



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, 2017



**27-28 июня 2016 года. Рига, Латвия.
Международное совещание-семинар ВОЗ
по питанию и беременности
с участием Сотрудничающего центра ВОЗ
Национального Центра проблем формирования
здорового образа жизни МЗСР РК**

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

МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ISSN 2223-2931

Издается с 2002 г.

№ 2. 2017 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:

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.,

дд.м.н. Токмурзиева Г.Ж.,

д.м.н., профессор Беркимбаев С.Ф.,

д.м.н. Калматаева Ж.А.,

д.м.н., профессор Кульжанов М.К.

д.м.н., профессор Омарова М.Н.

Редакционный совет:

Баймаханов Т.Б. (Павлодар),

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.

Бала кездегі семіздікті зерделеу (шолу)..... 5

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

Республика өңірлеріндегі «Жастар денсаулық орталығының» қызметтері туралы 11

Баттақова Ж.Е., Мұқашева С.Б., Слажнева Т.И., Сайдамарова Т.К.

Әлеуметтік маңызды ауруларға шалдықтыратын мінез-құлықтық қауіпті факторлар 13

Баттақова Ж.Е., Мұқашева С.Б., Слажнева Т.И., Сайдамарова Т.К.

2017 жылдың бірінші жартыжылдығында ҚР скринингтік бағдарламаны іске асыру нәтижелері.. 16

Мұқашева С.Б.

Темекі індетінің жаһандануына жауап темекіге қарсы араласулар..... 18

ОГЛАВЛЕНИЕ

Ж.Е. Баттакова Исследование ожирения в детском возрасте (обзор).....	5
Ж.Е. Баттакова, С.Б. Мукашева, Б.С. Оразалиева О деятельности «Молодежных центров здоровья» в регионах республики.....	11
Ж.Е. Баттакова, С.Б. Мукашева, Т.И.Слажнева, Т.К. Сайдамарова Поведенческие факторы риска возникновения социально-значимых заболеваний.....	13
Ж.Е.Баттакова, С.Б.Мукашева, Т.И.Слажнева, Т.К.Сайдамарова Результаты реализации скрининговой программы в РК за первое полугодие 2017 года.....	16
С.Б. Мукашева Антитабачные вмешательства в ответ на глобализацию табачной эпидемии	18

CONTENT

Battakova Zh.E. Childhood obesity survey (review)	5
Battakova Zh.E., Mukasheva S.B., Orazaliyeva B.S. About the activity of Youth Health Centers in the regions of the republic	11
Battakova Zh.E., Mukasheva S.B., Slazhneva T.I., Saidamarova T.K. Behavioral risk factors of socially important diseases	13
Battakova Zh.E., Mukasheva S.B., Slazhneva T.I., Saidamarova T.K. Results of the screening program in the Republic of Kazakhstan for the first half of 2017	16
Mukasheva S.B. Anti-smoking interventions in response to globalization of the tobacco epidemic	18

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

МРНТИ: 76.75.29

УДК: 616-056.5-053.2-084:303.44

БАТТАКОВА Ж.Е., д.м.н., профессор

**Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни МЗРК
г. Алматы**

ИССЛЕДОВАНИЕ ОЖИРЕНИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ (ОБЗОР)

АННОТАЦИЯ

В статье представлен обзор формирования поведенческих стереотипов, рационального питания, физической активности, избыточной массы тела и ожирения в предпубертатном периоде, которые воздействуют на общественное здоровье. Исследование ожирения в детском возрасте позволяет определить систему эпидемиологического надзора и мониторинга с разработкой профилактических программ.

Ключевые слова: избыточная масса тела, ожирение, поведение, эпиднадзор, мониторинг, профилактика.

В настоящее время разработка системы эпидемиологического мониторинга за ожирением в детском возрасте для оценки распространенности избыточной массы тела, ожирения и ряда факторов школьной, семейной среды среди учащихся начальных классов в Республике Казахстан как никогда актуальна для формирования мероприятий по профилактике ведущих факторов риска в образе жизни детей и их оценке.

Научным обоснованием проведения исследования в данном направлении является рост распространенности избыточной массы тела и ожирения у детей в течение последних трех десятилетий. Так, в 2010 году 43 миллиона детей, среди них 35 миллионов в развивающихся странах, в возрасте 0–5 лет имели избыточную массу тела и ожирение. Распространенность избыточной массы тела и ожирения у детей в мировом масштабе выросла с 4.2% (95% CI: 3.2%, 5.2%) в 1990 году – до 6.7% в 2010 (95% CI: 5.6%, 7.7%). Относительный рост показателя составил 60%. Ожидается, что данная тенденция будет продолжаться и распространенность достигнет 9.1% (95% CI: 7.3%, 10.9%) в 2020 году, с относительным ростом показателя 36% от 2010 года [1,2].

Имеется достаточная научная база доказательств того, что ожирение в детском возрасте связано с различными серьезными последствиями для здоровья и обуславливает повышенный риск преждевременных заболеваний и смерти во

взрослой жизни. Последствия ожирения для здоровья включают повышенный риск развития метаболического синдрома, сердечно-сосудистых заболеваний, диабета 2 типа, заболеваний скелетно-мышечной системы (например, остеоартрит), некоторых видов рака и других неинфекционных заболеваний [3-6].

Кроме того, ожирение в детском возрасте приводит к проблемам психологического здоровья: снижение качества жизни, повышенный риск поведенческих и эмоциональных нарушений, стигматизации [7,8].

Более 60 % детей с избыточной массой тела в предпубертатном периоде имеют значительно больший риск избыточной массы тела во взрослом возрасте, что приведет к более раннему появлению неинфекционных заболеваний и увеличению расходов службы здравоохранения на длительное лечение [9].

Под избыточным весом и ожирением понимают повышенное или чрезмерное накопление жировых отложений, которые могут оказать вред здоровью [10]. Основная причина развития ожирения – это наличие дисбаланса между калорийностью пищевого рациона и энергетическими затратами организма в результате потребления продуктов с высокой энергетической ценностью и повышенным содержанием жиров с одной стороны и малоподвижным образом жизни, снижением физической активности – с другой [11, 12]. На ребенка оказывает воздействие среда,

способствующая ожирению: доступность высококалорийных продуктов питания, бедных по содержанию полезными веществами, уменьшение возможностей для физической активности. Как результат – биологические и поведенческие реакции. Поведенческие реакции формируются у детей под влиянием семейных привычек, культурных норм, социально-экономического статуса и передаются от поколения к поколению. В связи с этим, выбор продуктов для здорового питания детей с младенчества является очень важным, так как именно в детском возрасте закладываются пищевые предпочтения человека. Кормление ребенка высококалорийной пищей, с высоким содержанием жиров, сахара и соли является ключевым фактором развития детского ожирения [12].

Основными рекомендациями ВОЗ в области питания детей являются:

- исключительно грудное вскармливание от рождения до 6 месяцев;
- введение прикорма с 6 месяцев, с продолжением грудного вскармливания до 2 лет;
- кормление ребенка здоровой пищей по мере взросления;
- ограничение потребления жиров, сахара и соли;
- ежедневное потребление фруктов, овощей, бобовых, продуктов из цельных злаков [12].

В докладе «Здоровое питание матери: лучший старт в жизни», 2016 г., разработанном Европейским Региональным бюро ВОЗ, приведены фактические данные, которые свидетельствуют о том, что пищевые факторы во время развития плода и в раннем детском возрасте могут влиять на формирование избыточной массы тела и ожирения в дальнейшей жизни. Следовательно, пищевое благополучие женщин до зачатия крайне важно. Женщины, которые имеют избыточный вес при наступлении беременности или которые набирают лишний вес во время беременности, могут стать причиной передачи и усиления эпидемии ожирения от поколения к поколению. Таким образом, нет сомнений, что статус питания матери влияет на ее ребенка – младенца, а также влияет на риск того, что у ребенка будет ожирение [13].

В Казахстане вопросы качественного и рационального питания, повышения физической

активности являются приоритетным направлением политики общественного здравоохранения, которое прописано в Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы. Программной целью является «Внедрение новой политики по охране здоровья общества на основе интегрированного подхода к профилактике и управлению болезнями» [14]. Особого внимания заслуживают проблемы рационального питания детей в контексте усиления пропаганды здорового образа жизни.

В 1998, 2001, 2004, 2007, 2012 и 2015 годах Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК провел 6 национальных исследований процесса формирования здорового образа жизни в РК, результаты которых позволили определить основные показатели образа и условий жизни детей республики:

- доля городских детей, получающих горячее питание в образовательных организациях, составила 57,5%, сельских детей – 52,5%.
- потребление детьми фаст-фуда высокое (84,0%), однако большинство детей потребляет его редко (54,6%) или не потребляет вообще (16,0%);
- один раз в день фаст-фуд потребляют около 13,7% детей по РК;
- частота ежедневного потребления сладких газированных напитков составила 13,8% городских и 15,5% сельских детей [15].

Физическая активность на всех этапах жизни человека способствует профилактике хронических неинфекционных заболеваний. Очень важно прививать ребенку навыки физической активности в детстве и подростковом возрасте, которые с большей вероятностью сохранятся и во взрослой жизни. На основе научных данных был разработан рекомендуемый уровень физической активности, от умеренной до высокой, для детей и подростков. Он составляет не менее 60 минут в день [16]. Недостаточная физическая активность стала распространенным явлением во всем мире и является фактором риска развития ожирения. Во многих странах Европейского региона физическая активность среди детей и подростков 11-15 лет существенно снижается, особенно среди девочек. Более 86% девочек

15 лет недостаточно физически активны [17]. По данным 6 национального социологического опроса более 4-х часов за просмотром телевизионных передач в городе проводят 13,3% опрошенных детей 11-17 лет (мальчики – 11,6%, девочки – 15,1%), а в селе – 16,6% (мальчики – 17,9%, девочки – 15,4%) [15]. Изучение физической активности у казахстанских детей 8-9 лет, в рамках пилотного исследования, позволило установить следующее: только половина детей (48,0%) занимается спортом в спортивных секциях или танцевальных клубах. В сельской местности этот показатель ниже, чем в городской, что связано с недостатком спортивных сооружений и соответствующих кадров. Ежедневно в будние дни восьми – девятилетних дети сидят перед телевизором 1 час (32,8%), а в выходные – 2 часа (45,2%). Более 3 часов в выходные дни смотрят телевизор 18,8% детей. В будние дни более 3 часов сидят за компьютером 20,1% детей, а в выходные дни их число возрастает до 34,1% [18].

