



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

№3

Алматы, 2016



**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.**  
**№ 3. 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.  
(30.05.2016)

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

<b>Баттақова Ж.Е.</b> Еркектердің денсаулығы – салауатты өмір салты.....	5
<b>Баттақова Ж.Е. Мұқашева С.Б., Медеубаева К.К., Оразалиева Б.С.</b> ДДҰ-ның «Республика өңірлерінде денсаулықты нығайтуға ықпал ететін мектептер» жобасын іске асыру.....	15
<b>Овезмурадова Г., Времис Л.</b> Түрікменстанның темекімен күресу бойынша тәжірибесі.....	17

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>Баттакова Ж.Е.,</b> Мужское здоровье – здоровый образ жизни.....	5
<b>Баттакова Ж.Е., Мукашева С.Б., Медеубаева К.К., Оразалиева Б.С.</b> Реализация проекта воз «Школы, способствующие укреплению здоровья» в регионах республики .....	15
<b>Овезмурадова Г., Времис Л.</b> Опыт Туркменистана по борьбе с потреблением табака.....	17

## CONTENT

<b>Battakova Zh.E.</b> Men's health - healthy lifestyle.....	5
<b>Battakova Zh.E., Mukasheva S.B., Medeubaeva K.K., Orazaliyeva B.S.</b> Implementation of the WHO project “ Health promoting schools” in the regions of the republic .....	15
<b>Ovezmuradova G., Vremis L.</b> Turkmenistan's experience in tobacco control.....	17

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

УДК: 616.681-007.21-084:613.2+613.7/.8:304.3:303.425

БАТТАКОВА Ж.Е., д.м.н., профессор  
Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни  
МЗСР РК г. Алматы

## МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ – ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

### АННОТАЦИЯ

В статье рассмотрены вопросы сохранения мужского здоровья, факторы риска для него, приведены сравнительные данные национальных исследований образа жизни казахстанцев, даны рекомендации по сохранению здоровья мужчин.

**Ключевые слова:** мужское здоровье, факторы риска, образ жизни.

Мужское здоровье сегодня – одна из актуальных проблем здравоохранения, обусловленная многими факторами: экономическими, социальными и поведенческими. Для профилактики гипогонадизма (недостаточность яичек, сопровождающаяся снижением уровня половых гормонов и характерными клиническими проявлениями и обусловленное органической патологией яичек) и возможности сохранить мужское здоровье необходимо пересмотреть свой образ жизни. Много внимания должно уделяться образу жизни и поведению в отношении мужского здоровья, особое значение имеет поддержание нормального веса, так как избыточная масса тела и ожирение являются факторами риска развития гипогонадизма. Также следует предпринять практические шаги по решению таких проблем, как курение, рацион питания, употребление алкоголя и физическая активность.

По существу, все вышеуказанное означает необходимость принятия мер в отношении социальных детерминант и перенос главных усилий к истокам, причинам различий в образе жизни, которые коренятся в социальных и экономических условиях.

Вместе с тем, подверженность воздействиям и уязвимость часто определяются также гендерными нормами и ценностями. Национальными исследованиями показателей образа жизни было установлено гендерное неравенство, свидетельствующее о наличии нездоровых привычек среди мужского населения республики.

**Всего в Республике Казахстан было проведено 6 исследований одновременно в 14 областях и городах Астана, Алматы. Так, первое**

**Национальное социологическое исследование было проведено в 1998 году, второе – в 2002, третье – в 2004, четвертое – в 2007, пятое – в 2012 и шестое – в 2015 годах.**

В ходе выполнения всех шести социологических исследований согласно методике Всемирной организации здравоохранения была сформирована репрезентативная выборочная совокупность. Формирование исследуемой группы проводилось гнездовым методом путем случайной выборки. **В каждом исследовании объем выборки составлял 24 000 респондентов, доля ответов составляла более 90%. Объектами исследования были граждане РК, стратификация проводилась по полу, возрасту и месту жительства (городские и сельские жители).**

По результатам I социологического исследования, проведенного в 1998 году, распространённость табакокурения в стране составила 28%. В период с 1998 по 2004 год, при сравнении с полученными данными в ходе проведения II и III Национальных исследований, как видно из рисунка 1, наблюдалась позитивная динамика в снижении исследуемого показателя. Так, распространённость табакокурения составила в 2002 году – 23,3% и в 2004 – 22,7%. Однако, в 2007 году, согласно результатам IV социологического исследования, выявлено увеличение распространённости данного поведенческого фактора до 27%.

Следующее социологическое исследование, проведенное в 2012 году, выявило тенденцию к снижению потребления табачных изделий с 27% до 26,5%.

Статистический анализ выявления корреляционной зависимости показал наличие обратной корреляционной связи средней степени (корреляция по Пирсону составила -0,53), что говорит о заметном снижении распространенности таба-

кокурения, в особенности, за последний период. Данный показатель объясняется плавным падением удельного веса курильщиков в целом за исследуемый промежуток времени и резким скачком распространенности табакокурения в 2007 году.

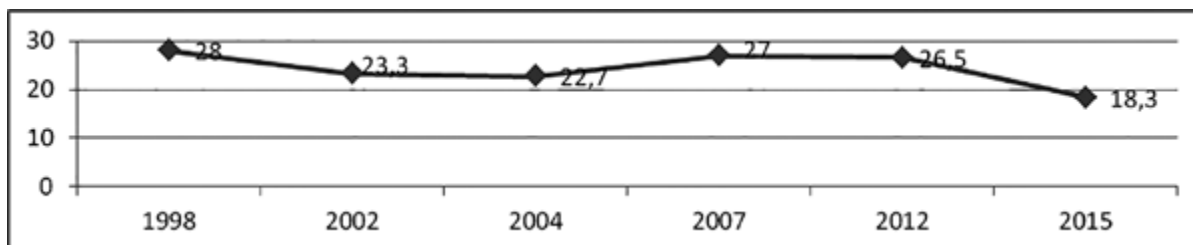


Рисунок 1. Распространенность табакокурения по годам, (%)

Необходимо отметить, что с 25 ноября 2006 года действует Закон РК «О ратификации Рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака», принятый с целью ограничения и снижения потребления табака в стране.

Согласно данным, полученным в ходе опроса в 2015 году, зафиксировано снижение табакокурения с 26,5% до 18,3%.

Так, в ходе социологического опроса, проведенного в рамках шестого национального исследования, распространенность табакокурения

в наибольшем проценте случаев зафиксирована в Алматинской области (30%), г. Астане (27,4%), в Южно-Казахстанской области (24,9%). Тогда как наиболее низкие значения данного показателя отмечены в Акмолинской (8,9%), Атырауской (10,1%), Жамбылской (11,2) областях. При этом данный показатель у мужского населения в 3,3 раза выше, чем у женщин. Особенно высокие показатели – в Атырауской области (в 6,4 раза), Северо-Казахстанской области (в 5,9 раза), Актюбинской области (в 5,5 раза) (рисунок 2).

