



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, 2016



**Международный день семьи, 15 мая 2016 г.,
в городском парке «Столичный», Астана**

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

МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ISSN 2223-2931

Издается с 2002 г.
№ 2. 2016 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. (Москва)

PhD T.L. Hunt (Нью-Йорк)

к.м.н. Дурумбетов

MD Ивета Пудуле (Рига)

Касымжанова Ж.К.

д.м.н., профессор Слажнева Т.И.

д.м.н., профессор Тулебаев К.А.

академик Шарманов Т.Ш.

Научный совет:

д.м.н., профессор Ахметов В.И.

д.м.н., профессор Алчинбаев М.К.

д.м.н., профессор Арзыкулов Ж. А.

д.м.н. Токмурзиева Г.Ж.

д.м.н., профессор Беркинбаев С.Ф.

д.м.н. Калматаева Ж.А.

д.м.н., профессор Кульжанов М.К.

д.м.н., профессор Омарова М.Н.

Редакционный совет:

Баймаханов Т.Б. (Павлодар)

Садвакасова Ж.К. (Кокшетау)

Сабанова Н.В. (Усть-Каменогорск)

Рахимов Т.М. (Тараз)

Кайдарова Д.К. (Актобе)

Курманбаева А.Р. (Астана)

Акдаулетова Э.С. (Атырау)

Жарекешова М. Т. (Кызылорда)

Мулдагалиева З.Н. (Уральск)

Садвакасова А.К. (Костанай)

Байзахова Ф.С. (Шымкент)

Мартынов С.С. (Караганда)

Болатбаев К. Н. (Петропавловск)

МАЗМҰНЫ

**Баттақова Ж.Е., Мұқашева С.Б., Слажнёва Т.И., Адаева Ә.А., Әбдірахманова Ш.З.,
Әкімбаева А.А., Мырзалы М.Ж.**

ҚР отбасы денсаулығы орталықтарына жүгінген дене салмағы артық және семіздікке
шалдыққан балаларға медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру 5

**Баттақова Ж.Е., Мұқашева С.Б., Слажнёва Т.И., Адаева Ә.А., Әбдірахманова Ш.З.,
Әкімбаева А.А., Мырзалы М.Ж.**

Оқушылардың денсаулықты сақтайтын және денсаулықты дамытатын мінез-құлықтарын
қалыптастыруда «Денсаулықты нығайтуға ықпал ететін мектептер» рөлі..... 11

Баттақова Ж.Е., Мұқашева С.Б., Сағындықова Б.С.

Инфекциялық аурулардың алдын алу – иммундау 17

Баттақова Ж.Е., Мұқашева С.Б., Слажнёва Т.И., Мырзалы М.Ж.

Психологияға белсенді әсер ететін заттарды тұтынуға қатысты денсаулық сақтайтын
мінез-құлықты қалыптастыру тұжырымдамасы..... 20

ОГЛАВЛЕНИЕ

**Баттакова Ж.Е., Мукашева С.Б., Слажнёва Т.И., Адаева А.А., Абдырахманова Ш.З.,
Акимбаева А.А., Мырзалы М.Ж.**

Организация оказания медицинской помощи детям с повышенной массой тела
и ожирением при обращении в центры семейного здоровья в РК..... 5

**Баттакова Ж.Е., Мукашева С.Б., Слажнёва Т.И., Адаева А.А., Абдырахманова Ш.З.,
Акимбаева А.А., Мырзалы М.Ж.**

Роль «Школ, способствующих укреплению здоровья» в формировании здоровьесберегающего
и здоровьеразвивающего поведения школьников 11

Баттакова Ж.Е., Мукашева С.Б., Сагындыкова Б.С.

Профилактика инфекционных заболеваний – иммунизация..... 17

Баттакова Ж.Е., Мукашева С.Б., Слажнёва Т.И., Мырзалы М.Ж.

Концепция формирования здоровьесберегающего поведения в отношении употребления
психоактивных веществ 20

CONTENT

Battakova Zh.E., Mukasheva S.B., Slazhneva T.I., Adaeva A.A., Abdrakhmanova Sh.Z., Akimbaeva A.A., Myrzaly M.Zh.

Organization of health care for children with overweight and obesity at the centers of family health in the Republic of Kazakhstan 5

Battakova Zh.E., Mukasheva S.B., Slazhneva T.I., Adaeva A.A., Abdrakhmanova Sh.Z., Akimbaeva A.A., Myrzaly M.Zh.

The role of “Health promoting schools “ in the development of health-saving and health-promoting behavior among schoolchildren 11

Battakova Zh.E., Mukasheva S.B., Sagyndykova B.S.

Prevention of infectious diseases - immunization 17

Battakova Zh.E., Mukasheva S.B., Slazhneva T.I., Myrzaly M.Zh.

The concept of health-saving behavior development addressing the use of psychoactive substances..... 20

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

УДК:614.2:616-056.52-053.2:614.39

**БАТТАКОВА Ж.Е., д.м.н., профессор, МУКАШЕВА С.Б., к.м.н., СЛАЖНЁВА Т.И., д.м.н.,
профессор, АДАЕВА А.А., АБДЫРАХМАНОВА Ш.З., АКИМБАЕВА А.А., МЫРЗАЛЫ М.Ж.
Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни
МЗСР РК г.Алматы**

**ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ
С ПОВЫШЕННОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ ПРИ ОБРАЩЕНИИ
В ЦЕНТРЫ СЕМЕЙНОГО ЗДОРОВЬЯ В РК**

АННОТАЦИЯ

Статья содержит описание профилактической работы на уровне ПМСП среди детского населения по предупреждению повышенной массы тела и ожирения. В ней представлен алгоритм организации оказания медицинской помощи детям младшего школьного возраста с повышенной массой тела и ожирением при обращении в организацию ПМСП – Центр семейного здоровья. Отмечена необходимость системной работы на всех этапах амбулаторно-поликлинического обслуживания.

Ключевые слова: дети 9 лет, ожирение, повышенная масса тела, Центр семейного здоровья, ПМСП, профилактика.

Ожирение у детей является серьезной проблемой здравоохранения, которая все более обостряется во всем мире и приобретает признаки эпидемии. Избыточная масса тела является причиной значительной доли общего бремени болезней. [1-2]. Ежегодный показатель роста распространенности детского ожирения постоянно увеличивается, и на сегодняшний день он в 10 раз выше, чем в 1970-х годах. Эта тенденция усиливает эпидемию ожирения у взрослых и создает нарастающую угрозу для здоровья следующего поколения [3].

Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), у взрослых нормальной массе тела соответствует ИМТ 18,5—24,9, ИМТ 25—29,9 – избыточному весу, а ожирение диагностируется при ИМТ выше 30.

Критерии избыточной массы тела и ожирения у детей определяются по данным перцентильных таблиц или стандартных отклонений ИМТ (SDS – standard deviations core). В них учитывается не только рост, вес, но также пол и возраст ребенка. Это связано с тем, что значение ИМТ у детей меняется с развитием ребенка: от высокого в первый год жизни, сниженного в период раннего детства (2—5 лет) и постепенно увеличивающегося в период полового развития, что в целом отражает динамику жировой ткани.

Данные нормативы объединяет общий принцип: перцентили должны быть симметричны относительно медианы (50-й перцентили). ВОЗ пользуется стандартными отклонениями -1 , -2 , -3 SDS, медиана и $+1$, $+2$, $+3$ SDS.

С учетом рекомендаций ВОЗ, ожирение у детей и подростков следует определять как $+2,0$ SDS ИМТ, а избыточную массу тела от $+1,0$ до $+2,0$ SDS ИМТ.

На сайте ВОЗ представлены новые нормативные значения роста и веса для детей в виде таблиц и кривых как для возрастной группы от 0 до 5-ти лет, так и для детей 5-19 лет [7-8].

Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни впервые в Казахстане осуществил изучение распространенности избыточной массы тела и ожирения у детей 9 лет, учитывающее региональное деление республики (Южный, Северный, Западный, Восточный и Центральный регионы и города Астана и Алматы) с обследованием 5,5тысяч школьников. Установлено, что уровень распространенности избыточной массы тела среди школьников республики 9 лет составляет 12,3% (у мальчиков -12,7%, у девочек-12,0%). В школьной среде формируются факторы, способствующие развитию избыточной массы тела. В столовых и буфетах 32,1% школ дети могут приобрести горячие

напитки с сахаром, в 63,5% школ – сладкие закусочки, в 18,4% – школ пряные, солёные закусочки. Только в 48,6% школ учебное расписание включает уроки по рациональному питанию в виде отдельного предмета или как часть другого школьного материала.