В связи с влиянием избыточной массы тела и ожирения на возникновение и развитие неинфекционных заболеваний, одной из 6 глобальных целей ВОЗ по питанию, для достижения к 2025 году является противодействие росту детского ожирения, то есть достижение 0% повышения распространенности детского ожирения [19].

Всемирная организация здравоохранения в 2014 г. создала Комиссию по ликвидации детского ожирения (далее-Комиссия) для изучения и ликвидации пробелов в существующих предписаниях и стратегиях. Проведя консультации с более чем 100 государствами – членами и изучив почти 180 комментариев, сделанных в режиме онлайн, Комиссия разработала ряд рекомендаций для успешного решения проблем детского и подросткового ожирения в разных условиях во всем мире [12].

Изучение распространенности избыточной массы тела и ожирения нашло отражение в исследованиях казахстанских ученых. По данным 6-го социологического исследования факторов формирования здорового образа жизни НЦПФ-ЗОЖ, 2015г., распространенность избыточной массы тела среди взрослого населения составила 33,3% (мужчины 36,5%, женщины – 30,1%), ожирения I, II, III степени – 9,2 (мужчины 8%,

женщины – 10,4%). При сравнении данных 5-го и 6-го Национальных исследований в республике была отмечена тенденция увеличения доли взрослого населения, имеющего избыточную массу тела на 2,1% (с 31,2% до 33,3%), при этом в городской местности – на 1% (с 31,3% до 32,3%), в сельской – на 3,4% (с 31% до 34,4%). У жителей города увеличение индекса массы тела от 25 – 29,9 кг/м² отмечается только у женщин с 27,4% до 29,5%, в селе – у мужчин с 34% до 38,1%, у женщин – с 27,9% до 30,7% [15,20].

По данным исследования домохозяйств, проведенного Казахской Академией питания в 2012 году, каждый пятый ребенок в возрасте от 1 до 14 лет (21,5%) страдал избыточной массой тела и ожирением. Ожирение выявлено у 11% детей [21]. Кластерное обследование положения детей до 5 лет в РК (MICS) показало, что распространенность избыточной массы тела, включая ожирение, составила в 2006 г. 11,3%, в 2010 году – 13,3 % (14,8 % мальчиков и 11,8% девочек). В 2015 г. процентная доля детей в возрасте до 5 лет, у которых показатель отношения веса к росту – на два стандартных отклонения выше медианного значения этого показателя для детей того же возраста, установленного ВОЗ – 9,3% [22].

В Казахстане специальных национальных исследований по оценке поведенческих факторов риска развития ожирения и распространенности избыточной массы тела среди детей младшего школьного возраста до настоящего времени не проводилось.

Проблема детского ожирения, и факторов, его провоцирующих, включая нездоровое питание, низкую физическую активность, недостаточность фактических данных по развитию эпидемии ожирения среди детей начальных классов требует разработки стратегии по профилактике детского ожирения на основе эпидемиологического надзора и мониторинга распространенности избыточной массы тела и ожирения.

В странах Европейского региона ВОЗ детское ожирение также является актуальной проблемой. В рамках создания научной базы индикаторов по избыточной массе тела и ожирению среди детей, для продвижения и поддержки мер политики в отношении эпидемии детского ожирения и мо-

мониторинга, была создана стандартизированная система надзора за избыточной массой тела и детским ожирением (Childhood Obesity Surveillance Initiative, COSI) в ряде стран Европейского региона ВОЗ. Данная система регулярно, раз в два-три года измеряет тенденции в избыточном весе и ожирении у детей младшего школьного возраста в возрасте 6-9 лет. Полученные результаты позволяют оценить ситуацию по распространению ожирения на национальном и региональном уровне среди этой группы населения, провести сравнения между странами Европейского региона ВОЗ и разработать профилактические мероприятия по здоровому питанию, повышению физической активности, развитию среды, способствующей здоровому образу жизни на уровне семьи, школы, сообщества, с учетом межсекторального подхода [23-25].

Первый раунд сбора данных прошел в 2007/2008 учебном году, в котором приняли участие 14 стран, второй раунд в 2009/2010 учебном году – 18 стран участниц, третий раунд проводился в 2012/2013 гг в 22 странах, IV раунд сбора данных – 2015-2016 учебный год – с участием 35 стран, в том числе – Республика Казахстан.

По данным ВОЗ COSI в 2007 г., распространенность избыточной массы тела среди мальчиков была в пределах от 19,3% до 49,0% и среди девочек – от 18,4% до 42,5%, в то время как распространенность ожирения варьировалась от 6,0% до 26,6% среди мальчиков и от 5,1% до 17,3% среди девочек. В результате первого раунда сбора данных в 2007-2008 учебном году на основе стандартов развития ВОЗ было установлено, что в среднем избыточным весом или ожирением страдают 24% детей в возрасте от шести до девяти лет [23].

Во втором раунде сбора данных (2009-2010 гг.) было выявлено увеличение распространенности избыточной массы тела до примерно 33% от общей выборки, хотя, некоторые страны (Италия, Португалия, Словения), добились существенно-го прогресса. В третьем раунде COSI (2012/2013) участвовала 21 страна, более 160 000 детей было охвачено исследованием.

В 4-ом раунде (2015/2017 гг.), в котором участвуют 35 стран европейского региона ВОЗ, планируется измерить более 250 000 детей.

В Казахстане понимают серьезность проблемы детского ожирения и, в связи с этим, необходимость присоединения к системе эпидемиологического мониторинга Европейской инициативы ВОЗ контроля детского ожирения (COSI), с целью выработки приоритетных и эффективных направлений работы в области популяционной и индивидуальной профилактики детского ожирения. Исследование заключается в проведении антропометрических измерений детей 3 – 4 классов общеобразовательных школ для определения показателей нормальной массы тела, избыточной массы тела, ожирения, недостаточной массы тела, низкорослости и маловесности. Изучение факторов образа жизни, питания и уровня физической активности основано на анкетировании родителей, а также включает сбор информации о школьной среде в отношении питания и физической активности. Уникальность исследования заключается в том, что полученные данные сопоставимы на международном уровне, с применением методологии ВОЗ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Branca F., Nikogosian H., Lobstein T., eds. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. – Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74746/E90711.pdf). accessed 24/03/2017.
2. Onis M., Blossner M., Borghi E. Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. – *American Journal of Clinical Nutrition*. -2010. -92(5):1257–p. 64.
3. Dietz WH. Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. – *Pediatrics*, 1998, 101.–p. 518–525.
4. Kelsey M.M., Zaepfel A., Bjornstad P., Nadeau K.J. Age-Related Consequences of Childhood Obesity. – *Gerontology* 2014;60. -222-228. -<https://doi.org/10.1159/000356023>
5. Ezzatti 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: World Health Organization, 2004.
6. Food, nutrition, and the prevention of cancer: a global perspective /World Cancer research Fund, American Institute for Cancer Research. – Washing-

ton, DC: American Institute for Cancer Research, 2007.

7. Pizzi MA, Vroman K. Childhood obesity: effects on children's participation, mental health, and psychosocial development. – Occupational Therapy In Health Care. – 2013;27(2). – p.99-112.

8. Tsiros MD OT, et al. Health-related quality of life in obese children and adolescents/ Tsiros MD OT, Buckley JD, Grimshaw P, Brennan L, Walkley J. – Int J Obes (Lond). – 2009;33.–p.387-400.

9. Deshmukh-Taskar P et al. Tracking of overweight status from childhood to young adulthood: the Bogalusa Heart Study. – European Journal of Clinical Nutrition, 2006, 60.–p. 48–57.

10. Physical status: the use and interpretation of anthropometry: Report of a WHO Expert Committee. World Health Organ Tech Rep Ser, 1995. – 854.

11. Ожирение и избыточный вес: Информационный бюллетень, Июнь 2016 г. – <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/ru/>

12. Доклад комиссии по ликвидации детского ожирения/ Всемирная организация здравоохранения.–Женева: ВОЗ, 2016 г.

13. Здоровое питание матери–лучшее начало жизни.–Копенгаген: Всемирная организация здравоохранения, 2016 г.

14. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019/ Указ Президента Республики Казахстан от 15 января 2016 года № 176. – Астана, 2016г.

15. Национальное исследование образа жизни населения в Республике Казахстан: монография / Ж.Е.Баттакова. – Алматы, 2016. – 349с.

16. Strong WB et al. Evidence based physical activity for school-age youth. -The Journal of Pediatrics, 2005,146(6).–p. 732-737.

17. Стратегия в области физической активности для Европейского региона ВОЗ 2016-2025гг.- Копенгаген: Всемирная Организация Здравоохранения. 2016г.

18. Баттакова Ж.Е., и др. Изучение низкой физической активности детей младшего школьного возраста, как фактора формирования повышенной массы тела (результаты пилотного исследования)/ Баттакова Ж.Е., Токмурзиева Г.Ж., Слажнева Т.И., Абдрахманова Ш.З., Акимбаева А.А. – Сборник материалов XLII заочной конфе-

ренции «International Research Journal». – г.Екатеринбург. – 2015 г., сентябрь. – №8 (39). – ч.3. – с. 89-92.

19. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. – Geneva: WHO, 2013

20. Баттакова Ж.Е., и др. Мониторинг распространенности поведенческих факторов риска в Республике Казахстан/ Баттакова Ж.Е., Токмурзиева Г.Ж., Длимбетова Д.О., Акимбаева А.А. – Сборник материалов VII международной научно-практической конференции «Отечественная наука в эпоху изменений: постулаты прошлого и теории нового времени». – г.Екатеринбург, 2015 г., 06-07 марта. – №2 (7). –ч. 8. – с. 16-21.

21. Комплексная профилактика эпидемии избыточного веса и ожирения в Казахстане: Отчет о научно-исследовательской работе /Казахская академия питания. – Астана, 2014.

