предвидеть невыраженные потребности их здоровья и потребность в услугах здравоохранения, которые должны оказываться с надлежащим тактом, пониманием и конфиденциальностью на месте и по мере их возникновения.

Достижение цели невозможно без привлечения профессиональных и компетентных сотрудников и партнеров, пользующихся

правильными технологиями, начиная с телефонного доверия и заканчивая средствами массовой информации.

Вложение средств в здоровье молодых людей – это инвестиции в будущее общества. Молодые люди особенно уязвимы перед ВИЧ: 50% новых случаев инфицирования приходится на молодежь в возрасте 15-24 лет. 5-6 тысяч людей из этой возрастной группы ежедневно приобретают ВИЧ-инфекцию. Большинство из них проживает в развивающихся странах. В 2001 году на специальной сессии Генеральной ассамблеи ООН по СПИДу были выдвинуты цели по сокращению распространения ВИЧ-инфекции среди молодых людей путем предоставления им доступа к информации, услугам и возможностям приобретения навыков, необходимых для снижения их уязвимости перед ВИЧ.

Другой значимой проблемой среди подростков и молодежи являются самоубийства, которые являются причиной 17,6% всех смертей среди людей в возрасте 15–29 лет в странах с высоким уровнем доходов. Таким образом, самоубийства являются ведущей причиной смертности в этой возрастной группе. На глобальном уровне самоубийства являются причиной 8,5% смертей среди мо-

лодежи. В Европейский регион ВОЗ входит 33 из 54 стран с высоким уровнем доходов.

Для того чтобы национальные стратегии по предупреждению самоубийств были эффективны, они должны включать координацию и сотрудничество между сектором здравоохранения и другими секторами, и в работе должны участвовать сообщества и средства массовой информации. Такие стратегии также должны быть направлены на повышение качества ранней диагностики и эффективного ведения по месту жительства случаев психических заболеваний и патологических состояний, вызванных и употреблением психоактивных веществ в первую очередь, силами работников здравоохранения.

Местные сообщества, включая школы, играют важнейшую роль в предотвращении самоубийств. Они могут обеспечивать социальную поддержку уязвимым лицам и участвовать в последующем оказании помощи, повышать осведомленность, бороться со стигматизацией и оказывать помощь людям, потерявшим близких людей в результате самоубийства.

Учитывая вышеизложенные проблемы, Министерством здравоохранения и социального развития Республики Казахстан (далее

–МЗСР РК) оказана поддержка в развитии сети МЦЗ по всей стране.

По итогам 2014 года в стране функционировало 87 МЦЗ. Однако, в 1 квартале их количество уменьшилось на 3: в регионах - Карагандинской (Сау ұрпак»), Восточно-Казахстанской (при медицинском университете г. Семей) областях и в городе Алматы («Youth Power»). Во втором квартале 2015 года был закрыт МЦЗ «Шарапат» в Актюбинской области. Вместе с тем в городе Астане открылся МЦЗ «Достар» на базе поликлиники № 6. В Жамбылской области МЦЗ «Жігер» и МЦЗ при поликлинике № 3 объединили в связи с отсутствием финансирования.

Таким образом, в настоящее время в республике функционирует 85 МЦЗ, которые оказывают комплексные медико-психосоциальные услуги подросткам и молодежи. В регионах республики МЦЗ функционируют на базе городских, районных организаций первичной медико – санитарной помощи (далее - ПМСП), областных и районных центров формирования здорового образа жизни, университетов, школах, ЦОН, при общественных организациях.

Количество МЦЗ в разрезе регионов представлено в таблице 1.

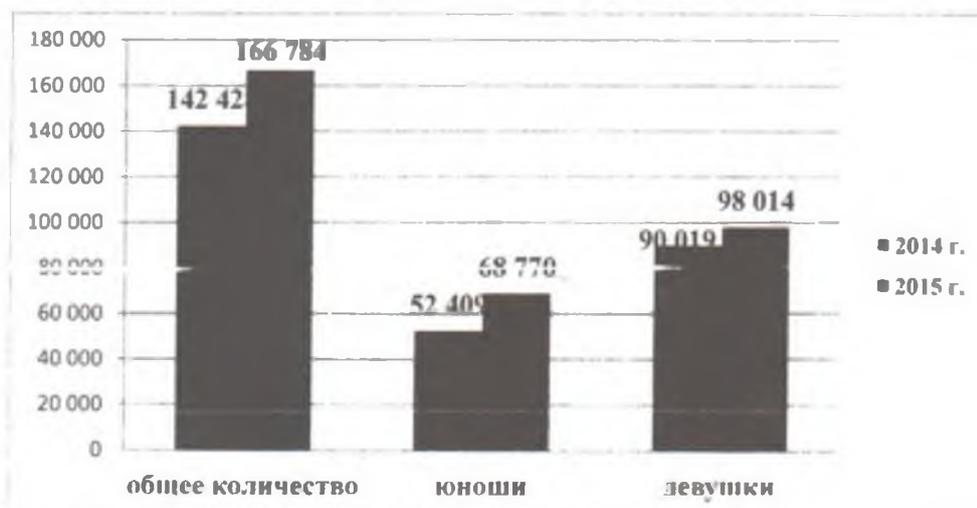
Таблица 1.

№	регион	к-во МЦЗ	№	регион	к-во МЦЗ
1.	г. Астана	12	9.	Западно – Казахстанская область	5
2.	г. Алматы	9	10.	Акмолинская область	4
3.	Карагандинская область	9	11.	Кызылординская область	3
4.	Восточно – Казахстанская область	7	12.	Алматинская область	2
5.	Актюбинская область	7	13.	Костанайская область	2
6.	Атырауская область	7	14.	Павлодарская область	2
7.	Мангистауская область	7	15.	Южно – Казахстанская область	2
8.	Жамбылская область	6	16.	Северо – Казахстанская область	1
<b>Всего: 85 МЦЗ</b>					

Общее количество лиц, обратившихся к специалистам МЦЗ в I полугодии 2015 года, составило 166 784 человек, из них лиц муж-

ского пола – 68 770, женского пола – 98 014, что больше по сравнению с аналогичным периодом 2014 года (рисунок 1).

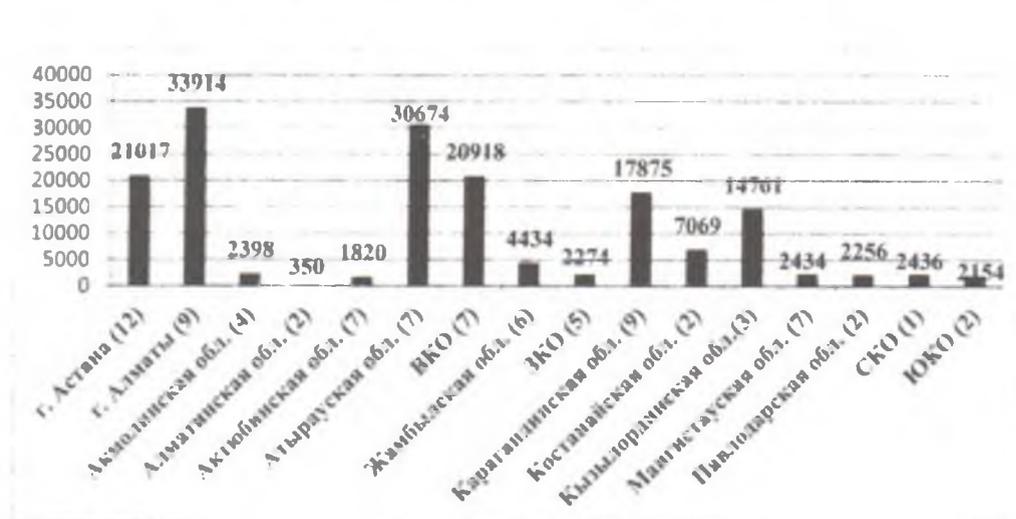
Рисунок 1. Количество обращений в Молодежные центры здоровья за 2014-2015 гг.



Как видно из рисунка 2 общее число обратившихся лиц в МЦЗ в I полугодии 2015 года, в разрезе регионов, значительно отличается. Так, в г. Алматы при количестве МЦЗ – 9, число обратившихся составило 33 914 человек, в Атырауской области при количе-

стве МЦЗ – 7, обратилось – 30 674 человека, а в г. Астане – при количестве МЦЗ 12 число обратившихся составило 21 017 человек. Минимальное число обращений в Алматинской области – 350 при количестве МЦЗ – 2.

Рисунок 2. Общее число обращений в МЦЗ за I полугодие 2015 года



По обращению к гинекологу на первом месте – г. Алматы, на втором месте – Карагандинская область, на третьем месте – Восточно-Казахстанская область. Необходимо

отметить, низкое количество обращений к гинекологу в МЦЗ Алматинской и Акмолинской областей.

Рисунок 3. Число посещений гинеколога в I полугодии 2015 года

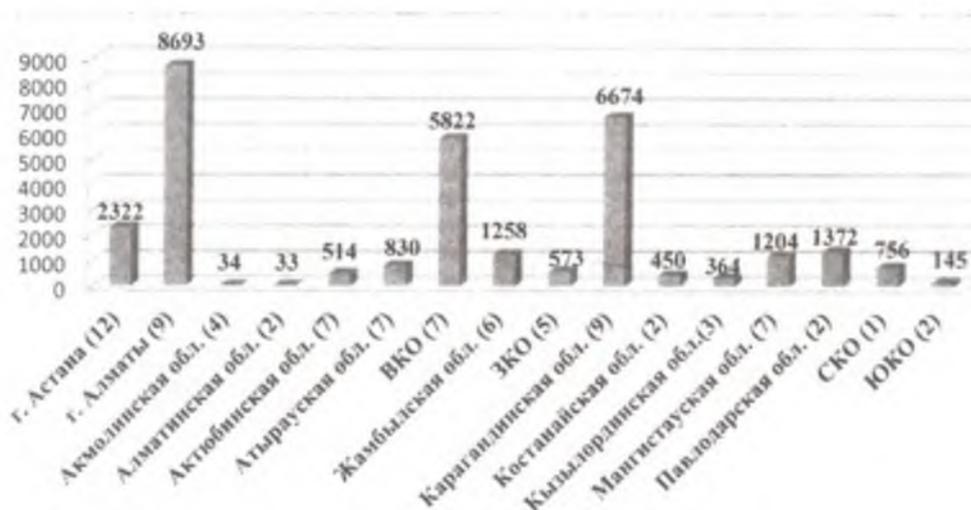
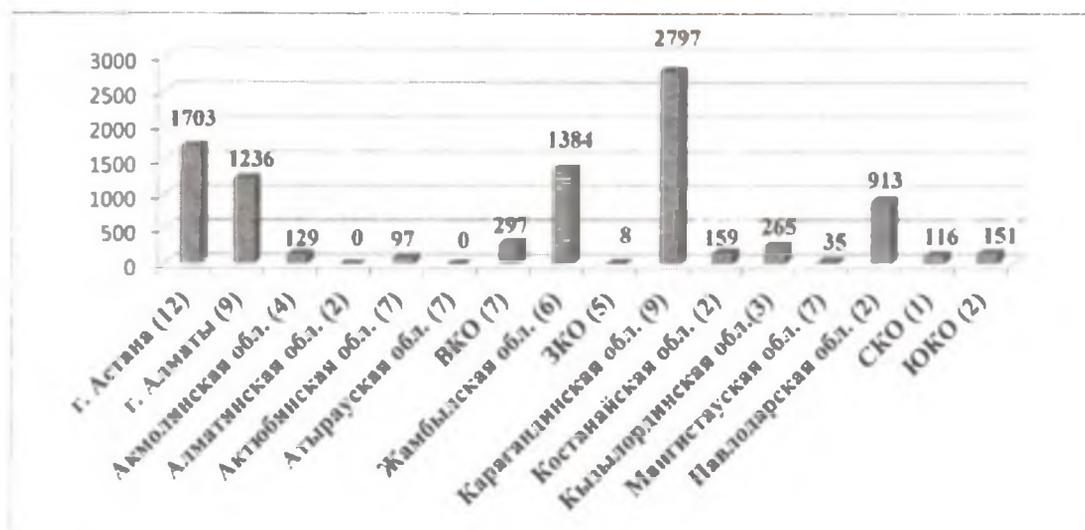


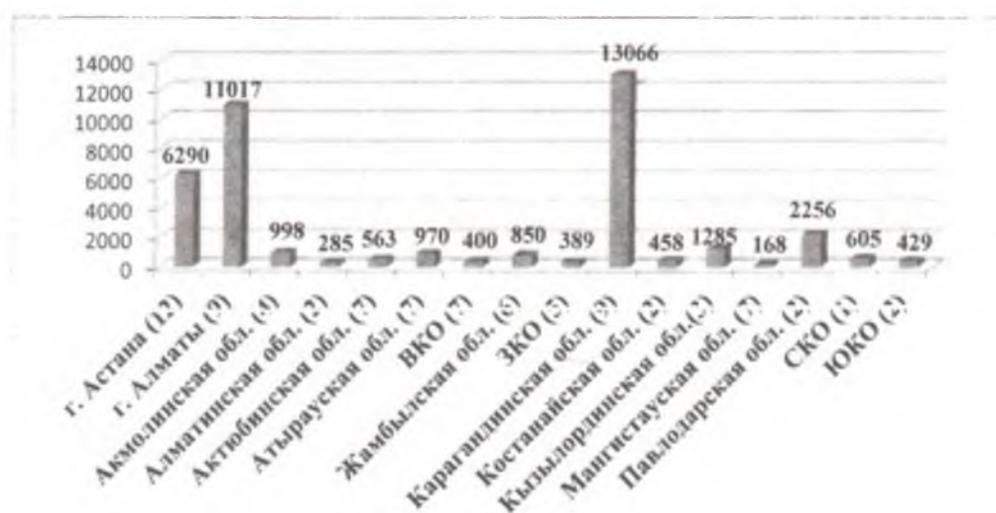
Рисунок 4. Число посещений уролога в I полугодии 2015 года



Для укрепления и сохранения здоровья подростков и молодежи очень важна укомплектованность специалистами МЦЗ, особенно урологами. Например, до 2015 года МЦЗ Алматинской, Атырауской областей не были укомплектованы урологами, что сказалось на оказании консультативной помо-

щи мальчикам. По обращению к урологу на первом месте – Карагандинская область, на втором месте – г. Алматы, на третьем месте – Жамбылская область. Стоит обратить внимание на низкое количество обращений к урологу в Западно-Казахстанской и Мангистауской областях.

Рисунок 5. Число посещений психолога в I полугодии 2015 года



По обращениям к психологу на первом месте – Карагандинская область, на втором месте – г. Алматы, на третьем месте – г. Астана. Как видно из рисунка 5 низкое количество обращений к психологу в Мангистауской и Алматинской областях.

Рисунка 6 показывает структуру и процентное содержание обращений представителей

целевой группы за медицинской помощью. Молодые люди обращались к специалистам в 71,2 % случаев, при этом, в первую очередь, к психологу (32,1 %), гинекологу (25 %), за социальной и юридической консультацией, соответственно - 12,9 % и 0,7 %. При этом 15,1 % целевой группы были вовлечены в тренинги, акции, семинары и другие мероприятия.

Рисунок 6. Структура обращений

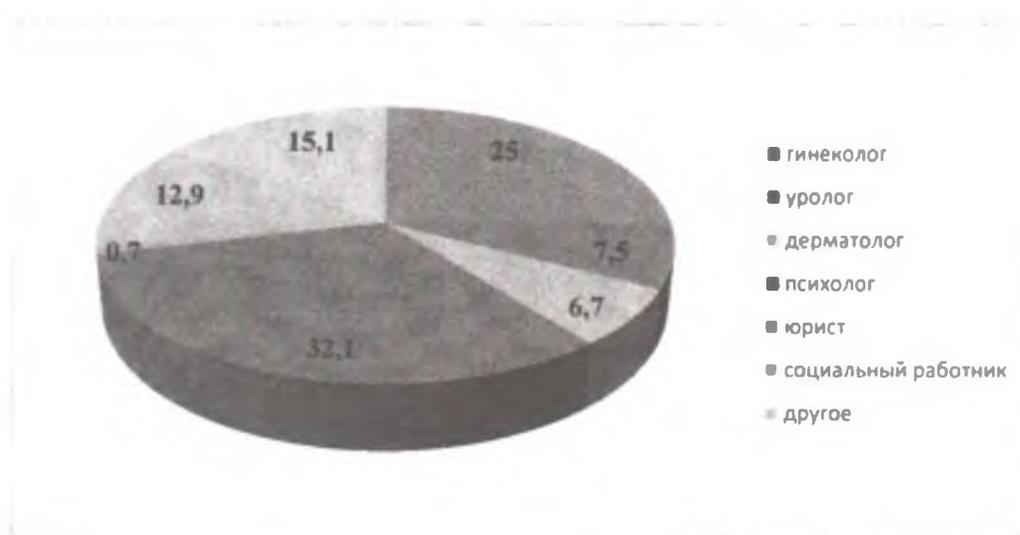
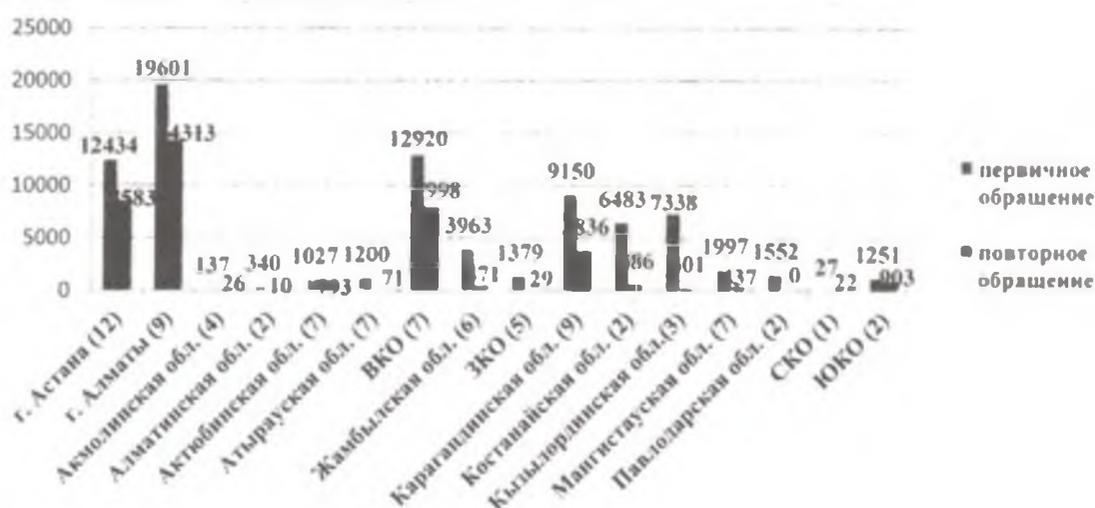


Рисунок 7. Число первичных и повторных обращений в МЦЗ



Одним из основных показателей деятельности МЦЗ является динамика первичного и повторного обращения подростков и молодежи. Как видно из рисунка 7 в Алматы, Астане, Восточно-Казахстанской области повторных обращений больше, чем в других регионах. Минимальное количество повторных обращений отмечено в Павлодарской, Алматинской, Западно-Казахстанской, Северо-Казахстанской, Акмолинской областях.

Анализ структуры повторных обращений за I полугодие 2015 года свидетельствует, что 25,1% молодежи обратились к психологу, 26,5% - гинекологу, 31,9% для проведения досуга и занятий в спортзале и др. Минимальное количество обращений к урологу и дерматологу, что вероятно, связано с неукомплектованностью МЦЗ данными специалистами.

Анализ индикаторов деятельности МЦЗ в I полугодии 2015 года показал, что было зарегистрировано 10 случаев аборт, из них в г. Астане – 7, в Павлодарской области -2, в Актыбинской области – 1 случай, что в сравнении с аналогичным периодом 2014 года, больше в 1,4 раза (2). За отчетный период в 85 МЦЗ было зарегистрировано 114 случаев ИППП: г. Астана – 29; г. Алматы – 83; Актыбинская область – 1; Атырауская область – 1 случай, что в 1,2 раза (94) больше чем в 2014 году.

Доля молодежи, охваченной деятельностью МЦЗ от общего количества молодежи 15-29 лет (136 807 (перепись населения 2010 года – 4 365 700)) составила 1,2%, что меньше в сравнении с аналогичным периодом 2014 года (3,5%).

В течение 2014 года на службу Национальной телефонной линии «Горячая линия -150» для детей и молодежи поступило 403 230 звонков, в том числе по специфике – 5 862 звонка, из них от детей – 1 569 и от взрослых – 4 293.