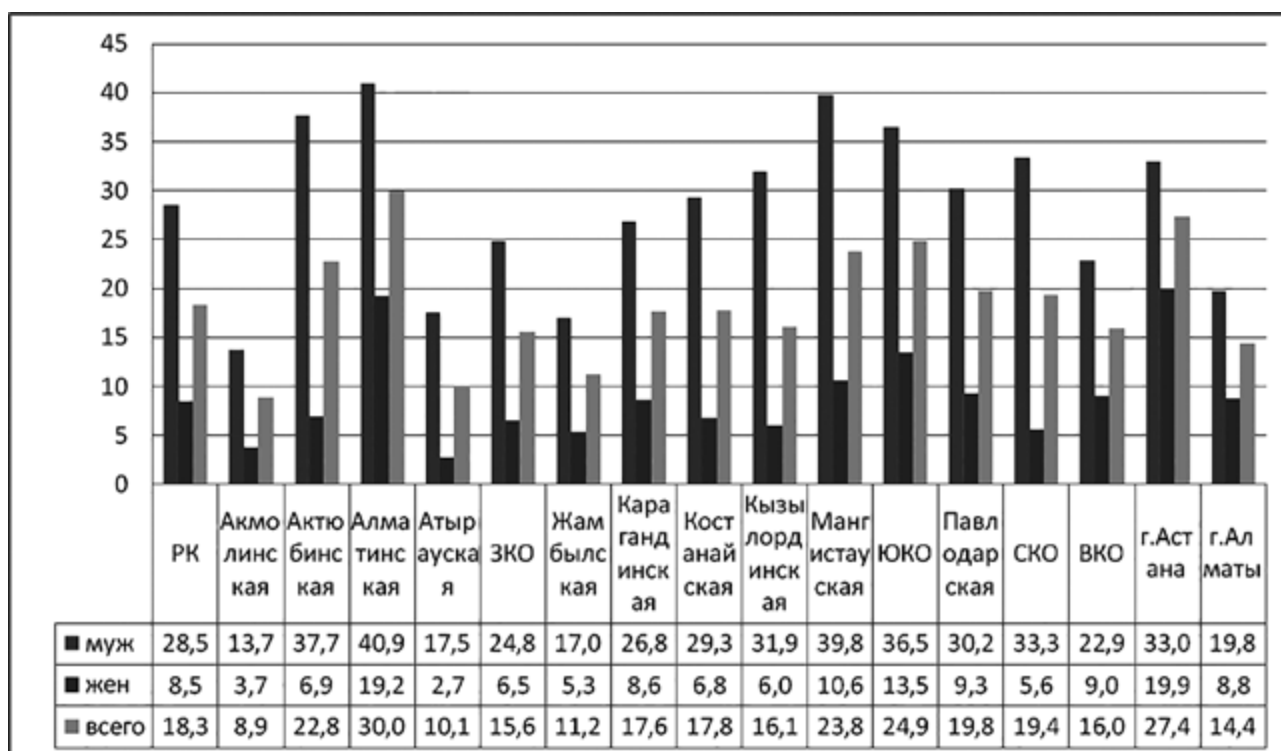


Рисунок 2. Распространенность табакокурения по полу, (%)



Сравнение данных по месту проживания показало, что общая распространенность табакокурения среди сельского населения выше, нежели среди городского (19,1% против 17,6%). Особенно это выражено в Южно-Казахстанской области (33,0% против 16,9%), Карагандинской области (24,6% против 9,7%), Павлодарской об-

ласти (22,5% против 17,0%). Однако противоположные данные отмечены в Мангистауской области (17,6% против 33,5%), Северо-Казахстанской области (17,9% против 21,0%), Восточно-Казахстанской области (15,6% против 16,4%) (рисунок 3).

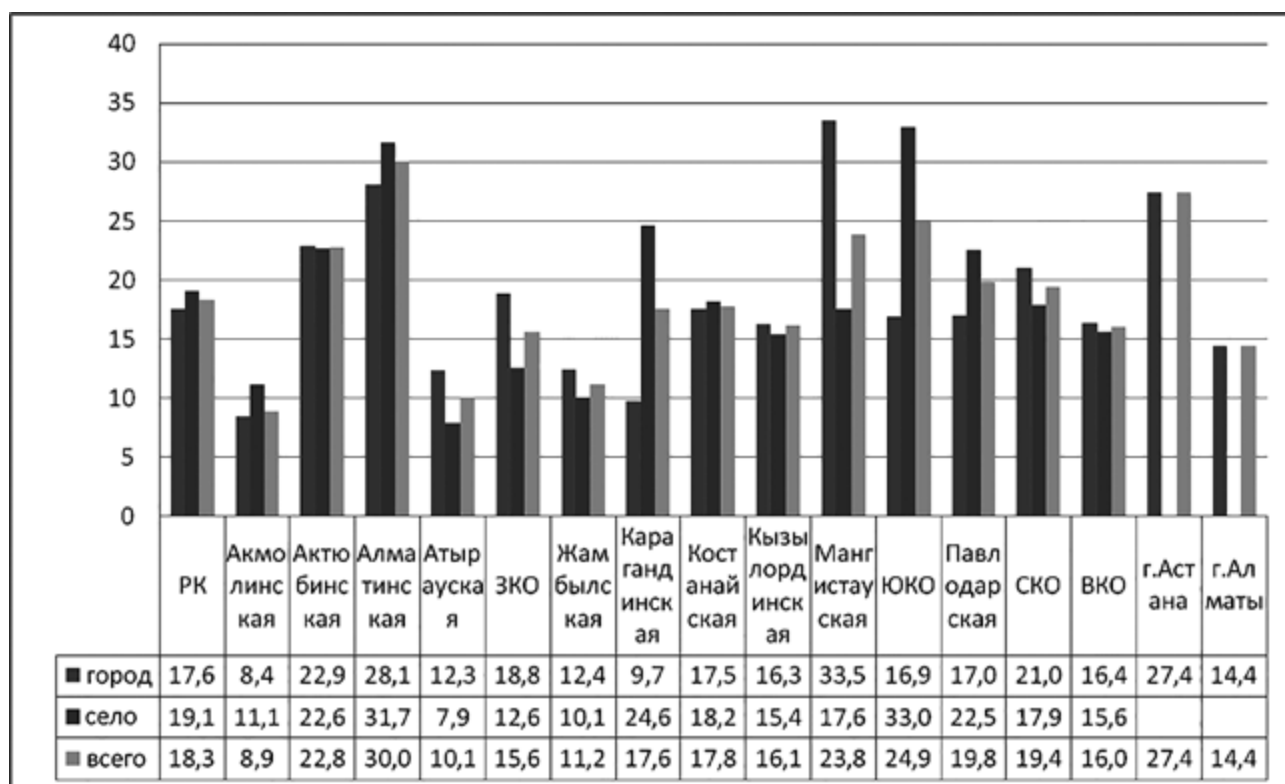


Рисунок 3. Распространенность табакокурения по месту проживания, (%)

Несмотря на положительную динамику по потреблению табака среди населения республики, а также доказанную опасность табакокурения, немногие курильщики понимают степень риска для здоровья. Люди могут в целом отдавать себе отчет в том, что курение наносит вред, но большинство курильщиков не способно назвать заболевания, вызываемые курением, помимо рака легкого. Между тем, знание о последствиях курения повышает мотивацию отказа от употребления табака.

Ниже приведены данные об убеждениях, распространенных среди взрослого населения Казахстана (15 лет и старше), касающиеся заболеваний, связанных с табакокурением, негативным влиянием на здоровье пассивного курения, кальяна и бездымного табака, а также опасной зависимости от сигарет. Также дан анализ общественного мнения о запрете курения в закрытых

помещениях и потенциальных законодательных актах по борьбе с потреблением табака.

В таблице 1 представлен процент взрослых в возрасте 15 лет и старше, считавших, что курение вызывает тяжелые болезни, такие как инсульт, инфаркт, рак легких, бронхит и язва желудка, а также рак желудка, рак мочевого пузыря, преждевременные роды, остеопороз, заболевания репродуктивной системы у мужчин, эректильная дисфункция. Эти данные распределены по статусу курения в зависимости от демографических характеристик.

В целом 84,9% взрослого населения Казахстана считали, что курение табака вызывает серьезные заболевания, причём убеждены в этом 90,1% женщин, а мужчин несколько меньше – 79,1%. Некурящие (88,3%) более осведомлены о том, что курение вызывает серьезные заболева-

ния, чем курящие (73,0%). При сравнении мнения жителей городской и сельской местности и по уровню образования, существенных различий не выявлено: 85,8% городских жителей считают курение фактором серьезных заболеваний, такого же мнения придерживаются 83,6% сельских жителей. Аналогичная картина наблюдается во всех возрастных группах, где процент лиц, считающих курение фактором серьезных заболеваний, колеблется от 84,1% до 85,9%.

Осведомленность населения о конкретных заболеваниях, вызываемых курением, различна.

Выявлено, что взрослое население Казахстана осведомлено о связи курения с такими заболеваниями, как рак легкого (88,5%), бронхит (78,9%), язва желудка (71,1%). А о том, что курение вызывает другие серьезные заболевания осведомлены немногие. Так, о риске инсульта знают 67,6% взрослого населения в возрасте 15 лет и старше, инфаркта миокарда – 67,2%, рака желудка – 66,2%, преждевременных родов – 60,2%, заболеваний органов репродуктивной системы – 51,2%, эректильной дисфункции – 52,9%, остеопороза – 57,0%.