22. Kazakhstan Multiple Indicator Cluster Survey: final reports 2006, 2010, 2015 / United Nations Children's Fund (UNICEF), Agency of the Republic of Kazakhstan on Statistic. – <http://mics.unicef.org/surveys>

23. WHO European Childhood obesity surveillance initiative. Implementation of round 1 (2007/2008) and round 2 (2009/2010), WHO : Copenhagen, Denmark, 2014. – p 93.

24. Баттакова Ж.Е., Токмурзиева Г.Ж., Слажнёва Т.И., Абдрахманова Ш.З. Организация систем эпидемиологического надзора за ожирением детей (международный опыт и действия Казахстана): Сборник материалов XII международной научно-практической конференции «Научные перспективы XXI века. Достижения и перспективы нового столетия»/ Баттакова Ж.Е., Токмурзиева Г.Ж., Слажнёва Т.И., Абдрахманова. – Новосибирск, 2015 г. 19-20 июня. – №5 (12). – часть 3. – с.18-21. 25. Европейская инициатива ВОЗ по эпиднадзору за детским ожирением (COSI): Протокол (октябрь 2016г.). – Копенгаген: Всемирная организация здравоохранения, 2017г. – 22с.

26. Deville JC, Sarndal, C.E. Calibration Estimators in Survey Sampling. -Journal of the American Statistical Association. – 1992, June. – Vol. 87. – No. 418. – pp. 376-382.

27. Szajewska H, Ruszczyński M. Systematic review demonstrating that breakfast consumption influences body weight outcomes in children and adolescents in Europe. – *Crit Rev Food Sci Nutr.* – 2010. – 50(2). – 113–9. doi: 10.1080/10408390903467514.

28. de la Hunty A, Gibson S, Ashwell M. Does regular breakfast cereal consumption help children and adolescents stay slimmer?: A systematic review and meta-analysis. – *Obes Facts*, 2013. – 6(1):70–85. doi: 10.1159/000348878.

29. Wesnes KA, Pincock C, Scholey A. Breakfast is associated with enhanced cognitive function in schoolchildren. – An internet based study. *Appetite.* – 2012;59(3). – 646–9. doi: 10.1016/j.appet.2012.08.008.

30. Rampersaud GC, et al. Breakfast habits, nutritional status, body weight, and academic performance in children and adolescents / Rampersaud GC, Pereira MA, Girard BL, Adams J, Metzl JD. – *J Am Diet Assoc.* – 2005. – 105(5):743–60. – doi: 10.1016/j.jada.2005.02.007.

31. Blondin SA, et al. Breakfast consumption and adiposity among children and adolescents: an updated review of the literature/ Blondin SA, Anzman-Frasca S, Djang HC, Economos CD. – *Pediatric Obesity.* – 2016. – 11(5). – pp.333–48.

32. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. – Geneva: World Health Organization, 2003. – (http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/en/gsfao_introduction.pdf, accessed 26 May, 2017).

33. Rasmussen M, et al. Determinants of fruit and vegetable consumption among children and adolescents: a review of the literature/ Rasmussen M, Krolner R, Klepp KI, Lytle L, Brug J, Bere E, Due P. – Part I: Quantitative studies. – *Int J Behav Nutr Phys.* – Act 3:22.

34. Taheri S, et al. Short sleep duration is associated with reduced leptin, elevated ghrelin, and in-

creased body mass index/ Taheri S, Lin L, Austin D, Young T, Mignot E. – *PLoS Med.* – 2004. – 1(3): e 62. doi:10.1371 /journal.pmed. 0010062.

35. Taveras EM, et al. Short sleep duration in infancy and risk of childhood overweight/ Taveras EM, Rifas-Shiman SL, Oken E, Gunderson EP, Gillman MW. – *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine.* – 2008. – 162(4) :305–311. doi: 10.1001/archpedi.162.4.305.

36. Seegers V, et al. Short sleep duration and body mass index: A prospective longitudinal study in preadolescence/ Seegers V, Petit D, Falissard B, Vitaro F, Tremblay RE, Montplaisir J, Touchette E. – *American Journal of Epidemiology.* – 2011. – 173(6). – pp. 621–629. – doi:10.1093/aje/kwq 389.

ТУЙЫН

Мақалада қоғамдық денсаулыққа әсер ететін жасөспірімдік шаққа дейінгі мінез-құлықтық стереотиптің қалыптасуына, үйлесімді тамақтануға, дене белсенділігіне, артық дене салмағы мен семіздікке шолу жасалған. Балалардың семіздігін зерделеу профилактикалық бағдарламаларды әзірлеу арқылы эпидемиологиялық қадағалау мен бақылау жүйесін анықтауға мүмкіндік береді.

Кілт сөздер: артық дене салмағы, семіздік, мінез-құлық, эпидемиологиялық қадағалау, бақылау, профилактика.

SUMMARY

The article presents an overview of the pre-pubertal behavioral stereotypes development, healthy nutrition, physical activity, overweight and obesity that influence public health. The study of childhood obesity enables to identify the system of epidemiological surveillance and monitoring with the development of preventive programs.

Key words: overweight, obesity, behavior, surveillance, monitoring, prevention.

МРНТИ: 76.35.37

УДК: 614.39-053.6/.7

Ж.Е. БАТТАКОВА д.м.н., профессор¹, С.Б. МУКАШЕВА, к.м.н.¹, Б.С. ОРАЗАЛИЕВА¹**¹Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни МЗРК****г. Алматы****Казахстан****О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ «МОЛОДЕЖНЫХ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ» В РЕГИОНАХ
РЕСПУБЛИКИ****АННОТАЦИЯ**

В статье представлена информация о деятельности «Молодежных центров здоровья» (далее – МЦЗ) республики, их роли в продвижении здорового образа жизни и профилактике социально значимых заболеваний.

Ключевые слова: подростки и молодежь, молодёжные центры здоровья, медико-социальная помощь, психологическая помощь.

Для охраны общественного здоровья важно внимание каждого человека к собственному здоровью на протяжении всей жизни, особенно в детском, подростковом, молодом возрасте, когда события одного временного отрезка жизни влияют на самочувствие в последующие периоды жизненного цикла.

На здоровье подростков положительное или отрицательное влияние оказывают многочисленные факторы, которые проявляются на различных уровнях: индивидуальные особенности (возраст, пол, знания, навыки и самостоятельность); отношения в семье и со сверстниками; организации, которые обеспечивают подростков услугами и предоставляют им возможности (школы и учреждения здравоохранения); средства массовой информации и общество в целом. [1]

Подростковый период – это время, когда личность претерпевает огромные физические и психологические изменения. Одновременно происходят значительные изменения в социальных взаимодействиях и отношениях индивидуума. Подростковый возраст является периодом возможностей, но также и рисков. Это период когда представляются возможности для создания основы здорового зрелого возраста и полноценного и репродуктивного здоровья, а также для снижения вероятности проблем в последующие годы. В то же время, это период риска, когда могут возникнуть проблемы здоровья с серьезными немедленными последствиями, либо когда

формируется поведение, которое может иметь серьезные негативные эффекты для здоровья в будущем. [2]

Подростки сталкиваются с множеством нагрузок и проблем, в числе которых возрастающие ожидания от их учебной успеваемости, изменяющиеся социальные взаимоотношения с семьей и сверстниками, а также физические и эмоциональные перемены, связанные с половым созреванием. Эти годы знаменуют собой период роста самостоятельности, когда формируется независимость в принятии решений, что может повлиять на их здоровье и поведение в отношении здоровья.

Поведение, которое формируется в этот переходный период, может закрепиться и во взрослой жизни, оказывая воздействие на такие аспекты, как психическое здоровье, появление и развитие жалоб на здоровье, связанных с курением и употреблением алкоголя, рационом питания, уровнем физической активности.

В подростковом возрасте у молодых людей открывается масса новых возможностей – знакомства с новыми людьми, посещение новых мест и открытие своего жизненного пути. Однако эти годы также могут быть периодом стресса. Так, отмечено, что половина всех расстройств психического здоровья начинается к возрасту 14 лет, однако, в большинстве случаев, они проходят незаметно, серьезно сказываясь на психическом здоровье в течение жизни. [3]

Психическое здоровье относится к числу приоритетов общественного здравоохранения. [1]

Укрепление здоровых привычек в подростковом периоде и осуществление мер, направленных на то, чтобы надежно защитить молодых людей от рисков для здоровья, имеет большое значение для предотвращения проблем со здоровьем в течение взрослой жизни, а также для будущего медико-санитарного и социального состояния страны.

Наиболее частой причиной заболеваний и инвалидностей среди подростков является депрессия, а суицид, как причина смерти, находится на третьем месте. Насилие, бедность, унижение и ощущение ненужности, может усилить риск развития проблем психического здоровья.

Содействовать хорошему психическому здоровью может воспитание у детей и подростков жизненных навыков, предоставление им психосоциальной поддержки в школах и других социальных условиях. Кроме этого, большое значение имеют программы, помогающие укреплению связей между подростками и их семьями. При возникновении проблем, их следует выявлять и решать действиями компетентных и заботливых работников здравоохранения. [4]

От уровня здоровья в подростковом и молодом возрасте жизни зависит реализация жизненных планов, в том числе – профессиональная подготовка, стремление к социальному развитию, создание семьи и рождение детей, то есть именно те факторы, которые предопределяют развитие страны в целом.

Для улучшения здоровья и развития подростков многим структурам необходимо объединить свои усилия и сектор здравоохранения в этом играет решающую роль. [2]

Во многих странах, как и в Казахстане, были приняты стратегии, направленные на комплексное решение проблемы охраны здоровья подростков и молодежи путем предоставления услуг, дружественных к молодежи.

Так, в Республике в 2006 году впервые открыты Молодежные центры здоровья (далее – МЦЗ) для подростков и молодежи. Молодежные центры здоровья – это учреждения, оказывающие комплексную медико-социальную, психологи-

ческую помощь по проблемам сохранения здоровья, обусловленным спецификой возраста, на принципах Добровольности, Доступности, Доброжелательности, Доверия.

МЦЗ действуют на базе городских, районных организации первичной медико – санитарной помощи; областных и районных центров формирования здорового образа жизни.