Психологическая поддержка оказана 5 181 абоненту, правовая – 455 и социальная – 226 абонентам. По вопросам суицидального поведения поступило 56 обращений, по вопросам ранней беременности обратилось 325 абонентов, из них - 76 обращений от детей и 249 – от взрослых. Всем абонентам было предоставлено консультирование специалистов и рекомендовано посещение Молодежных центров здоровья по месту нахождения звонившего.

**Выводы:** Низкое количество обратившихся в МЦЗ отмечается в городе Астане (12 – 21 017 человек). Низкое количество обращений к гинекологу отмечается в Алматинской и Акмолинской областях. Отмечается неукомплектованность специалистами (урологи) в Атырауской области.

**Рекомендации:** Повысить информированность подростков и молодежи об МЦЗ в регионах (раздача буклетов).

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. ЕРБ ВОЗ «Здоровье детей и подростков» Услуги дружественные, молодежи/подросткам.
2. ЕРБ ВОЗ «Предупреждение ВИЧ/СПИД среди молодых людей. Фактические данные из развивающихся стран об эффективных методах работы». Выпуск № 938 серии технических докладов ВОЗ.

#### ТҮЙІН

Бұл мақалада Республикамыздағы жастар денсаулық орталықтарының 2015 жылдың I жарты жылдығының жұмысы баяндалған.

#### SUMMARY

In this article, presents the work of Youth health centers in the country in the first half of 2015.

УДК: 613.2/8:304.3: 614.39:654.195/197:316.776.3

**БАТТАКОВА Ж.Е., д.м.н., профессор, МУКАШЕВА С.Б., к.м.н.,  
МЫРЗАХАНОВА А.Ж., руководитель пресс-службы,  
КОЖАБЕРГЕНОВА Б.А., журналист**  
Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни  
МЗСР РК г. Алматы

## ИТОГИ РАБОТЫ СЛУЖБЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СО СРЕДСТВАМИ МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ В 1-М ПОЛУГОДИИ 2015г.

### АННОТАЦИЯ

В статье рассмотрены результаты работы Службы ЗОЖ со СМИ республиканского и регионального уровней по пропаганде здорового образа жизни и профилактике социально значимых заболеваний в 2015 году.

**Ключевые слова:** здоровый образ жизни, средства массовой информации.

Выступая с ежегодным Посланием к народу «Казахстанский путь-2050: Единая цель, единые интересы, единое будущее» Президент Казахстана Нурсултан Назарбаев отметил: «Казахстан станет одним из ведущих евразийских центров медицинского туризма. Завершится формирование передовой национальной образовательной системы. Казахстан должен стать одной из самых безопасных и комфортных для проживания людей стран мира. Мир и стабильность, справедливое правосудие и эффективный правопорядок – это основа развитой страны» [1].

На пресс-конференции по итогам президентских выборов 2015 г. Президент Нурсултан Назарбаев подчеркнул: «Мы создали медицину по передовым стандартам, в Казахстан совершают медицинский туризм люди из многих государств мира. Мы вошли в число стран, где делают пересадку сердца и других важных органов. Во всех областных центрах выполняют операции на открытом сердце - такого никогда не было. Благодаря всему этому, средняя продолжительность жизни казахстанцев увеличилась до 71 года» [4].

Здоровый образ жизни – это совокупность правил для повседневной жизни каждого человека направленных на профилактику болезней, укрепление здоровья, стимулирование отказа от вредных привычек.

Основы здорового образа жизни важно не

только знать - важно еще и применять их на практике.

Составляющие здорового образа жизни:

-воспитание с раннего детства здоровых привычек и навыков;

-окружающая среда: безопасная и благоприятная для обитания, знания о влиянии окружающих предметов на здоровье;

-отказ от вредных привычек: курения, употребления наркотиков, употребления алкоголя;

-питание: умеренное, соответствующее физиологическим особенностям конкретного человека, информированность о качестве употребляемых продуктов;

-движения: физически активная жизнь с учётом возрастных и физиологических особенностей;

-гигиена организма: соблюдение правил личной и общественной гигиены, владение навыками первой помощи;

-закаливание [2].

Главным принципом всей системы медицинского обслуживания должны стать солидарная ответственность государства, работодателя и работника за свое здоровье».

Так, в Государственной программе развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы определены основные задачи по укреплению здоровья казахстанцев. Большое внимание уделено развитию Первичной медико-санитарной помощи, в задачу которой

входит профилактика социально-значимых заболеваний, определены конкретные индикаторы. С 2008 года с целью раннего выявления заболеваний среди возрастных групп населения проводится скрининговое обследование. Для оказания медико-психологической помощи подрастающему поколению и в целях профилактики поведенческих факторов риска (табакокурения, употребления алкоголя, наркомании, ВИЧ/СПИД и др.), в стране открыты Молодежные центры здоровья.

«Одним из эффективных механизмов профилактики поведенческих факторов риска заболеваний, укрепления здоровья и формирования здорового образа жизни, улучшения качества жизни являются школы здоровья по нозологиям (школа сахарного диабета, артериальной гипертензии и др.). В этих школах проводится обучение пациентов самоконтролю и изменению поведения» - заявила директор Национального центра проблем формирования здорового образа жизни (далее – НЦПФЗОЖ) Министерства здравоохранения и социального

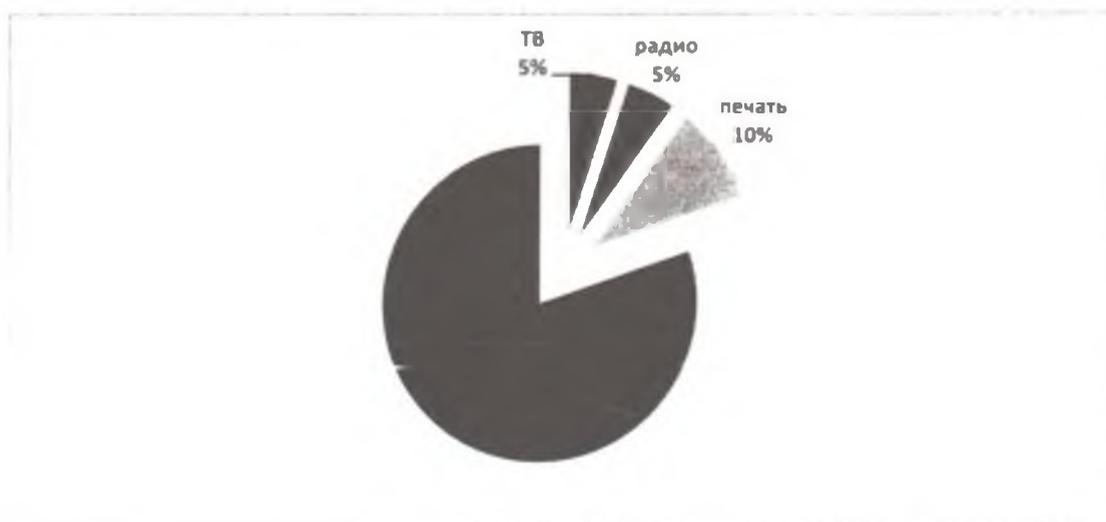
развития РК Жамиля Баттакова [3].

Поскольку основные факторы, в том числе и негативные, определяющие состояние здоровья населения, связаны с образом жизни и окружающей средой, то необходимо:

- формировать и поддерживать стремление людей к позитивным изменениям в образе жизни через обеспечение их достоверными медико-гигиеническими знаниями;
- создавать соответствующие мотивации по отношению к здоровью;
- вырабатывать умения и навыки здорового образа жизни и предупреждения заболеваний.

В январе - июне 2015 года в республиканских и региональных СМИ были 10 425 раз освещены материалы по вопросам профилактики социально-значимых заболеваний и ФЗОЖ. Из них: 1 648 видеосюжетов, интервью и др. на ТВ, 391 выступление - на радио, 3 970 - в периодических печатных изданиях и 2 663 - через информационные агентства и 1 753 - по радиорубке в местах массового скопления людей. (Рисунок 1).

Рисунок 1. Освещение материалов по профилактике социально-значимых заболеваний на ТВ, на радио, периодических изданиях и информационных агентствах республиканского и регионального уровня (в процентах).



*Рисунок 1. Освещение материалов по профилактике социально-значимых заболеваний на ТВ, на радио, периодических изданиях и информационных агентствах республиканского и регионального уровня.*



В рамках Плана мероприятий на 2015 год по реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни МЗСР РК (далее - НЦПФЗОЖ) в I полугодии 2015 года провел

мероприятия:

**28 января 2015 года** на базе Национального Центра проблем формирования здорового образа жизни МЗСР РК в г. Алматы прошел круглый стол по теме: «**Вакцинация против папилломавирусной инфекции: безопасное решение глобальной проблемы**».



В работе круглого стола участвовали: Жамиля Еркиновна Баттакова – директор НЦПФЗОЖ МЗСР РК; Айнагуль Муқановна Куатбаева - Начальник отдела эпидемиологического мониторинга РК; Алма Жалеловна Жылкайдарова - руководитель специализированного консультативно - диагностического отдела КазНИИОР; Райхан Ольмесхановна Болатбекова - врач - онкогинеколог Казахского научно-исследовательского института онкологии и радиологии МЗСР РК; Сакен Амиреевич Амиреев – профессор кафедры эпидемиологии Казахского национального медицинского университета имени С. Асфендиярова.

Видеосюжет о Круглом столе был транслирован на республиканском телеканале «31 канал» в программе «Информбюро» (на русском языке). А на телеканале «Хабар» была размещена краткая информация о профилактике онкозаболеваний в формате бегущей строки в выпуске «Қорытынды жаңалықтар». В информационных программах «Радио NS»

«Жаңалықтар» и «Шалқар», а также на «Казакском радио» прошла информация о вакцинопрофилактике ВПЧ на двух языках. Республиканская газета «Айкын» опубликовала статью «Күніне екі әйел өмірмен қолтасады». В утренней программе «Таңшолпан» на Национальном телеканале «Қазақстан» вышел сюжет о вакцинации против папилломавирусной инфекции на государственном языке. Также материалы о Круглом столе вышли на веб-сайтах: [www.aikyn.kz](http://www.aikyn.kz) и [www.31.kz](http://www.31.kz), включая сайт НЦПФЗОЖ ([www/hls.kz/](http://www/hls.kz/)).

10 февраля 2015 года в Службе центральных коммуникаций при Президенте РК состоялся брифинг на тему: «Профилактика онкологических заболеваний в Республике Казахстан». В брифинге приняли участие: директор НЦПФЗОЖ МЗСР РК - Ж.Баттакова; директор Казахского НИИ онкологии и радиологии МЗСР РК - К.Нургазиев и главный онколог г.Астаны - М.Тулентаев.



Мероприятие освещали республиканские телеканалы: «Хабар», «Қазақстан» и «24.kz». Вышло 4 сюжета в блоках новостей на казахском и русском языках: опубликован 21 материал в 13 информационных агентствах и на веб-сайтах а также, опубликованы статьи по в республиканских газетах «Айқын», «Литер», «Алаш айнасы».

19 марта в г. Алматы состоялась научно-практическая конференция, посвященная Всемирному Дню борьбы с туберкулезом организованная Национальным центром проблем туберкулеза МЗСР РК.

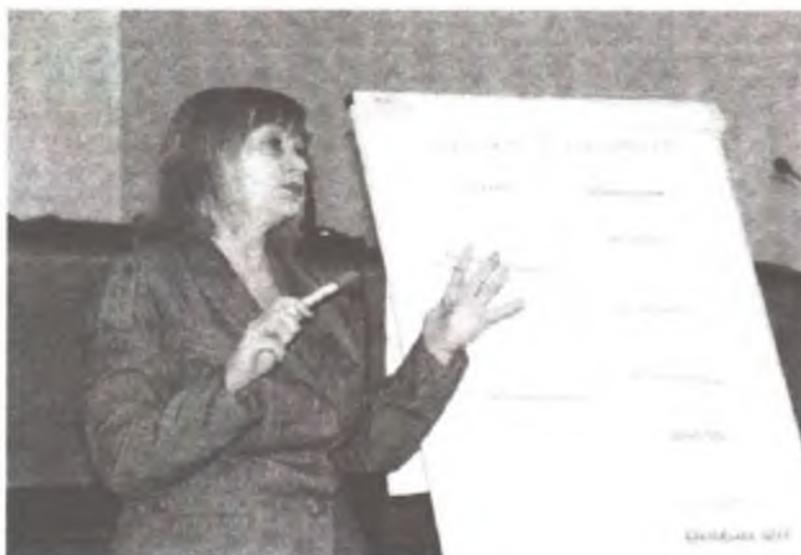
Цель конференции - усиление интеграции с сетью ПМСП, противотуберкулезной службой, международными и неправительственными организациями в решении вопросов раннего выявления, диагностики, лечения и профилактики туберкулеза.

В работе конференции принимали участие представители НЦПТ МЗСР РК, Научно-практического центра санитарно-эпидемиологической экспертизы и мониторинга, НЦПФЗОЖ, Кафедры фтизио-пульмонологии КАЗНМУ им. С.Асфендиярова, АЦФЗОЖ; эксперты международной организации «PSI», KNCV в Центральной Азии, Общества Красного Полумесяца РК.

В ходе конференции Жамилия Еркиновна Баттакова, директор НЦПФЗОЖ поделилась

информацией об организации профилактической работы и роли служб формирования ЗОЖ по предупреждению туберкулеза в Республике Казахстан.

В рамках месячника, проходящего во всех регионах с 24 февраля по 23 марта 2015 года, приуроченного к 24 марта – Всемирному дню борьбы с туберкулезом под лозунгом: «Казахстан - страна свободная от туберкулеза!» в Национальном центре проблем туберкулеза МЗСР РК 26 февраля 2015 года прошел тренинг под названием: «Освещение темы туберкулеза в СМИ» для журналистов г. Алматы, студентов-магистрантов факультета журналистики Университета им. С. Демиреля, представителей центров здорового образа жизни, противотуберкулезной службы г. Алматы. Цель тренинга - повышение уровня информированности журналистов и специалистов о данном заболевании, об эпидемиологической ситуации по туберкулезу в Казахстане, достижение эффективности освещения вопросов профилактики и лечения туберкулеза, включая вопросы стигмы и дискриминации больных; активизации работы печатных изданий, телевидения в предоставлении достоверной и правильной информации, формированию позитивного диалога, сотрудничества журналистов с медицинской общественностью.





15 и 17 апреля 2015 года на базе НИЦПФЗОЖ состоялись встречи с представителями международных организаций - Фонда Организации Объединенных Наций в Области Народонаселения (далее-ЮНФПА) и с Советником по системам здравоохранения и политике регионального отделения UNICEF в Центральной и Восточной Европе и СНГ - руководителем офиса Детского фонда ООН в Казахстане **Октавианом Биволой**.

В ходе встречи с сотрудниками ЮНФПА

обсуждали вопросы планирования семьи на уровне ПМСП в Казахстане. Обе стороны заинтересованы в продолжении совместной эффективной работы по повышению осведомленности населения по планированию семьи, предупреждению нежелательной беременности, рациональному использованию контрацептивных средств, по привитию здоровьесберегающих навыков в Молодежных центрах здоровья и Школах планирования семьи.



А 17 апреля в ходе встречи с представителем ЮНИСЕФ обсуждали перспективы совместного сотрудничества по вопросам

охраны здоровья населения в Европейском Регионе, в том числе в Республике Казахстан.



29 мая, при поддержке Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан и методическом сопровождении Всемирной организации здравоохранения, в г. Астане в здании Национального научного Кардиохирургического центра НЦПФЗОЖ организовал круглый стол по подведению итогов исследования GATS (Global Adult Tobacco Survey) на тему: «**Результаты Глобального опроса взрослого населения о потреблении табака в Республике Казахстан и выводы для межсекторального сотрудничества по мерам контроля над табаком**».

В работе круглого стола приняли участие: первый Вице-министр здравоохранения и социального развития Республики Казахстан

- Салидат Зекеновна Каирбекова, директор НЦПФЗОЖ Жамиля Еркиновна Баттакова, руководитель Регионального офиса ВОЗ в Казахстане - Мелита Вуйнович, специалист Программы контроля над табаком Европейского бюро Всемирной организации здравоохранения - Труды Винховен, сотрудник Управления ООН по наркотикам и преступности – Жанерке Омарова, консультант ВОЗ – Константин Красовский, Президент Национальной Коалиции «За Казахстан, свободный от табачного дыма» Талапкали Абишевич Измухамбетов, а также представители заинтересованных государственных органов (МЗСР РК, МОН РК, МВД РК, МФ РК, МНЭ РК), акиматов г. Алматы и Астаны, первые руководители региональных центров ФЗОЖ.



Исследование, проведенное в Казахстане, определило уровень распространенности потребления табака, знания населения о его вреде, отношение людей к потреблению табака и отказу от курения, роль СМИ и экономических мер в борьбе с курением и др.

Результаты GATS обеспечивают прочную основу для реализации политики и мониторинга прогресса национальной борьбы против табака.

По итогам проведения круглого стола опубликованы 5 материалов в 4 информационных агентствах и на веб-сайтах, включая

веб-сайт НЦПФЗОЖ.

29 мая 2015 года в Службе центральных коммуникаций при Президенте РК состоялся брифинг по подведению итогов исследования GATS (Global Adult Tobacco Survey) в РК, посвященный Всемирному дню борьбы без табака (31 мая 2015 года). В качестве спикеров выступили Жамиля Батакова, Мелита Вуйнович, Трудит Винховен, директор Информационно-вычислительного Центра Комитета по статистике МНЭ РК – Эльдар Казганбаев, руководитель Пресс-службы НЦПФЗОЖ - Алуа Мырзаханова.



Пресс-конференция широко освещалась в прессе и на веб-сайтах. Ей было посвящено 29 материалов.

В июне стартовала акция для сельчан РК по профилактике туберкулеза и ВИЧ, которая продлится два месяца, о чем 23 июня 2015 года сообщило информационное агентство Kazakhstan Today. А на портале «Доктор.kz» вышел материал «Акция «Денсаулық

жолы — 2015», который был также размещен на сайте НЦПФЗОЖ.

В акциях участвуют высококвалифицированные специалисты в области здравоохранения, мероприятия в рамках акций освещаются в различных СМИ.

На рисунке 2 показаны результаты работы НЦПФЗОЖ со СМИ республиканского уровня в 1-м полугодии 2015 года.



Рисунок 2. Освещение работы специалистов Национального центра проблем формирования здорового образа жизни на ТВ, в периодических изданиях и информационных агентствах республиканского уровня.

Рисунок 3 отражает работу региональных Центров формирования здорового образа жизни со средствами массовой информации.



Рисунок 3. Освещение на ТВ, радио, публикации в периодических печатных изданиях, информационных агентств в региональных СМИ.

Что касается работы с телевидением, то здесь лидирующие позиции по занимают Мангистауская, Восточно-Казахстанская, Карагандинская, Западно-Казахстанская и Костанайская области. В то время, как отстают Акмолинская, Атырауская и Алматинская области. Подробно это показано на рисунке 4. Тематика телепрограмм самая разнообразная. Из наиболее заметных, в Мангистауской области выпущены сюжеты «Обыр дертіне қарсы күресі үшін Ашық есік күні отті» и «Имеются ли трудности в формировании здоровой нации?». Первый сюжет вышел на республиканском телеканале Казахстан и затронул проблемы заболеваемости раком в области. В сюжете с комментариями выступил директор онкологического диспансера И. Муханов. Второй сюжет прошел на областном телеканале «Казахстан-Ақтау» в социальной программе «Көзбе көз».

Восточно-Казахстанский центр ЗОЖ активно сотрудничает с областными телеканалами «Қазақстан-Өскемен», «Қазақстан-Семей» и республиканскими «Астана» и «Хабар». Здесь также большое внимание уделяют проблеме онкологических заболеваний. Кроме того, много сюжетов посвящено профилактике заболеваний и повышению ка-

чества медицинского обслуживания.

В Карагандинской области телеканалы «Первый Карагандинский», ТРК «Сфера», «5 канал», «Қазақстан-Қарағанды» сотрудничают с областным центром ЗОЖ. В первом полугодии на этих каналах выпущены сюжеты по профилактике ИППП, ОРВИ и гриппа, по вопросам материнства и детства, скрининга и школьному питанию.

В Западно-Казахстанской области на телеканалах «ТДК-42», ЗК филиала АО «РТРК «Казахстан» на телепрограммах: «Арайлы-Ақжайық», «Жандауа», «Время Вашего вопроса», «Новости», а также «Открытая студия» на двух языках освещены актуальные темы по вопросам профилактики заболеваний.

Костанайский центр ЗОЖ сотрудничает и с местными и с республиканскими телеканалами. Помимо программ по профилактике заболеваний там прошли сюжеты «Влияние фастфудного питания на здоровье детей», «О влиянии резкой смены погоды на здоровье», а также по профилактике дорожно-транспортного травматизма детей и молодежи.

Подробные цифры по работе с телевидением указаны на рисунке 4.