На формирование избыточной массы тела и ожирения влияет, в первую очередь, образ жизни школьника. Каждый третий ребенок с избыточной массой тела и ожирением не посещает спортивные или танцевальные клубы, 7% детей с избыточной массой тела не завтракают, 9,5% школьников с ожирением иногда завтракают. Практически каждый третий ежедневно употребляет продукты с высокой энергетической плотностью и бедные питательными веществами.

Отмечено, что в настоящее время профилактика избыточной массы тела и ожирения в РК не в полной мере отвечает требованиям системного характера и необходима разработка методологических материалов для её совершенствования. Требуется усиление целенаправленной работы на уровне ПМСП по профилактике ожирения у детей, разработка новых технологий работы со школьниками, родителями, в семье, в обществе и проведение национальных обследований детей республики для создания системы эпиднадзора за детским ожирением [4-5].

Одним из критериев профилактики детского ожирения является четкий алгоритм действий медицинского персонала ПМСП при оказании медицинской помощи детям с повышенной массой тела и ожирением, обратившихся в Центры семейного здоровья организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь населению.

Обследование детей младшего школьного возраста на предмет повышенной массы тела и ожирения осуществляется на амбулаторном приёме во время прохождения профилактических (скрининговых) осмотров детей и на приёме у врача (ВОП, педиатра и др.) в организациях ПМСП.

Дети, по периодам развития и обучения, делятся на дошкольников (3-6 лет), младших школьников (6-10 лет), школьников средних классов (11-14 лет). Исходя из задач поликлинического обслуживания детского населения профилактика, лечение и предупреждение заболева-

ний, связанных с ожирением у детей младшего школьного возраста направлено на следующее:

- выявление детей с избыточной массой тела и ожирением;
- раннее выявление факторов риска развития болезней связанных с ожирением, формирование целевых групп для снижения массы тела и лечения ожирения;
- оказание целенаправленной мотивационной поддержки по снижению веса по стратегии краткого вмешательства;
- диспансерное наблюдение за детьми с повышенной массой тела и ожирением;
- организация широкой информационной поддержки педиатров амбулаторного звена по вопросам профилактики и лечения ожирения у детей. Это могут быть лекции для участковых педиатров и врачей школ и дошкольных учреждений на тему «Ожирение у детей» с различными вариациями, беседы с родителями, на темы выявления, вреда для здоровья, осложнений, лечения, профилактики и т.п.;
- проведение индивидуальных и групповых бесед с родителями детей, больных ожирением и детей из группы риска (с избытком массы); можно в виде выступлений на родительских собраниях врача школы. Необходимо также обеспечение родителей информацией («Рекомендации для родителей детей, больных ожирением»);
- организация занятий с детьми младшего школьного и дошкольного возраста по профилактике ожирения (правильное питание, физическая активность). Желательно обеспечить наибольший охват детей дошкольного и младшего школьного возраста данными занятиями;
- обеспечение информационной поддержки для самих больных ожирением и их родителей, создание «Школ для детей с ожирением» на базе Центров семейного здоровья.

В условиях первичного звена здравоохранения этот комплекс мероприятий реализуется на всех уровнях поликлинической помощи, связанных между собой системой распределения (направления) пациентов, начиная с регистратуры и/или кабинета доврачебного приёма, где выявляется факт повышенной массы тела или ожирения и делается соответствующая запись в статистической карте амбулаторного пациента [8].

Основной объем помощи по профилактике и преодолению избыточной массы тела и ожирения у детей осуществляется на этапе врача общей практики/ педиатра или специалистов-эндокринологов и на этапе кабинета медицинской профилактики / специализированной помощи, в зависимости от того, куда в первую очередь направляется пациент (рисунок 1) [6].

Задачи регистратуры – информировать пациентов, обращающихся за медицинской помощью по любому поводу (кроме обращений в ситуациях, угрожающих жизни) об имеющейся (при наличии таковой) в учреждении возможности оказания медицинской помощи по профилактике ожирения.

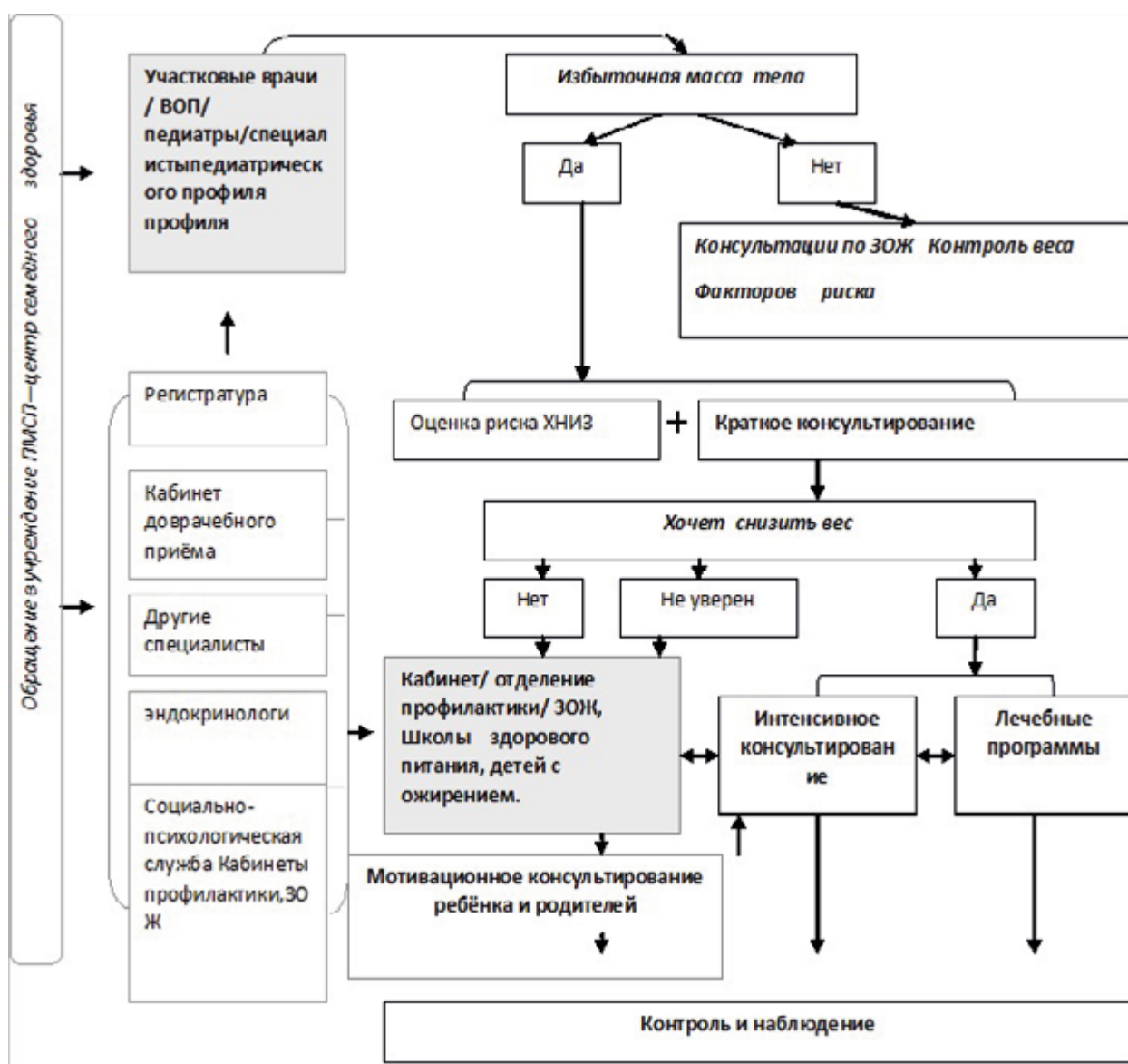


Рисунок 1. Алгоритм организации оказания медицинской помощи детям с повышенной массой тела и ожирением.

Задачи врачей ОП, участковых педиатров. Врачам принадлежит основная роль в выявлении, регистрации пациентов, имеющих повышенную массу тела и ожирение, их мотиви-

ровании к снижению веса и в предоставлении медицинской помощи в снижении веса и повышении физической активности, всем пациентам. Кроме того, именно к врачам ОП и педиатрам

в первую очередь направляется из регистратуры большая часть пациентов, обратившихся в учреждение ПМСП, КДП, Центров здоровья (по основной причине обращения), а значит, именно врачи-педиатры являются первым рубежом оказания медицинской профессиональной помощи по профилактике ожирения.