В динамике количество МЦЗ увеличилось с 17 в 2011 году до 94 в 2017 году. Максимальное количество МЦЗ наблюдается в Жамбылской области – 14, в Актыбинской области – 13, в г. Астане – 12. Минимальное количество – в Павлодарской и Северо-Казахстанской областях – по 1 центру.

В МЦЗ подростки и молодежь могут получить консультацию гинеколога, уролога, дерматолога-венеролога, психолога, социального работника и юриста. С целью организации досуга, приобщения к групповой работе на базе центров функционируют компьютерные классы, тренажерные залы, комнаты досуга по интересам.

Здоровье молодежи – одна из важных социальных ценностей нашего общества. Сохранять и укреплять его – это жизненная необходимость, и нравственный долг каждого молодого человека. Здоровый образ жизни – личное, глубокое убеждение человека и уверенность в том, что другого пути к здоровью нет, залог успешной реализации жизненных планов, обеспечение благополучия для себя, своей семьи и общества.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Здоровье подростков мира: второй шанс во втором десятилетии. – Женева: ВОЗ, 2014.
2. Укрепление и действий сектора здравоохранения в ответ на проблемы здоровья и развития подростков. – Женева: ВОЗ 2010 г.
3. Страх перед будущим? Профилактика депрессии у подростков и молодых людей. – Женева: ВОЗ, 2016-2017 гг.
4. Подростки: риски для здоровья и их пути решения: информационный бюллетень № 345 / ВОЗ. – Женева: ВОЗ, май 2016 г.

ТҮЙЫН

Мақалада республикадағы «Жастар денсаулық орталығының» (бұдан әрі – ЖДО) қызмет-

тері, олардың салауатты өмір салтын насихаттау мен әлеуметтік маңызды аурулардың алдын алу-дағы рөлі туралы ақпарат берілген.

Кілт сөздер: жасөспірімдер мен жастар, жастар денсаулық орталығы, медициналық-әлеуметтік көмек, психологиялық көмек.

SUMMARY

The article presents information on the «Youth Health Centers» activities in the republic, their role in healthy lifestyle promotion and prevention of socially significant diseases.

Key words: adolescents and youth, youth health centers, medical and social care, psychological care.

МРНТИ: 76.01.73

УДК: 614.2:616.1/8-056.8-084

Ж.Е. БАТТАКОВА, д.м.н., профессор¹, С.Б. МУКАШЕВА¹, к.м.н., Т.И.СЛАЖНЕВА, д.м.н., профессор¹, Т.К. САЙДАМАРОВА¹

**1Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК
г. Алматы
Казахстан**

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

АННОТАЦИЯ

В обзорной статье представлен анализ изучения поведенческих факторов риска и их влияние на возникновение заболеваний у населения Республики Казахстан на основе международного опыта, описана роль скрининговых осмотров в профилактике неинфекционных заболеваний.

Ключевые слова: факторы риска, социально значимые заболевания, профилактика, здоровье, скрининг.

По данным Всемирной организации здравоохранения, состояние здоровья человека лишь на 15% зависит от организации медицинской службы, столько же приходится на генетические особенности, а значительная доля определяется образом жизни и факторами риска.

Факторы риска – это определяющие здоровье факторы, влияющие на него отрицательно. Они провоцируют возникновение и развитие болезней. Фактор риска – это признак, который каким-то образом связан с возникновением заболевания в будущем. При этом признак считается фактором риска до тех пор, пока природа его связи остается до конца нераскрытой как вероятностная.

Специалисты ВОЗ доказали, что факторы риска приносят большой экономический ущерб и индивидууму и здравоохранению: средний курильщик ежегодно тратит на сигареты не менее 2-х месячных зарплат, а заболевания, связанные с табакокурением обходятся Национальной службе здравоохранения (НСЗ) более,

чем в 5 млрд.ф.ст.в год; нарушения здоровья связанные с употреблением алкоголя обходятся НСЗ – в 2,9 млрд.ф.ст.в год; расходы на медицинское обслуживание лиц с ожирением превышает более чем на 30% соответствующие расходы для людей с нормальным весом и более, чем 0,7-2,8% всех затрат на медицинское обслуживание в большинстве стран; на долю затрат, связанных с низким уровнем физической активности, приходится 1,5-3% национальных бюджетов здравоохранения во всем мире.

Проект «Северная Карелия» (Финляндия) подтвердил значимость поведенческих и биологических факторов риска в развитии сердечно-сосудистых заболеваний.

Руководящие принципы ВОЗ, включая Оттавскую хартию по укреплению здоровья, определяют значимость участия населения в изменении личных поведенческих навыков и умении выбирать здоровый образ жизни.

Наряду с этим, Глобальная стратегия по профилактике неинфекционных заболеваний

до 2020 года определяет глобальные цели ВОЗ: сокращение на 25% преждевременной смертности от сердечно-сосудистых, онкологических, хронических респираторных заболеваний и диабета путем относительного сокращения на 10% вредного потребления алкоголя; на 10% – распространенности недостаточной физической активности, на 30% – среднего потребления населением соли/натрия, на 30% – текущего показателя распространенности употребления табака среди лиц в возрасте от 15 лет, на 25% – распространенности случаев повышенного кровяного давления, прекращения роста числа случаев диабета и ожирения.

Раннее выявление факторов риска является определяющей мерой в профилактике возникно-

вения неинфекционных заболеваний, в том числе сердечно-сосудистых заболеваний (инфаркт и инсульт), онкопатологии, хронических респираторных нозологий (хроническая обструктивная болезнь легких и астма), а также диабета.

В 2008 году скрининг на выявление поведенческих факторов риска был введен в Национальную скрининговую программу Республики Казахстан.

За 2016 год скрининг-обследованию на выявление факторов риска подлежало 1 450 971 человек, обследовано 1 458 560 (100,5%). Выявлено 7 289 992 случая фактора риска (38,4%), том числе – факторов высокого риска 1 995 396–19,5% (ИМТ, ожирение, курение, злоупотребление алкоголем, низкая физическая активность).

Таблица 1

Распространенность поведенческих факторов риска, 2016 год

Области	Осмотрено		Выявлено всех факторов риска		Выявлено факторов высокого риска	
	абс	%	абс	%	абс	%
Акмолинская	77278	102,9%	386145	38,4%	109781	20,3%
Актюбинская	79252	100,3%	396111	38,4%	102057	18,4%
Алматинская	140247	99,7%	700866	38,4%	190622	19,4%
Атырауская	48251	100,3%	241125	38,4%	68936	20,4%
Западно-Казахстанская	61166	99,8%	305778	38,5%	70797	16,5%
Жамбылская	100855	100,1%	517622	39,5%	145023	20,5%
Карагандинская	153654	99,8%	768063	38,5%	186779	17,4%
Костанайская	72778	99,7%	363822	38,4%	107105	21,0%
Кызылординская	56548	100,4%	282669	38,5%	78888	19,9%
Мангистауская	39217	104,4%	196023	38,4%	66918	24,4%
Южно-Казахстанская	218402	100,1%	1091539	38,4%	333388	21,8%
Павлодарская	70353	100,2%	351602	38,4%	99269	20,2%
Северо-Казахстанская	46854	101,4%	234208	38,5%	70635	21,5%
Восточно-Казахстанская	122108	101,3%	610270	38,4%	166424	19,5%
г.Астана	55663	101,3%	278176	38,4%	69161	17,7%
г.Алматы	115934	100,9%	579468	38,4%	143108	17,6%
РК	1458560	100,5%	7289992	38,4%	1995396	19,5%

Таблица 2

Распространенность факторов высокого риска, 2016 год

Области	Осмотрено	Индекс Кетле		Объем талии		Курение	Потребление алкоголя	низкая физ. активность	Факторов высокого риска Всего
		25-30	свыше 30	80-94 см	свыше 94 см				
	абс / %	абс./ %	Абс/ %	абс./ %	абс. /%	абс. /%	абс./ %	абс./%	абс./%
Акмолинская	77278 102,9%	20445 26,5%	13031 16,9%	42579 55,1%	10839 14,0%	11170 14,5%	2036 2,6%	9681 12,5%	109781 20,3%

Области	Осмот- ре-но абс / %	Индекс Кетле		Объем талии		Куре- ние курят абс. /%	Потре- бие алко- голя злоупо- требляют абс./ %	низкая физ. актив- ность абс./%	Факторов высокого риска Всего абс./%
		25-30	свыше 30	80-94 см	свыше 94 см				
		абс./ %	Абс/ %	абс./ %	абс. /%				
Актюбинская	79252 100,3%	18004 22,7%	12006 15,2%	42523 53,7%	8561 10,8%	6175 7,8%	451 0,6%	14337 18,1%	102057 18,4%
Алматинская	140247 99,7%	36281 25,9%	21594 15,4%	76796 54,8%	17722 12,6%	16352 11,7%	1783 1,3%	20094 14,3%	190622 19,4%
Атырауская	48251 100,3%	12955 26,8%	6597 13,7%	23812 49,3%	5426 11,2%	4062 8,4%	1111 2,3%	14973 31,0%	68936 20,4%
ЗКО	61166 99,8%	11520 18,8%	10298 16,8%	32640 53,4%	6458 10,6%	5851 9,6%	867 1,4%	3163 5,2%	70797 16,5%
Жамбылская	100855 100,1%	24834 24,6%	13759 13,6%	57275 56,8%	11755 11,7%	10199 10,1%	1157 1,2%	26044 41,8%	145023 20,5%
Карагандинская	153654 99,8%	40505 26,4%	20769 13,5%	76132 49,6%	13726 8,9%	11210 7,3%	844 0,6%	23593 15,3%	186779 17,4%
Костанайская	72778 99,7%	21000 28,8%	15561 21,4%	39876 54,8%	9574 13,2%	9141 12,6%	932 1,3%	11021 15,1%	107105 21,0%
Кызылордин- ская	56548 100,4%	14630 25,9%	9609 16,9%	30918 54,7%	9387 16,6%	6391 11,3%	989 1,7%	6964 12,3%	78888 19,9%
Мангистауская	39217 104,4%	11775 30,0%	10233 26,1%	20451 52,1%	7217 18,4%	1984 5,1%	149 0,4%	15109 38,5%	66918 24,4%
ЮКО	218402 100,1%	59398 27,2%	32890 15,1%	114623 52,5%	32323 14,8%	14106 6,5%	1804 0,8%	78244 35,8%	333388 21,8%
Павлодарская	70353 100,2%	18795 26,7%	11665 16,6%	36071 51,3%	7950 11,3%	10462 14,9%	1637 2,3%	12689 18,0%	99269 20,2%
СКО	46854 101,4%	12574 26,8%	10776 23,0%	26311 56,2%	6787 14,5%	7172 15,3%	1664 3,6%	5351 11,4%	70635 21,5%
ВКО	122108 101,3%	30907 25,3%	17845 14,6%	63855 52,3%	16640 13,6%	15737 12,9%	2215 1,8%	19225 15,7%	166424 19,5%
г.Астана	55663 101,3%	12771 22,9%	9495 17,1%	30256 54,4%	5588 10,0%	5242 9,4%	709 1,3%	5100 9,2%	69161 17,7%
г.Алматы	115934 100,9%	28512 24,6%	17562 15,1%	51720 44,6%	7163 6,2%	10900 9,4%	846 0,7%	26405 22,8%	143108 17,6%
РК	1458560 100,5%	374906 25,7%	233690 16,0%	765838 52,5%	177116 12,1%	146154 10,0%	19194 1,3%	278498 19,1%	1995396 19,5%