Таблица 1

**Процентное распределение взрослых в возрасте 15 лет и старше, считавших, что курение вызывает различные серьезные заболевания, в зависимости от статуса курения и некоторых демографических характеристик**

Демографические характеристики	Взрослые, считавшие, что курение вызывает...											
	Серьезные заболевания		Инсульт		Инфаркт миокарда		Рак легкого		Рак мочевого пузыря		Рак желудка	
	<i>Процент (95% доверительный интервал)</i>											
<i>Всего</i>	84,9	82,8, 86,7	67,6	65,2, 69,8	67,2	64,6, 69,7	88,5	86,5, 90,3	41,0	38,2, 43,8	66,2	63,3, 69,0
<i>Статус курения</i>												
Курильщики 1	73,0	68,6, 76,9	54,9	50,5, 59,3	54,4	50,1, 58,7	80,4	76,8, 83,6	27,8	24,0, 31,8	49,5	44,6, 54,3
Не курящие 2	88,3	86,3, 90,1	71,2	68,6, 73,6	70,8	68,0, 73,5	90,8	88,6, 92,6	44,8	41,5, 48,0	71,0	67,9, 73,9
<i>Пол</i>												
Мужчины	79,1	76,1, 81,8	61,3	58,3, 64,3	60,2	57,0, 63,2	83,9	81,0, 86,4	34,2	31,0, 37,7	57,7	54,0, 61,4
Женщины	90,1	88,2, 91,7	73,1	70,1, 75,9	73,5	70,2, 76,5	92,6	90,7, 94,1	47,0	43,5, 50,5	73,7	70,8, 76,5
<i>Возраст (годы)</i>												
15-24	84,7	81,0, 87,8	63,5	58,8, 68,0	62,8	58,2, 67,3	87,2	83,1, 90,5	38,7	34,5, 43,1	63,9	58,7, 68,7
25-44	84,1	81,2, 86,7	66,6	63,7, 69,4	66,3	63,2, 69,3	88,0	85,6, 90,0	40,2	36,9, 43,6	64,1	60,3, 67,8
45-64	85,9	82,9, 88,4	72,3	68,7, 75,6	71,6	67,7, 75,3	90,0	87,5, 92,0	43,2	39,4, 47,1	70,5	66,8, 73,8
65+	85,7	81,3, 89,1	67,8	61,8, 73,2	68,8	63,8, 73,4	89,7	85,5, 92,8	43,7	38,1, 49,4	68,6	63,2, 73,6

Демографические характеристики	Взрослые, считавшие, что курение вызывает...											
	Преждевременные роды		Остеопороз		Заболевания органов репродуктивной системы у мужчин		Эректильная дисфункция		Язва желудка		Бронхит	
	<i>Процент (95% доверительный интервал)</i>											
<i>Всего</i>	60,2	57,6, 62,8	57,0	54,2, 59,7	51,2	48,4, 53,9	52,9	50,0, 55,7	71,1	68,1, 73,9	78,9	75,4, 82,0
<i>Статус курения</i>												
Курильщики 1	42,3	38,2, 46,4	43,8	39,6, 48,1	36,7	33,1, 40,5	40,2	36,4, 44,2	56,8	52,1, 61,4	71,9	67,1, 76,1
Не курящие 2	65,3	62,3, 68,2	60,7	57,5, 63,8	55,3	52,2, 58,4	56,5	53,3, 59,6	75,2	72,1, 78,0	80,9	77,1, 84,2
<i>Пол</i>												
Мужчины	48,7	45,4, 52,0	49,3	45,8, 52,8	45,6	42,0, 49,2	48,2	44,8, 51,7	64,5	60,8, 68,0	75,0	71,0, 78,6
Женщины	70,3	66,9, 73,5	63,8	60,5, 66,9	56,2	53,1, 59,3	57,0	53,7, 60,3	77,0	73,8, 79,9	82,4	78,6, 85,6
<i>Возраст (годы)</i>												
15-24	56,7	52,2, 61,1	54,3	49,1, 59,3	49,8	44,8, 54,8	52,0	47,0, 57,0	66,6	61,7, 71,1	77,1	72,1, 81,5
25-44	61,6	58,6, 64,4	56,9	53,6, 60,2	51,2	48,1, 54,3	53,0	49,6, 56,3	69,6	65,5, 73,4	78,7	74,8, 82,2
45-64	63,4	59,6, 66,9	60,6	57,1, 64,0	54,7	50,9, 58,5	56,2	52,0, 60,2	76,4	73,0, 79,5	80,2	76,0, 83,9
65+	53,6	47,4, 59,7	53,1	47,5, 58,7	43,4	37,4, 49,6	44,1	38,2, 50,2	73,2	68,0, 77,9	79,9	74,6, 84,3

Значительных различий в оценке знаний о влиянии табака на развитие отдельных заболеваний среди взрослых во всех изучаемых возрастных группах населения не наблюдалось.

Тем не менее, были отмечены статистические значимые различия в отношении ряда заболеваний по месту жительства. Так, больше городских взрослых считали, что курение вызывает некоторые серьезные заболевания: инсульт (70,8% против 63,3% сельских жителей), сердечный приступ (72,2% – против 60,7%), рак мочевого пузыря (44,5% – против 36,4%), заболевания мужской репродуктивной системы (54,7% – против 46,6%), эректильная дисфункция (56,8% – против 47,7%).

Количество женщин, убежденных в том, что курение является причиной всех приведенных ниже заболеваний, было значительно больше, чем мужчин: рака легкого (92,6% женщин 83,9% мужчин), бронхита (82,4,0% – против 75,0%), язвы желудка (73,7% – против 57,7%), инсульта (73,1% – против 61,3%), инфаркта (73,5% – против 60,2%), рака желудка (73,7% – против 57,7%), преждевременных родов (70,3% – против 48,7%), остеопороза (63,8%- против 49,3%), эректильной дисфункции (57,0% – против 48,2%), заболеваний органов репродуктивной системы у мужчин (56,2- против 45,6%), рака мочевого пузыря (47,0% против 34,2%).

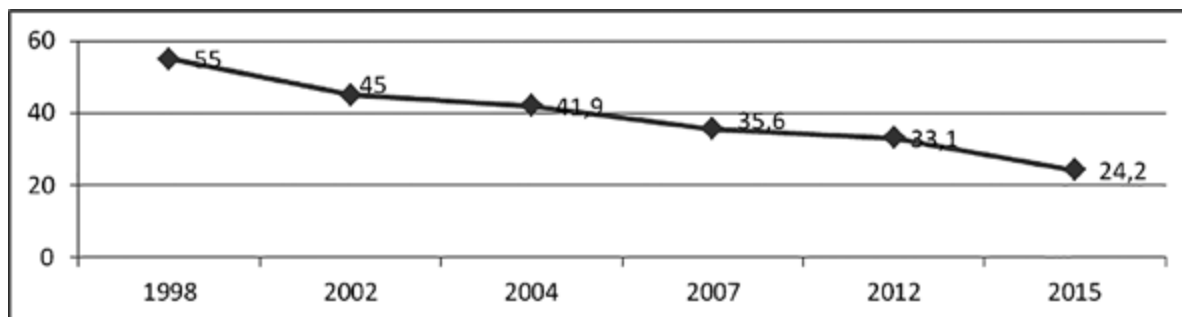
В зависимости от статуса курения наблюдались существенные различия в знании взрослых о вреде курения для каждого из конкретных заболеваний. Большинство некурящих, по срав-

нению с постоянными курильщиками, убеждено, что курение вызывает развитие различных болезней: рака легкого (90,8% против 80,%), бронхита (80,9% против 71,9%), язвы желудка (75,2% против 56,8%), инсульта (71,2% против 54,9%), инфаркта (70,8% против 54,4%), рака желудка (71,0% против 49,5%), преждевременных родов (65,3% против 42,3%), остеопороза (60,7% против 43,3%), эректильной дисфункции (56,5% против 40,2%), заболеваний органов репродуктивной системы у мужчин (55,3% против 36,7%), рака мочевого пузыря (44,8 % против 27,8%).