Задачи врачей других специальностей – уточнять и фиксировать во всех случаях обращения пациента факт повышенной массы тела, проводить краткое консультирование, информировать о возможностях получения профессиональной медицинской помощи в снижении веса, направлять в кабинет медицинской профилактики для получения специализированной помощи.

Задачи кабинета/отделения медицинской профилактики.

Реализация скрининговой программы.

Скрининг детей 8 лет (2 класс), 9 лет (3 класс) проводится следующим образом:

- тест-опрос по форме 025 – 07/у (Статистическая карта профилактического медицинского осмотра (скрининга) ребенка), определение роста и массы тела, оценка физического и психосоциального развития в соответствии с рекомендациями ВОЗ, определение остроты зрения и слуха

- осмотр педиатра
- измерение АД, анализ кала на яйца гельминтов

Проведение скринингового осмотра осуществляется средним медицинским работником организации образования совместно со специалистом отделения профилактики.

1. При наличии показаний, проводятся консультации профильных специалистов, лабораторные и инструментальные исследования.

2. При наличии средств в медицинском учреждении, дети с избыточной массой тела (ИМТ более 85 центиля) и их родители должны получать консультации по способам коррекции массы тела и о пользе от ее снижения, а дети с ожирением (ИМТ > 95 центиля) должны проходить скрининг на выявление гипертензии, дислипидемии, нарушений опорно-двигательного аппарата, синдрома ночного апноэ, патологии желчного пузыря, инсулинорезистентности, а при обнаружении данных проблем -направляться к соответствующим специалистам для уточне-

ния диагноза и включения в программу терапии.

3. В кабинетах/отделениях медицинской профилактики, оказывается медицинская помощь по снижению веса и коррекции факторов риска ХНИЗ по комплексной лечебно-профилактической программе, включающей диагностику, дифференцированную лечебно-профилактическую помощь и динамическое наблюдение. При правильно реализуемой политике предупреждения ожирения учреждения ПМСП, в кабинеты/ отделения медицинской профилактики дети с избыточным весом направляются из регистратуры, КДП, от участковых врачей и специалистов других специальностей, а также из прикрепленных к учреждению ПМСП организованных коллективов.

Объем медицинской помощи по предупреждению повышенной массы тела и ожирения на уровне участкового педиатра (врача общей практики) и врачей педиатрического профиля.

Участковый педиатр, (врач общей практики) осуществляет:

- выявление детей с повышенной массой тела и ожирением с помощью визуального осмотра, антропометрических измерений, расчёта индекса массы тела (ИМТ). При объективном осмотре, в первую очередь, следует оценить пропорции тела, наличие или отсутствие дисморфий, которые могут указывать на определенный генетический синдром. Регистрация и графическая запись показателей роста, массы тела, индекса массы тела (ИМТ) и окружности талии (ОТ) должны проводиться при каждом визите к врачу;

- определение количества жировой массы;
- оценка жировой массы и её распределения. Измерение толщины кожной складки – простой, быстрый и недорогой метод, обычно использующийся при массовых осмотрах, дающий информацию о распределении жировой ткани на различных участках туловища;

- дифференцирование первичного или идиопатического ожирения с более редкими случаями вторичного ожирения в рамках генетического синдрома очень важно на начальном этапе, эндокринопатий, повреждений центральной нервной системы (ЦНС) или вследствие ятрогении;

- отметка в карте амбулаторного пациента. В карте также регистрируются дальнейшие действия врача в отношении ребёнка или оказание помощи в преодолении повышенной массы тела или отметка о направлении пациента в кабинет медицинской профилактики.

В кабинете медицинской профилактики проводится:

- БЕСЕДА с родителями о состоянии здоровья ребенка с ожирением, в ходе которой устанавливается:

а) анамнез семейный (случаи ожирения, сахарного диабета, гипертензии, инсультов, инфарктов);

б) анамнез ребенка: вскармливание, аппетит, наличие заболеваний. При сборе анамнеза необходимо выяснить историю питания начиная со вскармливания в период новорожденности и в грудном возрасте (грудное или искусственное вскармливание, сроки введения прикорма и т. д.), чрезвычайно важна оценка калорийности питания. Также следует уточнить уровень физической активности, ограничений, связанных с избыточным весом, наличие храпа, сонливости, как потенциальных признаков ночного апноэ.

- диспансеризация: наличие предшествующего обследования и осмотра эндокринолога;

- выявление мотивации родителей на снижение веса у ребенка;

- выявление мотивации самого ребенка.

- при наличии мотивации – проведение беседы об изменении образа жизни и дальнейшая диспансеризация; при отсутствии мотивации – работа над созданием мотивации (беседы с детьми и родителями в школах, детских садах – коллективно и индивидуально, мотивационное консультирование);

- ведение пациента на амбулаторно-поликлиническом уровне;

- первый год наблюдения: визиты 1 раз в 3 месяца, далее – 1 раз в 6 месяцев;

- контроль роста, веса, измерение SDS ИМТ, окружности талии, АД, проведение биоимпедансометрии, биохимический анализ крови, анализ дневника питания и ФА, занятия с психологом, диетологом, врачом ЛФК;

- ОГТТ 1 раз в год при исходной нормоглике-

мии, 2 раза в год при нарушениях углеводного обмена;

- Липидограмма крови 2-3 раза в год;

- ЭКГ, ЭХО-КГ, СМАД – 1-2 раза в год;

- УЗИ брюшной полости 1-2 раза в год;

- УЗИ малого таза 1-2 раза в год по показаниям;

- Рентгенография кистей рук по показаниям;

Профилактика ожирения включает:

1.Выявление детей с ИМТ более 1,0 SDS в возрасте 2 – 9 лет

2.Обучение родителей вместе с детьми правильному питанию и физической активности в школе поведенческих факторов риска.

Таким образом, четкий алгоритм действий на всех этапах поликлинического обслуживания и эффективные технологии профилактических мероприятий способствуют предупреждению ожирения детей и их оздоровлению.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1.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.

2. Глобальная стратегия в области рациона питания, физической активности и здоровья: Рамочная основа для мониторинга и оценки реализации стратегии/ Всемирная организация здравоохранения. – Женева: ВОЗ, 2006.

3. James WPT et al. Overweight and obesity (high body mass index). In: Ezzati M et al., eds. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attribution to selected major risk factors. Vol. 1.- Geneva: World Health Organization, 2004. – 497–596 (<http://www.who.int/publications/cra/en>, accessed 19 March 2007).

4. Уменьшение риска, содействие здоровому образу жизни/ Всемирная организация здравоохранения. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2002.

5. Глобальная стратегия в области рациона питания, физической активности и здоровья/ Всемирная организация здравоохранения. – Женева: ВОЗ, 2004.

6. Душкина А.Е. и др. Профилактика ожирения у детей младшего школьного возраста на амбулаторном этапе: Автореферат дис. к.м.н. – Воронеж, 2011. – 24 с.

7. <http://who.int/childgrowth/standards/ru/>
8. http://who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/index.html

ТҮЙЫН

Мақалада АМСК деңгейінде балалар арасында дененің артық салмағы мен семіздіктің алдын алу бойынша жұмыстар баяндалған. Онда дененің артық салмағы мен семіздікке шалдыққан мектеп жасындағы кішкентай балаларға АМСК ұйымдарындағы Отбасы денсаулығы орталығына жүгіну кезінде көрсетілетін медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру алгоритмі көрсетілген. Амбулаторлық-емханалық қызмет көрсетудің барлық кезеңдеріндегі жүйелі жұмыс қажеттілігі көрсетілген.

Кілт сөздер: 9 жастағы балалар, семіздік, дененің артық салмағы, Отбасы денсаулығы орталығы, АМСК, профилактика.

SUMMARY

The article contains a description of preventive work at the primary health care level among the children population to prevent overweight and obesity. It presents an algorithm for organizing the medical care for children of primary school age with overweight and obesity when contacting the PHC organization – the Family Health Center. The need for systematic work at all stages of outpatient care was noted.

Keywords: children of 9 year old, obesity, overweight, Family Health Center, PHC, prevention.

УДК:614.2:613.95:37.771

БАТТАКОВА Ж.Е., д.м.н., профессор, МУКАШЕВА С.Б., к.м.н., СЛАЖНЁВА Т.И., д.м.н., профессор, АДАЕВА А.А., АБДЫРАХМАНОВА Ш.З., АКИМБАЕВА А.А., МЫРЗАЛЫ М.Ж.