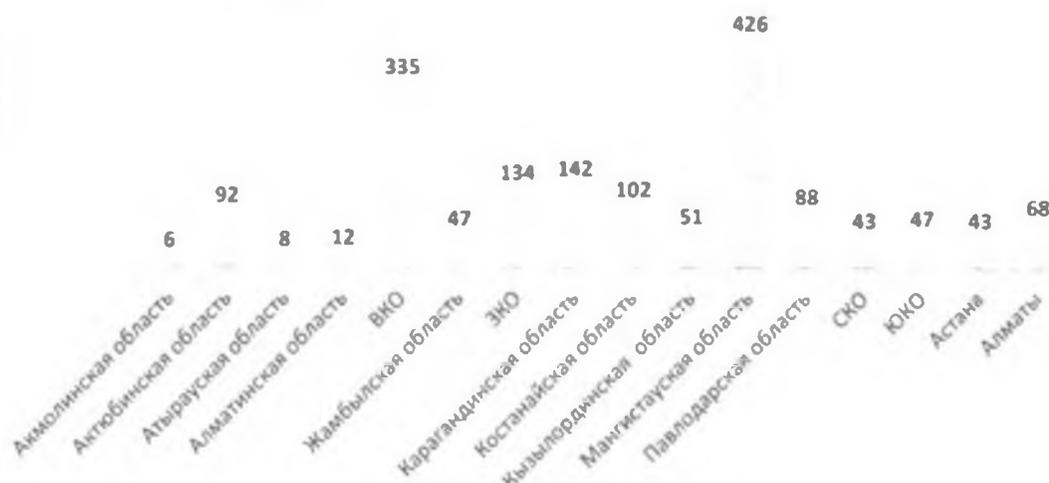


Рисунок 4. Освещение на ТВ (телепередачи, сюжеты, выступления, интервью) в разрезе регионов

Следующий рисунок демонстрирует работу региональных центров с радиостанциями.

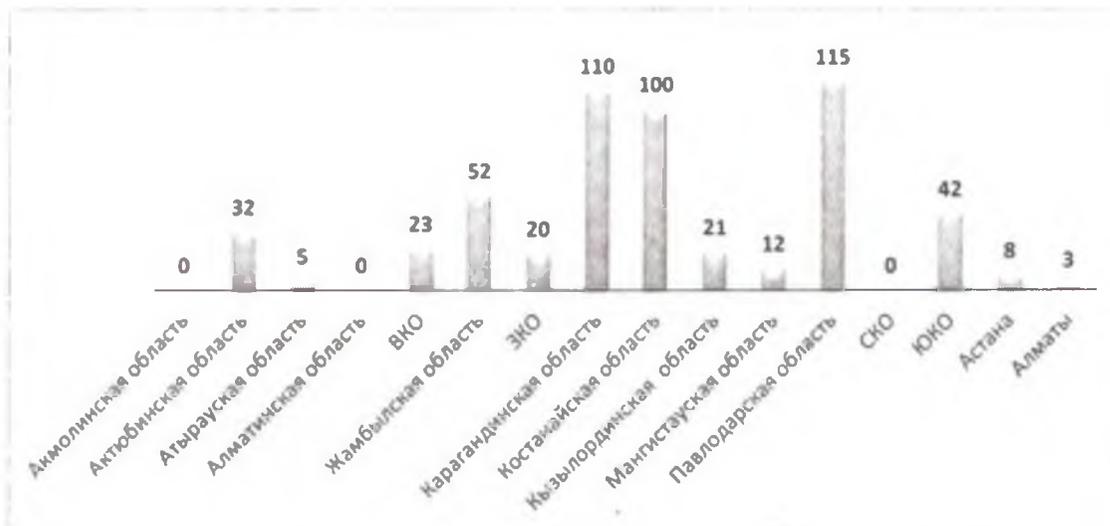


Рисунок 5. Освещение на радиостанциях (радиопередачи, радиорепортажи, радиointервью) в разрезе регионов

Наибольшую же активность центры ЗОЖ проявляют в работе с печатными СМИ, что видно на рисунках 3 и 6.

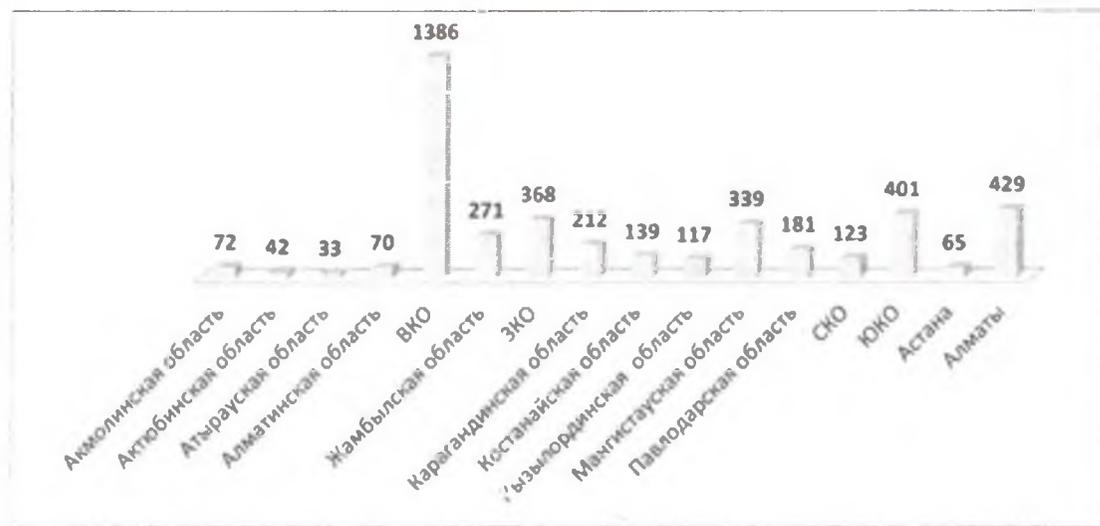


Рисунок 6. Освещение в периодических изданиях в разрезе регионов

Далее приведены результаты работы с людьми. С этими средствами информации необходимо работу расширять.

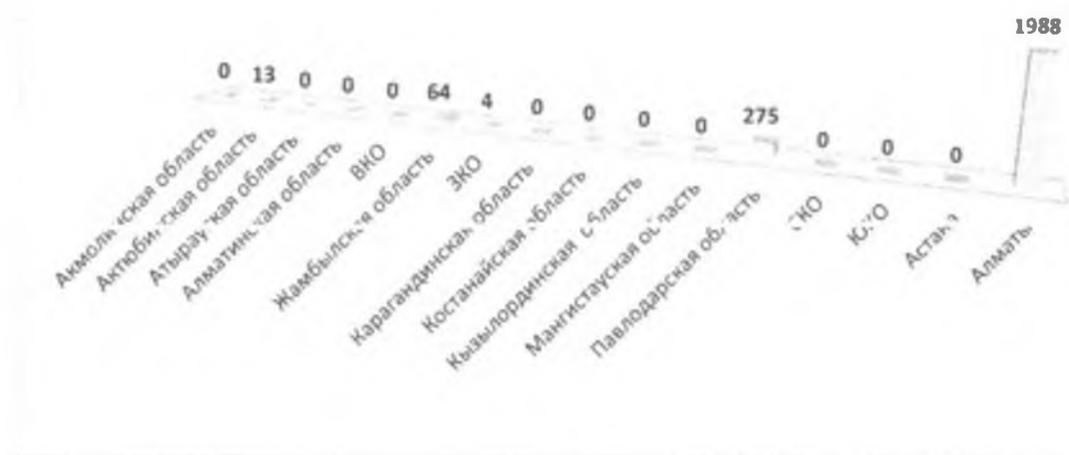


Рисунок 7. Количество лекций по радиорубке в разрезе регионов

С информационными агентствами активнее всего сотрудничали Мангистауская, Павлодарская и Западно-Казахстанская области.

Рисунок 8 показывает состояние работы с информационными агентствами в целом по республике.

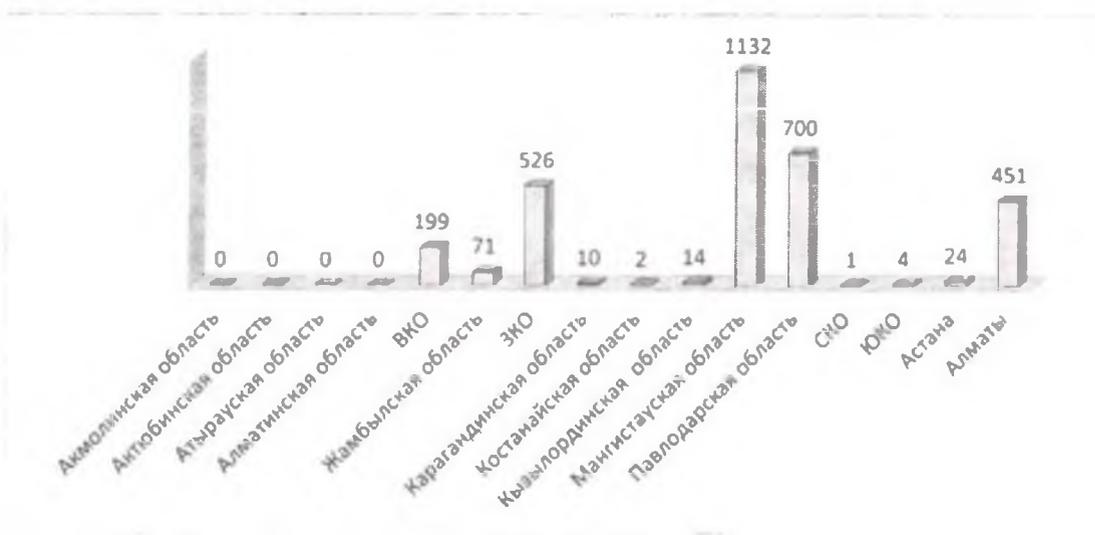


Рисунок 8. Освещение в информационных агентствах в разрезе регионов

В Атырауской, Акмолинской, Алматинской, Кызылординской областях и в городе Астане работа со средствами массовой информации организована не на должном уровне. Здесь предстоит еще много работы.

Здоровье населения сегодня напрямую связано не только с состоянием общественного здравоохранения, но и с самим образом

жизни людей. В связи с этим определены основные задачи и цели государства: многоуровневый подход к организации профилактических мероприятий, изменение образа жизни, разработка и реализация образовательных программ, направленных на сохранение и укрепление здоровья, формирование у каждого мотивации к ведению здорового

образа жизни.

Сегодня важно понимать, что здоровый образ жизни и мыслей – основа о здоровья каждого гражданина.

Роль и возможности современных средств массовой информации в пропаганде здорового образа жизни невозможно переоценить. Поэтому необходимо как можно шире использовать их в работе с населением, особенно с молодежью, находить новые, креативные способы работы. Нужно также привлекать к этой работе научные, педагогические и социальные кадры. Лишь общими усилиями можно добиться в деле укрепления здоровья нации.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Послание Президента народу Казахстана «Казахстанский путь – 2050: Единая цель, единые интересы, единое будущее», 17 января 2014 г.
2. Потемкина А.В. Формирование здорового образа жизни: опыт библиотек, работающих с молодежью / А.В. Потемкина // РГБМ. - 2010. - [Электронный ресурс]. - Режим доступа: [http://www.vmo.rgub.ru/lib\\_activity/practice/rgbm7.php](http://www.vmo.rgub.ru/lib_activity/practice/rgbm7.php), свободный.
3. «Формирование здорового образа жизни в Казахстане». О реализации мероприятий по формированию здорового образа жизни среди населения Казахстана в свете послания Президента рассказывает директор Национального центра проблем формирова-

ния здорового образа жизни» Баттакова Жамия Еркиновна, д.м.н., профессор, журнал «Академия здоровья КЗ» 14 апреля, 2014 г.

4. «Казахстанцы своим выбором дали карт-бланш на реализацию преобразований -Н.Назарбаев», информационный портал «Казинформ», 27 апреля 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.inform.kz/kaz/article/2770580>.

5. Соковня-Семенова И.И. Основы здорового образа жизни и первая медицинская помощь: Учебное пособие / И.И. Соковня-Семенова. - М.: Издательский центр «Академия». 2000. - 208 с.

#### ТҮЙІН

Мақалада 2015 жылы салауатты өмір салтын насихаттау мен әлеуметтік маңызды аурулардың алдын алу жөнінде республикалық және өңірлік деңгейде БАҚ пен СӨС қызметінің жұмыстарының нәтижелері қарастырылған.

**Түйін сөздер:** салауатты өмір салты, бұқаралық ақпарат құралдары.

#### SUMMARY

The article describes the results of Healthy lifestyle Service and national and regional Media joint work in the field of healthy lifestyle promotion and socially significant diseases prevention in 2015.

**Keywords:** healthy lifestyle, media.

УДК:616-006-084:616-07:613.1/8:614.2

**БАТТАКОВА Ж.Е., д.м.н., профессор, МУКАШЕВА С.Б., к.м.н.,  
СУЛЕЙМАНОВА Н.А.**

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

### **ПРОФИЛАКТИКА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

#### **АННОТАЦИЯ**

В статье рассмотрены факторы риска возникновения различных видов рака, способы их профилактики, значение скрининга для раннего выявления онкологических заболеваний и роль здорового образа жизни в профилактике рака.

**Ключевые слова:** Онкологические заболевания, скрининг, профилактика, здоровый образ жизни.

Онкологическая патология занимает одно из первых мест по смертности во многих странах мира. Повышенное внимание к этой проблеме обусловлено устойчивой тенденцией роста онкологической заболеваемости, которая достигла довольно высоких показателей и в обозримом будущем, согласно прогнозам ВОЗ, заболеваемость раком будет продолжать расти и в следующие десятилетия достигнет 22 миллионов новых случаев заболевания.

Причина высокой смертности от злокачественных новообразований кроется, прежде всего, в особенностях этой патологии и в том, что лишь 25% из числа больных этого профиля, госпитализируемых для стационарного лечения находятся в сравнительно ранней стадии заболевания, когда еще доступно и вполне перспективно предпринимаемое лечение.

В то же время, современный уровень знаний и медицинской техники позволяет диагностировать важнейшие формы злокачественных новообразований на ранних стадиях их развития, а также устранить предшествующие им предопухолевые состояния и предраковые изменения.

Во всем мире все возрастающее внимание уделяется как первичной, так и вторичной профилактике онкологических заболеваний.

До 40% случаев заболевания раком возможно предотвратить благодаря здоровому образу жизни, путем исключения контакта с такими известными канцерогенами, как табачный дым, контроля над профессиональными вредными факторами, сокращения времени пребывания на солнце, а также иммунизации против инфекций, способных вызвать рак, таких как вирус гепатита В и вирус папилломы человека.

Под первичной профилактикой злокачественных новообразований понимается предупреждение возникновения злокачественных опухолей и предшествующих им предопухолевых состояний путем устранения или нейтрализации воздействий неблагоприятных поведенческих и биологических факторов риска, образа жизни и окружающей среды. Эта система профилактических мероприятий должна сопровождать человека на протяжении всей жизни.

По данным Всемирной организации здравоохранения около трети случаев смерти от рака вызваны 5 основными факторами риска, которые связаны с поведением и питанием, такими как высокий индекс массы тела, недостаточное употребление в пищу фруктов и овощей, отсутствие физической активности, употребление табака и употребление алкоголя. Употребление табака является самым зна-

чительным фактором риска развития рака, который приводит почти к 20% глобальных случаев смерти от рака и примерно 70% глобальных случаев смерти от рака легких. Большое влияние табакокурение оказывает на возникновение рака пищевода, поджелудочной железы, мочевого пузыря.

Алкоголь является пусть не основной, но во многих случаях одной из основных причин огромного количества хронических заболеваний, нередко перерастающих в раковые опухоли различных органов. Так, например, бремя раковых заболеваний полости рта и ротовой части глотки, обусловленных алкоголем, составляет у мужчин 22%, а у женщин - 9%. Такая же разница между полами существует и в отношении раковых заболеваний пищевода и печени. Атрибутивный риск этого поведенческого фактора существенно возрастает, если он сочетается с курением.

Инфекционные агенты приводят почти к 22% случаев смерти от рака в развивающемся мире и к 6% - в промышленно развитых странах. Вирусный гепатит В и С приводит к развитию рака печени; вирус папилломы человека - к развитию рака шейки матки; бактерия *Helicobacter pylori* повышает риск развития рака желудка. В некоторых странах паразитарная инфекция шистосомоз повышает риск развития рака мочевого пузыря, а в других странах печеночная двуустка повышает риск развития холангиокарциномы желчных протоков. Профилактические меры, в данном случае, включают вакцинацию и профилактику инфекционных и паразитарных заболеваний.

Большой риск возникновения злокачественных опухолей связан с действием ионизирующих излучений, ультрафиолетового облучения, а также неионизирующих электромагнитных излучений радио- и микроволнового диапазона. Установлена отчетливая связь между стрессовыми ситуациями в жизни человека и возникновением злокачественных новообразований, риск резко возрастает при эмоциональной подавленности

невротического характера вследствие нервно-психической травмы, отмечается также высокая корреляция между депрессией (за исключением психических больных) и опухолевым процессом.

Снижение смертности от онкологических заболеваний является приоритетным направлением Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.

По данным Агентства Республики Казахстан по статистике, в 2014 году в республике заболеваемость злокачественными новообразованиями составила 198,7 на 100 тыс. населения, смертность составила 91,36 на 100 тыс. населения.

Одним из наиболее эффективных методов ранней диагностики и профилактики злокачественных опухолей являются, прежде всего, профилактические медицинские осмотры населения.

В Республике Казахстан, в 2014 году проведено 7715319 скрининговых обследований целевых групп взрослого населения на раннее выявление доброкачественных и злокачественных новообразований. Из них на рак молочной железы осмотрено 386 112 женщин, выявлено 637 случаев; на рак шейки матки - 514 459 женщин, выявлено 250 случаев. На раннее выявление предопухолевых и злокачественных новообразований толстой кишки гемокульт-тест проведен 970 056 мужчинам и женщинам, колоректальный рак выявлен у 479 больных.

Скрининги на раннее выявление рака пищевода и желудка, предстательной железы, рака печени в пилотном режиме проводятся в Восточно-Казахстанской, Западно-Казахстанской, Кызылординской, Павлодарской областях и в гг. Алматы и Астана. В 2014 году к участию в скрининге на раннее выявление рака пищевода и желудка присоединились новые регионы – Актюбинская, Атырауская, Карагандинская, Костанайская и Северо-Казахстанская области. Так, в рамках скрининга было осмотрено

324 597 мужчин и женщин. клинический диагноз рака пищевода и желудка установлен в 242 случаях (65 случая рака пищевода и 177 случаев рака желудка), на раннее выявление рака предстательной железы скринингом охвачено 78 007 мужчин, выявлено 125 случаев рака. Скрининг на определение рака печени был проведен 4724 мужчинам и женщинам, состоявшим на Д-учете по поводу цирроза печени вирусной и невирусной этиологии, выявлено 17 пациентов с гепатоцеллюлярным раком.

Профилактика является экономически наиболее эффективным и устойчивым способом снижения глобального бремени рака.

Ежегодно, 4 февраля в регионах республики отмечается Всемирный день борьбы с онкологическими заболеваниями и декадник по профилактике и раннему выявлению онкологических заболеваний, приуроченный к этой дате. В рамках декадника проходят мероприятия с привлечением целевых групп населения, при непосредственном участии средств массовой информации. Осуществляется рассылка адресных приглашений для участия населения в скрининговых осмотрах, проводятся Дни открытых дверей в организациях первичной медико-санитарной помощи и онкологических диспансерах с оказанием консультаций специалистами по вопросам раннего выявления онкологических заболеваний, профилактике поведенческих факторов риска и пропаганде аспектов здорового образа жизни.

Для медицинских работников ПМСП в ходе декадника организованы семинары-тренинги по вопросам онкологической настороженности, скрининговых обследований

на раннее выявление рака молочной железы, рака шейки матки, рака толстой и прямой кишки, рака предстательной железы, рака печени, пищевода и желудка.

Были проведены круглые столы с привлечением общественности для обсуждения вопросов раннего выявления и профилактики онкологических заболеваний. Состоялись пресс-конференции с участием профильных специалистов, общественных деятелей, политиков, информирующие население о мерах профилактики онкологических заболеваний. В Школах здоровья по профилактике поведенческих факторов риска функционирующих на уровне ПМСП проведено обучение населения навыкам профилактики и раннему выявлению онкологических заболеваний. В целом, в период проведения республиканского декадника проведено 66049 мероприятий, в том числе: Дни открытых дверей(473), охвачено 63150 человек, широкомасштабные акции (213) с охватом 84 810 человек, конференции (16) с охватом 917 человек, семинары-тренинги для медицинских работников ПМСП ( 681), охвачено 22390 человек, проведены занятия в Школах здоровья по профилактике онкологических заболеваний (557) охвачено 9570 человек. Круглые столы ( 239) с участием 4431 человек, организованы тренинги (422) с охватом 9070 человек, организованы лекции, беседы(55275) с охватом 302 145 человек. В период проведения декадника было организовано 98 телепередач, 212 радиопередач, проведена 21 пресс-конференция, опубликовано 208 статей. Всего за период проведения декадника было проведено 66049 мероприятий, охвачено 1293778 человек.