Перечисленные факторы риска являются управляемыми факторами, которые при желании человека, его целеустремленности, настойчивости и силе воли могут быть устранены. Никогда не поздно изменить свой образ жизни на более здоровый.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Указ Президента Республики Казахстан от 15 января 2016 года № 176

«Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016 – 2019 годы.

2. Приказ МЗСР РК от 29.12.2014 г. №361 «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».

3. Отчеты НИИ и НЦ РК по результатам скрининг – обследований, НЦПФЗОЖ, // 2016 г.

4. Выходные статистические формы ТОО «Мединформ», // 2016 г.

5. Здоровье 2020: Основы Европейской политики и стратегии для 21 века, ВОЗ, 2013 год.).

6. Европейская база данных «Здоровье для всех» [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1012 г.

7. «Скрининг в Европе» Всемирная организация здравоохранения (от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения), 2008 г.

8. Проект «Северная Карелия»: от Северной Карелии до проекта национального масштаба. Издательство Университета Хельсинки, Хельсинки, 2011 г., 304 стр

9. «Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013-2020 гг». Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), 2014 г.

ТҮЙЫН

Шолу мақалада халықаралық тәжірибенің негізінде мінез-құлықтық қауіпті факторлар мен олардың Қазақстан Республикасы халқының

ауруға шалдығуына әсерін зерделеуге талдау жасалып, жұқпайтын аурулардың алдын алуда скринингтік тексерудің рөлі жазылған.

Кілт сөзі: қауіп-қатер факторы, әлеуметтік маңызды аурулар, профилактика, денсаулық, скрининг.

SUMMARY

The review article presents an analysis of the study of behavioral risk factors and their impact on the occurrence of diseases in the population of the Republic of Kazakhstan based on international experience. The role of screening examinations in the prevention of noncommunicable diseases is provided.

Key words: risk factors, socially significant diseases, prevention, health, screening.

МРНТИ: 76.01.73

УДК: 614.2:616-07-084(574)

Ж.Е.БАТТАКОВА, д.м.н., профессор¹, С.Б.МУКАШЕВА, к.м.н.¹,

Т.И.СЛАЖНЕВА, д.м.н., профессор¹, Т.К.САЙДАМАРОВА¹

¹Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК

г. Алматы

Казахстан

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАЛИЗАЦИИ СКРИНИНГОВОЙ ПРОГРАММЫ В РК ЗА ПЕРВОЕ ПОЛУГОДИЕ 2017 ГОДА

АННОТАЦИЯ

В обзорной статье представлен анализ материалов, характеризующих результаты скрининг-обследований на раннее выявление социально-значимых заболеваний целевых групп населения РК в первом полугодии 2017 года.

Ключевые слова: скрининг-обследования, целевые группы, раннее выявление социально-значимых заболеваний.

Одним из наиболее эффективных методов ранней диагностики и профилактики социально-значимых заболеваний являются, прежде всего, профилактические (скрининговые) осмотры населения. Проведение скрининга позволяет повысить эффективность лечения и предупредить развитие осложнений.

Национальная скрининговая программа, начатая в 2008 году, включает раннее выявление заболеваний системы кровообращения, предопухолевых состояний и рака молочной железы, предопухолевых состояний и рака шейки матки.

В 2011 году скрининговые исследования были расширены обследованиями на выявление сахарного диабета, глаукомы, предопухолевой патологии и рака толстой кишки (колоректальный рак).

С 2013 года в пилотном режиме внедрены скрининги на выявление предопухолевых заболеваний и рака предстательной железы среди мужского населения, рака пищевода и желудка, рака печени (гепатоцеллюлярный рак).

За первое полугодие 2017 года в Республике проведено 6 709 566 скрининг-обследований целевых групп взрослого и детского населения.

Обследовано 3 618 842 взрослого населения из числа запланированных к осмотру в 2017 году (6 662 563), что составляет 54,3%, в аналогичном периоде 2016 года показатель составил 61,4% с разницей в 7,1%.

Показатели охвата скрининг-обследованиями целевых групп взрослого населения РК, 1-ое полугодие 2017-2016 гг. (%)

Всего по РК за отчетный период выявлено 123 992 случая заболеваний среди целевых групп взрослого населения, что составило 3,4%, в первом полугодии 2016 года данный показатель находился на уровне 3,6%.

Уровни выявляемости заболеваний среди целевых групп взрослого населения составили:

1. Болезни системы кровообращения (БСК) – выявлено 52 262 больных БСК – 6,3%. Показатель имеет тенденцию к некоторому снижению в сравнении с тем же периодом 2016 года – 6,8%.

2. Сахарный диабет (СД) – выявлено 4 536 человек больных сахарным диабетом – 0,5% (в 1 полугодии 2016 года данный показатель составил 0,6%).

3. Глаукома – выявлено 2 314 человек больных глаукомой, что составляет 0,2%, что на 0,1% ниже того же периода 2016 года;

4. Предопухолевые заболевания и рак шейки матки – выявлено 7 680 больных – 4,9%. В сравнении с тем же периодом 2016 года уровень выявляемости имеет тенденцию к некоторому снижению (на 0,8%).

5. Предопухолевые заболевания и рак молочной железы – выявлено 54 457 больных – 27,2% от числа обследованных, что превышает аналогичный показатель прошлого года (24,1%).

6. Предопухолевые заболевания и рак толстой кишки – выявлено 737 случаев рака и предопухолевых состояний толстой кишки – 0,2%, сохраняется на уровне аналогичного периода 2016 года.

7. Предопухолевые заболевания и рак пищевода и рак желудка – выявлено 1 394 случая предопухолевых заболеваний и рака пищевода и рака желудка – 0,9%, сохраняется на уровне предыдущего отчетного периода.

8. Рак предстательной железы – выявлено 612 больных с патологией предстательной железы – 1,0%.

9. Рак печени – выявлено 7 случаев гепатоцеллюлярного рака – 0,7%, за отчетный период прошлого года было выявлено 9 случаев ГЦК.

10. Поведенческие факторы риска – обследовано 834 821 человек, что составило 56,9%, что на 4,5% ниже уровня аналогичного периода 2016 года.

Среди осмотренных на раннее выявление БСК удельный вес взрослого населения с индексом Кетле до 25 повысился с 55,1% в том же периоде 2016 года до 55,7% (464 956 чел.) в отчетном периоде текущего года.

Удельный вес взрослого населения с индексом Кетле 25-30 (избыточная масса тела – ИМТ) составил 26,1% (217 998 человек), что на 0,3% ниже показателя 1-го полугодия 2016 года.

Удельный вес взрослого населения с индексом Кетле свыше 30 (ожирение) – составил 18,2% (151 867 человек), что на 0,3% ниже показателя того же периода 2016 года.

Фактор табакокурения был выявлен у 80 737 (9,7%) опрошенных. В первом полугодии 2016 г. показатель составил 10,6%. При сравнении между отчетными периодами отмечается снижение уровня выявления фактора курения на 0,9%.

Фактор потребления алкоголя в опасных дозах выявлен у 1,2% (10 043 опрошенных), что на 0,3% ниже того периода 2016 года.

Физическая активность, соответствующая ежедневной физической нагрузке (ходьба, упражнения и т.д., не менее 30 минут), зарегистрирована у 683 231 обследованных – 81,8%, что соответствует показателю того же периода 2016 г.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы: Указ Президента Республики Казахстан от 15 января 2016 года № 176.

2. 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 МЗСР РК от 29.12.2014 г. № 361

3. Отчеты НИИ и НЦ РК по результатам скрининг-обследований, НЦПФЗОЖ, // 2016 г.

4. Выходные статистические формы ТОО «Мединформ», // 2016 г.

5. Здоровье 2020: Основы Европейской политики и стратегии для 21 века. – Копенгаген: ВОЗ, 2013 год.

6. Европейская база данных «Здоровье для всех» [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1012 г.

7. Скрининг в Европе/ Всемирная организация здравоохранения (от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения). – Копенгаген: ВОЗ, 2008 г.

8. Проект «Северная Карелия»: от Северной Карелии до проекта национального масштаба. – Издательство Университета Хельсинки, Хельсинки, 2011 г. – 304 с.

9. Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе

с ними на 2013-2020 гг. – Женева: Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), 2014 г.

ТҮЙЫН

Шолу мақаласында 2017 жылдың алғашқы жарты жылдығында ҚР халықтың нысаналы топтарының әлеуметтік маңызды ауруларын ерте анықтайтын скринингтік тексеріп-қарау нәтижелерін сипаттайтын материалдар талданған.

Кілт сөздер: скринингтік тексеріп-қарау, нысаналы топтар, әлеуметтік маңызды ауруларын ерте анықтау.

SUMMARY

The review article presents an analysis of materials characterizing the results of screening surveys for early detection of socially significant diseases of target groups of the population of the Republic of Kazakhstan in the first half of 2017.

Key words: screening surveys, target groups, early detection of socially significant diseases.