Впервые, в 1998 году, при изучении распространенности поведенческих факторов риска в ходе социологического опроса, было зафиксировано, что 55% респондентов потребляют алкогольные напитки (рисунок 4).

Необходимо отметить, что при сопоставлении результатов последующих национальных исследований было отмечено формирование тенденции к снижению распространения потребления алкоголя.

Так, данный показатель в 2002 году составил 45% случаев, 2004 – 41,9%, 2007 – 35,6%, 2012 – 33,1%, 2015% – 24,2%. Математическая обработка вышеперечисленных показателей подтверждает наличие обратной корреляционной связи очень высокой степени с коэффициентом корреляции по Пирсону равным -0,98 и достоверностью  $p < 0,01$ , что указывает на статистически значимое сокращение доли населения РК, употребляющего спиртные напитки, за период с 1998 г. по настоящее время.



*Рисунок 4. Распространенность потребления алкоголя по годам, (%)*

Рассмотрев результаты VI национального социологического исследования в разрезе регионов, специалисты выявили, что в Алматинской области самый высокий процент потребления

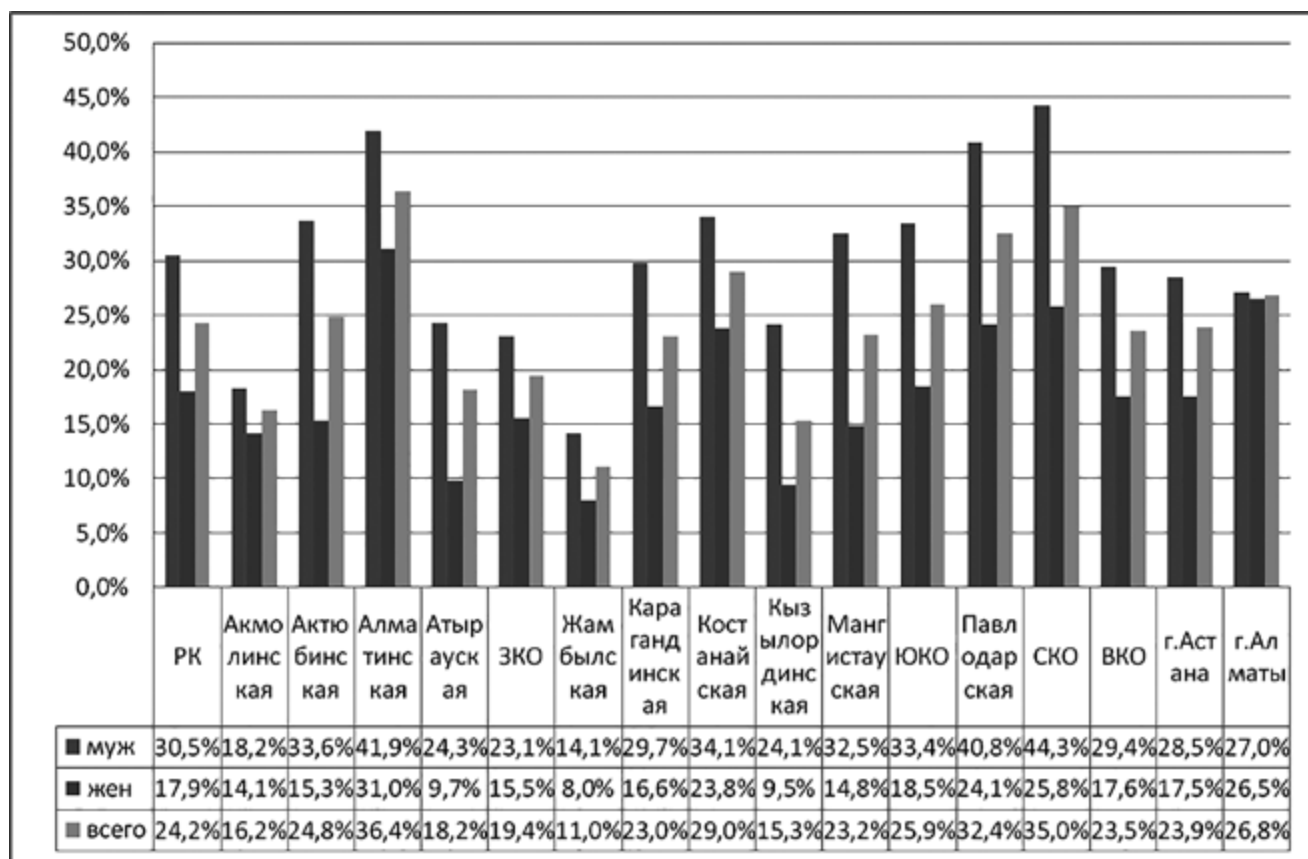
алкоголя (45,6%), также как и табака. В Северо-Казахстанской и Павлодарской областях распространённость потребления алкоголя составила соответственно 43,7% и 40,2% случаев. Наряду

с этим, в Жамбылской области (14,8%), г. Астане (18,9%), Кызылординской области (19,6%), в сравнении с другими регионами, определены минимальные значения распространенности потребления алкоголя (рисунок 4).

При рассмотрении данного показателя по месту проживания отмечено, что неоднородность распространенности потребления алкоголя среди городских и сельских жителей республики не зависит от места проживания. Так, сельское население потребляет алкоголя больше в Алма-тинской области (43,5% против 28,5%), в Южно-Казахстанской области (32,9% против 18,9%),

в Карагандинской области (29,9% против 14,4%), в Павлодарской области (34,8% против 30,2%); а в Атырауской области (20,1% против 16,3%), в Западно-Казахстанской области (28,3% против 11,6%), в Мангистауской области (34,7% против 15,6%), в Северо-Казахстанской области (38,4% против 31,6%) – население городской местности (рисунок 5).

В 2012 году впервые изучено злоупотребление алкоголем, показатель составил 5%. В 2016 году в ходе социологического опроса было установлено снижение распространенности злоупотребления с 5% до 4,1%.



**Рисунок 5.** Распространенность потребления алкоголя по полу, (%)

Данные, полученные в ходе социологического опроса, показали, что высокий процент злоупотребления алкоголем зафиксирован в Карагандинской (9,5%), Костанайской (7,3%) областях и в г.Астане (7,1%), а минимальный – в Западно-Казахстанской (1,6%), Южно-Казахстанской (1,7%), Атырауской (3,3%) областях.

По данным I социологического исследования, проведенного в 1998 году, доля физически активных лиц составила 15,3%. Согласно результатам

опроса 2002 года, наблюдалась тенденция к увеличению данного показателя до 16,1%, в сравнении с 1998 годом. Вместе с тем, в 2004 году, в ходе III Национального исследования, было установлено снижение численности населения, проявляющего физическую активность – с 16,1% до 13,3% случаев.

При сопоставлении данных последующих социологических исследований заметно формирование тенденции увеличения доли респондентов,

ответивших утвердительно о занятиях физической культурой и спортом. Так, на рисунке 6 представлена динамика в период с 1998 по 2015 годы: в 2007-м данный показатель составил 18,6%, в 2012 году – 35,5%, в 2016 году – 39,4%. При проведении углубленного статистического анализа данных была выявлена прямая корреля-

ционная зависимость показателей физической активности от давности проведения исследования, так корреляция по Пирсону составила 0,91 (корреляция очень высокой степени) с достоверностью  $p < 0,02$ , что указывает на стремительный рост удельного веса физически активных лиц РК за последние 17 лет.