Сравнительное количество  
мероприятий за аналогичный период в 2014 и 2015 гг

№	Название мероприятий	Количество мероприятий	
		2014г.	2015г.
1	Дни открытых дверей	512	473
2	Занятия в Школах здоровья	1021	557
3	Семинары-тренинги для специалистов ПМСП	351	681
4	Лекции	2701	4680
5	Беседы, консультации	14576	50595
6	Уголки здоровья	475	383
7	Санбюллетни	254	276
	ВСЕГО, в т.ч. прочие	43425	66049

По меньшей мере, одна треть всех случаев заболевания раком предотвратима. Главная роль в сохранении здоровья, улучшении качества жизни, управлении заболеваниями принадлежит активному пациенту, обученному в Школах здоровья принципам самоконтроля, самопомощи и самоменеджмента, пациенту владеющему здоровьесберегающими навыками и высокой мотивацией к развитию личного потенциала здоровья, к созданию партнерского взаимодействия пациента и каждого медицинского работника.

Более 30% случаев смерти от рака можно предотвратить путем устранения или изменения основных поведенческих факторов риска, которые включают:

- употребление табака;
- излишний вес или ожирение;
- нездоровое питание при употреблении в пищу недостаточного количества фруктов и овощей;
- отсутствие физической активности;
- употребление алкоголя;
- ионизирующее и неионизирующее излу-

чение;

- загрязнение воздуха в городах;
- задымленность помещений в результате использования в домах твердых видов топлива.

Весьма значительную роль в возникновении опухолевых заболеваний играет характер питания (диеты) человека. Рекомендуемая сбалансированная диета должна содержать жиров, особенно насыщенных, не более 75,0 в день для мужчин и 50,0 - для женщин. Она должна быть богата продуктами растительного происхождения и витаминами, особенно А, В, С, Е, которые оказывают на канцерогенез ингибирующее воздействие. Употребление в пищу в больших количествах фруктов и овощей может иметь защитный эффект от многих раковых заболеваний. Изменение питания является одним из важных подходов к борьбе с раком. Регулярная физическая активность и поддержание оптимального веса тела наряду со здоровым питанием значительно снижают риск развития рака.

Население может защитить себя от рака,

выполняя следующие рекомендации:

- Откажитесь от курения и злоупотребления алкогольными напитками.
- Увеличьте ежедневное потребление разнообразных овощей и фруктов, (не менее 400 грамм в день).
- Ограничьте употребление пищи, содержащей жиры животного происхождения.
- Избегайте избыточного солнечного воздействия. Люди, имеющие тенденцию к солнечным ожогам должны применять защитные меры в течение всей своей жизни.
- Ведите активный, подвижный образ жизни.
- Регулярно посещайте врача, своевременно проходите лечение по поводу заболеваний имеющих высокий риск возникновения и развития онкологических заболеваний.
- Своевременно проходите профилактические скрининговые осмотры. Скрининг – это самый эффективный метод выявления рака на ранней стадии.

При обнаружении на ранней стадии рак поддается успешному лечению.

На государственном уровне необходимо осуществлять национальную политику борь-

бы с онкологическими заболеваниями, создавать программы для повышения осведомленности населения об этих заболеваниях и их профилактике и уменьшения воздействия факторов риска развития рака, а также для обеспечения людей информацией и поддержкой, необходимых для принятия здорового образа жизни.

### ТҮЙІН

Мақалада обырдың түрлерінің пайда болуына қауіпті факторлардың әсері, олардың алдын алу тәсілдері, онкологиялық ауруды ерте анықтауға арналған скринингтің маңызы және обырдың алдын алуға салауатты өмір салтының рөлі қарастырылған.

**Түйін сөздер:** Онкологиялық ауру, скрининг, профилактика, салауатты өмір салты.

### SUMMARY

The article presents risk factors of various types of cancer, prevention methods, importance of screening in cancer early detection and role of healthy lifestyle in cancer prevention.

**Keywords:** Cancer screening, prevention, healthy lifestyle.

УДК:614.2:616-07-053.2/.7-084(574)

**БАТТАКОВА Ж.Е., д.м.н., профессор, ТОКМУРЗИЕВА Г.Ж., д.м.н., СЛАЖНЕВА Т.И.,  
д.м.н., профессор, САЙДАМАРОВА Т.К.**Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни  
МЗСР РК г. Алматы**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СКРИНИНГ- ОБСЛЕДОВАНИЯ  
ДЕТЕЙ ОТ 0 ДО 17 ЛЕТ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН.****АННОТАЦИЯ**

В статье описаны особенности детского скрининга, определенные сложности в проведении скрининг – обследований детского контингента. Изложены результаты анализа качественных и количественных показателей скрининга

**Ключевые слова:** профилактические (скрининговые) обследования, целевая группа, детское население, раннее выявление, структура заболеваний, заболеваемость детей.

Особенностью скрининг-обследований детского населения является их осмотр во всех возрастных группах.

В рамках Национальной скрининговой программы профилактические (скрининговые) обследования детского населения проводятся с 2008 года,

согласно таблице «Периодичность проведения скрининговых осмотров целевых групп детского населения». Порядок и пери-

одичность проведения лабораторных и инструментальных исследований утверждены приказом № 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»

Таблица 1. Количество осмотренных детей от 0 до 17 лет, 2008-20014гг.

1	Перечень специалистов							
	2	3	4	5	6	7	8	9
Педиатр (подрост- ковый врач/ семейный врач/врач общей практики)	Хирург (ортопед)	Оторино - ларинго лог <sup>т</sup>	Невролог	Стома- толог	Офталь- молог	Эндо- кринолог	Хирург/ уролог (юноши)	Психиатр
До 1 года – недоношенные дети с массой тела менее 1500 г при рождении								
+	+	+	+		+	+		
(ежеме- сячно)	(в 1, 3, 6 месяцев)	(в 3 месяца)	(в 1, 3, 6, 12 месяцев)		(в 1, 3, 6, 12 месяцев)		(в 1 и 12 месяцев)	
До 1 года (с массой тела при рождении более 1500 г)								
+	+	+	+		+			
(ежеме- сячно)	(в 1 месяц)	(в 6 месяцев)	(в 1 месяц)		(в 6 месяцев)			
								1 год
+	+	+	+		+			
(1 раз в 3 месяца)								
								2 года
+		+			+			
(1 раз в 3 месяца)								
								3 года
+	+	+	+		+			
(1 раз в 3 года)								
								4 года
+								
								5 лет
+								
								6 лет (перед школой)
+	+	+	+	+	+	+		
								7 лет (1 класс)
+								
								8 лет (2 класс)
+								
								9 лет (3 класс)
+								

			10 лет (4 класс)			
+	+	+	+	+	+	
			11 лет (5 класс)			
+						
			12 лет (6 класс)			
+				+	+	
			13 лет (7 класс)			
+						
			14 лет (8 класс)			
+	+	+	+	+	+	
			15 лет (9 класс)			
+	+	+	+	+	+	+
			16 лет (10 класс)			
+				+		+
			17 лет (11 класс)			
+	+	+	+	+	+	+

**Численность детского населения на начало 2015 года**

Всего по РК от 0 до 17 лет - 5 295 500 детей,  
в том числе:

- дети от 0 до 14 лет – 4 631 600;
- подростки 15 -16- 17 лет – 666 900.

Всего населения РК - 17 417 700 человек.  
С начала реализации Национальной скрининговой программы (2008 - 2014 гг.) проведено более тридцати миллионов скрининговых обследований целевой группы детского населения РК (таблица 1).

Таблица 2. Результаты скрининг - обследований детей от 0 до 17 лет.

Год	Количество обследованных детей
2008 год	4 257 763
2009 год	4 276 705
2010 год	4 211 843
2011 год	4 190 686
2012 год	4 487 445
2013 год	4 398 518
2014 год	4 518 071
Итого	30 343 031

Анализ показал, что ежегодно осмотрами охвачено более 90% от планируемого контингента. Выявляется от 24 до 15% случаев

заболеваний, и до 57% выявленных больных берется на диспансерный учет.

Год	Подлежало	Осмотрено	Выявлено	Взято на «Д» учет
2008г	4 312 465	4 257 763 (98,7%)	1 055 329 (24,7%)	554 481 (52,5%)
2009г	4 337 815	4 278 705 (98,6%)	1 113 801 (26%)	640 467 (57,5%)
2010г	4 332 093	4 211 843 (97,2%)	1 027 269 (24,4%)	570 664 (55,5%)
2011г	4 479 735	4 190 686 (93,5%)	992 673 (23,7%)	528 802 (53,2%)
2012г	4 562 560	4 487 445 (97,0%)	739 776 (16,5%)	281 890 (38,1%)
2013г	4 514 075	4 398 518 (97,4%)	705 769 (16,0%)	301 440 (42,7%)
2014г	4 694 280	4 518 071 (96,2%)	708 568 (15,7%)	291 088 (41,1%)

Динамика скрининг - обследований целевой группы детей в возрасте от 0 до 17 лет представлена в таблице 2.

Все показатели к 2015 году имеют тенденцию к некоторому снижению.

Сотрудники Национального центра проблем формирования здорового образа жизни провели анализ результатов скрининг - обследований за первое полугодие 2015 года в сравнении с тем же периодом 2014 года. Установлено, что за первое полугодие 2015 года охвачено осмотром 2140891 детей из обще-

го количества запланированных (4857966) в возрасте от 0 до 17 лет, что составило 44,1%. При этом, осмотрено 42,7% (1183723) детей городских поселений, детей сельской местности - 45,0% (939572). За тот же отчетный период 2014 года было осмотрено - 52,4%, что на 8,3% больше анализируемого периода. Аналогичная динамика наблюдается и в отношении городских и сельских детей (51,0% и 54,0% - соответственно) (рисунок 1).

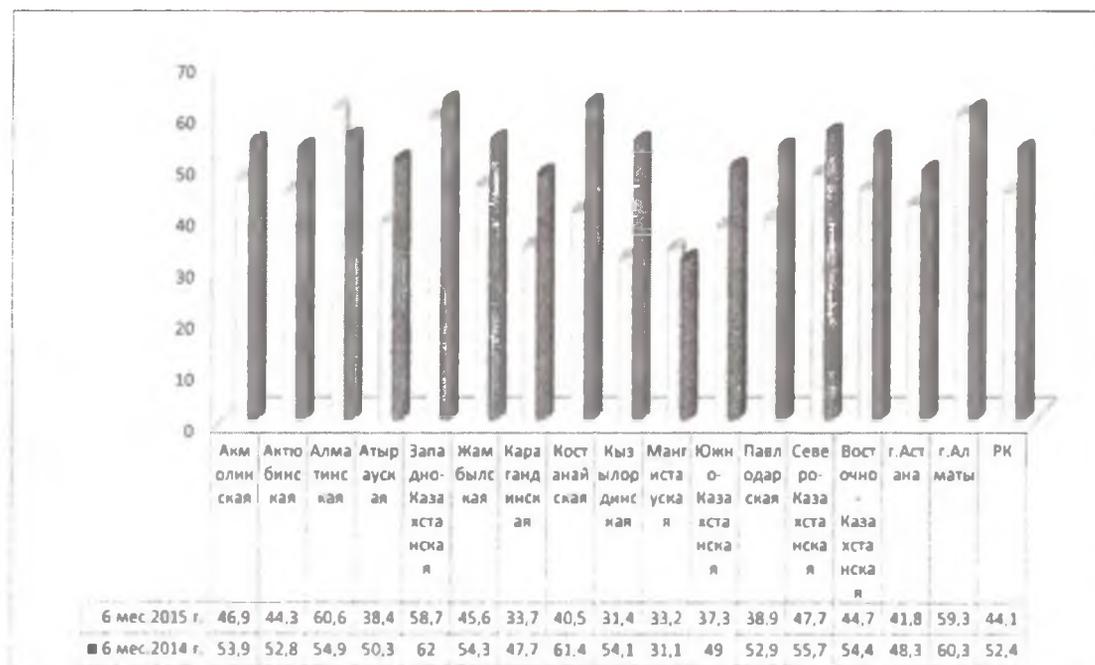


Рисунок 1. Уровень охвата осмотром детей 0-17 лет. 6 мес. 2015-2014гг.

На рисунке 1 видно, что за соответствующий период 2014 года показатель охвата осмотром выше 2015 года на 8,3%.

Аналогичная ситуация прослеживается и

в разрезе городских и сельских поселений – охват осмотром ниже того же периода 2014 года на 8,6% и 8,9% соответственно (рисунок 2).

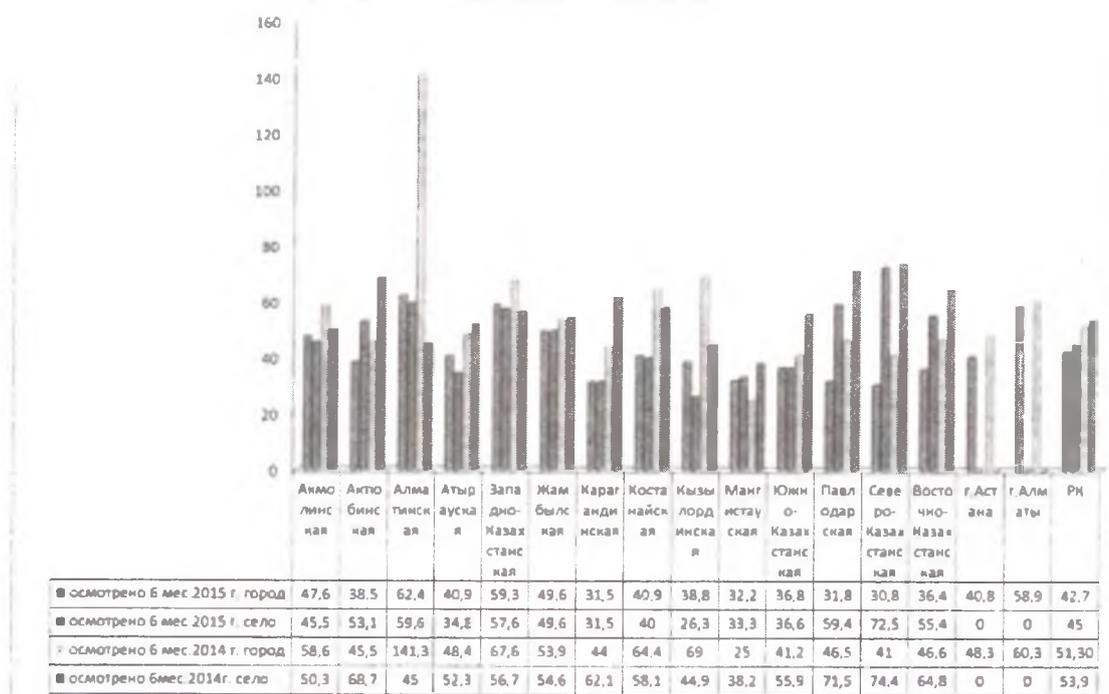


Рисунок 2. Уровень охвата осмотром детей, город/село, 6 мес. 2015-2014гг.

Отмечается недостаточный объем и динамика осмотров детского населения узкими специалистами. Объем осмотров детей узкими специалистами имеет тенденцию к снижению: хирурги - в 2 раза, неврологи – в 1,5 раза, оториноларингологи - в 1,8 раз, стоматологи - в 2 раза, урологи - в 1,7 раз, педагоги-психологи - в 1,6 раз, эндокринологи – в 1,4 раза, офтальмологи - в 1,2 раза. Так, осмотр урологом детей из года в год сохраняется на низком уровне – 10,3%. Осмотр эндокринолога, офтальмолога, невропатолога снизился до 10% в сравнении с 2014 г. По селу охват специалистами составляет всего 8,0-35,0%.

Весьма сложное положение по охвату детского населения узкими специалистами сохраняется в Мангистауской, Кызылординской и Акмолинской областях. Низкий охват

отмечен в Карагандинской, Атырауской областях (0 - 20%).

Можно назвать более благополучными Северо-Казахстанскую, Восточно-Казахстанскую, Западно-Казахстанскую и Павлодарскую области – показатели по осмотру узкими специалистами, как в городских, так и в сельских поселениях достигают уровня от 22% до 75%.

Процент выявленных случаев заболеваний из числа осмотренных, составил 11,6%, что на 3,4% ниже того же периода 2014 года (15,0%).

По городской и сельской местности также прослеживается отрицательная динамика показателей в сравнении с тем же периодом 2014 года (город-12,4% против 16,0%, село – 4,6% против 13,4%) (рисунок 3).

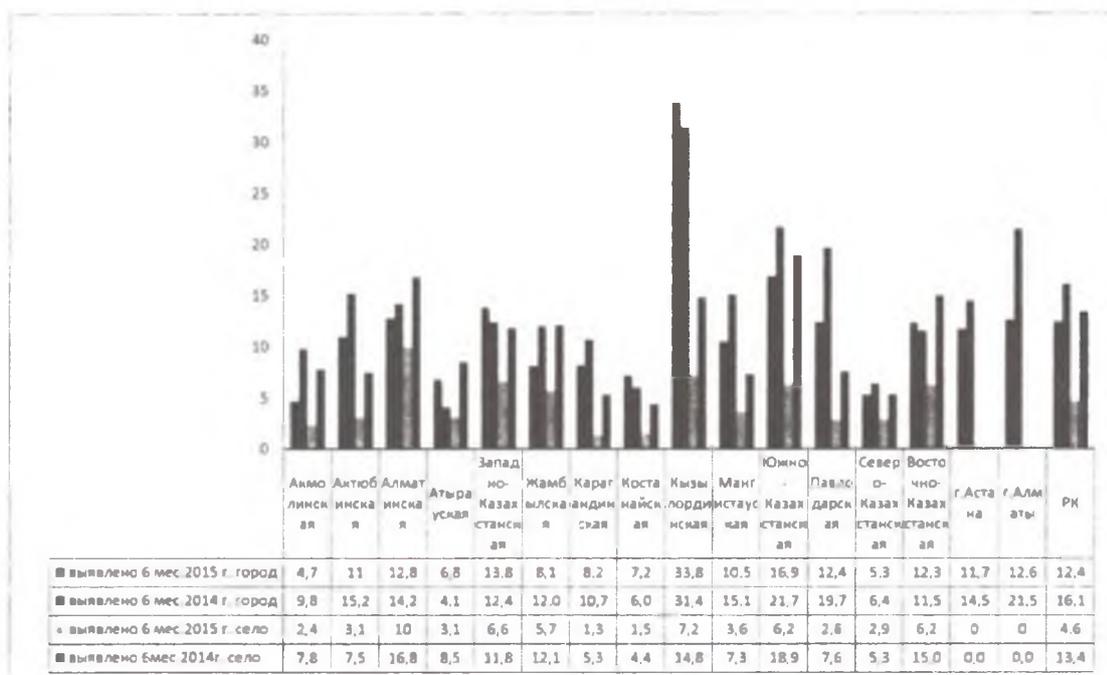


Рисунок 3. Удельный вес выявленных случаев заболеваний, город/село, 6 мес. 2015-2014гг.

В системе осмотров детей учитывается структура заболеваемости по данным скрининг-обследований.

Анализ структуры заболеваемости на 1000 детского населения РК в первом полугодии 2015 г. свидетельствует о высокой распространенности болезней органов дыхания у детей, особенно в сельской местности. В городской местности преобладают заболевания глаз. Обращает внимание увеличение удельного веса детей с миопией.

В первом полугодии 2015 года, из числа выявленных больных, на диспансерный учет взято в 1,4 раза меньше, чем в аналогичном периоде 2014 года (29,7% против 41,1% соответственно).

Удельный вес взятых на диспансерный учет из числа детей городской местности составил в анализируемом периоде 2015г. - 22,2%, сельских поселений – 11,1% (в том же периоде 2014 г.- 44,3% и 37,5%, что выше на 22,1% и 26,4% соответственно).

**Выводы:** Таким образом, анализ отчетных материалов, мониторинг результатов реализации скрининг - обследований детского

населения выявили наличие определенных проблем в организации медицинской помощи подрастающему поколению практически на всей территории страны.

Сложности в организации профилактических (скрининговых) осмотров детского населения связаны с недостаточной укомплектованностью медицинскими кадрами в большинстве областей, особенно в сельской местности, а также недостатком врачей детской узкоспециализированной службы (эндокринологи, урологи, невропатологи и т.д.).