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

РОЛЬ «ШКОЛ, СПОСОБСТВУЮЩИХ УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ» В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО И ЗДОРОВЬЕРАЗВИВАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ШКОЛЬНИКОВ

АННОТАЦИЯ

В статье изложен международный и казахстанский опыт действий, направленных на охрану здоровья школьников. В ней описаны современные технологии формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний среди подростков 11, 13 15 лет в «Школах, содействующих укреплению здоровья». Особое внимание обращено на выпуск информационно-образовательных комплексов, обучение специалистов и информационные компании с использованием социальных сетей.

Ключевые слова: школьники 11-15 лет, профилактика заболеваний, «Школы, содействующих укреплению здоровья», «Молодёжные центры здоровья».

Исследования детерминант жизни подростков, их доступ к медицинскому обслуживанию, образованию и возможностям проведения досуга, состояния домашней среды, здоровья и взаимоотношений показывают, что серьезное влияние на успешное развитие детей оказывают социальные детерминанты, выходящие за рамки, которые традиционно можно отнести к сфере здравоохранения, но которые оказывают серьезнейшее воздействие на здоровье и благополучие.

В докладе ВОЗ «Здоровье подростков мира: второй шанс во втором десятилетии (ВОЗ, 2014)» особо отмечается, что подростковый возраст (11-19 лет) является очень важным в развитии человека и требует к себе пристального внимания [1].

На здоровье подростков оказывают влияние многочисленные факторы, которые проявляются на самых разных уровнях:

- на индивидуальном уровне – возраст, пол, знания, навыки и самостоятельность;
- семей и сверстников, с которыми подростки имеют наиболее тесные отношения;
- на уровне окружения и организаций, которые обеспечивают подростков услугами и предоставляют им возможности, таких, как школы и учреждения здравоохранения;
- более отвлеченно, на уровне культурных привычек и норм, средств массовой информации

и цифровых интерактивных средств коммуникации, а также, социальных детерминант, включая политику и политические решения, касающиеся распределения ресурсов, энергии и осуществления прав человека.

Здоровье подростков является составной частью новых планов действий в области охраны здоровья. Связанные со здоровьем виды поведения и состояния, которые лежат в основе основных неинфекционных заболеваний, обычно возникают или укрепляются в течение второго десятилетия: употребление табака и алкоголя, питание и физическая активность, излишний вес и ожирение. Этот образ жизни и состояния оказывают серьезное влияние на здоровье и развитие подростков.

В Казахстане в последние десятилетия выросла частота функциональных нарушений и хронических болезней среди подростков, тенденция роста заболеваемости, отмечается практически по все классам, за исключением инфекционной патологии. Продолжается рост болезней нервной и эндокринной системы, нарушений питания и обмена веществ. Увеличилось число детей, которые состоят на диспансерном учете у психиатров в связи с патологическими изменениями вследствие употребления психоактивных веществ. Это вы-

зывает необходимость усиления системы мер, направленных на эффективные воздействия общественного здравоохранения для сохранения здоровья подростков [2].

Сотрудники Национального Центра проблем формирования здорового образа жизни МЗСР РК в 2015 году провели исследование по изучению поведения детей в возрасте 11-13-15 лет в отношении своего здоровья в Актыбинской области. Результаты исследования показали, что своё здоровье подростки оценивают достаточно высоко, как «отличное» и «хорошее» – 88,3% 11-ти летних детей, 90,3% – 13-ти летних и 87,9% – 15-ти летних. Удовлетворительным или плохим считают свое здоровье 13,1%. Уже к 15-ти годам 21,2% девочек и 13,7% мальчиков имеют хронические заболевания. Пищевое поведение детей не в полной мере соответствует правилам здорового питания. Редко, один раз в неделю и реже употребляют овощи и фрукты около 17,0% школьников, по мере взросления увеличивается соотношение детей употребляющих каждый день сладости: от 12,7% в 11 лет до 18% к 15 годам. Распространенность физической активности низкая, каждый день делают физическую зарядку лишь 29,8% школьников 11,13, 15 лет, по мере взросления уровень физической активности снижается. Практически каждый третий школьник 11 лет физически активен все дни недели, каждый пятый школьник 13 лет – 3 дня в неделю, каждый десятый – 1-2 дня в неделю, либо 4-5 дней в неделю. В возрастной группе 15 лет также каждый третий физически активен 3 дня в неделю, каждый десятый – 2 или 4 дня в неделю. Распространенность малоподвижного поведения, просмотра телевизора, по будням два или более часов в день увеличивается с возрастом [3-4].

Среди всех секторов, играющих важную роль в здоровье подростка, образование является важнейшим. В условиях школы важно не только образование, но и та среда, в которой подростки могут приобщиться к навыкам, способствующим здоровью, и, иногда, к услугам по сохранению здоровья. Кроме того, социальная атмосфера или этос школ (комплекс норм и ценностей, воспроизводящихся от поколения к поколению и являющихся обязательными для школьника)

может позитивным образом способствовать физическому и психическому здоровью. Сектор образования заинтересован в том, чтобы подростки обладали хорошим здоровьем, ибо тогда они лучше учатся и получают пользу от своего пребывания в школе.

Особенностью медицинского обслуживания подростков является необходимость повышения эффективности их обслуживания. Несмотря на то, что само по себе предоставление медико-санитарных услуг вряд ли предотвратит многие причины смерти и заболеваний среди подростков, службам здравоохранения принадлежит ведущая роль в реагировании и лечении проблем здоровья, поведения и состояний, связанных со здоровьем, которые возникают в течение второго десятилетия жизни. Они должны быть в состоянии вести просветительскую работу и реагировать на опасения подростков и их родителей относительно подросткового развития.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ), Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО) и Всемирный банк определили единые рамки действий, направленных на охрану здоровья школьников – **FRESH** (Направление ресурсов на обеспечение эффективной охраны здоровья в школах).

Цель инициативы FRESH заключается в поддержке эффективных, реалистичных и ориентированных на результат программ охраны здоровья для того, чтобы школы стали более здоровым местом для учебы, с одной стороны, и местом, где дети научатся быть здоровыми – с другой. Эти программы призваны обеспечить детям поступление в школу и обучение, получение знаний, а также развитие жизненных навыков и принятие модели здорового образа жизни [6,7].

Концепция FRESH строится на четырех основных компонентах (программных принципах), которые должны осуществляться во всех школах:

- 1) политика равного доступа к охране здоровья в школах;
- 2) безопасная образовательная среда;
- 3) образование в области здоровья на основе развития навыков;

4) услуги в области здравоохранения и питания в школах.

Реализация политики равного доступа к охране здоровья в школах предполагает наличие национальных стандартов и норм для охраны и укрепления здоровья и безопасности учащихся и преподавателей и следование им во всех образовательных учреждениях. Такая политика направлена на обеспечение безопасности всех участников образовательного процесса и создание благоприятного климата в образовательном учреждении совместными усилиями администрации, педагогов, учеников, родителей и местного сообщества.

Безопасная образовательная среда обеспечивает как физическую, так и эмоционально-психологическую безопасность участников образовательного процесса.

Физическая среда – вся территория и все школьные помещения, включая учебные классы, помещения для занятия спортом, проведения мероприятий, раздевалки, туалетные и душевые комнаты, столовую и другие – должна быть тем местом, где строго соблюдаются соответствующие санитарно-гигиенические условия и где школьникам не угрожают опасность, болезни, физический вред или травмы. Эмоционально-психологическую безопасность учащихся и учителей обеспечивает благоприятный школьный климат. Первый шаг к созданию такого климата – предотвращение всех форм насилия: телесных наказаний, драк, травли, издевательств, сексуального и гендерного насилия, дискриминации по какому-то ни было признаку.

Образование в области здоровья должно осуществляться на основе развития навыков. Такой подход обеспечивает не только приобретение знаний, но и формирование отношений, ценностных ориентиров и необходимых в повседневной жизни когнитивных навыков (способность решать проблемы, творческое и критическое мышление, умение принимать решения), эмоциональных навыков (самосознание, умение владеть собой и справляться с эмоциями), а также навыков межличностных отношений (коммуникация, сотрудничество и умение договариваться).

Услуги в области здравоохранения в школе позволяют осуществлять диспансерное на-

блюдение за состоянием здоровья школьников, своевременно выявлять проблемы со здоровьем и направлять к специалистам. Обеспечение школьников полноценным и сбалансированным питанием не только способствует сохранению и укреплению здоровья, но и повышает успеваемость.