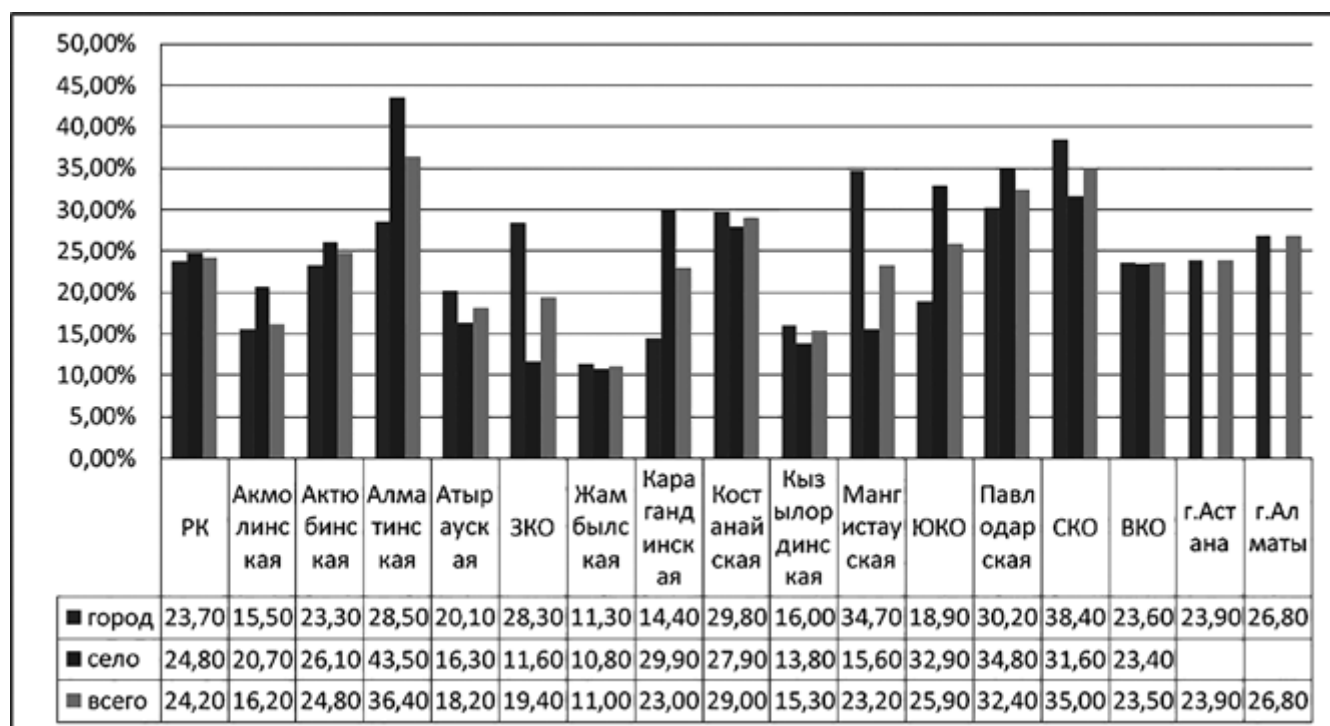


Рисунок 6. Распространенность злоупотребления алкоголем по месту проживания, (%)

При сравнении данных социологического исследования в 2015 году, было выявлено, что наиболее высокий процент физически активных респондентов – в Акмолинской (77%), Атырауской

(60,4%), Костанайской областях (56,1%), тогда как самые низкие показатели – в Восточно-Казахстанской (22,6%), Алматинской (23,3%), Северо-Казахстанской (30,5%) областях (рисунок 7).

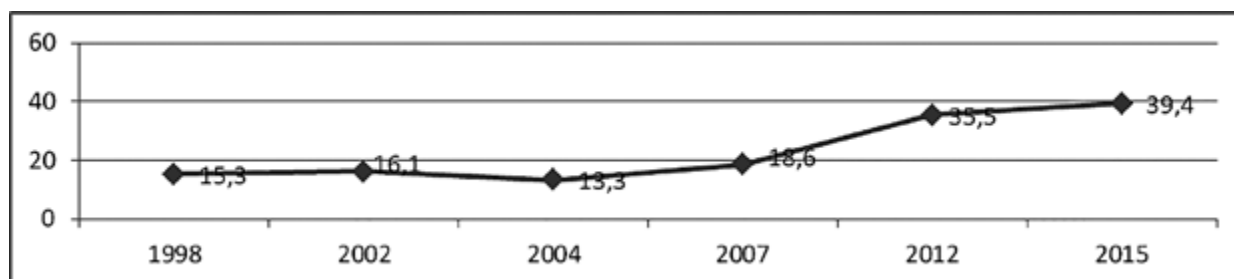


Рисунок 7. Распространенность физической активности по годам, (%)

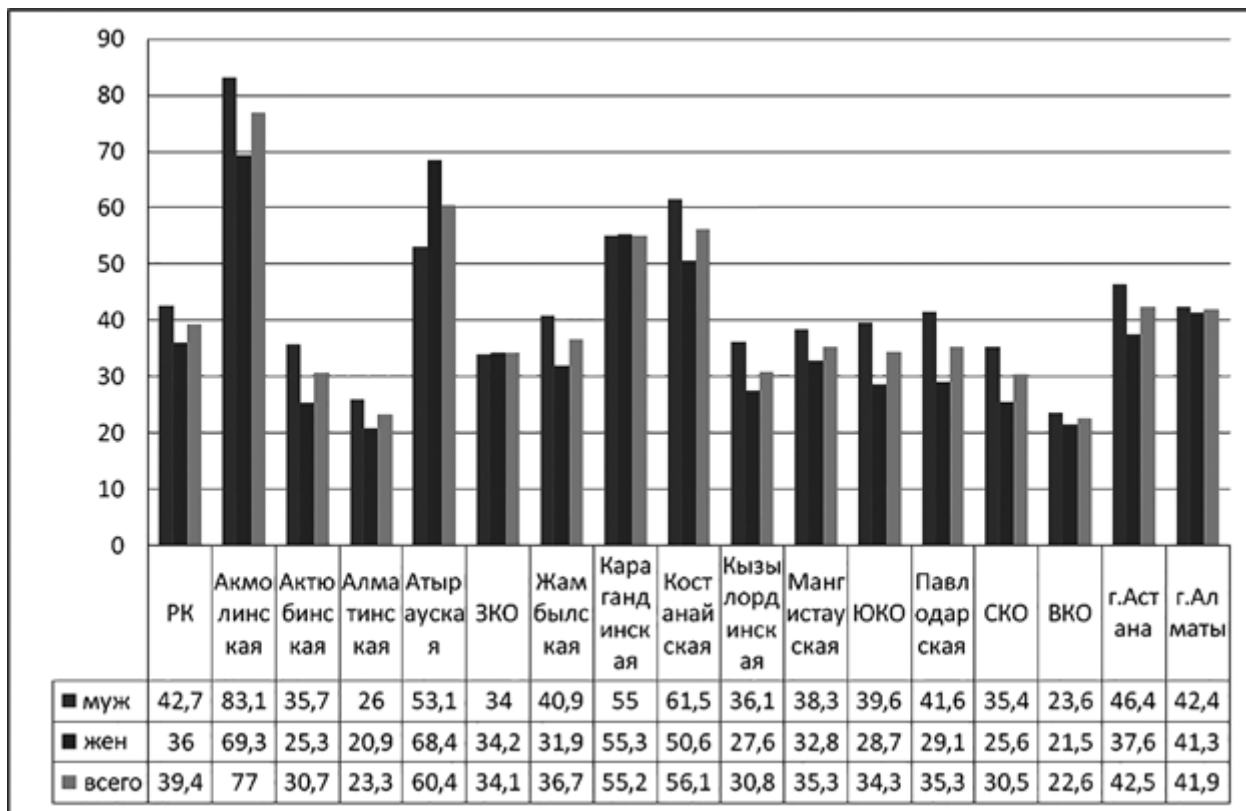
Таким образом, в ходе сравнительного анализа результатов распространенности табакокурения, потребления алкоголя и злоупотребления им, физической активности отмечается формирование тенденции к снижению потребления та-

бачных изделий, алкогольных напитков и повышению доли физически активных лиц в период с 1998 по 2015 годы.