Одной из причин невысоких результатов скрининга детей сельских поселений, на наш взгляд, является отдаленность населенных пунктов от районных и областных лечебных учреждений.

По всей вероятности, требуются дальнейшие действия по оптимизации и усовершенствованию профилактических скрининг - обследований целевых групп детского населения.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Об утверждении Государственной про-

граммы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы: Указ Президента Республики Казахстан (с изменениями от 27.08.2012 г.).

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

3. 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»: Приказ МЗ РК № 145 от 16 марта 2011 года.

4. О внесении изменений в приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 685 «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения»: Приказ МЗ РК № 361 от 29 декабря 2014г.

5. Статистические материалы ТОО «Мединформ» // 2013, 2014гг. – Алматы, 2015.

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

7. Ибакова Ж.О. Скрининг (профилактические осмотры) на выявление сердечно-сосудистых заболеваний и их факторов риска/ Ибакова Ж.О. к.м.н. – Алматы: НИИ кардиологии и внутренних болезней.

8. Организация профилактических скрининговых медицинских осмотров в Республике Казахстан: методическое руководство.- Астана-Алматы: МЗ РК, НЦПФЗОЖ, 2012г.

9. Баттакова Ж.Е. и др.Национальная скрининговая программа - крупный инновационный проект здравоохранения Казахстана.- Алматы: НЦПФЗОЖ, 2014г.

10. Баттакова Ж.Е. и др. Основные результаты реализации скрининг программы направленной на раннее выявление рака молочной железы.- Алматы: НЦПФЗОЖ, 2014г.

11. Сайдамарова Т.К. Результаты скрининговых осмотров и выявление поведенческих факторов риска в Республике Казахстан. - Алматы, 2014г.

12. Баттакова Ж.Е. и др. Международный опыт проведения скрининговых профилактических осмотров и Национальная скрининговая программа в Казахстане». - Алматы: НЦПФЗОЖ, 2014г.

13. Ж.Е.Баттакова и др. Мониторинг скрининговых обследований на раннее выявление болезней системы кровообращения в Республике Казахстан. - Алматы: НЦПФЗОЖ, 2014г.

14. Ж.Е. Баттакова и др. Возрастно-половая и территориальная структура скрининг-обследований целевых групп взрослого населения РК. – Алматы: НЦПФЗОЖ, 2014г.

## ТҮЙІН

Мақалада балаларды скринингтен өткізу ерекшелігі, балаларға скринингтік тексеріп-қарау жүргізудегі белгілі қиындықтар баяндалады.

**Түйін сөздер:** профилактикалық (скринингтік) тексеру, нысаналы топтар, балалар, ерте анықтау, ауру құрылымы, балалардың аурушандылығы.

## SUMMARY

The article describes features of the children's screening, some difficulties in screening - examinations of child population. Results of the analysis of qualitative and quantitative screening indicators are presented.

**Keywords:** preventive (screening) examinations, target group, child population, early detection, structure of diseases, child morbidity.

УДК:614.2:613.84:663.97

**БАТТАКОВА Ж.Е., д.м.н., профессор, ТОКМУРЗИЕВА Г.Ж., д.м.н.,  
СЛАЖНЕВА Т.И., д.м.н., профессор, САЙДАМАРОВА Т.К.**  
Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни  
МЗСР РК г. Алматы

## **БЕЗДЫМНЫЙ ТАБАК И ПРЕДУПРЕДИТЕЛЬНЫЕ МЕРЫ ПО СНИЖЕНИЮ ЕГО ПРИМЕНЕНИЯ.**

### **АННОТАЦИЯ**

В обзорной статье представлен анализ материалов, характеризующих распространенность бездымного (не курительного) табака, описаны европейский опыт и научные, экспериментальные статьи по употреблению курильщиками бездымных табачных изделий.

**Ключевые слова:** никотиновая зависимость, бездымный (не курительный) табак, снюс, снафф, насвай, жевательный табак.

В последние годы повсеместно распространены бездымные (не курительные) табачные изделия, как возможная альтернатива табакокурению и пассивному курению, а также снижения вредного воздействия никотина на организм человека и возникновения неинфекционных заболеваний [1-2].

Бездымный (не курительный) табак - собирательное название группы табачных продуктов, предназначенных для употребления способом, отличным от курения. Как правило, никотин при употреблении бездымного табака проникает в кровь через слизистую оболочку ротовой полости или полости носа.

Существуют разновидности не курительных видов табачных изделий:

Снюс, сухой и влажный снафф, жевательный табак - характеризуются высоким содержанием никотина и низким содержанием канцероганов. Известны в Швеции с 1637 года. В основном производятся и употребляются именно в этой стране (поэтому, часто называется шведским снюсом) [1].

Насвай (насс, насыбай) как и снафф, снюс и жевательный табак относится к категории бездымного табака. Распространённость насвая наиболее значительна в Центральной Азии, в странах СНГ: Таджикистане, Узбекистане, Киргизии, Туркмении, Казахстане.

Изучение действия насвая на организм в республиках Средней Азии указывает на то, что его употребление увеличивает риск развития раковых заболеваний ротовой полости.

Научной группой ВОЗ по проблеме борьбы с потреблением «бездымного» табака изучено вредное влияние потребления «бездымного» табака на здоровье курильщиков. Обобщены существующие знания, касающиеся распространенности употребления «бездымного» табака и вредных для здоровья курильщиков последствий его воздействия. А также разработаны рекомендации и стратегические указания для правительств по борьбе с потреблением «бездымного» табака там, где оно уже есть, и предотвращению его появления как новой угрозы здоровью в странах, где бездымный табак еще не употребляется [2].

В настоящее время бездымный табак потребляется главным образом перорально (через рот), носовое же потребление, довольно распространенное в 18 веке, теперь стало очень редким [3].

Бездымный (не курительный) табак, как и обычные сигареты, содержит никотин, следовательно, способен вызывать никотиновую зависимость, причем, в данном случае, никотин медленнее всасывается, поэтому его

действие на организм более длительное.

Отмечено, что бездымный табак может также стимулировать развитие сердечно-сосудистых заболеваний и инсультов в связи с повышением кровяного давления, сужением кровеносных сосудов и нарушениями сердечного ритма [4].

Ряд исследований, проведенных в Индии, касающихся потребления бездымного табака беременными женщинами, указывает на то, что это потребление отрицательно влияет на исход беременности, повышает риск преждевременных родов и уменьшает массу тела ребенка при рождении [5].

В связи с запретами на курение в общественных местах, бездымный табак приобретает все большую актуальность среди курильщиков, поскольку использовать его можно в любое время и любом месте, не подвергая окружающих влиянию табачного дыма, т.е. исключая отрицательное влияние пассивного курения. Однако исследования убедительно показывают, что бездымный табак не менее опасен для здоровья самого курильщика, чем обычные сигареты, и постоянное употребление не курительных табачных изделий связано с рядом рисков для здоровья, включая возможность развития раковых заболеваний [6].

Научно-консультативный комитет ВОЗ по регулированию табачных изделий в 2002 году указал на целый ряд возражений против использования изделий из бездымного табака для уменьшения причиняемого вреда:

- не было доказано, что изделия из бездымного табака являются более

- эффективными при прекращении курения, чем другие направленные на это стратегии;

- реклама бездымного табака может содействовать тому, что отдельные лица

- станут использовать его в дополнение к обычному курению;

- использование изделий из бездымного табака увеличивает вероятность последующего начала табакокурения;

- люди, которые могли полностью отказаться от потребления табака, не делают этого;

- все изделия из бездымного табака вызывают никотиновую зависимость [7].

Опубликованные Национальным институтом здравоохранения и клинических исследований (National Institute for Health and Clinical Excellence - NICE) рекомендации включают в себя:

- необходимость реализации программ по прекращению использования бездымного табака, при непереносимости интеграции с другими ассоциациями борьбы против оборота табачной продукции, в целях предупреждения и прекращения деятельности этой индустрии, как части всеобъемлющей стратегии контроля оборота табачной продукции;

- ограничение производства материалов используемых для производства бездымного табака; а так же предоставление информации о рисках, связанных с бездымным табаком и обеспечение доступности услуг, помогающих людям бросить курить;

- информирование людей о ложности так называемых позитивных эффектов от потребления бездымного табака (например, что это подходящий способ для облегчения пищеварения или зубной боли, или то, что он помогает освежить дыхание);

- обеспечение подготовки медицинских, стоматологических кадров и специалистов смежных профессий (например, фармацевтов) в области знания рисков для здоровья, связанных с бездымным табаком, местных названий, используемых для бездымных табачных изделий;

- обучение должно позволить практикующим медицинским работникам распознавать признаки употребления бездымного табака, уметь провести краткую консультацию и направлять курильщиков в центры помощи по прекращению курения [8].

Эксперты NICE Центр общественного здравоохранения свидетельствуют, что «важной задачей является - информирование о

ряде серьезных рисков для здоровья, связанных с употреблением бездымных табачных изделий. Часто люди, использующие эти продукты не знают, ни того, что они содержат табак, ни того, что они могут быть подвержены большому риску раковых заболеваний полости рта и сердечно-сосудистых заболеваний» [9].

Специалисты также излагают свой опыт работы в стоматологической практике и консультировании людей из Южной Азии по поводу рисков для здоровья при использовании бездымных табачных изделий и выражают надежду, что все медицинские работники примут рекомендации Национального института NICE во внимание и реализуют их на практике, чтобы помочь сохранить здоровье населения [10].

Ученные из университета Миннесоты обнаружили в бездымном табаке вещество, относящееся к группе нитрозаминов, которое является сильным канцерогеном и вызывает рак ротовой полости. О результатах своего исследования они доложили на 244-й конференции National Meeting & Exposition, организованной Американским химическим обществом (ACS). Автор работы (University of Minnesota) комментирует, что это первое свидетельство наличия сильного канцерогена в бездымном табаке, и что результаты исследования очень важны в связи с ростом числа потребителей бездымного табака в мире, особенно среди молодых людей, полагающих, что он безопаснее, чем обычные сигареты [11].

Анализ международных данных подтвердил наличие отрицательного влияния бездымного табака на организм человека при любой форме употребления: рассасывание в полости рта (снюс, снафф), жевание (насвай) и вдыхание (нюхательный табак). В состав всех бездымных (не курительных) табачных изделий входят многокомпонентные никотин содержащие смеси, способные вызывать никотиновую зависимость.

В странах Евросоюза с 1992 года прода-

жа снюса запрещена, хотя его применение не ограничено. Исключение составляет Швеция, где снюс продается легально.

В британском медицинском журнале «The Lancet» опубликованы материалы группы австралийских исследователей под руководством доктора Корал Гартнер из Университета Квинсленда. Главный вывод, к которому пришли исследователи: употребление снюса, в отличие от курения сигарет, безвредно для легких, но в два раза повышает шансы на развитие рака поджелудочной железы [12-16].

Основой проведения активных антисмогинговых профилактических мероприятий являются интегрированные усилия различных специалистов и организаций. Действующая в настоящее время Европейская хартия о запрещении табака гласит, что каждый человек имеет право на свежий воздух, свободный от табачного дыма, на информацию о риске для здоровья, связанном с употреблением табака; все люди имеют право на свободный от табачного дыма воздух в закрытых помещениях, общественных местах и на транспорте [17].

В каждой стране продажи и реклама бездымного табака регулируются соответствующими национальными правовыми актами.

Так, в Татарстане 24 ноября 2014 года постановлением Кабинета Министров запрещена оптовая и розничная торговля не курительными табачными изделиями на всей территории региона [18].

На шестой конференции сторон Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака в Москве в октябре 2014г была обсуждена тема бездымных табачных изделий, влияние которых на организм человека, по мнению ВОЗ, пока очень мало изучено и требует в дальнейшем проработки и обсуждения.

В рамках борьбы с использованием бездымных (не курительных) табачных изделий, членами Евразийской экономической комиссии (ЕАК) разработаны документы по урегулированию отношений Таможенного

союза и Единого экономического пространства. Принято Решение о запрете не курительных табачных изделий (насвай, снюс, нюхательный табак) в России, Казахстане, Беларуси.

В Республике Казахстан деятельность по борьбе с курением регламентирует нормативно-правовая база, включающая:

- Кодекс Республики Казахстан о здоровье народа и системе здравоохранения, утвержден распоряжением Премьер-министра РК от 10 ноября 2009 г. №162-р.

- Закон Республики Казахстан от 25 ноября 2006 года N 193 «О ратификации Рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака»

- Постановление Правительства Казахстана от 22 ноября 2011г. №1367 «Предупреждение о вреде курения, размещаемого в местах, осуществляющих продажу табачных изделий»

- Закон Республики Казахстан от 19.12.2003 г. №508-П «О рекламе» и др.

В Республике Казахстан в 2014 году проведен Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака в рамках международного проекта - GATS с участием ВОЗ. Результаты опроса показали, что распространенность потребления не курительных табачных изделий составляет 1,3%, в том числе мужчины – 2,8%, женщины – 0,0% (таблица 1).

Таблица 1. Процентное соотношение взрослого населения в возрасте 15 лет и старше по детальному статусу употребления бездымного табака в зависимости от пола – GATS Казахстан.

Статус потребления бездымного табака	Всего	Мужчины	Женщины	
	<i>Процент (95% доверительный интервал)</i>			
Потребляющие в настоящее время бездымный табак (активные потребители бездымного табака)	1,3	2,8 (2,0, 3,9)	0,0	
Ежедневные потребители	0,4	0,9 (0,6, 1,6)	0,0	
Периодические потребители	0,9	1,9 (1,2, 2,9)	0,0	
Периодические потребители, ранее потреблявшие ежедневно	0,6	1,2 (0,7, 2,0)	0,0	
Периодические потребители, никогда не потреблявшие ежедневно	0,3	0,6 (0,3, 1,2)	0,0	
<b>Не потребляющие бездымный табак</b>	<b>98,7</b>	<b>97,2 (96,1, 98,0)</b>	<b>100,0</b>	
Former daily user	0,2	0,4 (0,2, 0,9)	0,0	
Бросившие, ранее пореблявшие ежедневно	98,5	96,8 (95,7, 97,6)	100,0	
Бросившие, ранее потреблявшие периодически	1,9	3,5 (2,4, 5,0)	0,5 0,2, 1,6	
Никогда не потреблявшие бездымный табак	96,6	93,3 (91,5, 94,7)	99,5 98,4, 99,8	
Примечание: Потребляющие в настоящее время включают как ежедневно так и периодически (реже, чем ежедневно) потребляющих бездымный табак.				

К предупредительным мерам по снижению вредного воздействия употребления не курительных табачных изделий и табачных изделий в целом можно отнести:

- мониторинг потребления табачных изделий и распространение в средствах массовой информации данных и материалов о профилактических мерах по снижению вредного воздействия от употребления табачных изделий;
- информирование общественности и разъяснение вреда употребления табачных изделий;
- координация деятельности по вовлечению людей в программы по прекращению курения;
- разработка и внедрение программ по стимулированию здорового образа жизни для различных возрастных и социальных групп населения, мониторинг и оценка этих программ.

Таким образом, для уменьшения угрозы неблагоприятных последствий потребления табака для здоровья следует стремиться к снижению уровня курения, а не пытаться заменить курение другими формами потребления табака.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. The health consequences of using smokeless tobacco. Trends of smokeless tobacco use in the US: A report of the Advisory Committee to the Surgeon General / US Department of Health and Human Services. - Washington, DC: US Government Printing Office, 1986
2. Борьба с потреблением «бездымного» табака: Доклад научной группы ВОЗ - Женева, 1987
3. Андреева Т.И., Красовский К.С. Табак и здоровье. - Киев, 2004г.
4. Recommendation on smokeless tobacco prod. / Scientific Advisory Committee on Tobacco Product Regulation. - Geneva: World Health Organization, 2003.
5. Gupta PC, Sreevidya S. Smokeless tobacco use, birth weight, and gestational age: population based, prospective cohort study of 1217 women in Mumbai, India. *BMJ. - Mumbai*, 2004 Jun 26.
6. Stepanov I., Hecht S.S., Ramakrishnan S. and Gupta P.C. Tobacco-specific nitrosamines in smokeless tobacco products marketed in India // *Int. J. Cancer*, 2005. – 116. – p.16-19.
7. Scientific Advisory Committee on Tobacco Product Regulation: Recommendation on smokeless tobacco prod. ucts. – Geneva: World Health Organization, 2003г.
8. Рамочная Конвенция по борьбе против табака/ Всемирная организация здравоохранения. - <http://www.who.int/entity/tobacco/fctc/text/en/fctcru.pdf>
9. National Institute for Health and Clinical Excellence – NICE, Майк Келли
10. (Bilkis Hussain), Leicestershire Partnership Trust.
11. Стивен Хехт University of Minnesota.
12. Wolk R., Shamsuzzaman S. M. Hemodynamic and Autonomic Effects of Smokeless Tobacco in Healthy Young Men // *J Am Coll. Cardiol*, 2005, № 45. –P.910-914.
13. Carpenter C.M., Connolly G.N., Ayo-Yusuf O.A. et al. Developing smokeless tobacco products for smokers: An examination of tobacco industry documents // *Tobacco Control*, 2009, №18. – P.54-59.
14. Pershagen G. Smokeless tobacco/ *British Medical Bulletin*.- 1996; 52:5057.
15. Zaridze D.G., Blettner M., Trapeznikov N.N., et al. Survey of a population with a high incidence of oral and oesophageal cancer. - *International Journal of Cancer*, 1985, 36(2). - 153 -158
16. Eystifeeva T.V., Zaridze D.G. Mass use, cigarette smoking, alcohol consumption and risk of oral and oesophageal precancer. - *Eur J Cancer B Oral Oncol*, 1992 Jul;28B(1):2935.
17. Амлаев К.Р., Муравьев В.Н. Проблемы табакокурения в России и меры по ограничению потребления табака // *Вестник Ставропольского государственного университета*. - 2014.
18. Подход жизненных ситуаций в профи-

лактике табачных проблем. Часть 13. / Под ред. Андреевой Т.И. и Красовского К.С., при содействии Детского Фонда ООН ЮНИСЕФ в Украине. – Киев: ИЦПАН, 2000.

### ТҮЙІН

Шолу мақаласында түтінсіз (шегілмейтін) темекінің таралуын сипаттайтын материалдар талданған, шылымқорлардың түтінсіз темекі бұйымдарын тұтынуы бойынша еуропалық тәжірибе және ғылыми, эксперименттік мақалалар баяндалған.

**Түйін сөздер:** никотинге тәуелділік,

түтінсіз (шегілмейтін) темекі, снюс, снафф, насыбай, шайнайтын темекі.

### SUMMARY

Review article presents an analysis of materials that characterize the prevalence of smokeless (non-smoking) tobacco, European experience and research, experimental articles on the use of smokeless tobacco products by smokers.

**Keywords:** nicotine addiction, smokeless (non-smoking) tobacco, snus, snuff, nasyvay, chewing tobacco.

УДК: 614.2:616-07-084(574)

**БАТТАКОВА Ж.Е. д.м.н., профессор, ТОКМУРЗИЕВА Г. Ж. д.м.н.,  
Т.И. СЛАЖНЕВА д.м.н. профессор, Т.К. САЙДАМАРОВА.**  
Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни,  
г. Алматы

### ИТОГИ СКРИНИНГ - ОБСЛЕДОВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН ЗА ПЕРВОЕ ПОЛУГОДИЕ 2015 ГОДА.

#### АННОТАЦИЯ

В статье изложены результаты скрининг - обследований целевых групп населения РК по итогам первого полугодия 2015 года в сравнении с тем же периодом 2014 года. Описаны результаты выявления поведенческих факторов риска возникновения заболеваний.

**Ключевые слова:** скрининг-обследования, целевые группы населения, раннее выявление патологии, поведенческие факторы риска.

В рамках Национальной скрининговой программы в республике продолжают скрининг-обследования целевых групп населения с целью раннего выявления социально-значимых заболеваний, а также факторов риска их развития.

По результатам первого полугодия 2015

года проведено 3457052 скрининг - обследований целевых групп взрослого населения из 6103955 запланированных. Уровень охвата осмотром не имеет значимых различий в сравнении с первым полугодием 2014 года (56,6% и 56,3% 6 месяцев 2015г. и 2014г.) (рисунок 1).