МРНТИ: 76.75.29

УДК: 614.1/2:613.84-084:35.761.2:303.425.2

С.Б. МУКАШЕВА, к.м.н.¹

¹Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК
Казахстан, г. Алматы

АНТИТАБАЧНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ОТВЕТ НА ГЛОБАЛИЗАЦИЮ ТАБАЧНОЙ ЭПИДЕМИИ

АННОТАЦИЯ

В статье дана обзорная информация о мерах борьбы с табакокурением, о его последствиях для здоровья, о международном сотрудничестве в этой области, об исследованиях, позволяющих контролировать ситуацию по распространенности табачной эпидемии в мире и в Республике Казахстан, о мерах по ее предупреждению и защите населения от табачного дыма.

Ключевые слова: табачная эпидемия, неинфекционные заболевания, социологические исследования, межсекторальное взаимодействие.

По данным ВОЗ, ежегодно из-за употребления табака умирает более 5 миллионов человек. Если не будут приняты срочные меры, то число ежегодных случаев смерти к 2030 году может превысить 8 миллионов [74].

Употребление табака способствует развитию неинфекционных заболеваний, таких как сердечно-сосудистые, онкологические болезни, сахарный диабет и хронические заболе-

вания легких, включая бронхиальную астму и хроническую обструктивную болезнь легких. Согласно оценкам экспертов, 36 миллионов зарегистрированных в мире смертельных случаев были вызваны хроническими неинфекционными заболеваниями [75]. Без ответных действий на глобальную табачную эпидемию, потребление табака будет ежегодно приводить к серьезным последствиям и значи-

тельным угрозам для здоровья курящих и их окружающих [1-4].

Курение, воздействие табачного дыма, являются предотвратимой причиной смертностей, болезней и инвалидности. Воздействию табачного дыма люди подвергаются в любой среде: дома, в автомобиле, на работе, в барах, в ресторанах, на детских площадках и в пунктах общественного питания. Матери, которые курили или пребывали в окружении курящих во время беременности, подвергались осложнениям родов и преждевременным родам, самопроизвольным абортam и мертворождениям, а младенцы при рождении имели недостаточный вес.

Каждый год более 600 000 человек, подвергающихся воздействию пассивного курения, умирают в результате вдыхания табачного дыма. Без ответных действий на глобальную табачную эпидемию потребление табака будет ежегодно приводить к разрушительным последствиям и значительным угрозам для здоровья курящих и их окружающих [6, 7].

В результате международных усилий в борьбе против табака была разработана Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ), которая вступила в силу в 2005 году в ответ на глобализацию табачной эпидемии.

РКБТ является договором, основанным на фактических данных, в котором подтверждается право всех людей на обладание высшим уровнем здоровья [36].

Основные положения РКБТ, регламентирующие сокращение спроса на табак, содержатся в статьях 6-14. Это ценовые и налоговые меры по сокращению спроса на табак; неценовые меры по сокращению спроса на табак: защита от воздействия табачного дыма; регулирование состава табачных изделий, регулирование раскрытия состава табачных изделий, упаковка и маркировка табачных изделий; просвещение, передача информации, подготовка и информирование населения; запрет рекламы, стимулирования продаж и спонсорство табака; меры по сокращению спроса, касающиеся табачной зависимости и прекращения употребления табака.

Положения, регламентирующие сокращение предложения табака, содержатся в статьях 15-17. Они касаются незаконной торговли табачны-

ми изделиями; продажи несовершеннолетним и несовершеннолетними; поддержки альтернативных видов экономической жизнеспособной деятельности. В статьях 20-22 изложены механизмы научного и технического сотрудничества и обмена информацией.

В 2008 году ВОЗ представила шесть мер, направленных на сокращение спроса на табак (MPOWER), базирующихся на мерах, предусмотренных РКБТ ВОЗ. Все эти меры требуют укрепления межсекторальной поддержки и решимости, которые на практике должны привести к сокращению распространенности курения, предотвратить миллионы смертей. Достижение мер MPOWER позволит защитить население от воздействия табачного дыма, снизить распространенность табакокурения [8-10]. Положения MPOWER призваны оказать содействие в организации мер по противодействию табакокурения странам, подписавшим Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака.

В 2015 году РКБТ ВОЗ ратифицировали 180 сторон, т.е. 90% мирового населения [36,37].

Статья 6 РКБТ ВОЗ гласит, что ценовые и налоговые меры являются эффективным и важным средством сокращения потребления табака различными группами населения, особенно молодежью [36].

Страны поэтапно повышают налоги на табачные изделия согласно рекомендациям MPOWER, не менее, чем на 75% от их розничной цены. В 2014 году количество стран, строго следующих рекомендациям MPOWER в Европейском регионе, достигло 49%. Исследования по изучению увеличения налогов и цен на табачные изделия в таких странах, как Аргентина, Бангладеш, Бразилия, Китай, Египет, Греция, Индия, Индонезия, Кения, Малайзия, Мексика, Нигерия, Панама, Филиппины, Польша, Катар, Румыния, Россия, Таиланд, Турция, Украина, Уругвай и Вьетнам убедительно демонстрируют достижение желаемого результата (отказа от курения) [48].

В странах Европейского региона, в США, и в других странах принимаются законодательные, административные, исполнительные меры, обеспечивающие защиту от воздействия табачного дыма на рабочих местах внутри помеще-

ний, в общественном транспорте и в закрытых общественных местах и в других общественных местах [38], выполняются мероприятия согласно статье 8 РКБТ ВОЗ. Установлены запреты на курение в закрытых общественных местах, в рабочих помещениях, в медицинских и учебных заведениях, в общественном наземном транспорте (поезд, автобус, городской электротранспорт), в ресторанах. Создаются специальные комнаты для курения в отдельных общественных местах, на рабочих местах, в ресторанах и барах [39-40]. 32 страны, в числе которых страны с низким и средним уровнями дохода (26 стран), и страны, осуществившие Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака (Таиланд, Греция, Турция, Панама), в период между 2007 и 2012 годами ввели полный запрет на курение.

Потребление табака можно снизить путем повышения осведомленности населения о вредном воздействии табачных изделий на здоровье. Статья 11 РКБТ ВОЗ предполагает размещение на упаковке табачных изделий предупреждения о вреде курения для здоровья, описание пагубных последствий использования табака, а также других соответствующих сообщений. Предупреждения и сообщения должны занимать 50% основной маркированной поверхности или более, но не менее 30%. Они могут быть выполнены в виде рисунков или пиктограмм, либо включать их [41, 42].

В 2015 году 77 стран (50% мирового населения) разработали и внедрили графические изображения/пиктограммы на упаковках табачных изделий с изображением пагубных последствий использования табака [67]. В Европейском регионе предупреждения среднего размера соответствующие всем требованиям (или большего, но с отсутствием некоторых параметров) используются в 32% стран Европейского Региона. Это Франция, Эстония, Венгрия, Исландия, Латвия, Норвегия, Португалия, Румыния, Словения, Испания, Швеция, Соединенное Королевство [43-44].

Пиктограммы на упаковках табачных изделий размещают также в США и в 19-ти странах Америки таких, как Аргентина, Боливия, Бразилия, Канада, Чили, Колумбия, Коста-Рика, Мек-

сика, Панама, Перу, Уругвай, Венесуэла [45-46].

Введение полного запрета на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий (TAPS), регламентированное статьей 13 РКБТ ВОЗ, имеет ключевое значение для сокращения потребления табака. Так, с 2009 года более 100 стран ввели запреты TAPS [68].

В Европейском регионе установлен запрет на рекламу табачных изделий в эфире национальных каналов телевидения и радио (50 стран), в печатных СМИ (45 стран), наружной рекламе (43 страны) [72]. Запрет на некоторые другие формы прямой/непрямой рекламы действует в 79% стран: Кипр, Чехия, Эстония, Финляндия, Германия, Венгрия, Исландия, Италия, Литва, Мальта, Румыния, Словакия, Словения, Швеция. В Испании введен запрет на все формы прямой и косвенной рекламы. Запреты TAPS в интернете ввели в 64%, т.е. в 34 странах Европейского региона [46,47].

В соответствии со статьей 20 РКБТ ВОЗ, на страновом уровне необходимо создавать национальную систему эпидемиологического надзора за употреблением табака, поддерживать и оценивать новые данные, полученные в ходе реализации эпидемиологических программ. Научные исследования, эпидемиологический надзор и обмен информацией необходимы в практической деятельности для врачей, для лиц, занимающихся обработкой данных, с целью поддержания эффективной системы мониторинга потребления табака, разработки, реализации и оценки комплексной политики по борьбе против табака. А также – для оценки степени воздействия на население профилактических программ и наглядно-информационных материалов по профилактике и ограничению табакокурения, по снижению спроса на табачные изделия, по снижению распространенности табакокурения.

В 1998 году ВОЗ, Центры по борьбе с болезнями и их профилактике и их партнеры выступили инициаторами организации Глобальной системы эпидемиологического надзора за потреблением табачных изделий (Global Tobacco Surveillance System (GTSS)) для оказания помощи странам в создании программ эпидемиологического надзора и мониторинга мер по борьбе с потреблением табака. GTSS изначально включала сбор

данных в рамках трех опросов: Глобальный опрос о потреблении табака среди молодежи (Global Youth Tobacco Survey (GYTS)), Глобальный опрос школьного персонала (Global School Personnel Survey (GSPS)) и Глобальный опрос студентов, получающих медицинскую специальность (Global Health Professions Students Survey (GHPSS)) [11].

С февраля 2007 г., в качестве новой составляющей Глобальной системы надзора за потреблением табачных изделий (GTSS), был запущен Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака (GATS) для сбора и систематического мониторинга данных о потреблении табачных изделий и для разработки эффективных мер снижения табакокурения [11-12, 73].

Результаты GATS дают возможность на страновом уровне разработать, отслеживать и реализовать эффективные меры по борьбе против табака. Для того, чтобы обеспечить согласованность и сопоставимость данных между странами, настоятельно рекомендуется соблюдать стандартные протоколы, разработанные и утвержденные ВОЗ и CDC.

С 2008 года по 2014 год GATS был осуществлен в странах с низким и средним уровнем дохода с относительно высокой распространенностью табакокурения: Аргентина, Бангладеш, Бразилия, Китай, Египет, Греция, Индия, Индонезия, Кения, Малайзия, Мексика, Нигерия, Панама, Филиппины, Польша, Катар, Румыния, Россия, Таиланд, Турция, Украина, Уругвай и Вьетнам [13-35].