Поскольку показатели среди мужского населения требуют изменения поведения в пользу здоро-

вого образа жизни нужно, прежде всего, следить за собственным здоровьем и обратить внимание на свои привычки: **начало трудового дня, режим**

**питания, двигательная активность, режим отдыха и сна, взаимоотношения с окружающими, реакция на стресс и многое другое.**



*Рисунок 8. Распространенность физической активности по полу, (%)*

Рациональный режим труда и отдыха имеет большое значение для предупреждения заболеваний. Если в течение рабочего дня будут обеспечены условия для полного восстановления затраченных сил, то тем самым устранится одна из главных причин неблагоприятных воздействий на человека. Режим дня должен строиться таким образом, чтобы обеспечить оптимальное чередование времени работы и перерывов на отдых. Для восстановления организма после трудового дня важно иметь полноценный ночной сон, не менее 8 часов. Если вас беспокоит бессонница, а причины ее могут быть самыми различными, Вы можете предпринять определенные действия для улучшения сна. Например, проветривание комнаты, правильное питание, последний прием пищи за 2-3 часа до сна, соблюдение режима дня. Если ваш сон не улучшился, необходимо обратиться к специалисту.

Частые прогулки на свежем воздухе, проведение процедур закаливания – это средство

профилактики заболеваний и укрепления здоровья.

Гигиена жилища включает в себя простые, но эффективные меры: регулярная влажная уборка для содержания своего дома в чистоте; проветривание жилого помещения; проветривание и вывешивание на солнце одеял, шерстяных и хлопчато-бумажных вещей, что является хорошим и простым методом обеззараживания.

Важно улучшать бытовые и жилищные условия жизни, учитывая, что неудовлетворительные жилищные условия, снижают защитные силы организма и способствуют распространению инфекции. Необходимо способствовать улучшению условий труда, в том числе, предупреждать развитие профессиональных заболеваний легких. Для создания здоровой окружающей обстановки важно уменьшить скопление людей там, где это возможно, это снижает риск заражения респираторными инфекциями.

Здоровье человека невозможно без рационального питания. Оно должно удовлетворять всем потребностям организма в питательных веществах, обеспечивать деятельность всех его клеток, органов и систем. Обмен веществ, функция и структура всех клеток, тканей и органов зависят от характера питания. Правильное питание в сочетании с трудом и систематическими занятиями физической культурой обеспечивают надлежащий обмен веществ, делают организм человека крепким, выносливым и невосприимчивым к различным видам заболеваний.

**Питание должно быть рациональным,** энергетически сбалансированным (баланс между энергией, поступающей с пищей (калорийность пищи), и энергетическими затратами организма), полноценным по содержанию пищевых веществ (белков, жиров, углеводов, витаминов, минеральных веществ) и регулярным с последним приемом пищи не позднее, чем за 2-3 часа до сна.

Для укрепления мужского здоровья необходим самоконтроль веса, поскольку ожирение является фактором риска развития гипогонадизма.

Избыточная масса тела связана с метаболическими нарушениями в организме и избыточным накоплением жировой ткани. Очевидными причинами ожирения являются: повышенная калорийность пищи с преобладанием жиров и углеводов, неправильный режим питания и недостаточная физическая активность, не компенсирующая количество потребляемой пищи.

Избыточная масса тела измеряется индексом массы тела (ИМТ) и рассчитывается по следующей формуле:  $ИМТ = \text{вес в кг} / \text{рост в м}^2$

Например: Ваш вес 70 кг, рост = 1,60 м. Индекс массы тела =  $70 : (1,60 \times 1,60) = 27,3$

- Норма ИМТ для мужчин – 19-25
- Норма ИМТ для женщин – 19-24
- Избыточная масса тела (предожирение) – 25,0-29,9
- Ожирение 1 степени – 30,0-34,9
- Ожирение 2 степени – 35,0-39,9
- Ожирение 3 степени – 40,0 и более

Распределение суточного пищевого рациона по отдельным приемам пищи производится дифференцированно в зависимости от характера трудовой деятельности и распорядка дня. При четырехразовом питании на завтрак рекомен-

дуется 25% суточного рациона, на обед – 35%, на полдник – 15%, на ужин – 25%. Для лиц пенсионного возраста, когда они уже не работают на производстве (на регулярной основе), распределение рациона может быть более равномерным, рассчитанным на 4-х, 5-тикратный прием малых порций в течение дня.

Каждому человеку для улучшения состояния здоровья, повышения иммунитета необходима физическая активность, как на работе, так в свободное время, а также обычные виды ежедневной физической деятельности.

Важно соблюдать режим физической активности: детям и молодым людям в возрасте 5-17 лет – не менее 60 минут в день; взрослым людям в возрасте 18 – 65 лет от 150 до 300 минут в неделю; пожилым людям 65 лет и старше от 150 до 300 минут в неделю, а также выполнение упражнений на поддержку гибкости и на равновесие.

Систематическое употребление спиртных напитков ослабляет организм, что способствует развитию различных болезней, алкоголь оказывает токсическое воздействие на организм. Ограничение потребления алкоголя с последующим полным отказом от него будет благотворно влиять на ваше здоровье и предупредит риск потери здоровья.

Табакокурение – распространенная вредная привычка. Вредное влияние табака сказывается не сразу, поэтому многие курильщики могут долго не замечать, какой ущерб их здоровью приносит курение. Многие считают, что табакокурение успокаивает нервную систему, повышает трудоспособность, помогает сконцентрироваться на решении задач. В действительности, негативное воздействие табака на организм уже доказано, так как табачный дым содержит не только никотин, но и более 4000 химических веществ, из которых, по меньшей мере, 250 известны как вредные, а более 50 – как канцерогены. Потребление табака является одним из основных факторов риска развития целого ряда хронических болезней, включая рак, болезни легких, сердечно-сосудистые и другие заболевания.

Стресс присутствует в жизни каждого человека. Стрессовые ситуации возникают как дома, так и на работе. В повседневной жизни нас ожидает множество событий и переживаний, способных вызвать стресс. Ведь именно стресс является

причиной многих заболеваний, а значит, наносит ощутимый вред здоровью человека. Именно от нас зависит, какой будет наша реакция на стрессовые ситуации, а также возможность развивать свою стрессоустойчивость. Существует значительное количество методов профилактики стресса. Вы можете воспользоваться методом, который удобен и приемлем вам лично. Рекомендуем простой способ – дыхательная техника саморегуляции.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Алчинбаев М.К. и др. Дорожная карта маршрута пациента в Центрах мужского здоровья и семейного долголетия: Методические рекомендации/ Алчинбаев М.К. Зельцер М.Е., Беркинбаев С.Ф., Баттакова Ж.Е., Мухамеджан И.Т. – Алматы, 2016. – 17 с.
2. Opryshko N., Beljak Y. Comparative analysis of women's health self-assessment with various level of lifestyle activity. – Actual problems of development of the movement "Sport for All": experience, achievements, trends. – Ternopil (Ukr). – 2007 – Volume 1.
3. Lee S. et al. The relationship between self-rated health and mortality in older black and white Americans. / Moody-Ayers S, Landefeld C, Walter L, Lindquist K, Segal M. - J Am Geriatr Soc. -2007. – 55:1624–1629.
4. Korp P. Problems of the Healthy Lifestyle Discourse. – Sociology Compass. – 2010. – 4(9):800–810.

5. Baron-Epel O, Kaplan G. General subjective health status or age-related subjective health status: does it make a difference? – Soc Sci Med. – 2001. – 53:1373–1381.

6. Katz P, et al. Valued life activity disability played a significant role in self-rated health among adults with chronic health conditions./ Katz P, Morris A, Gregorich S, Yazdany J, Eisner M, Yelin E. – Journal of Clinical Epidemiology. – 2009. – 2:158-166.

7. Jamoom EW et al. RRTC Expert Panel on Health Status Measurement: Age at disability onset and self-reported health status./ Jamoom EW, Horner-Johnson W, Suzuki R, Andresen EM. – Campbell VA BMC Public Health. – 2008.- 8:1-7.

#### ТҮЙЫН

Мақалада еркектердің денсаулын сақтау, оған төнетін қауіп-қатерлер мәселелері қаралып, қазақстандықтардың өмір салтын ұлттық зерттеудің салыстырмалы мәліметтері көрсетіліп, еркектердің денсаулықтарын сақтау бойынша нұсқаулар берілген.

**Кілт сөздер:** еркектердің денсаулығы, қауіпті факторлар, өмір салты.

#### SUMMARY

The article discusses the issues of preserving men's health, the risk factors, comparative data of national studies on lifestyle of Kazakhstan people, gives recommendations for men's health protection.