FRESH – это комплексная, всеобъемлющая рамочная инициатива, направленная на развитие охраны здоровья в школах, которая может реализовываться вместо или параллельно с другими известными инициативами, такими, как «Школы, содействующие укреплению здоровья», «Школы, дружественные ребенку» и др.

По определению Всемирной организации здравоохранения **жизненные навыки** представляют собой способность к адаптации и практике положительного поведения, что позволяет людям эффективно решать проблемы и преодолевать трудности повседневной жизни. В частности, жизненные навыки включают в себя умения и навыки межличностного общения, помогающие людям принимать информированное решение, мыслить критически и творчески, эффективно общаться, строить здоровые взаимоотношения, сопереживать и вести здоровый и продуктивный образ жизни. Жизненные навыки могут быть направлены на личные действия или действия в отношении других людей, а также на действия по изменению окружающей среды с тем, чтобы сделать ее благоприятной и безопасной для здоровья.

ВОЗ инициировала разработку европейской сети школ укрепления здоровья. Они реализуются в разных регионах как «Школы доброжелательные ребёнку», «Школы здоровья в Европе», «Школы безопасного образования», «Школы для детей». Важное значение имеют проекты «Дети – детям», «Доверие детей детям».

В Казахстане школьники являются самой многочисленной социальной прослойкой населения. Каждый пятый житель республики – школьник. С 1998 года Национальным центром проблем формирования здорового образа жизни Министерства здравоохранения РК при поддержке трёх международных организаций Европейского регионального бюро, Европейского сообщества и Совета Европы внедрён проект ВОЗ «Школы,

способствующие укреплению здоровья». В мае 1999 года, на ежегодной конференции в Лиссабоне Центру был вручен сертификат о вступлении Республики Казахстан в «Европейскую сеть школ, способствующих укреплению здоровья». В проект «ШСУЗ» в Республике Казахстан вовлечена 981 общеобразовательная школа. Ежегодно проводится более 62 259 мероприятий, в том числе: акций – 918, круглых столов – 2 028, семинаров-тренингов – 6 040, конкурсов – 639, спортивных мероприятий – 3 024 и др., с охватом около 3 млн человек.

В СМИ регионального значения: организуются теле-радиопередачи, публикации в печатных изданиях.

Положение о Школах здоровья в Казахстане включает следующие пункты:

Улучшая школы, улучшаем жизнь. Мы все заботимся о наших детях, они – будущее Казахстана. Каждый ребенок имеет право на образование, здоровье и безопасность, и должен иметь возможность получать образование в школе, содействующей укреплению здоровья.

Сеть Школ здоровья в Казахстане призвана создать такие школы в республике, которые являлись бы наилучшим местом для обучения, укрепления здоровья и жизни. Это обоснованный и комплексный подход к развитию стратегии школьного здоровья.

Цель и задачи

Цель: Достижение формирования здорового образа жизни всего школьного контингента путем создания среды, способствующей укреплению здоровья.

Основные задачи:

1. Разработка комплекса мер по охране и укреплению здоровья школьников, воспитанию культуры здоровья и здорового образа жизни, реализуемых системой образования.
2. Координация работы системы образования и здравоохранения в решении проблем охраны и укрепления здоровья учащихся.
3. Координация работы структур системы образования и соцзащиты, создание адаптивной образовательной среды для детей, имеющих ограниченные возможности и особенности развития.
4. Создание системы общественной поддержки программы, оценки ее результатов с помо-

щью СМИ, общественных и профессиональных организаций.

5. Содействие в формировании чувства ответственности у каждого за охрану своего здоровья и здоровья окружающих.

6. Содействие благоприятной атмосфере во взаимоотношениях между самими учащимися, учащимися и школьным персоналом и родителями.

7. Использование имеющихся и привлечение новых ресурсов для поддержки мероприятий по укреплению здоровья.

8. Снижение рискованного поведения.

Целевые группы: ученики, учителя, родители.

Критерии

Каждая школа, участвующая в проекте, будет прилагать усилия к достижению следующих критериев:

1. Активная работа по повышению чувства собственного достоинства у всех школьников путем демонстрации того, что каждый из них может внести свой вклад в жизнь школы;
2. Формирование хороших взаимоотношений между преподавательским составом и учениками, а также между самими школьниками в повседневной жизни школы;
3. Проведение среди преподавательского состава и школьников разъяснительной работы по социальным целям, стоящих перед школой;
4. Создание стимулов, способствующих вовлечению учащихся в соответствующие мероприятия школы;
5. Использование возможностей для улучшения физической активности в школе;
6. Формирование благоприятных взаимоотношений между школой, семьями учащихся и обществом;
7. Формирование преемственности между начальным, средним и старшими звеньями школы с целью последовательного внедрения программ медико-санитарного просвещения;
8. Активная работа по повышению уровня здоровья и благосостояния всех работников школы;
9. Рассмотрение возможности повышения роли преподавателей как примера для подражания в отношении к здоровью;
10. Рассмотрение возможности организации и улучшения школьного питания;

11. Реализация потенциальных возможностей служб общественного здравоохранения имеющих в обществе, для оказания консультативной и иной поддержки;

12. Подготовка и вовлечение медицинского персонала в процесс просвещения школьного сообщества в вопросах укрепления и сохранения здоровья;

13. Регистрация обучающихся, у которых в результате просмотров выявлены благоприятные изменения показателей комплексной оценки состояния здоровья;

14. Снижение пропусков занятий по болезни, сокращение количества случаев заболеваний, перенесенных учащимися.

15. Снижение конфликтных ситуаций между школьниками и педагогами, между школьниками и родителями.

16. Уменьшение количества случаев девиантного поведения школьников.

17. Увеличение охвата школьников горячим питанием.

18. Увеличение численности школьников, у которых в процессе учебы зарегистрированы благоприятные изменения физического развития.

19. Снижение травматизма.

20. Соответствие школьной мебели возрастным и гигиеническим требованиям.

В целях достижения здорового образа жизни для всех школьников в Казахстане продолжается внедрение проекта Всемирной организации здравоохранения «Школы, способствующие укреплению здоровья» (далее – ШСУЗ). Курация проекта ШСУЗ на международном уровне осуществляется тремя международными организациями Европейское региональное Бюро ВОЗ, Европейское Сообщество, Совет Европы. Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни является организационно-методическим и координационным центром деятельности ШСУЗ в вопросах пропаганды здорового образа жизни и профилактики поведенческих факторов риска заболеваний и укрепления здоровья школьников. В каждой школе, вовлеченной в проект ВОЗ, определены ответственные координаторы.

Задачи ШСУЗ:

- создание окружающей среды, благоприятной для здоровья во время работы и обучения, путем надлежащей планировки школьных помещений, игровых площадок и различных видов школьного оборудования, обеспечение соответствующих мер безопасности и организация правильного питания;

- содействие формированию чувства ответственности за здоровье человека, семьи, общества;

- способствование формированию здорового образа жизни и создание целого ряда практических возможностей для ведения здорового образа жизни для учеников и школьного персонала;

- создание всем учащимся условий для реализации их максимального физического, психического и социального потенциала и для повышения чувства собственного достоинства;

- постановка четких целей в области укрепления здоровья и обеспечение безопасности для всего школьного коллектива (учащихся и школьного персонала);

- содействие установлению благоприятной атмосферы между учащимся и школьным персоналом, между самими учащимися, а также между школой, домом и обществом;

- использование имеющихся ресурсов для оказания поддержки мероприятий по укреплению здоровья;

- обеспечение получения знаний по выработке навыков, необходимых для принятия правильных решений относительно здоровья, а также для обеспечения и сохранения благоприятной для здоровья окружающей среды;

- формирование более широкого взгляда на школьные медико-санитарные службы, путем:

- привлечения их к проведению программы по медико-санитарному просвещению, а также для повышения уровня информированности учащихся по вопросам укрепления здоровья.

Основные принципы работы школ: создание атмосферы тесного сотрудничества между учениками, родителями и обществом, создание окружающей среды, влияющей на общую атмосферу школы, развитие школьной политики и создание поддерживающей атмосферы для учителей и учащихся.

В современных условиях большое значение имеет работа с молодёжью в социальных сетях. Наиболее распространёнными информационными площадками национальных сетей Казахстана по пропаганде здорового образа жизни и профилактики социально-значимых заболеваний являются сайты Vkontakte, Facebook, Instagram. Информация на них обновляется ежедневно, размещаются демо-ролики и другие информационные материалы.