Казахстан присоединился к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе с табаком в 2006 году, взяв тем самым на себя обязательства по осуществлению межсекторальных мер для защиты населения от табачного дыма [52].

Республика Казахстан успешно выполняет основные положения РКБТ ВОЗ, регламентирующие сокращение спроса на табак, поставок табака, внедрение мер контроля табакокурения [52-63].

Продолжается процесс поэтапного повышения ставок акцизов на табачные изделия, совершенствования правил продажи табачных изделий по опыту развитых стран. Так, в 2013 году ставки акцизов на сигареты с фильтром составляли 1550 тенге за 1000 штук, при этом удель-

ный вес акцизов в минимальной цене—24% соответственно. С января 2014 года сумма акциза на сигареты с фильтром увеличена до 3000 тенге за 1000 штук (40%), в 2015 году—до 3900 тенге (46%). Далее планируется ежегодное поэтапное увеличение до 5000 тенге (50%) и т.д.

Реализован запрет курения в общественных местах, в том числе—в организациях образования, здравоохранения, в пунктах общественного питания, кинотеатрах, в клубах, а также в крытых заведениях, предназначенных для массового отдыха. Обеспечиваются места, свободные от табачного дыма. Нарушители привлекаются к наказанию, административной ответственности за курение в неустановленных общественных местах[66].

Работодатели обеспечивают работникам условия, при которых никто из них не подвергается воздействию табачного дыма на своем рабочем месте. Для курящих создаются специальные места или помещения для курения. Усиливается контроль соблюдения запрета на курение, потребление табачных изделий в медицинских и учебных учреждениях, в закрытых общественных местах, в рабочих помещениях и в общественном транспорте[64, 65].

В соответствии с наилучшей международной практикой, в РК внедрена практика нанесения на пачках сигарет графических предупреждений о вреде курения для здоровья или фото-предупреждения, описывающие пагубные последствия использования табака. Эти предупреждения расположены на верхней части пачках сигарет и занимают 40% площади передней и задней поверхности упаковки.

На отечественных телевизионных каналах, на радио, в печатных изданиях осуществляется работа по повышению информированности населения о негативных последствиях курения для здоровья. Поддерживается и совершенствуется система информирования населения о борьбе против табака [69, 70].

В стране внедрен запрет на рекламу табака и табачных изделий, на рекламу табака, направленную на стимулирование спроса и интереса к табаку и табачным изделиям в ходе проведения различных мероприятий, в том числе – розыгрышей призов, лотерей; запрет на рекламу

с использованием элементов товарного знака или названия, известного как наименование табака и табачного изделия, которые прямо или косвенно предлагают табак и табачное изделие.

Международный мониторинг воздействия табакокурения на здоровье населения основан на изучении национальных и субнациональных информационных баз, а также—целевых групп по определенным аспектам [71, 72]. Важными направлениями мониторинга являются оценка динамики распространенности потребления табака, факторов, способствующих воздействию табачного дыма, оценка динамики заболеваемости основными заболеваниями, коррелирующими с потреблением табака.

Для осуществления мониторинга потребления табака в РК Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни изучает распространенность табакокурения с 1998 года каждые 3 года в ходе проведения социологических исследований, включающих опрос жителей всех областей и городов республиканского значения путем репрезентативной выборки. Необходимо отметить позитивную динамику снижения доли лиц, потребляющих табак. Так, по результатам шестого Национального исследования распространенность табакокурения среди взрослого населения в 2015 году составила 18,3% в сравнении с данными пятого и четвертого социологических опросов 2012 и 2007 годов, когда было зафиксировано соответственно 26,5% и 27,0% [50, 51]. Полученные показатели свидетельствуют об эффективности мер по борьбе с табаком, проводимых на межсекторальном уровне, а также—об активной деятельности специалистов первичного звена на основе мультидисциплинарного подхода по предупреждению и ограничению табакокурения.

Таким образом, с целью достижения глобальных целей к 2025 году, включающих снижение преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний на 25%, снижение распространенности курения на 30% [49], всем заинтересованным сторонам в стране необходимо объединить усилия, основанные на комплексном, непрерывном подходе для осуществления всех основных положений РКБТ ВОЗ. И важ-

нейшие аспекты этой деятельности—эпидемиологический надзор за потреблением табака, осуществление эффективных антитабачных мер, включая формирование внутренней мотивации человека к отказу от табакокурения и здоровьесберегающему поведению.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. NCD global monitoring framework: indicator definitions and specifications. – Geneva: World Health Organization, 2014. – 85 p.
2. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. – Geneva: World Health Organization, 2009. – 220 p.
3. Arku R.E., Adamkiewicz G., et al. Seasonal variability in environmental tobacco smoke exposure in public housing developments // *Indoor Air*. – 2015. – Vol.25. – P. 13-20.
4. Boccia S., et al. A Systematic Review of Key Issues in Public Health. – Springer, 2015. – 289 p.
5. The WHO Framework Convention on Tobacco Control: an overview. – Geneva: World Health Organization, 2015. – 5 p.
6. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic – 2008: MPOWER Package.- Geneva: World Health Organization, Tobacco Free Initiative, 2008. – 330 p.
7. WHO report on the global tobacco epidemic. Implementing smoke-free environments. – Geneva, 2009. – 137 p.
8. WHO report on the global tobacco epidemic. Warning about the dangers of tobacco. – Geneva, 2011. – 152 p.
9. WHO Report on the global tobacco epidemic: Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. – Geneva, 2013. – 202 p.
10. Tobacco Control Laws. Explore Tobacco control Legislation and Litigation from around the World. -Washington: Tobacco Control Laws, 2015. – 26 p.
11. Centers for Disease Control and Prevention. Global Adult Tobacco Survey Collaborative Group. Tobacco Questions for Surveys: A Subset of Key Questions from the Global Adult Tobacco Survey (GATS), 2nd Edition. – Atlanta, GA, 2011. – 41 p.
12. Centers for Disease Control and Prevention.

Global Adult Tobacco Survey Collaborative Group. Global Adult Tobacco Survey (GATS): Core Questionnaire with Optional Questions, Version 2.0. – Atlanta, GA, 2010. – 56 p.

13. Fact sheet. Global Adult Tobacco Survey. – Argentina, 2012. – 2 p.

14. Fact sheet. Global Adult Tobacco Survey. – Bangladesh, 2009. – 2 p.

15. Fact sheet. Global Adult Tobacco Survey. – Brazil, 2008. – 2 p.

16. Fact sheet. Global Adult Tobacco Survey. – China, 2010. – 2 p.

17. Fact sheet. Global Adult Tobacco Survey. – Egypt, 2009. – 2 p.

18. Fact sheet. Global Adult Tobacco Survey. – Greece, 2013. – 2 p.

19. Fact sheet. Global Adult Tobacco Survey. – India, 2009-2010. – 2 p.

20. Fact sheet. Global Adult Tobacco Survey. – Indonesia, 2011. – 2 p.

21. Fact sheet. Global Adult Tobacco Survey. – Kenya, 2014. – 2 p.

22. Fact sheet. Global Adult Tobacco Survey. – Malaysia, 2011. – 2 p.

23. Fact sheet. Global Adult Tobacco Survey. – Mexico, 2009. – 2 p.

24. Fact sheet. Global Adult Tobacco Survey. – Nigeria, 2012. – 2 p.

25. Fact sheet. Global Adult Tobacco Survey. – Panama, 2013. – 2 p.

26. Fact sheet. Global Adult Tobacco Survey. – Philippines, 2009. – 2 p.

27. Fact sheet. Global Adult Tobacco Survey. – Poland, 2009-2010. – 2 p.

28. Fact sheet. Global Adult Tobacco Survey. – Qatar, 2013. – 2 p.

29. Fact sheet. Global Adult Tobacco Survey. – Romania, 2011. – 2 p.

30. Fact sheet. Global Adult Tobacco Survey. – Russian Federation, 2009. – 2 p.

31. Fact sheet. Global Adult Tobacco Survey. – Thailand, 2011. – 2 p.

32. Fact sheet. Global Adult Tobacco Survey. – Turkey, 2012. – 2 p.

33. Fact sheet. Global Adult Tobacco Survey. – Uruguay, 2009. – 2 p.

34. Fact sheet. Global Adult Tobacco Survey. – Viet Nam, 2010. – 2 p.

35. Fact sheet. Global Adult Tobacco Survey. – Ukraine, 2010. – 2 p.

36. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака. – Женева: ВОЗ, 2005. – 39 с.

37. WHO Framework Convention on Tobacco Control celebrates 10 years of action to fight tobacco epidemic. – WHO, 2015. – 2 p.

38. World Health Organization. Making your city smoke-free: workshop package. Participant's workbook. – WHO, 2013 – 52 p.

39. European Commission. Report on the implementation of the Council Recommendation of 30 November 2009 on Smoke-free Environments (2009/C 296/02). – Brussels, 2013. – P.20.

40. Sureda X., Fernandez E., et al. Secondhand smoke in outdoor settings: smokers' consumption, non-smokers' perceptions, and attitudes towards smoke-free legislation in Spain // *BMJ Open*. – 2015. – Vol.5. – P.1-9.

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

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

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

44. Noar S.M., et al. Pictorial cigarette pack warnings: a meta-analysis of experimental studies // *Tob Control*. – 2015. – Vol.5.-14 p.

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

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

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

48. Fact sheet. Tobacco taxation. (2014). Raise

tobacco tax – lower death and disease. – WHO, 2014. – 2 p.

49. European Commission World No Tobacco Day: Eurobarometer reveals that tobacco use is down by 2 percentage points in the EU since 2012, but 26% of Europeans are still smokers. – Brussels, 2015. – 2 p.

50. Аканова А.А., Тулебаев К.А., Слажнева Т.И., Хайдарова Т.С., Сейдуманов С.Т. Политика формирования здорового образа жизни в Республике Казахстан: становление и развитие. – Алматы, 2010. – 296 с.