**Keywords:** men's health, risk factors, lifestyle.



УДК:614.39:371.71(574)

**БАТТАКОВА Ж.Е., д.м.н., профессор, МУКАШЕВА С.Б., к.м.н., МЕДЕУБАЕВА К.К.,  
ОРАЗАЛИЕВА Б.С.****Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни МЗСР РК г. Алматы****РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОЕКТА ВОЗ «ШКОЛЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ УКРЕПЛЕНИЮ  
ЗДОРОВЬЯ» В РЕГИОНАХ РЕСПУБЛИКИ****АННОТАЦИЯ**

В статье дана информация о деятельности «Школ, способствующих укреплению здоровья» (далее – ШСУЗ) Республики.

**Ключевые слова:** школы, способствующие укреплению здоровья.

За последние два десятилетия произошли значительные сдвиги в состоянии здоровья детей и подростков, характеризующиеся ростом распространенности функциональных расстройств и хронических болезней, изменением структуры выявляемых нарушений, ухудшением показателей физического развития и физической подготовленности, увеличением распространенности поведенческих факторов риска. Неблагоприятные тенденции в состоянии здоровья детей и подростков приводят к таким негативным социальным последствиям как неготовность к школьному обучению, ограничения профессиональной пригодности и к службе в армии, нарушения формирования и реализации репродуктивного потенциала, рождение нездорового потомства и др.

К основным школьно-обусловленным факторам риска формирования здоровья школьников относятся неполноценное питание, гипокинезия школьников, несоблюдение гигиенических нормативов режима учебы и отдыха, сна и пребывания на воздухе.

Наиболее агрессивными факторами, которые на современном этапе значительно влияют на формирование здоровья школьников, являются: высокий объем учебных и внеучебных нагрузок, интенсификация процесса обучения, а также дефицит времени для усвоения информации. Эти психотравмирующие факторы в сочетании с уменьшением продолжительности сна и прогулок, снижением физической активности оказывают выраженное стрессорное воздействие на развивающийся организм.

Значимой причиной ухудшения состояния здоровья школьников является недостаточная эффективность современной системы гигиенического обучения и воспитания по формированию у детей и подростков умений и навыков здорового образа жизни, сознательного и ответственного отношения к своему здоровью.

Среди детей, особенно подростков, в современных условиях нашли широкое распространение рискованные (протестные) формы поведения: курение, употребление алкоголя и наркотиков, ранняя сексуальная активность, т.е. те факторы, которые ВОЗ рассматривает как ключевые индикаторы здоровья.

Состояние здоровья школьников на современном этапе представляет собой серьезную медико-социальную проблему. Это требует долгосрочной программы мероприятий и стройной государственной политики, направленных на улучшение качества жизни и охрану здоровья школьников. Одной из таких государственных программ в настоящее время определена Программа формирования здорового образа жизни населения. Наиболее эффективно это может быть осуществлено в школах, содействующих укреплению здоровья.

По инициативе трех международных организаций: Совета Европы, Европейского комитета и Европейского регионального бюро ВОЗ была создана Европейская сеть школ укрепления здоровья (ENHPS), содействующих сохранению здоровья школьников в мире. В проекте участвуют 43 европейские страны.

Европейская сеть школ, содействующих укреплению здоровья, в которую входят и Казахстан-

ские школы здоровья, существует более 15 лет и во многих государствах – участницах проекта показала значительный прогресс в усилении сотрудничества между образованием и здравоохранением в обеспечении здоровья как одной из основных неотъемлемых частей деятельности школы.

Казахстан, как и другие страны, осознавая значимость сохранения и укрепления здоровья граждан со школьного возраста, в 1999 году вступил в международную сеть школ, способствующих укреплению здоровья.

Основная цель этих школ – формирование здорового образа жизни путем создания среды, способствующей укреплению здоровья.

В настоящее время в Республике в сеть школ, способствующих укреплению здоровья вовлечена 771 общеобразовательная школа. Максимальное количество организаций образования наблюдается в Южно-Казахстанской (115) и Павлодарской (102) областях, минимальное количество – в Северо-Казахстанской (9), в Алматинской (21) и Кызылординской (23) областях.

В каждой школе, входящей в данный проект, есть свои приоритетные направления в деятельности укрепления здоровья, например: уклон на физическую активность, психологический аспект, рациональное питание, здоровьесберегающее сопровождение.

В школьный период формируется здоровье человека на всю последующую жизнь. Дети проводят в школе значительную часть дня, и заниматься их здоровьем должны, в том числе и педагоги. Нужно уйти от усредненного подхода в этом вопросе. К каждому ученику должен быть применен индивидуальный подход, минимизирующий риски для здоровья в процессе обучения.

В ноябре 2016 года в г. Астане проведен Национальный семинар по укреплению здоровья в школах и школьным службам здравоохранения в Казахстане.

Московское отделение школ здоровья в Европе для стран Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА) планирует провести исследовательскую работу среди школьников республики.

Для исследовательской работы ВОЗ выбрала 4 пилотные школы по РК: 2 в Кызылординской

и 2 в Мангистауской областях. Проект будет осуществляться в период с ноября 2016 года по ноябрь 2017 года. До февраля 2017 года для определения потребностей и приоритетов в данных школах будет проведена оценка текущей политики и практики в школе, связанных с продвижением здоровья. В феврале представители ВОЗ на местах обучат как работать дальше. В дальнейшем они планируют составить национальный план действия по внедрению ШСУЗ.

Ребенок требует к себе особого внимания, учитывая возрастные физические, эмоциональные, психологические особенности. Главным аспектом в сохранении здоровья в этом возрасте является своевременное информирование о поведенческих факторах риска, о их негативном влиянии на здоровье, формирование устойчивой мотивации к отказу от употребления психоактивных веществ, сохранению и укреплению репродуктивного здоровья, ответственному безопасному поведению по отношению к своему здоровью на протяжении всей жизни.

В заключение хотелось бы привести слова Жана-Жака Руссо «Чтобы сделать ребенка умным и рассудительным – сделайте его крепким и здоровым».

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Кучма В.Р. Школа здоровья: Организация работы, мониторинг развития и эффективности (аудит школы в сфере здоровьесбережения детей) Москва 2011.
2. Отчеты о деятельности Школ, способствующих укреплению здоровья Национального центра проблем формирования здорового образа жизни 2016 г.

#### ТҮЙІН

Мақалада Республикадағы «Денсаулықты нығайтуға ықпал ететін мектептер» (бұдан әрі – ДНБЕМ) қызметі туралы ақпарат берілген.

**Кілт сөздер:** Денсаулықты нығайтуға ықпал ететін мектептер.

#### SUMMARY

The article provides information on the activities of “Health promoting schools” of the Republic.

**Keywords:** health promoting schools.

УДК:614.2:613.84(575)

**ОВЕЗМУРАДОВА Г., Национальный сотрудник Проекта по табаку, ВРЕМИС Л.,  
Консультант Проекта по табаку  
Страновой офис ВОЗ, Туркменистан**

## ОПЫТ ТУРКМЕНИСТАНА ПО БОРЬБЕ С ПОТРЕБЛЕНИЕМ ТАБАКА

### АННОТАЦИЯ

В статье представлен прогрессивный опыт Туркменистана в борьбе с табачной эпидемией, включая краткий обзор законодательных мер и действий на уровне Правительства и Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана при сотрудничестве с Европейским Региональным бюро ВОЗ.

**Ключевые слова:** контроль над табаком, курение, сигареты, Туркменистан

Общеизвестно, что потребление табака является одной из ведущих причин заболеваемости и преждевременной смертности населения всего мира. Ежегодно потребление различных форм табачных изделий приводит к 6 миллионам случаев смерти, среди которых более 5 миллионов смертей вызвано непосредственным потреблением табака, и 600 000 смертей – в результате воздействия вторичного табачного дыма.

Большинство стран принимает меры борьбы против табака, содержащиеся в Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ), для сокращения потребления табака и воздействия табачного дыма на население. Путем осуществления данных мер, страны уменьшают тяжелое бремя болезней и смерти, обусловленное употреблением табака и воздействием табачного дыма.