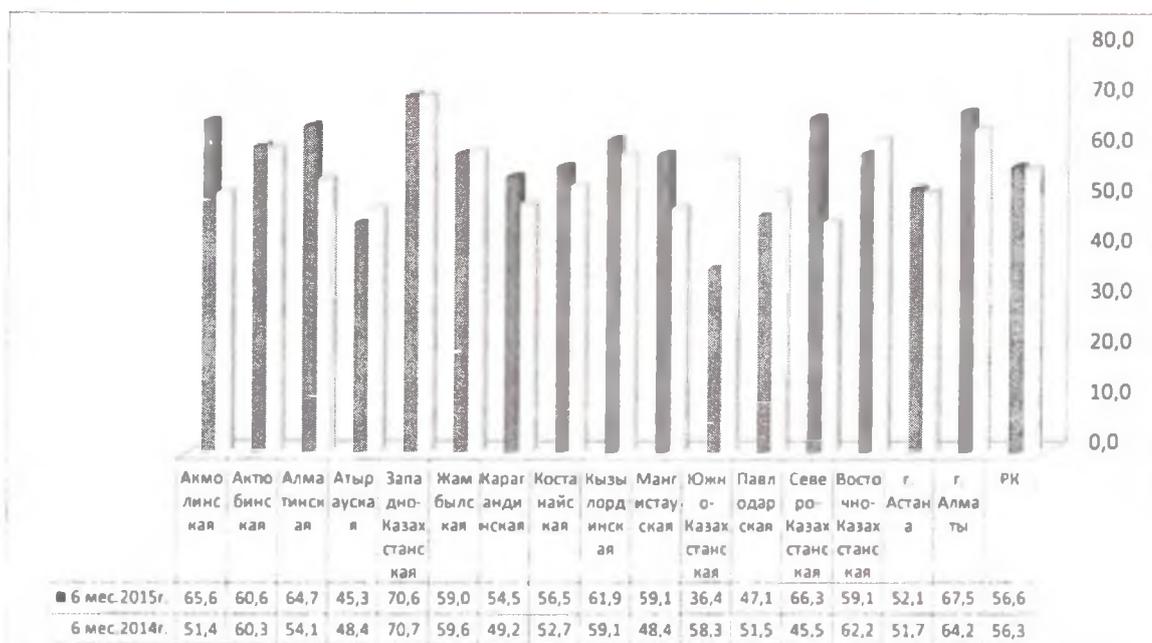


Рисунок 1. Показатели охвата скрининг - обследованиями целевых групп взрослого населения РК, первое полугодие 2015 и 2014 гг.

Скрининг – обследованиями на выявление болезней системы кровообращения (БСК) было охвачено 819710 человек (55,4%), что на 341462 осмотренных (0,9%) меньше, чем в том же периоде 2014 года (1161172 осмотренных – 56,2% соответственно).

В результате анализа показателей в раз-

резе возрастных групп было установлено, что пик выявленной патологии приходится на возраст 64 года – 11,6 % (13,2% в 2014 году).

Наименьший уровень установлен в возрасте 40 лет – 2,7% (рисунок 2).

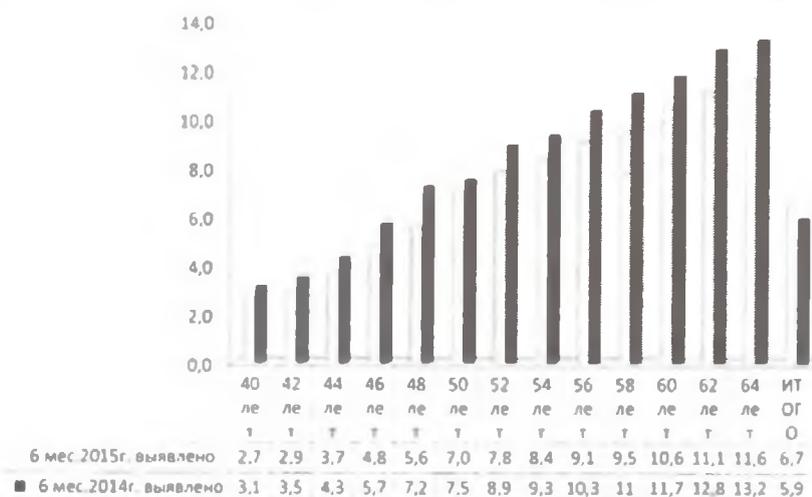


Рисунок 2. Уровень выявления случаев БСК в разрезе возрастных групп, РК 6 месяцев 2015 – 2014гг.

Показатель выявляемости БСК - 6,7%, что на 0,8% выше 2014 года (рисунки 3,4):

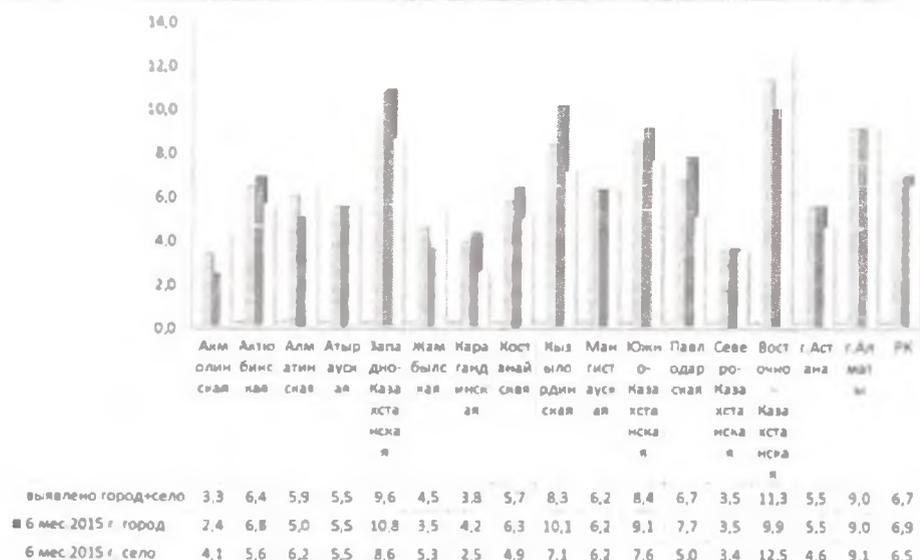


Рисунок 3. Удельный вес выявленных случаев БСК по РК, городской и сельской местности, 6 мес. 2015г.

Наибольшие показатели определены в Восточно-Казахстанской (11,3%), Западно-Казахстанской (9,6%), Южно-Казахстанской (8,4%), Кызылординской (8,3%) областях и в

г. Алматы (9,0%). Низкие показатели: Акмолинская (3,3%), Северо-Казахстанская (3,5%), Карагандинская (3,8%) области.

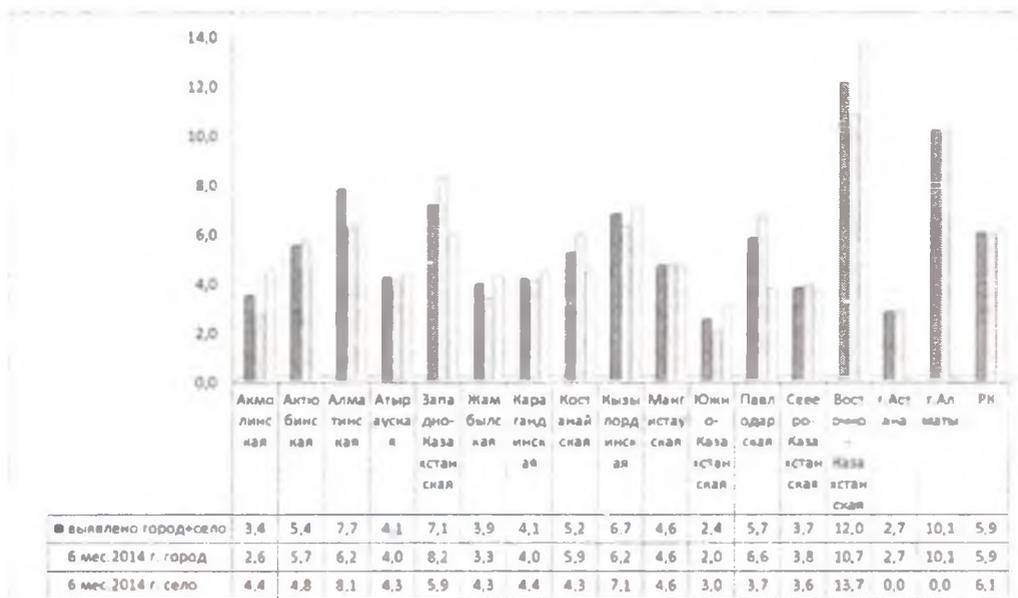


Рисунок 4. Удельный вес выявленных случаев БСК по РК, городской и сельской местности, 6 мес. 2014г.

Скринингами на выявление сахарного диабета (СД) охват составил 56,6% (839139 человек).

Удельный вес выявленных случаев СД - 0,6%, что на 0,2% выше того же периода 2014г.(0,4%) (рисунок 5).

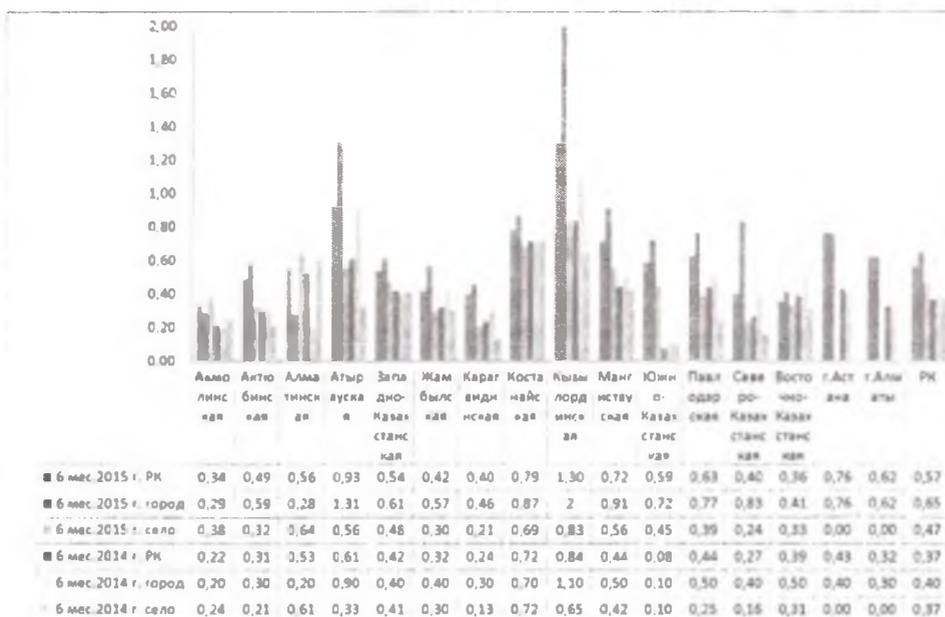


Рисунок 5. Удельный вес выявленных случаев СД по РК, городской и сельской местности, 6 мес. 2015 – 2014гг.

Наибольшие показатели уровня СД отмечены в Кызылординской (1,3%), Атырауской (0,9%), Костанайской (0,8%), Мангистауской (0,7%) областях и в

г. Астана (0,76%). Наименьший уровень в Акмолинской и Восточно-Казахстанской (0,3%), Карагандинской и Северо-Казахстанской (0,4%) областях.

В сельской местности большинства областей уровень выявленных случаев сахарного диабета ниже, чем в городской. И только в Акмолинской (0,38% село, 0,29% город) и

Алматинской (0,64% село, 0,28% город) областях показатели по СД в сельской местности выше.

На раннее выявление доброкачественных и злокачественных новообразований молочной железы показатель охвата осмотром за первое полугодие 2015 года составил 48,2%, что на 6,1% ниже показателя того же периода 2014 года (54,3%).

Выявлено 32263 (16,2%) случая предопухолевых состояний и рака молочной железы (за тот же период 2014 г. - 9,2%), (рисунок 6).

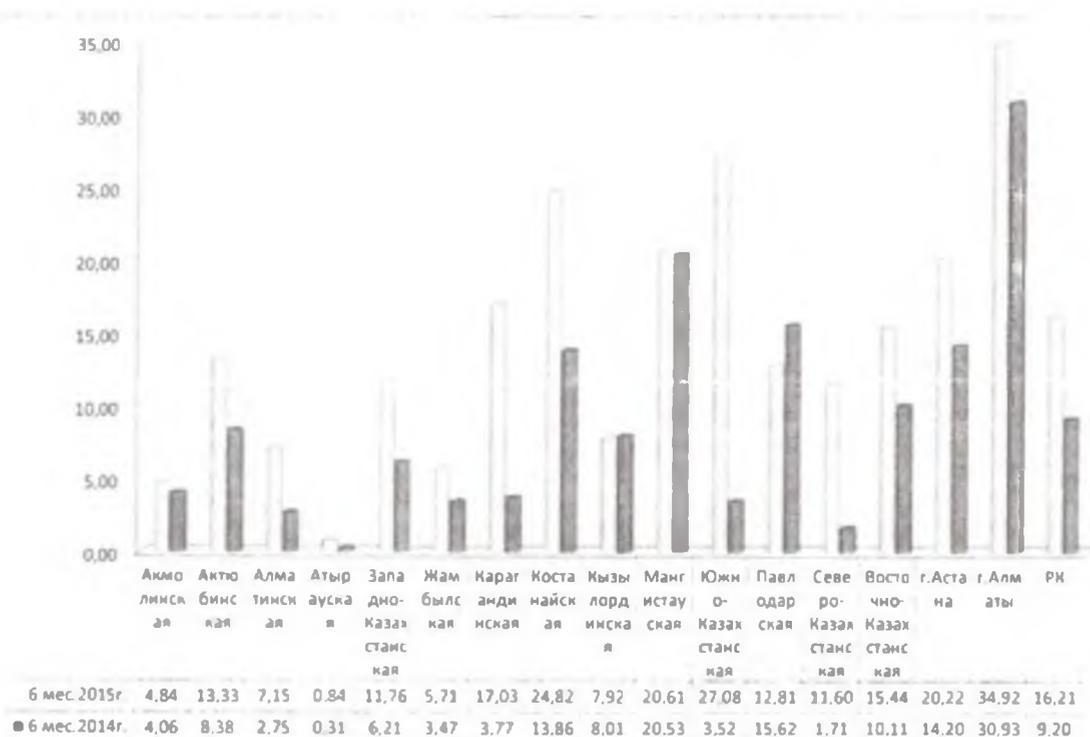


Рисунок 6. Удельный вес выявленных случаев предопухолевых состояний и рака молочной железы, РК за 6 мес. 2014-2015 гг.

За 6 месяцев 2015 года выявлено 217 случаев рака молочной железы (РМЖ) – 0,1%, в

том же периоде 2014 года - 0,09% (рисунок 7).

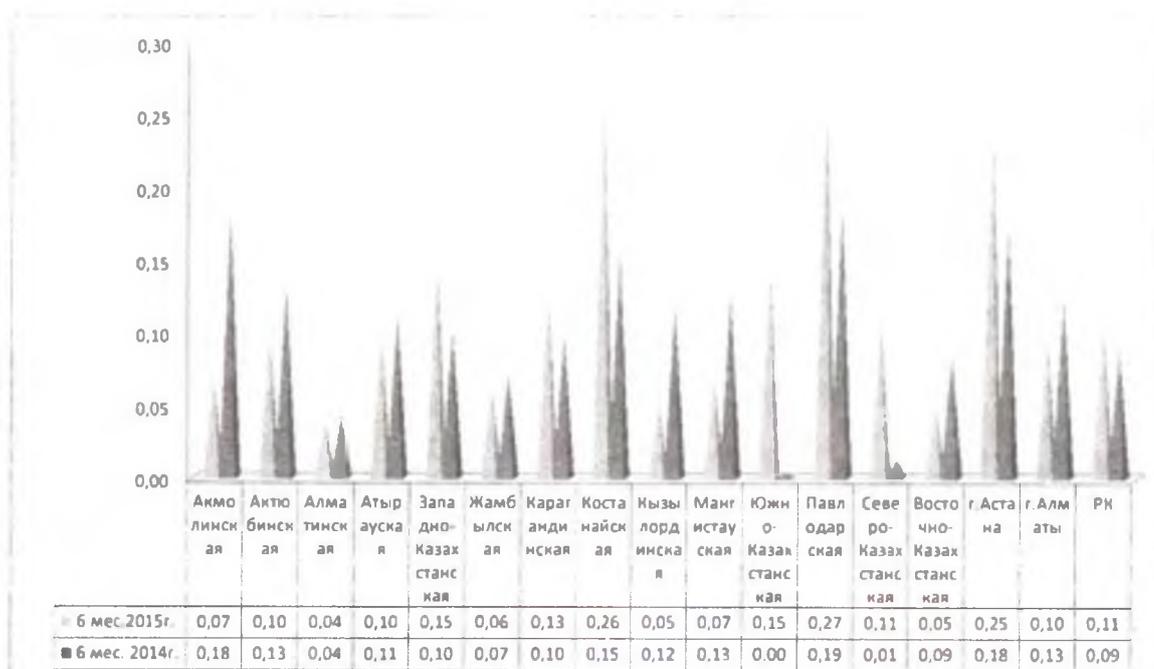


Рисунок 7. Удельный вес выявленных случаев рака молочной железы, 6 мес. 2015 - 2014гг.

В разрезе регионов наибольший показатель отмечается в Павлодарской и Костанайской областях (0,3%). Наименьший уровень выявленных случаев РМЖ в Алматинской (0,04%), Кызылординской и Восточно-Казахстанской (0,05%) областях.

В первом полугодии 2015 года на выявление предопухолевых заболеваний и рака шейки матки (РШМ) осмотрено 184887 (54,8%) женщин целевой группы. Данный показатель на 4,9% выше 2014 года (49,9%).

Удельный вес выявленных случаев предопухолевых состояний и РШМ составил 3,7% (4,0% в 2014 г.)

Выявлено 76 случаев рака шейки матки, что составляет 0,04%.

Динамика основных показателей скрининг - обследований целевых групп женского населения РК на выявление предопухолевых заболеваний и рака шейки матки за первое полугодие 2015-2014гг. представлена в таблице 1.

Таблица 1. Охват скрининг - обследованием целевых групп женского населения РК  
на выявление предопухолевых состояний и рака шейки матки, 6 мес. 2015-2014 гг.

Области	Подлежит осмотру женщин 6 мес. 2014 г	Осмотрено 6 мес. 2014 год		Выявлено больных 6 мес. 2014г		Из выявленных взято на «Д» учет 6 мес. 2014г		Подлежит осмотру женщин 6 мес. 2015г	Осмотрено 6 мес. 2015 год		Выявлено больных 6 мес. 2015г		Взято на «Д» учет 6 мес. 2015 год	
		Абс	%	Абс	%	Абс	%		Абс	%	Абс	%	Абс	%
Акмолинская	24989	12618	50,49	669	5,30	595	88,94	17554	12390	70,58	390	3,15	290	74,36
Актыбинская	24886	14044	56,43	266	1,89	253	95,11	18606	11775	63,29	278	2,36	255	91,71
Алматинская	59137	30686	51,89	1231	4,01	1136	92,28	39008	25900	66,40	846	3,27	811	95,86
Атырауская	16561	5601	33,82	9	0,16	7	77,78	12314	4577	37,17	53	1,16	50	94,34
Западно- Казахстанская	20371	14240	69,9	522	3,67	521	99,81	15337	10653	69,46	598	5,61	597	99,83
Жамбылская	31268	19152	61,25	690	3,65	690	100	23140	14789	63,91	569	3,85	564	99,12
Карагандинская	41854	12185	29,11	31	0,25	24	77,42	33410	15134	45,30	197	1,30	181	91,88
Костанайская	25814	12455	48,25	437	3,51	401	91,76	22304	11159	50,03	240	2,15	238	99,17
Кызылординская	20396	10903	53,46	756	6,93	748	98,94	14857	7417	49,92	387	5,22	377	97,42
Мангистауская	15907	7426	46,68	378	5,09	376	99,47	12536	6153	49,08	139	2,26	130	93,53
Южно- Казахстанская	69412	34950	50,35	566	1,62	557	98,41	52964	0	0	0	0	0	0
Павлодарская	27034	11076	40,96	271	2,45	268	98,89	19558	9764	49,97	72	0,74	68	94,44
Северо- Казахстанская	20793	8597	41,35	424	4,93	423	99,76	14700	6867	46,71	476	6,93	306	64,29
Восточно- Казахстанская	48483	25149	51,91	746	2,97	672	90,08	34473	16760	48,62	439	2,62	410	93,39
г Астана	20972	8950	42,68	607	6,78	568	93,57	19360	8991	46,44	497	5,53	474	95,37
г Алматы	50003	30553	61,1	2551	9,00	2346	99,82	40131	22558	56,21	1582	7,01	1556	98,36
<b>РК</b>	<b>517885</b>	<b>258585</b>	<b>49,93</b>	<b>10363</b>	<b>4,01</b>	<b>9994</b>	<b>96,44</b>	<b>390232</b>	<b>184887</b>	<b>47,38</b>	<b>6763</b>	<b>3,66</b>	<b>6307</b>	<b>91,26</b>

Наибольшее количество выявленных случаев предопухолевых состояний и рака шейки матки отмечены в г. Алматы и Северо-Казахстанской области (7,0%). Наименьшие показатели - в Павлодарской (0,7%), Атырауской (1,1%), Карагандинской (1,3%) областях.