Таким образом, разработка программ, направленных на улучшение психосоциального здоровья подростков, особенно на базе школ, обеспечит выработку жизненных навыков и знаний и позволит подросткам справиться с трудностями переходного возраста.

Улучшение родительских навыков, ориентированность программ на семьи, улучшение взаимодействия между родителями и детьми, стремление к тесному и качественному общению со своими детьми обеспечит создание благоприятных условий обучения и сохранения здоровья детей.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. Здоровье подростков мира: второй шанс во втором десятилетии.- ВОЗ, 2014год.
2. Национальное исследование образа жизни населения в Республике Казахстан: монография / Ж.Е.Баттакова. – Алматы, 2016. – 349с
3. Характеристика социального контекста исследования детей в возрасте 11, 13, 15 лет в Республике Казахстан. – Болгария, Варна: Novation. -2016. – №3.
4. Результаты анализа данных исследования по изучению поведения детей в возрасте 11, 13, 15 лет в отношении своего здоровья в Республике Казахстан. Болгария, Варна: Novation. – 2016г. -№3.
5. Характеристика социального контекста исследования детей в возрасте 11, 13, 15 лет в Республике Казахстан. – Чешская Республика,

Прага: Sciences of Europe. – 2016. -VOL 1.- No 3 (3). – с.5.

6. Кучма В.Р. и др. Школы здоровья в Европе и России/ В.Р.Кучма, Л.М. Сухарева, И.К. Рапорт, М.И. Степанова, П.И. Храмцов, И.Э. Александрова, Н.А. Бокарева, С.Б. Соколова. – М.: Научный центр здоровья детей РАМН. – 2009. – 83 с.

7. Руководство по мониторингу и оценке школьных программ по охране здоровья.- Копенгаген: ВОЗ, 2014.

ТҮЙЫН

Мақалада оқушылардың денсаулығын сақтауға бағытталған халықаралық және қазақстандық іс-қимылдар тәжірибесі баяндалған. Онда «Денсаулықты нығайтуға ықпал ететін мектептердегі» 11, 13, 15 жастағы жасөспірімдер арасында салауатты өмір салтын қалыптастыру және аурулардың алдын алудың қазіргі технологиялары баяндалған. Әлеуметтік желілерді қолдану арқылы ақпараттық-білім беру кешенін шығаруға, мамандарды оқытуға және ақпараттық науқан жүргізуге ерекше назар аударылған.

Кілт сөздер: 11-15 жастағы оқушылар, аурулардың алдын алу, «Денсаулықты нығайтуға ықпал ететін мектептер», «Жастар денсаулық орталығы».

SUMMARY

The article describes the international and Kazakhstan experience of actions aimed to protect the health of schoolchildren. It describes the modern technologies for healthy lifestyle development and the prevention of diseases among adolescents of 11, 13 and 15 years old in “Health promoting schools”. Particular attention is made to the production of information and educational materials, training of specialists and information campaigns via social networks.

Keywords: schoolchildren aged 11-15, prevention of diseases, “Health promoting schools”, “Youth health centers”.

УДК:614.2:615.371-084-053.2

БАТТАКОВА Ж.Е., д.м.н., профессор, МУКАШЕВА С.Б., к.м.н., САГЫНДЫКОВА Б.С.

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

ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ – ИММУНИЗАЦИЯ

АННОТАЦИЯ

В статье рассмотрены вопросы поэтапного внедрения расширенной программы иммунизации, значимость иммунизации в предупреждении инфекционных заболеваний в мире и РК.

Ключевые слова: вакцинопрофилактика, массовая иммунизация детей, экономичность.

Всемирная организация здравоохранения (далее – ВОЗ) рассматривает вакцинопрофилактику как величайшее достижение медицины и биологии в XX веке и самой экономически выгодной мерой общественного здравоохранения во всем мире. Успехи вакцинопрофилактики неоспоримы.

Благодаря повсеместному применению иммунизации населения планеты человечество, впервые в своей истории, избавилось от натуральной оспы (ВОЗ, 1980г.). Данный факт оказался настолько значимым и убедительным с научно – экономических позиций, что ВОЗ начала активно внедрять расширенную программу иммунизации (далее – РПИ). Важным организационным этапом совершенствования иммунопрофилактики считается сформированный ВОЗ в 1974 г. принцип массового и регулярного применения вакцин для эффективного контроля основных детских инфекций, управляемых посредством вакцинопрофилактики. Принципы были изложены в РПИ, которая неоднократно расширялась и уточнялась в зависимости от имевших место эпидемиологических ситуаций и конкретных целей элиминации той или иной инфекции. Основная концепция РПИ – массовая иммунизация детей для существенного снижения инфекционной заболеваемости и детской смертности, увеличения ожидаемой продолжительности жизни, обеспечения активного долголетия, глобальной ликвидации некоторых антропонозов.

Определены следующие основные положения РПИ:

вакцинопрофилактика – наиболее доступный и экономически выгодный способ снижения за-

болеваемости и смертности от детских инфекций, достижения активного долголетия во всех социальных группах населения развитых и развивающихся стран;

- каждый ребенок мира любой национальности и социальной группы имеет право вакцинированным. Это такое же незыблемое право, как право человека на жизнь;

- дети с хронической патологией составляют группу повышенного риска и поэтому вакцинопрофилактика для них обязательна в первую очередь;

- выраженный эпидемиологический эффект вакцинопрофилактики обеспечивается только при условии, что в рамках Национального календаря профилактических прививок не менее 95% контингента, подлежащего вакцинации, будет постоянно охвачен прививками;

- ни один ребенок не может быть отстранен от иммунизации без тщательного сопоставления ее пользы для ребенка и общества, с одной стороны, а с другой – возможных неблагоприятных последствий, ассоциирующихся с прививкой;

- рациональная организация системы вакцинопрофилактики, использования эффективных вакцин, развития системы эпидемиологического надзора за инфекционными заболеваниями, управляемыми иммунопрофилактикой.

- В настоящее время выделяют 3 этапа реализации РПИ.

Первый этап (РПИ – 1) начался в мае 1974 г. Резолюцией ВОЗ было рекомендовано иммунизировать к 1990 г. не менее 80% детей против шести инфекций (кори, полиомиелита, коклюша, дифтерии, туберкулеза, столбняка).

Второй этап (РПИ – 2) начался после 1990 г. Перечень инфекций, определенных на первом этапе, был дополнен вирусным гепатитом В. Признана целесообразной вакцинация к 2000 г. до 90 % детей. Впоследствии этот показатель увеличили до 95 %. Согласно резолюции ВОЗ, РПИ -2 была ориентирована на ликвидацию паралитического полиомиелита во всем мире к 2000 г. и искоренение столбняка новорожденных, а также на существенное снижение заболеваемости корью, эффект борьбы с которой на фоне 80% охвата детей вакцинацией, был недостаточным.

Третий этап (РПИ – 3) определен как долгосрочная цель вакцинопрофилактики на первые десятилетия XXI в. – прекращение циркуляции вирусов полиомиелита и кори.

К сожалению, и в XXI веке были печальные примеры возвращения инфекций при ослаблении внимания к вакцинопрофилактике. В 2009г. в Таджикистане, имевшем сертификат ВОЗ как территория, свободная от полиомиелита, возникла эпидемия полиомиелита, вызванного диким вирусом полиомиелита, занесенным из Индии.

В феврале 2015 года ВОЗ с обеспокоенностью сообщила, что среди детей участились случаи заболевания корью. В 2014 году и в начале 2015 года в 7 странах Европы и Средней Азии зарегистрировано 22 149 случаев заболеваний корью: 7477 из них выявлены в Кыргызстане, 3347 – в России, 3391 – в Грузии, 1674 – в Италии, 583 – в Германии и 573 – в Казахстане. Чаще всего болели подростки 15–19 лет. В связи с этим, эксперты ВОЗ призвали медиков и родителей немедленно организовать вакцинацию детей против опасного вируса, чтобы предотвратить его дальнейшее распространение. В Европейском бюро ВОЗ подчеркивают, что участвовавшие случаи заболевания являются серьезным откатом назад и идут вразрез с задачей – ликвидировать корь в 2015 г. При этом, эксперты уверены, что к росту числа заболеваемости корью привело снижение охвата детей вакцинацией.

Во всем мире вакцинация признана, как наиболее эффективное, экономичное и доступное средство в борьбе с инфекциями.