51. Баттакова Ж.Е., Хайдарова Т.С. Мониторинг и сравнительный анализ показателей образа жизни населения и распространенности факторов риска развития неинфекционных заболеваний среди населения РК // Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья. – 2014. – №1. – С. 19-25.

52. О Ратификации Рамочной Конвенции ВОЗ по борьбе против табака: Закон Республики Казахстан, Утвержден Указом Президента Республики Казахстан от 25.11.2006 г. – Астана: Акорда. – 2006. – 8 с.

53. О правах ребенка в Республике Казахстан: Закон Республики Казахстан № 345-ІІ: Утвержден Указом Президента Республики Казахстан от 29.12.2014 г. – Астана: Акорда. 2014. – 125 с.

54. О рекламе: Закон Республики Казахстан. № 508-ІІ, Утвержден Указом Президента Республики Казахстан от 19 декабря 2003 г. – Астана: Акорда, 2003. – 154 с.

55. О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам налогообложения: Закон Республики Казахстан № 152-V ЗРК, Утвержден Указом Президента Республики Казахстан от 5 декабря 2013 г. – Астана: Акорда, 2013. – 12 с.

56. О здоровье народа и системе здравоохранения: Кодекс Республики Казахстан, указ № 193-ІV ЗРК. – Астана: Акорда. – 2009 г. – 196 с.

57. Об административных правонарушениях: Кодекс Республики Казахстан, указ № 235-V ЗРК – Астана: Акорда. – 2014 г. – 220 с.

58. Об утверждении Правил размещения

на пачке табачного изделия, упаковке табачного изделия сведений о составе, об уровне содержания смолистых веществ, никотина и о системных ядах, канцерогенных и мутагенных веществах и предупреждения о вреде курения: Постановление Правительства Республики Казахстан № 1366, утверждено 22 ноября 2011 года. – Астана: Акорда, 2011. – 25 с.

59. Предупреждение о вреде курения, размещаемого в местах, осуществляющих продажу табачных изделий Постановление Правительства Республики Казахстан № 1367, утверждено 22 ноября 2011 года. – Астана: Акорда, 2011. – 10 с.

60. Саламатты Казахстан: Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011-2015 годы, утверждена Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года № 1113. – Астана: Акорда, 2010. – 74 с.

61. Правила представления отчетов производителями и импортерами табака и табачных изделий: Постановление Правительства Республики Казахстан № 1368, утверждено 22 ноября 2011 года. – Астана: Акорда, 2011. – 65 с.

62. О введении запрета на курение кальяна в общественных местах: Постановление Главного санитарного врача Министерства здравоохранения Республики Казахстан №6, утверждено 14.03.2013 г. – Астана: Акорда, 2013. – 23 с.

63. О внесении изменения в постановление Правительства Республики Казахстан от 4 апреля 2007 года № 260 «Об установлении минимальных розничных цен на сигареты с фильтром» № 1058: Постановление Правительства Республики Казахстан, утверждено 7 октября 2014 года. – Астана: Акорда, 2014. – 5 с.

64. Kegler M.C. et al. Factors associated with support for smoke-free policies among government workers in Six Chinese cities: a cross-sectional study // BMC Public Health. – 2014. – Vol.14. – P. 1-8.

65. Iglesias V., et al. Occupational secondhand smoke is the main determinant of hair nicotine concentrations in bar and restaurant workers // Environ Res. – 2014. – Vol.132. – P. 206-211.

66. Gathuru I.M., et al. Review of hookah tobacco smoking among college students: policy implications and research recommendations // Am J Drug

Alcohol Abuse. – 2015. – Vol. 41(4). – P. 272-280.

67. Smith K. et al. The Tobacco Pack Surveillance System: A Protocol for Assessing Health Warning Compliance, Design Features, and Appeals of Tobacco Packs Sold in Low – and Middle-Income Countries // JMIR public health and surveillance. – 2015. – Vol.1 (2). – P. 1-8.

68. Factsheet 3. Tobacco advertising, promotion and sponsorship [TAPS] bans. – WHO, 2015. – 3 p.

69. Directive 2011/64/EU of 21 June 2011 «On the structure and rates of excise duty applied to manufactured tobacco». – Brussels, 2011. – 13 p.

70. WHO (2015). WHO report on the global tobacco epidemic. Raising taxes on tobacco. – Geneva, 2015. – 198 p.

71. Methods for Evaluating Tobacco Control Policies // IARC Handbooks of Cancer Prevention in Tobacco Control, Volume 12. – 2008. – 469 p.

72. World Health Organization. European tobacco control status report. – WHO, 2014. – 39 p.

73. Bala M.M., et al. Mass media interventions for smoking cessation in adults (Review) // The Cochrane Library. – 2013. – Vol.6. – 84 p.

74. Xu X., et al. Evaluation of anti-smoking television advertising on tobacco control among urban community population in Chongqing, China // Tobacco Induced Diseases. – 2015. – Vol.13(31). – P. 1-13.

75. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva, 2013. – 91 p.

ТҮЙЫН

Мақалада шылымқорлықпен күрес шаралары, оның денсаулыққа тигізетін кері әсерлері, осы саладағы халықаралық серіктестік, әлемдегі және Қазақстан Республикасында темекі індетінің таралуы бойынша жағдайды бақылауға мүмкіндік беретін зерттеулер, оның алдын алу мен халықты темекі түтінінен қорғау жөніндегі шаралар туралы баяндалған.

Кілт сөздер: темекі індеті, жұқпайтын аурулар, әлеуметтік зерттеу, сектораралық өзара әрекеттестік.

SUMMARY

The article provides overview information on measures to combat tobacco smoking, its health consequences, international cooperation in this field, studies that allow monitoring the prevalence of the tobacco epidemic in the world and in the Republic of Kazakhstan, measures to prevent and protect the population from tobacco smoke.

Key words: tobacco epidemic, noncommunicable diseases, sociological surveys, intersectoral interaction.

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 статистические методы,

использованные для анализа данных. Число таблиц и рисунков должно быть ограничено, с включением лишь тех, которые необходимы для объяснения основной идеи статьи и оценки подтверждающих данных. Графики следует использовать как альтернативу чрезмерно объемным таблицам; при этом не должно быть дублирования данных в графиках и таблицах. В таблицах и рисунках не должно быть разночтений в обозначении символов, знаков. Фотографии таблиц не принимаются. Каждая таблица должна иметь краткий заголовок, № колонок таблиц и подзаголовков. Рисунки и диаграммы должны быть представлены в виде контрастных изображений. Ссылки, представленные только в таблицах или подписях под рисунками, должны быть пронумерованы в последовательности, соответствующей первому упоминанию в тексте определённой таблицы или рисунка. Названия таблиц приводятся сверху, а подписи к рисункам – снизу. Рисунки должны быть доступны для редактирования. При использовании фотографий с изображением пациентов их личность не должна быть узнаваема.

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

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

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

Образец:

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

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

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

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

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

Иностранная литература оформляется по тем же правилам.

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

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

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

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

АДРЕС РЕДАКЦИИ:

РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН, 050010, Г. АЛМАТЫ, УЛ. КУНАЕВА, 86, УГ. УЛ.
ТОЛЕ БИ, 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. – 132 с.
2. Лопаткин Н.А. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Под ред. Н.А. Лопаткина, Москва, 1999. – 78 с.
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: _____

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.



03.08.2016. Павлодар. Конкурс «Лучшая школа планирования семьи»

ШЫЛЫМДЫҚ ҚОСПАЛАР

(легалка, спайс, микс) дегеніміз не?

Шылымдық қоспалар – психологиялық белсенділік әсерін тудыратын хош иістендірілген шөптердің қосындысының жалпы атауы. Мұндағы белсенді заттек синтетикалық каннабиноидтар болып табылады.

Синтетикалық каннабиноидтар негізінде жасалған және құрамында қолданылған шылымдық қоспаларды тұтынуға байланысты ұзаққа созылған психоз және психикалық жағдайдың болуы ғылыми расталған дәлелдер бар. Сонымен қатар, тұтынушылардың коматозды күйге түсуінің нәтижесінде, сондай-ақ тыныс алу мен жүрек белсенділігінің тоқтауының салдарынан өлімге ұшырататын бірнеше жаппай улану оқиғалары орын алғаны белгілі.

ШЫЛЫМДЫҚ ҚОСПАЛАР НЕГЕ ҚАУІПТІ?

- Үнемі түтінмен демалғаннан дауыс қарлығып, жөтел пайда болады, ауыз қуысының, көмей мен бронхтың обырын тудыруы мүмкін
- Темекі түтінінің әсері көздің жасын ағызады, ол бірнеше сағатқа созылуы мүмкін



- Шылымдық қоспалардың улы әсері жүректі айнытуы, құстыруы, артериялық қысымды жоғарылатуы, жүрек қағысын жилетуі, құрысу мен ес жоғалту және тағы басқа жағдайлар туғызуы мүмкін
- Түтін орталық нерв жүйесіне әсер етеді, оның салдарынан масайрау, себепсіз жылау, тоқтаусыз күлу, күйзеліске түскеннен елес қуу, бағытты бағдарлау мүмкіндігі жоғалады
- Шылымдық қоспалардың тұтыну психологиялық аурушандыққа, мүгедектікке алып келеді.

Шылымдық қоспалар тез еліктіреді. Алғаш рет тұтынғаннан кейін психикалық, одан кейін физикалық тәуелділік пайда болады.

**Күмәнді «кайф» алу үшін
өзіңізді улауға,
денсаулығыңызды құртуға,
өміріңізге қауіп тудыруға,
оқуды, мансапты тастауға,
достық пен отбасын бұзуға
бола ма, ойланыңыз.**

САМАУАТТЫ ӨМІР СААТЫН ҰСТАН!



Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі
Сапауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының ұлттық орталығы
Республикалық психикалық денсаулық ғылыми-практикалық орталығы

Шылымдық қоспалар барса келмекке «жібереді»



Сіздің
таңдауыңыз:
таңдаулық пен
Денсаулық пен
табыс жолы!

<https://vk.com/nscrhid>

<https://www.facebook.com/NSCRHID/>

https://www.instagram.com/be_health_kz/

<https://www.youtube.com/channel/UC0itZ4r4pC6uH0vBIFZVg>

WWW.NLS.KZ

Terін тартылмады