Таким образом, в первом полугодии 2015 года проведено 3457052 скрининг - обследования целевых групп взрослого населения из 6103955 запланированных. При этом обследовано 391363 (38,1%) мужчины и 635951 (61,9%) женщина.

В результате скрининг - обследований выявлено 54941 случай БСК (6,7%), 4755 случаев СД (0,6%), 32263 случая предопухолевых состояний и РМЖ (16,2%), 6763 случая предопухолевых состояний и РШМ

(3,6%). В том же периоде 2014 года было выявлено соответственно 68955 случаев БСК (5,9%), 4329 случаев СД (0,4%), 19346 случаев предопухолевых состояний и РМЖ (9,2%) и 10363 случаев предопухолевых состояний и РШМ (4,0%).

Показатели важны для принятия управленческих решений.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы: Указ Президента Республики Казахстан (с изменениями от 27.08.2012 г.).

2. Об утверждении «Правил проведения профилактических медицинских осмотров

целевых групп населения»: Приказ МЗ РК № 685 от 10 ноября 2009 года.

3. 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»: Приказ МЗ РК № 145 от 16 марта 2011 года.

4. О внесении изменений в приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 685 «Об утверждении «Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения»: Приказ МЗ РК № 361 от 29 декабря 2014г.

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

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

7. Ибакова Ж.О. Скрининг (профилактические осмотры) на выявление сердечно-сосудистых заболеваний и их факторов риска. – Алматы: НИИ кардиологии и внутренних болезней.

8. Организация профилактических скрининговых медицинских осмотров в Республике Казахстан: Методическое руководство. - Алматы: НЦПФЗОЖ, 2012г.

9. Баттакова Ж.Е. и др. Национальная скрининговая программа - крупный инновационный проект здравоохранения Казахстана. - Алматы: НЦПФЗОЖ 2014г.

10. Баттакова Ж.Е. и др. Основные результаты реализации скрининг программы направленной на раннее выявление рака молочной железы. – Алматы: НЦПФЗОЖ,

2014г.

11. Сайдамарова Т.К. Результаты скрининговых осмотров и выявление поведенческих факторов риска в Республике Казахстан. - Алматы: НЦПФЗОЖ, 2014г.

12. Баттакова Ж.Е. и др. Международный опыт проведения скрининговых профилактических осмотров и Национальная скрининговая программа в Казахстане. - Алматы: НЦПФЗОЖ, 2014г.

13. Баттакова Ж.Е. и др. Мониторинг скрининговых обследований на раннее выявление болезней системы кровообращения в Республике Казахстан. - Алматы: НЦПФЗОЖ, 2014г.

14. Баттакова Ж.Е. и др. Возрастно-половая и территориальная структура скрининг-обследований целевых групп взрослого населения РК. – Алматы: НЦПФЗОЖ, 2014г.

#### ТУЙЫН

Мақалада 2015 жылдың бірінші жартыжылдығымен 2014 жылдың осы кезеңімен салыстырмалы нәтижесі бойынша ҚР нысаналы халық тобын скринингтік тексеріп-қарау нәтижесі баяндалған.

**Кілт сөздер:** скринингтік тексеріп-қарау, нысаналы халық топтары, ақауды ерте анықтау, мінез-құлықтық қауіп-қатер факторлары.

#### SUMMARY

The article presents results of the target population screening in the Republic of Kazakhstan in the first half of 2015 compared with the same period in 2014. The results of behavioral risk factors identification are described.

**Keywords:** screening, target population, pathology early detection, behavioral risk factors.

УДК:614.2:616-065.52-053.2-084

**БАТТАКОВА Ж.Е., д.м.н., профессор, ТОКМУРЗИЕВА Г.Ж., д.м.н.,  
СЛАЖНЕВА Т.И., д.м.н., профессор.**

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

### **МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ПРИОРИТЕТНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ ПОПУЛЯЦИОННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ДЕТСКОГО ОЖИРЕНИЯ В СООТВЕТСТВИИ С РЕКОМЕНДАЦИЯМИ ВОЗ.**

#### **АННОТАЦИЯ**

В статье рассматриваются основные методические подходы, предлагаемые специалистами ВОЗ, помогающие определять и устанавливать приоритетные направления профилактической работы для предупреждения детского ожирения.

**Ключевые слова:** Ожирение детей, популяционная профилактика, модели изменения поведения.

За последние три десятилетия распространенность избыточной массы тела и ожирения у населения, в том числе и у детей, значительно увеличилось и это стало одной из самых серьезных проблем здравоохранения начала 21 века [1]. Перед государствами возник вопрос разработки комплексных межсекторальных мер профилактики, учитывающих фактические данные регионов и мнения заинтересованных сторон. Признавая важность проблемы, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) опубликовала комплекс методических разработок, которые помогут государствам – членам определить и установить приоритетные направления работы в области популяционной профилактики детского ожирения. Инструменты, предложенные в данном документе, призваны облегчить формирование перечня рекомендуемых и перспективных мер вмешательства программного характера (выработки политики) с учётом фактических данных, сопровождаемых информационно-пропагандистской работой и обеспеченных финансовыми и людскими ресурсами.[2].

При формировании политики снижения ожирения следует понимать, что высокая распространенность избыточной массы тела

и ожирения вызывает тяжелые последствия для здоровья населения. Повышенный индекс массы тела (ИМТ) является одним из главных факторов риска развития таких заболеваний, как сердечно-сосудистые, диабет 2 типа и многие виды рака (в том числе, например, рак прямой и ободочной кишки, рак почки, рак пищевода)[3,4]. Эти заболевания, называемые неинфекционными (НИЗ), являются не только причиной преждевременной смертности, но и вызывают длительное состояние болезни. Кроме того, избыточная масса тела и ожирение в детском возрасте ассоциируют со значительным ухудшением качества жизни [5,6] и повышенным риском того, что ребенка будут дразнить и травить его сверстники, и он окажется в социальной изоляции [7].

Ожирение у детей – состояние, при котором фактическая масса тела ребенка превышает возрастной норматив на 15% и более, а индекс массы тела  $\geq 30$ . Данные исследований свидетельствуют, что избыточную массу тела имеют около 12% российских детей, а ожирение - 8,5% детей, проживающих в городах, и 5,5% - в сельской местности.[8].

Во всем мире отмечается эпидемический рост распространения ожирения среди детей.

что требует серьезного отношения к данной проблеме со стороны педиатрии и детской эндокринологии. Почти у 60% взрослых, страдающих ожирением, проблемы с лишним весом начались в детском и подростковом возрасте. Прогрессирование ожирения у детей ведет к развитию в будущем сердечно-сосудистых, эндокринных, метаболических, репродуктивных нарушений, заболеваний пищеварительного тракта и опорно-двигательного аппарата [9].

Всемирной организацией здравоохранения в 2004 г. была разработана Глобальная стратегия в области питания, физической активности и здоровья (СПФА) для противодействия росту распространенности и бремени неинфекционных заболеваний [10]. Стратегия нацелена на улучшение рациона питания и моделей физической активности во всем мире – именно эти два аспекта составляют главные факторы риска развития НИЗ.

СПФА направлена на достижение четырех главных целей:

1. Поощрять осуществление мер и профилактических вмешательств в области общественного здравоохранения с целью снижения факторов риска, которые являются следствием нездорового питания и недостаточной физической активности;

2. Укрепить признание последствий нездорового питания и недостаточных уровней физической активности и повысить уровень знаний о профилактических мерах;

3. Содействовать стратегиям и планам действий на всех уровнях, направленным на то, чтобы воздействовать на модели поведения в отношении рациона питания и физической активности;

4. Поощрять мониторинг, оценку эффективности стратегии и дальнейшие научные исследования.

СПФА требует отлаживать приоритет группам, находящимся в неблагоприятных социальных, экономических и политических условиях, а также уделять особое внимание

нездоровым моделям поведения детей и подростков в отношении питания и физической активности [10].

Научный подход к процессу определения приоритетов чрезвычайно важен и необходим, так как обеспечивает эффективность принимаемых мер. Международные специалисты отмечают, что для установления приоритетных направлений работы по профилактике ожирения существует несколько разных методов. Всем им присущи следующие общие этапы:

- Выявление проблемы и анализ потребностей.
- Выявление возможных решений.
- Оценка и определение приоритетности возможных решений.
- Выработка стратегии.

Наиболее часто рассматриваются следующие три разных подхода к установлению приоритетов: предложенная ВОЗ поэтапная система реализации мер по профилактике хронических заболеваний, процесс построения модифицированных «деревьев» проблемы/решения и процесс ANGELO (“Сетка анализа элементов, связанных с ожирением”), система “Оценка соотношения затрат и эффективности” (ОЭЭ) [11-13].

Приступая к установлению приоритетов, следует учитывать, что ни одна отдельно взятая мера вмешательства не будет в состоянии предупредить ожирение. Детерминанты ожирения сложны и многообразны [14], поэтому и решения проблемы должны быть многогранными. В зависимости от района, области или страны, одни меры или конкретные варианты политики будут более важными, уместными и осуществимыми, чем другие. Поэтому рекомендуется, чтобы решения в отношении вариантов политики и приоритетных направлений работы принимались на местном уровне.

Интересным, на наш взгляд, представляется использование системы ANGELO, позволяющей классифицировать и быстро анализировать факторы окружающих усло-

вий, препятствующих здоровому питанию и физической активности.

Она включает перечень проблемных моделей поведения, на которые необходимо целенаправленно воздействовать мерами вмешательства (примерно 20-25 конкретных моделей поведения), знаний и умений, которые необходимо улучшить (примерно 10-20 пробелов в знаниях и умениях), и препятствий в окружающей среде, которые нужно преодолеть (примерно 20-30 препятствий на один социальный контекст). Например, для целевой группы детей в возрасте 5-12 лет были составлены следующие перечни моделей поведения для снижения ожирения [15].

**Перечень моделей поведения для целенаправленного воздействия:**

1. Увеличить потребление фруктов.
2. Увеличить потребление овощей.
3. Увеличить потребление продуктов из цельных зерен.
4. Увеличить потребление воды и снизить потребление напитков с высоким содержанием сахара, в т.ч. фруктовых соков.
5. Завтракать каждый день.
6. Улучшить содержимое обеденных пакетов.
7. Уменьшить количество суррогатной пищи (с высоким содержанием жира и сахара) в обеденных пакетах и после школы.
8. За ужином есть пищу с меньшим содержанием жиров.
9. Реже потреблять продукты "быстрого питания".
10. Добиться, чтобы дети больше ходили пешком или ездили на велосипеде (и меньше ездили в автомобиле).
11. Расширить круг неформальных занятий, связанных с физической активностью (напр., скейтборд, игра в мяч у баскетбольного щита).
12. Повысить участие в других организованных занятиях, кроме спорта, в которых предполагается физическая активность (танцы, боевые искусства).
13. Увеличить число часов физкультуры в

школе.

14. Меньше смотреть телевизор.

15. Меньше играть в электронные игры.

**1. Возможные области изменения домашней/семейной среды:**

**Физическая среда.**

**Пищевые продукты.**

1. Иметь в наличии больше фруктов.
2. Больше овощей и здоровой пищи для вечернего приема.
3. Более здоровые варианты перекуса после школы и в другое время.
4. Меньше держать дома напитков с высоким содержанием сахара.
5. Иметь в наличии больший выбор здоровых продуктов для завтрака.
6. Больше вариантов для приготовления здоровых обедов дома.

**Физическая активность**

1. Больше спортивных снарядов (например, мячи, бейсбольные биты, сетки, велосипеды).

для игры дома

2. Увеличить размеры двора, где можно было бы играть.
3. Родителям обеспечивать больше возможностей для переезда к местам подвижных занятий.

**Экономические условия.**

**Пищевые продукты:**

1. Уменьшить карманные деньги, используемые на суррогатную пищу.
2. Больше денег из бюджета на питание тратить на здоровую пищу.

**Физическая активность:**

1. Тратить больше денег на спорт и подвижные занятия.
2. Тратить меньше денег на такие виды развлечений, как кино, DVD и т.д.

**Политическая среда.**

**Пищевые продукты:**

1. Более строгие правила в отношении карманных денег и суррогатной пищи.
2. Больше правил, регламентирующих еду

и напитки, которые способствуют выбору здоровых пищевых продуктов, здоровым обеденным пакетам.

#### Физическая активность:

1. Более строгие правила в отношении просмотра телевизора и электронных игр.

2. Меньше ограничений для занятия спортом, участия в спортивных играх и играх на свежем воздухе.

3. Менее строгие правила в отношении ходьбы пешком, езды на велосипеде на улицах.

#### Социо-культурная среда

##### Пищевые продукты:

1. Родители должны подавать пример здорового питания.

2. Семьи должны активнее поддерживать здоровое питание.

3. Родители воспринимают школьные столовые как место здорового питания, а не как магазины сладостей или угощений.

##### Физическая активность

1. Родители должны подавать пример физической активности.

2. В семьях должно оказываться больше поддержки занятиям спортом/физкультурой.

3. Прививать детям представления о безопасности.

#### 2. Перечень возможных областей, в которых необходимо повысить уровень знаний и умений.

1. Знать, что завтрак способствует умственной деятельности.

2. Знать здоровые варианты пищи для обеда.

3. Знать, что еда навынос и жирные закуски, такие как чипсы, - это нездоровая пища.

4. Знать, что напитки с высоким содержанием сахара не полезны для здоровья.

5. Знать, что фруктовые соки - это не напитки здоровья.

6. Знать, какие закуски являются здоровыми.

7. Знать, что потребление большого коли-

чества фруктов и овощей укрепляет здоровье.

8. Знать, что детям и подросткам рекомендуется не менее одного часа в день физической нагрузки от умеренной до интенсивной степени.

9. Знать, что ходить в школу пешком интересно и полезно для здоровья.

10. Уметь видеть и чувствовать дорогу.

11. Знать, что телевизор ухудшает здоровье и физическую форму.

12. Знать, что рекомендуемое "экранное время" отдыха (ТВ + электронные игры) составляет менее 2 часов в день.

13. Улучшить навыки приготовления пищи.

14. Любить разные фрукты и овощи.

15. Обладать навыками безопасности дорожного движения/езды на велосипеде.

16. Иметь хорошие спортивные навыки, например, уметь играть с мячом.

#### 3. Возможные области изменений школьной среды.

##### Физическая среда

##### Пищевые продукты:

1. Большой выбор здоровой пищи в столовых.

2. Больше часов в учебной программе, посвященных питанию/пищевым продуктам.

##### Физическая активность:

1. Улучшить сооружения на открытом воздухе.

2. Улучшить помещения для занятия физкультурой.

3. Увеличить количество оборудования для игр и занятий физкультурой

4. Увеличить количество уроков физкультуры.

5. Предоставить больше возможностей для занятий спортом.

6. Предложить больше вариантов физической активности, не связанных со спортом (например, танцы, каратэ).

##### Экономические условия.

##### Пищевые продукты:

1. Уменьшить зависимость поступления денежных средств от продажи суррогатной пищи в школах.

2. Сделать более дешевой здоровую пищу в школьных столовых.

3. Принять стратегии сохранения рентабельности столовой здорового питания.

#### **Физическая активность.**

1. Занятия спортом должны быть доступны по стоимости.

2. Увеличить бюджет школы, выделяемый на занятия физкультурой и на соответствующее оборудование.

#### **Политическая среда.**

##### **Пищевые продукты:**

1. Более действенные стратегии в отношении столовых и заказа обедов.

2. Более действенные стратегии в отношении утренних закусок.

3. Политика, предусматривающая наличие в классах бутылок с водой.

4. Более действенные школьные стратегии в отношении питания и сбора денег.

5. Рекомендации для родителей в отношении обеденных пакетов.

##### **Физическая активность:**

1. Менее строгие правила в отношении использования спортивного оборудования во время обеденного перерыва.

2. Более действенные стратегии содействия спорту и физической активности.

3. Менее строгие правила использования школьных площадок.

#### **Социо-культурная среда**

##### **Пищевые продукты:**

1. Более высокая приоритетность здорового питания в школе.

2. Учителя должны подавать пример здорового питания.

##### **Физическая активность:**

1. Более высокая приоритетность физически активного поведения

2. Учителя должны подавать пример физической активности

#### **Другие варианты.**

**4. Возможные области изменения в среде микрорайона.**

#### **Физическая среда**

##### **Пищевые продукты:**

1. Наличие большего выбора здоровой пищи в молочных барах, ресторанах с блюдами навынос и т.д.

2. Наличие этикеток с информацией о пищевых качествах на продуктах быстрого питания и ресторанных блюдах.

3. Большой выбор здоровых блюд в детских меню в ресторанах

##### **Физическая активность:**

1. Больше парков и открытых пространств неподалеку от микрорайона.

2. Улучшение сооружений (например, баскетбольные щиты, рампы для скейтборда) в местных парках для активного отдыха.

3. Больше спортивных клубов и клубов для отдыха поблизости от микрорайона.

4. Больше велосипедных и пешеходных дорожек.

5. Меньше движения транспорта на пригородных улицах.

6. Меньше собак в микрорайоне.

7. Улицы для прогулок или тренировок.

#### **Экономические условия.**

##### **Пищевые продукты:**

1. Удешевление здоровой пищи.

##### **Физическая активность:**

2. Снижение стоимости вступления в клубы или пользования рекреационными объектами (спортзалами, площадками для гольфа, плавательными бассейнами)

#### **Политическая среда.**

##### **Пищевые продукты:**

1. Политика в отношении пищи, подаваемой в местных учреждениях.

2. Политика в отношении городских садов и огородов.

##### **Физическая активность:**

1. Ограничения скорости транспортных средств.

#### **Социо-культурная среда.**

##### **Пищевые продукты:**

1. Более высокая приоритетность здоро-

вого питания в сообществе.

2. Лидеры сообщества должны подавать пример здорового питания.

Физическая активность.

1. Более высокая приоритетность физической активности в сообществе.

Разработчики программы и представители целевой группы составляют перечни и дают им оценку с использованием бальной системы и ранжирования с последующим определением приоритетных мер воздействия в каждой области.

**Заключение.**

Установлено, что избыточный вес и ожирение, а также связанные с ними неинфекционные болезни, в значительной мере, предотвратимы. Профилактика считается самым целесообразным способом сдерживания эпидемии ожирения среди детей, так как нынешние методики лечения, в значительной степени, направлены скорее на установление контроля над проблемой, а не на исцеление.

Целью борьбы против эпидемии ожирения среди детей является достижение правильного энергетического обмена, который можно поддерживать на протяжении всей жизни. Принципы коррекции влияния поведенческих факторов риска для снижения ожирения базируются на мерах индивидуальной и популяционной профилактики. В основе мер индивидуальной профилактики лежат следующие рекомендации.

Общие рекомендации

- повысить потребление фруктов и овощей, а также бобовых, цельного зерна и орехов;

- ограничить потребление энергии из всех видов жиров и перейти от потребления насыщенных жиров к потреблению ненасыщенных жиров;

- ограничить потребление свободных сахаров;

- ежедневно уделять не менее 60 минут физической активности от умеренной до высокой интенсивности, которая соответствует развитию и включает разнообразные заня-

тия. Для контроля веса может требоваться более интенсивная физическая активность.

Популяционная профилактика включает комплексные меры следующих заинтересованных сторон:

1. Правительство (центральные, территориальные, местные органы власти).

2. Международные и региональные организации (ВОЗ, ЮНИСЕФ, Всемирный банк, ФАО, Всемирная торговая организация и др.).

3. Отрасли и частный сектор (пищевая промышленность, СМИ, сектор коммуникаций, автомобилестроение и транспортный сектор, индустрию развлечений и розничную торговлю потребительскими товарами).

4. Гражданское общество и неправительственные организации (профсоюзы, общественные организации, НПО и др.).

За основу популяционной профилактики следует принять перечни моделей изменения поведения, рекомендованных ВОЗ (при необходимости осуществляется работа по установлению приоритетных направлений). Важным фактором являются изменения моделей поведения в семейной среде, школьной среде и в обществе. Направления изменения действий в области пищевых продуктов и физической активности должны охватывать физическую среду, экономические условия, политическую среду и социо-культурную среду.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Проблема ожирения в Европейском регионе ВОЗ: Факты и цифры ERB Копенгаген Бухарест: ВОЗ, 2005г.

2. Prioritizing areas for action in the field of population-based prevention of childhood obesity: A set of tools for Member. - Geneva: WHO, 2013.

3. Ezzati M, Lopez, A. D., Rodgers, A., Murray, C. J. L. (eds). Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. - Geneva: WHO, 2004.