За последнее десятилетие стали доступны новые и усовершенствованные вакцины, включая

конъюгированную пневмококковую вакцину, вакцины против ротавирусной инфекции и вируса папилломы человека, которые были внедрены во многих странах мира. Национальный календарь профилактических прививок РК соответствует рекомендациям ВОЗ и предусматривает профилактику против 21 инфекционного заболевания. Иммунизация населения проводится бесплатно, для вакцинации применяются вакцины, сертифицированные ВОЗ, то есть гарантированного качества.

Национальный календарь профилактических прививок – это нормативный правовой акт, устанавливающий сроки и порядок проведения гражданам профилактических прививок. Он является официальным документом первостепенной важности по обеспечению эпидемиологического благополучия в нашей стране. Данный документ после всестороннего обсуждения был утвержден Постановлением Правительства РК «Об утверждении перечня заболеваний, против которых проводятся профилактические прививки, правил их проведения и групп населения, подлежащих плановым прививкам» от 30 декабря 2009 года №2295 (с изменениями и дополнениями от 12.02.2013г. №119).

Следует отметить, что в обновленный Национальный календарь РК внедрены прививки детей против гемофильной инфекции типа b (Хиб-вакцина – 2008г.) и пневмококковой инфекции (конъюгированная 13-валентная вакцина – 2010г.).

Ежегодно в период с 24 по 30 апреля, совместно с Комитетом по защите прав потребителей Министерства национальной экономики РК, проводится декадник, приуроченный к Всемирной неделе иммунизации. В рамках декадника проходят мероприятия с привлечением целевых групп населения, при непосредственном участии средств массовой информации. В рамках декадника проводятся Дни открытых дверей в организациях первичной медико-санитарной помощи; семинары-тренинги по вопросам улучшения качества разъяснительной работы с родителями; круглые столы с привлечением общественности; пресс-конференции с участием профильных специалистов; в Школах здоровья по планированию семьи, подготовке к родам, молодой

матери, в кабинете здорового ребенка проводят обучение населения о мерах предупреждения заболеваний, в том числе – о своевременной иммунизации, согласно Национальному календарю прививок.

В целом за 2016 год, в период проведения республиканского декадника, проведено 15 704 мероприятий, в том числе: Дни открытых дверей (286), охвачено 29913 человек; широкомасштабные акции (96) с охватом 65199 человек; конференции (37) с охватом 2019; семинары-тренинги (398) с охватом 16255 человек; проведены занятия в Школах здоровья (548) с охватом 4793 человек; круглые столы (90) с охватом 2114 человек; спортивные мероприятия (110) с охватом 5992 человек; другие мероприятия (беседы, лекции, родительские собрания) – 14139, с охватом 99235 человек. В период проведения декадника было организовано 34 телепередачи, проведено 16 пресс-конференций, 48 радиопередач, опубликовано 89 статей. Всего за период декадника было проведено 15 704 мероприятий, охвачено 225520 человек.

На государственном уровне необходимо осуществлять национальную политику борьбы с вакциноуправляемыми заболеваниями, повышать актуальность иммунопрофилактики,

как одной из немногих мер, которая при очень небольших затратах обеспечивает получение положительных результатов для здоровья и благополучия как конкретного человека, так и всего населения в целом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. О здоровье народа и системе здравоохранения: Кодекс РК.- Астана:Акорда, 2009.- 196с
2. Амиреев С. Иммунизация на практике: Национальное руководство. – Алматы, 2014

ТҮЙЫН

Мақалада әлемде және ҚР кеңейтілген им-мундай бағдарламасын кезең-кезеңімен енгізу, инфекциялық емес аурулардың алдын алуда им-мундаудың маңызы қарастырылған.

Кілт сөздер: вакцинопрофилактика, балаларды жаппай им-мундау, тиімділік.

SUMMARY

The article discusses the phased implementation of an expanded immunization program, the importance of immunization in the prevention of infectious diseases in the world and the RK.

Keywords: vaccine prophylaxis, mass immunization of children, economy.

УДК:614.2:613.83:357.761.3

**БАТТАКОВА Ж.Е., д.м.н., профессор, МУКАШЕВА С.Б., к.м.н., СЛАЖНЁВА Т.И., д.м.н.,
профессор, МЫРЗАЛЫ М.Ж., магистр**

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

КОНЦЕПЦИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

АННОТАЦИЯ

В статье изложена информация об актуальности вопросов профилактики употребления психоактивных веществ (ПАВ) среди подрастающего поколения. Приведены официальные данные по распространенности наркомании в мире и в Республике Казахстан. Также в статье описаны меры межсекторального взаимодействия в борьбе с употреблением ПАВ.

Ключевые слова: подростки, молодежь, наркомания, ВИЧ/СПИД.

Профилактика потребления наркотиков и противодействие незаконному обороту наркотиков является одной из важных составляющих государственной политики Республики Казахстан. Развитие научно-обоснованных и эффективных подходов в борьбе с наркобизнесом, в профилактике и лечении зависимости от наркотических веществ неоднократно подчеркивалась в обращениях, посланиях и публикациях Президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаева. Наша страна принимает активное участие в создании и поддержании международных сетей и программ в области борьбы с наркоманией и наркобизнесом [1].

По данным ВОЗ, по меньшей мере, 15,3 миллиона человек страдают расстройствами, связанными с употреблением психоактивных средств. Употребление инъекционных наркотиков зарегистрировано в 148 странах, 120 из которых сообщают о наличии ВИЧ-инфекции среди этой группы населения [2].

В Национальном отчете о наркоситуации в Республике Казахстан, опубликованном в 2014 году (далее – Отчет), отмечено, что в 2013 году численность лиц, потребляющих наркотики с помощью инъекций, составляла 112740 человек, на наркологическом учёте состояли 22% потребителей инъекционных наркотиков от их оценочного количества. Доля потребителей инъекционных наркотиков в соотношении с численностью населения в возрасте от 15 лет и старше в Республике Казахстан составила 0,9% [3].

В Отчете также отмечено, что на развитие наркоситуации в Республике Казахстан оказывает значительное влияние географическое положение страны. Так, природные условия в южных регионах способствуют культивации каннабиса и опиумного мака. Кроме того, немаловажным остается тот факт, что Казахстана является транзитным коридором для доставки наркотиков, в основном, героина, из Афганистана в Россию и Европу по так называемому «северному маршруту». Однако, в последние годы транзит наркотиков по «северному маршруту» значительно сократился [3].

Согласно данным «Всемирного доклада о наркотиках за 2015 год» Управления ООН по наркотикам и преступности (УНП ООН), динамика распространения наркотиков остается на прежнем уровне по всему миру. По примерным подсчетам общее число лиц в возрасте 15-64 лет, употреблявших запрещенные наркотики в 2013 году, немногим более 5 процентов, что по всему миру составляло 246 миллионов. Около 27 миллионов человек являются проблемными наркоманами, почти половина из них употребляет инъекционные наркотики. По оценкам, примерно 1,65 миллиона человек, употребляющих инъекционные наркотики, жили с ВИЧ в 2013 году. Мужчины в три раза чаще, чем женщины употребляют каннабис, кокаин и амфетамины, женщины же, более склонны к злоупотреблению транквилизаторами и опиоидами рецептурного отпуска [4].

В соответствии с материалами «Всемирного доклада о наркотиках за 2015 год», число людей, преждевременно умирающих вследствие употребления наркотиков, неприемлемо высоко. По примерным оценкам, количество смертей, связанных с наркотиками, в 2013 году составило 187 100 человек. В некоторых странах женщины, употребляющие наркотики путем инъекций, более подвержены ВИЧ-инфекции, чем мужчины, поэтому уровень распространения ВИЧ среди таких женщин может быть выше, чем среди мужчин. За период 2010-2013 гг. число новых случаев ВИЧ-инфицирования среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, сократилось примерно на 10 процентов – с 110 до 98 тысяч человек. Тем не менее, в докладе отмечается, что многие факторы риска, в том числе передача инфекционных заболеваний, таких как ВИЧ и гепатит С, а также случаи передозировки наркотиков, приводят к тому, что уровень смертности среди людей, употребляющих наркотики инъекционным путем, в 15 раз выше, чем у остального населения [4].

В плане мероприятий по реализации Государственной программы развития здравоохранения «Денсаулык» на 2016-2019 годы утвержден пункт 28 «Проведение на региональном уровне акций, посвященных Международному дню борьбы с наркоманией (26 июня)». Под координацией Национального центра проблем формирования здорового образа жизни во всех регионах республики ежегодно 26 июня проводятся просветительские мероприятия и акции, приуроченные к Международному дню борьбы с употреблением наркотиков и их незаконным оборотом. Цель этих мероприятий – осведомление населения, и прежде всего – молодежи, о вреде и последствиях употребления наркотиков, на пропаганду здорового образа жизни, чтобы еще раз напомнить, каким страшным недугом является наркомания. Поведение человека напрямую зависит от благосостояния общества, и условий общественной жизни, которые в значительной мере определяют его взгляды и убеждения, развитие различных форм девиантного поведения, среди которых – и наркомания.

Первичная профилактика потребления наркотиков – задача всех заинтересованных сторон,

включая семью, систему образования, здравоохранения, культуры и спорта, внутренних дел, средств массовой информации для создания условий по искоренению употребления ПАВ подростками и молодежью. Сегодня этим вопросом занимается преимущественно система общего образования – средние школы, где подрастающее поколение проводит большую часть времени. И хотя любое образовательное учреждение обладает всеми возможностями для профилактической работы с подростками, никакие превентивные мероприятия, проводимые образовательными учреждениями, не будут эффективны, пока в эту работу не включатся родители. Это обусловлено тем, что: во-первых, именно родители, являясь первыми педагогами, закладывают основы здорового образа жизни ребенка; во-вторых, в своем поведении подросток зачастую опирается на родительский пример; в-третьих, родители априори являются самыми заинтересованными субъектами профилактики.

Наркомания, как социальная проблема, может быть устранена, только если к борьбе с этим недугом будут привлечены все силы общества. Ведь все усилия учителей, объясняющих детям на уроках вред и опасность употребления наркотиков, оказываются напрасными, если они не подкрепляются родителями подростка, которые в силу своей занятости не успевают уделять достаточно внимания своим детям.

Прежде негласно накладывалось табу даже на разговор о наркомании в присутствии детей. Некоторые и понятия не имели об этой проблеме. Теперь же информацию о наркосодержащих препаратах дети получают «из первых рук». Более того, доступность таких препаратов, дает возможность в любой момент попробовать самому, какой он, вкус наркотиков.

Попадая на улицу, подросток очень часто делает шаг в «бездну» под названием «наркотическая эйфория», обратного пути из которой во многих случаях нет. Иными словами, в молодежной и подростковой среде профилактика наркомании эффективна лишь в том случае, если она одинаково настойчиво ведется на всех уровнях воздействия и охватывает все «рычаги», способные подрастающему поколению противостоять такой проблеме.

Употребление подростками наркотических веществ – это симптом психологических и социально-педагогических проблем, в связи с чем программа профилактики наркомании должна быть нацелена не на уничтожение симптома, а на устранение глубинных проблем переходного возраста. Педагоги, психологи и родители должны действовать незамедлительно. Ведь именно в подростковом возрасте особенно заметны дефекты интеллектуального, речевого, физического развития, нарушения поведения и школьной адаптации.

Следует отметить важность пропаганды на телевидении и в других средствах массовой информации. Привлекая СМИ к этим мероприятиям можно добиться большего и результативного охвата всех целевых групп, с одной стороны, и, увеличив количество программ на телевидении по ведению здорового образа жизни и организации досуга молодежи, формировать мотивацию к безопасному и ответственному отношению к своему здоровью, с другой.

Принимая во внимание все вышеизложенные аспекты можно констатировать, что превенция потребления психоактивных веществ находится в руках всего общества. И только совместными усилиями всех без исключения секторов государства и общества мы можем добиться положительных тенденций в этом вопросе и построении нации, ответственной за свое здоровье.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

Послание Президента Республики Казахстан Н.Назарбаева народу Казахстана. – Астана, 30 ноября 2015 г.

Злоупотребление психоактивными вещества-

ми: факты и цифры. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2015. http://www.who.int/substance_abuse/facts/ru/

Национальный отчет о наркоситуации в Республике Казахстан за 2014 год (Наркоситуация в 2013 году). / Общественный фонд «Центр мониторинга за алкоголем и наркотиками». – Республика Казахстан, 2014.

Всемирный доклад о наркотиках за 2015 год / Управление ООН по наркотикам и преступности. -2016.

ТҮЙЫН

Мақалада өскелең ұрпақ арасында психикаға белсенді әсер ететін заттарды тұтынудың алдын алудың өзекті мәселелері туралы ақпарат берілген. Әлемдегі және Қазақстан Республикасындағы нашакорлықтың таралуы бойынша ресми мәліметтер көрсетілген. Сонымен ПБЗ-ны тұтынумен күресте сектораралық өзара іс-қимылдар шаралары баяндалған.

Кілт сөздер: жасөспірімдер, жастар, нашакорлық, АИТВ/ЖИТС.

SUMMARY

The article contains information on the relevance of the prevention of psychoactive substances use among the young generation. Official data on the prevalence of drug addiction in the world and in the Republic of Kazakhstan are provided. Also, the article describes measures of intersectoral interaction in the fight against the use of psychoactive substances.

Keywords: adolescents, youth, drug addiction, HIV/AIDS.

ТРЕБОВАНИЯ

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

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

ПОРЯДОК ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЬИ

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

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

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

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

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

Образец:

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

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

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

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

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

Иностранная литература оформляется по тем же правилам.

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

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

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

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

АДРЕС РЕДАКЦИИ:

Республика Казахстан, 050010, г. Алматы, ул. Кунаева, 86, уг. ул. Толе би, 3 этаж, НЦПФЗОЖ
МЗСР РК, тел.: 8 (727) 291-20-81

БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ (оплата за статьи):

ИИК № KZ616010131000121747

РНН 600500055870

БИК HSBKKZKX

АОФ Народный Банк Казахстана

КБЕ 16 КНП 859

БИН 930840000646

ПРИМЕР ОФОРМЛЕНИЯ

УДК 616.65-002-007.61

**Новые подходы в консервативной терапии доброкачественной гиперплазии
предстательной железы**

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

Аннотация

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

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

Текст статьи

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

Литература:

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

Түйін

Перевод: Новые подходы в консервативной терапии доброкачественной гиперплазии предстательной железы

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

Место работы

Түйін сөздер: _____

Summary

Перевод: Новые подходы в консервативной терапии доброкачественной гиперплазии предстательной железы

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

Место работы

Keywords: _____

ДЛЯ ЗАМЕТОК

[illegible]

[illegible]



Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі
Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемалары ұлттық орталығы

**Дене белсенділігі келесі
ауруларды алдын алуға
мүмкіндік береді:**



жүрек-қантамыр
аурулары



атеросклероздан
пайда болған
аурулар



остеопороз және
сүйектің сынуы



қатерлі ісік аурулары



қант диабеті,
бронх демікпесі



қаңқа-бұлшықет
жүйелері аурулары

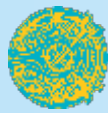


семіздік

Дене белсенділігіне:

- жүру;
- қозғалыс ойындары;
- шаңғы тебу;
- велосипед тебу;
- шомылу;
- билеу ұсынылады.

**Белсенді қозғалыста
өмір сүр!**



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ПРОБЛЕМ ФОРМИРОВАНИЯ
ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

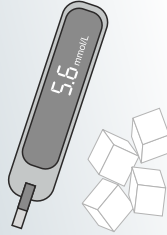
СЕМЬ ШАГОВ К ЗДОРОВЬЮ

ПРОЙДИТЕ ОБУЧЕНИЕ
В ШКОЛАХ ЗДОРОВЬЯ!

ТВОЕ
ДОЛГОЛЕТИЕ
В ТВОИХ РУКАХ!

ПОЛИКЛИНИКА

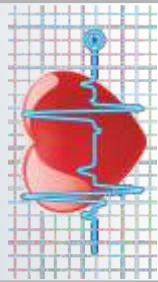
ШКОЛА
САХАРНОГО ДИАБЕТА



ШКОЛА
БРОНХИАЛЬНОЙ
АСТМЫ



ШКОЛА
АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИИ И ИБС



ШКОЛА
ПОДГОТОВКИ К РОДАМ



ШКОЛА
МОЛОДОЙ МАТЕРИ



ШКОЛА
ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА
(КАБИНЕТ)



ШКОЛА
ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ
(КАБИНЕТ)



ШКОЛА
ПОЖИЛЫХ



ШКОЛА
ПОВЕДЕНЧЕСКИХ
ФАКТОРОВ РИСКА И ЗОЖ



Распространяется бесплатно

WWW.HLS.KZ

Скажи: «ДА-здоровому образу жизни!»