4. Food, nutrition, and the prevention of cancer: a global perspective/ World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. - Washington, DC: American Institute for Cancer Research, 2007.
5. Health-related quality of life in obese children and adolescents/ Tsiros MD OT, Buckley JD, Grimshaw P, Brennan L, Waikley J, et al. - *Int J Obes (Lond)*. 2009;33:387-400.
6. Health-related quality of life of overweight and obese children/  
Williams J. W.M., Hesketh K., Maher E., Waters E. - *JAMA*, 2005;293:70-6.
7. Lobstein T., Baur L., Uauy R. Obesity in children and young people: a crisis in public health// *Obes Rev*. -2004. May №5 Suppl 1:4-104.
8. Аверьянов. А. П., Болотова Н. В., Зотова Ю. А., Ожирение в детском возрасте // *Лечащий врач*, № 02/10. – с.10-15.
9. Глобальная стратегия в области рациона питания, физической активности и здоровья: Рамочная основа для мониторинга и оценки реализации стратегии. - Женева: ВОЗ, 2006.
10. Глобальная стратегия в области рациона питания, физической активности и здоровья. - Женева: ВОЗ, 2004.
11. Carter R, Vos T, Moodie M, Haby M, Magnus A, C. M. Priority setting in health: origins, description, and application of the Australian Assessing Cost-Effectiveness initiative *Expert Rev Pharmacoeconomics Outcomes Res*. 2008;8(6):593-617.
12. Haby M.M. et al. A new approach to assessing the health benefit from obesity interventions in children and adolescents: the assessing cost-effectiveness in obesity project/ Haby MM, Vos T, Carter R, Moodie M, Markwick A, Magnus A. et al. - *Int J Obes (Lond)*, 2006 Oct;30(10):1463-75.
13. Carter R MM, Markwick A, Magnus A, Vos T, Swinburn B, and Haby M. Assessing Cost-Effectiveness in Obesity (ACE-Obesity): an overview of the ACE approach, economic methods and cost results. *BMC Public Health*. 2009;9: 419.
14. Government Office for Science, Foresight. Tackling Obesities: Future Choices - Project report. London:Government Office for Science, 2007 [cited 2008 December]; Available from: <http://www.foresight.gov.uk/OurWork/ActiveProjects/Obesity/KeyInfo/Index.asp>.
15. Green L. From research to "best practices" in other settings and populations. - *American Journal of Health Behavior*, 2001;25:165-78.
16. Simmons A, Mavoa HM, Bell AC, De Courten M, Schaaf D, Schultz J, Swinburn BA. Creating community action plans for obesity prevention using the ANGELO (Analysis Grid for Elements Linked to Obesity) Framework. - *Health Promotion International*, 2009, 24(4):311-24.
17. Schultz J, Utter J, Mathews L, Cama T, Mavoa H, Swinburn B. The Pacific OPIC Project (Obesity Prevention in Communities): action plans and interventions. - *Pacific Health Dialog*, 2007, 14(2):147-53.

### ТҮЙІН

Мақалада балалардың семіздігінің алдын алуға арналған профилактикалық жұмыстардың басым бағыттарын анықтау және бекітуге көмектесетін ДДҮ-ның мамандары ұсынған негізгі әдістемелік тәсілдер қарастырылады.

**Түйін сөздер:** Балалардың семіздігі, танымал профилактика, мінез-құлықты өзгерту үлгісі.

### SUMMARY

The article presents main methodological approaches offered by WHO experts, which help to identify and set priorities in childhood obesity preventive work.

**Keywords:** childhood obesity, population prevention, behavioral change models.

УДК:614.2:616-07-084:616-056.8(574.23)

САДВАКАСОВА Ж.К., директор, КОРНЕЕВА О.В.,  
координатор скрининговых программ  
Центр здорового образа жизни  
г. Кокшетау

## ВЫЯВЛЕНИЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СКРИНИНГОВЫХ ОСМОТРОВ В АКМОЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ

### АННОТАЦИЯ

В Акмолинской области скрининг проводится с 2008 г. Цель скрининга - раннее выявление социально-значимых заболеваний или предрасположенность к ним, а также факторов риска их развития, что необходимо для оказания своевременной лечебно-профилактической помощи.

**Ключевые слова:** скрининг, поведенческие факторы риска, биологические факторы риска.

Основным приоритетом в отрасли здравоохранения является значительное усиление профилактической медицины. В Казахстане профилактический медицинский осмотр (скрининг) здоровых лиц определенного возраста входит в перечень Гарантированного объема бесплатной медицинской помощи. Медики всех стран, занимающиеся проблемами сохранения здоровья, выделили факторы, влияющие на здоровье человека:

- социально-экономические (в зависимости от степени социально-экономического развития страны);
- природной среды (климатические условия, природные ресурсы, экология);
- биологические и психологические (наследственность, стрессоустойчивость, адаптационные качества, темперамент, конституциональные признаки);
- состояние общественного здравоохранения.

Первая группа факторов влияющих на здоровье - образ жизни (около 51%). В эту группу факторов риска относят курение, алкоголь, наркотики, вредные условия труда, стрессы, неправильное питание, гиподинамия, плохие материально-бытовые условия, проблемы в семейных отношениях, высокий уровень урбанизации.

Вторая группа факторов риска влияющих

на здоровье - внешняя среда (около 19%), к этой группе факторов относится загрязнение канцерогенами воздуха, воды, почвы, вредные химические соединения, шум, радиация.

Третья группа факторов влияет на генетику, биологию человека - (около 21%). К ней относятся предрасположенность к наследственным болезням, дегенеративные болезни.

Четвертая группа факторов влияющих на здоровье - состояние общественного здравоохранения (около 9%). К ней относится несвоевременность, низкое качество медицинской помощи, неэффективность профилактических мер, подделка медикаментов.

По статистическим данным выходит, что наибольший процент факторов риска, влияющих на здоровье, приходится на образ жизни (51%). А значит, как бы это не парадоксально звучало, сам человек без ведения здорового образа жизни, подвергает себя высокому риску заболеваний и сокращению продолжительности своей жизни.

В 2014 году по сравнению с 2013 годом почти на 16% увеличился охват населения скрининговыми осмотрами. При проведении профилактических осмотров наблюдается некоторое уменьшение (на 3,35%) поведенческих факторов риска (курение с 16,27% до 15,83%, злоупотребление алкоголем с 1,52%

до 1,41%, ИМТ (избыточная масса тела) - индексе Кетле 25-30 с 26,7% до 26,3%.

Наиболее высокие уровни курения отмечены в Аккольском 35%, Жаркаинском 29%,

Есильском 27%. Ниже областного показателя, уровень курения отмечены в Коргалжинском р-не 2,1% Ерейментауском 7,4% (рисунок 1).

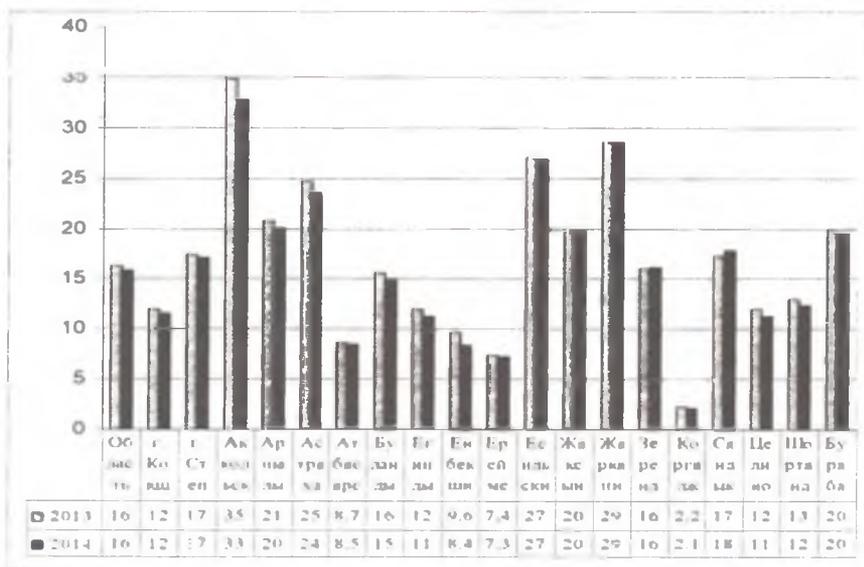


Рисунок 1 - Распространенность фактора курения среди целевых групп населения

Наиболее высок процент употребления алкоголя в особо опасных дозах в Есильском – 4,3%, Аршатынском – 3,8% (рисунок 2).

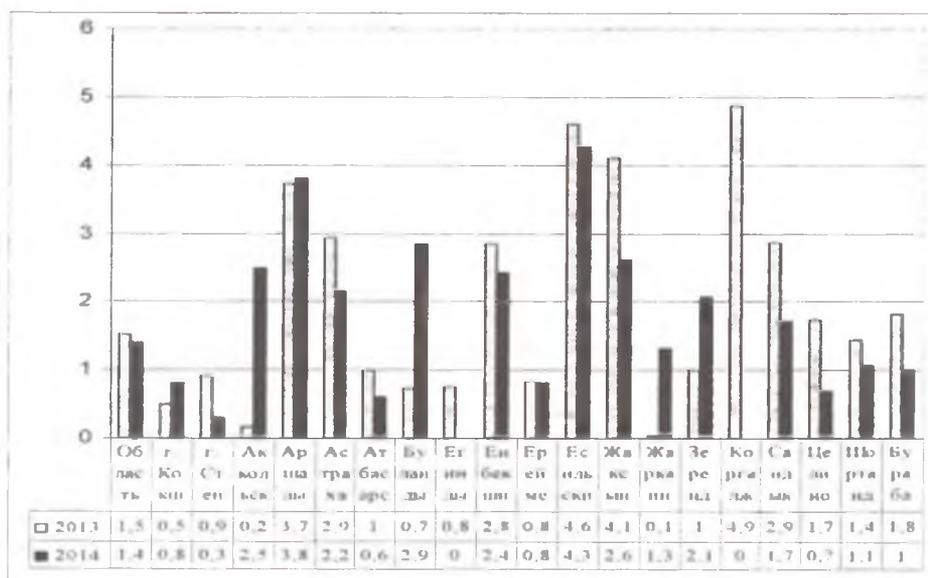


Рисунок 2 – Распространенность фактора потребления алкоголя в опасных дозах

Избыточная масса тела по индексу Кетле 25-30 в 2013г. отмечалась у населения в Егиндыкольском (37,9%) и Жаркаинском (31,5%) районах и в

г. Кокшетау (31,3%). В 2014г. по распространенности этого фактора риска лидируют Жаркаинский район – 34,4%, Аккольский – 33,7%, Астраханский – 32% (рисунок 3).

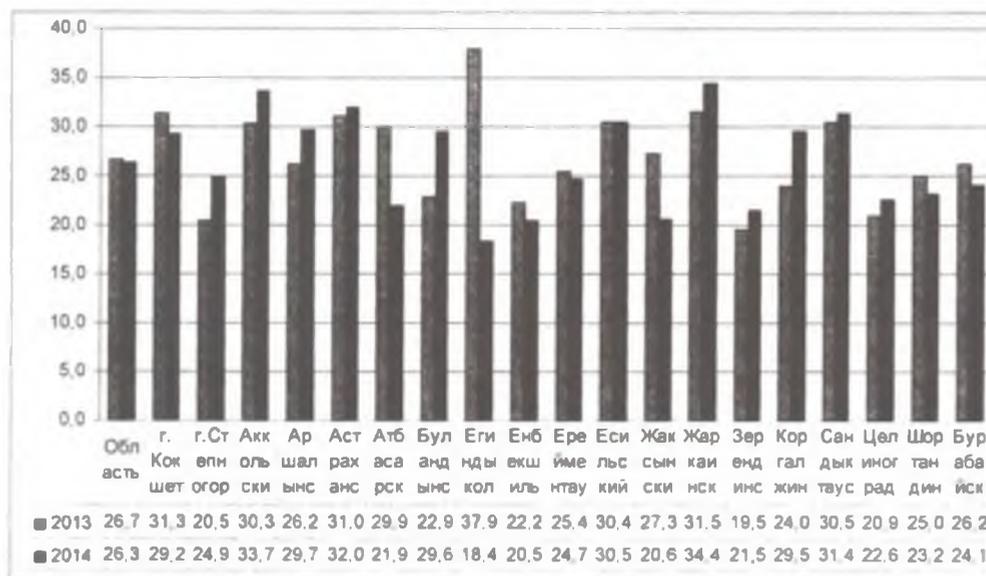


Рисунок 3 – Результат осмотра целевых групп с показателем избыточной массы тела по индексу Кетле 25-30

Рекомендуемая ежедневная физическая нагрузка (ходьба, упражнения и т.д.) - не менее 30 минут. По области этот показатель в 2014г. составил 85,8% (опрошено 86168 человек), в 2013 году - 82,7% (73823 человека).

Наиболее высокий уровень физической активности отмечен в 2013г. в Егиндыкольском, Аккольском, Жаркаинском, Буландынском и Атбасарском районах от 99,5-100%

осмотренных. В 2014г. в Астраханском, Егиндыкольском, Аршалынском, Сандыктауском районах от 98,6-99,9% (рисунок 4).

Биологические факторы риска в 2013г. и 2014г. составили 5,47% (наследственность - 3,67%-1,94%, гипертензия 2,97%-2,92%, гиперлипидемия 1,31%-0,5%, гипергликемия 0,31%-0,11%).

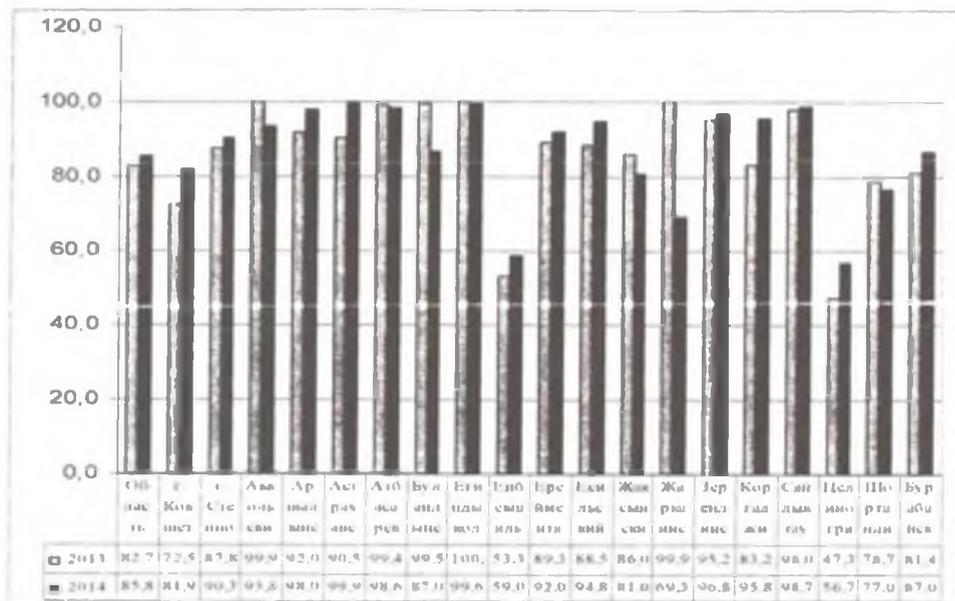


Рисунок 4 – Удельный вес физически активных лиц с ежедневной физической нагрузкой более 30 мин. в день

Малоподвижный образ жизни очень распространен в современном обществе. При этом низкая физическая активность, наряду с курением, избыточной массой тела, повышенным содержанием холестерина в крови и артериальным давлением, являются факторами риска развития большинства хронических неинфекционных заболеваний таких, как артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, обменные заболевания, заболевания опорно-двигательной системы. Доказано, что регулярная физическая активность - неотъемлемая часть здорового образа жизни. Проводимый при скрининговых обследованиях опрос и заполнение формы 025-08/у на выявление поведенческих факторов риска, с организованной работой по дообследованию, увеличивает эффективность скрининговых осмотров.

Скрининговые обследования оказывают значительное влияние на сохранение и укрепление здоровья различных групп населения.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Статистические материалы ТОО «Меднформ» 2013-2014гг. ежегодные статистические отчеты по целевым группам населения.

ния.

2. Об утверждении «Положения об организации и деятельности Школ здоровья по поведенческим факторам риска в организациях оказывающих первичную медико-санитарную помощь»: Приказ Министерства Здравоохранения Республики Казахстан № 146.

3. Об утверждении «Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь»:

Приказ Министерства здравоохранения № 7 от 5 января 2011г.

#### ТҮЙІН

Ақмола облысында скрининг 2008 жылдан бастап жүргізіледі. Скринингтің мақсаты – дер кезінде емдік-профилактикалық көмек көрсету үшін қажетті элеуметтік маңызды немесе оған бейім ауруларды, сондай-ақ қауіп факторлары мен олардың дамуын ерте анықтау.

Түйін сөздер: скрининг, мінез-құлықтық қауіп-қатер факторлары, биологиялық қауіпті факторлар.

---

---

### SUMMARY

Since 2008 screening is providing in Akmola region. Purpose of screening is early detection of socially significant diseases or predisposition

to them, as well as their risk factors. necessity of timely medical and preventive care.

**Keywords:** screening, behavioral risk factors, biological risk factors.

## 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 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, степени (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 определенной 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 подтвержденных 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 HSBK KZKX  
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: \_\_\_\_\_



**АСТМА** – это хроническое заболевание, для которого характерны периодически повторяющиеся приступы удушья, свистящего дыхания и/или приступы кашля, тяжесть и частота которых варьируют у разных людей

#### ПРИЧИНЫ:

- Аллергены внутри помещений (например, клещи домашней пыли, шерсть и эпителий животных, бытовая химия и т.п.)
- Аллергены вне помещений (такие как пыльца и плесень)
- Пищевые и лекарственные аллергены
- Табачный дым
- Химические раздражающие вещества на рабочих местах
- Загрязнение воздуха (поллютанты)

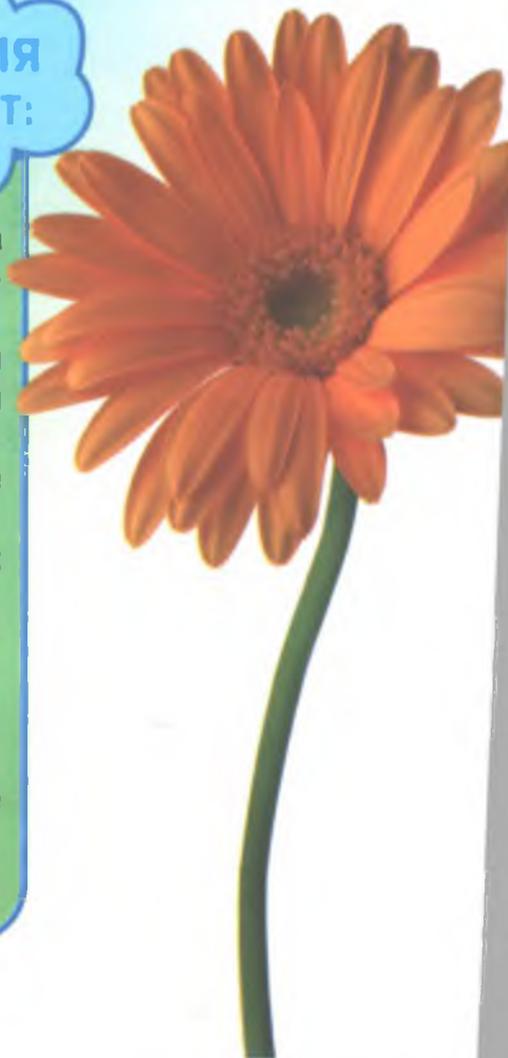
#### ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ:

- холодный воздух, влажность, резкие запахи, инфекции
- стрессы, крайнее эмоциональное возбуждение, такое как гнев или страх
- физическая нагрузка
- некоторые лекарственные средства

[WWW.HLS.KZ](http://WWW.HLS.KZ)

#### ЧТОБЫ НЕ ДОПУСТИТЬ РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, СЛЕДУЕТ:

- ✓ Обеспечить ведение здорового образа жизни, укрепление иммунитета, закаливание, регулярные физические упражнения
- ✓ Обеспечить своевременную диагностику и лечение аллергических заболеваний (аллергического ринита и др.)
- ✓ Обеспечить своевременное и адекватное лечение респираторных инфекций
- ✓ Осуществлять прием любых лекарственных средств только после консультации врача
- ✓ Ограничить использование аэроаллергенов: дезодоранты, освежители воздуха и др.
- ✓ Обеспечить частую уборку помещений, ликвидировать пылесборники
- ✓ Уменьшить или бросить курение, в том числе исключить пассивное курение
- ✓ Устранить профессиональные вредности





Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан  
Национальный центр проблемы формирования здорового образа жизни

# Скажи: «ДА – здоровому образу жизни!»



healthy\_lifestyle

Публикации: 16,9 т Подписчик: 16,9 т



[WWW.HLS.KZ](http://WWW.HLS.KZ)

Распространяется бесплатно