По мнению международных экспертов, позиция и шаги, предпринимаемые Туркменистаном в борьбе с табаком, являются хорошим примером лидерства страны в Европейском регионе ВОЗ в решении вопросов контроля над табаком.

Туркменистан имеет сильное законодательство в этой сфере. В 2004 году Указами Президента Туркменистана было запрещено курение во всех общественных местах, а так же был установлен запрет на потребление наса (сосательного табака). В начале 2008 года Указом Президента Туркменистана Гурбангулы Бердымухаммедова, введен запрет на производство, ввоз и распространение наса на территории Туркменистана.

В 2011 году Туркменистан подписал Рамочную конвенцию Всемирной организации здравоохранения по борьбе с табаком. При поддержке Европейского Регионального бюро ВОЗ был внедрён Национальный план действий по борьбе против табака на 2012–2016 годы.

Согласно утвержденному плану мероприятий по борьбе против табака с января 2012 года под председательством Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана был создан межведомственный координационный комитет по борьбе против табака, куда вошли представители 18-ти заинтересованных министерств, ведомств и общественных организаций Туркменистана. Благодаря успешно скоординированным мерам, удалось повысить розничные цены на табачные изделия в 3-4 раза, и на сегодняшний день средние розничные цены на сигареты в Туркменистане являются самыми высокими из стран СНГ.

Лечение табачной зависимости осуществляется в центрах «Доверия». Организовано 9 таких центров – 4 в г. Ашгабате и 5 в велятских центрах, где любой желающий может получить бесплатную консультацию у специалиста. Также работает специальная «горячая» телефонная линия для анонимного консультирования по вопросам отказа от употребления табака.

В декабре 2013 года на Министерской конференции по профилактике и борьбе с НИЗ, которая прошла в Туркменистане, министры здравоохранения стран Европейского региона ВОЗ единодушно согласились ускорить дей-

ствия по защите нынешнего и будущих поколений от разрушительных последствий табака. Основным результатом конференции стало принятие Ашхабадской Декларации, закрепившей ключевые векторы дальнейшей работы и ставшей знаменательным событием, которое войдет в историю общественного здравоохранения Европейского региона. Самой значительной частью Декларации, ссылаясь на слова Регионального Директора ВОЗ г-жи Жужанны Якаб, является заявление о стремлении сделать Европу свободной от табака. В качестве реализации Ашхабадской Декларации, Туркменистан поставил перед собой амбициозную цель – стать страной, свободной от табака к 2025 году.

В 2011 году в стране введены стандарты маркировки и упаковки табачных изделий, а с 2015 года – графические предупреждения на пачках сигарет. С 2011 года запрещена любая прямая реклама табачных изделий и спонсорство со стороны производителей табачной продукции. С 2016 года запрещена вся косвенная реклама табака.

В 2015 году Туркменистан одним из первых в мире ратифицировал Протокол о ликвидации незаконной торговли табачными изделиями, являющийся первым протоколом в Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ).

Также, при технической поддержке экспертов ЕРБ ВОЗ, был разработан Национальный план действий на 2017-2021 годы, который сейчас находится на этапе утверждения. Этот документ представляет собой Дорожную карту по осуществлению мер, направленных на защиту здоровья граждан от табака.

Наряду с сильными законодательными мерами, в стране ведется информационно-просветительная и профилактическая работа по борьбе с употреблением табака и защите от воздействия вторичного табачного дыма. Все эти колоссальные усилия дали результаты и, согласно обследованию ВОЗ, СТЕПС, уровень потребления табака среди взрослого населения Туркменистана в 2013 году составил 8,3%. Это самый низкий показатель среди стран Европейского региона. Сегодняшнее стремление Туркменистана – стать первой страной в регионе, распространенность курения в ко-

торой среди взрослого населения составит менее 5%, а будущие поколения не познают разрушительного бремени табачной зависимости.

В 2017 году в столице Туркменистана будут проходить V Азиатские игры и соревнования по боевым искусствам в закрытых помещениях. За последние 10 лет, на международном уровне был набран серьезный опыт в организации спортивных мероприятий свободных от табака. Внедрение антитабачной политики в массовые спортивные мероприятия обосновано несовместимостью спорта и потребления табака. Проведение V Азиатских игр и соревнований по боевым искусствам в закрытых помещениях, под статусом свободных от табака в Туркменистане, бесспорно, вписывается в контекст антитабачной политики страны и поможет продвижению Туркменистана как лидера в борьбе и контроле над табаком.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Табак: Информационный бюллетень ВОЗ N°339.- Май, 2015г. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/ru/>)
2. Информационный центр здравоохранения Туркменистана <http://www.saglykhm.gov.tm/>
3. WHO Regional Office for Europe: [вебсайт]. – Copenhagen, 2014 (<http://www.who.int/features/2014/turkmenistan-ncd/ru/>, по состоянию на 15-02-2017).
4. Укрепление мер борьбы с неинфекционными заболеваниями в Туркменистане: Отчет. – Копенгаген, Дания: Всемирная организация здравоохранения, 2013 г. – 22 с.

#### ТУЙЫН

Мақалада Түрікменстанның темекі індетімен күресудегі озық тәжірибесі, оның ішінде Түрікменстанның ДДҰ-ның Еуропалық Өңірлік бюросымен ынтамақтастық кезіндегі Үкімет пен Денсаулық сақтау министрлігі және медициналық өнеркәсібі деңгейінде заңнамалық шаралар мен іс-қимылдарды қысқаша шолу берілген.

**Кілт сөздер:** темекіні, темекі шегуді, сигареттерді бақылау, курение, Түрікменстан

Guljema! Ovezmuradova, NPO Tobacco Project, Laura Vremis, Consultant Tobacco Project  
WHO CO Turkmenistan.

Turkmenistan experience in tobacco control

### SUMMARY

The article presents a positive experience of Turkmenistan to combat the tobacco epidemic, including an overview of the legislative measures and actions at the level of the Government and

the Ministry of Health and Medical Industry of Turkmenistan in collaboration with the WHO Regional Office for Europe.

**Key words:** tobacco control, smoking, cigarettes, Turkmenistan.

## 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-

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

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

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

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

Образец:

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

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

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

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

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

Иностранная литература оформляется по тем же правилам.

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

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

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

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

**АДРЕС РЕДАКЦИИ:**

РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН, 050010, Г. АЛМАТЫ, УЛ. КУНАЕВА, 86, УГ. УЛ.  
ТОЛЕ БИ, 3 ЭТАЖ, НЦПФЗОЖ МЗСР РК, ТЕЛ.: 8 (727) 291-20-81

**БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ (оплата за статьи):**

ИИК № KZ616010131000121747  
РНН 600500055870  
БИК HSBKZZKX  
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:** \_\_\_\_\_





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

**ТАМАҚТАНУ – адам денсаулығын өмір бойы нығайту мен сақтаудың басты факторы.** Егер дұрыс тамақтанудың негізгі ережелері мен қағидаларын біліп және сақтаса, айтарлықтай алдын алуға болатын жүрек қан-тамыр аурулары (инфаркт, инсульт), обыр, қант диабеті сияқты созылмалы инфекциялық емес аурулардың қауіп-қатер факторы дұрыс тамақтанбау болып табылады.

## ДДҰ-НЫҢ ҮЙЛЕСІМДІ ТАМАҚТАНУ ЖӨНІНДЕ 12 ҚАҒИДАСЫ:

1. Тамақ әртүрлі және құрамында өсімдік өнімдері көп, ал жануар текті азық-түлік аз болуы қажет
2. Нан, өндірілген дақылды өнімдер, макарон өнімдері, күріш пен картоп тағамның негізін қалыптастырады
3. Көкөністер мен жемістерді тәулігіне 400 г артық бірнеше рет тұтыну қажет
4. Күнделікті құрамында май мен натрий мөлшері төмен сүт және сүт өнімдерін, ал сүтқышқылды өнімдерді тәулігіне кемінде 200 г тұтыну қажет
5. Майсыз ет, балық, құс етінің мөлшері тәулігіне кемінде 80 г болуы қажет
6. Майы көп ет және балық, құс етін, бұршақ өнімдерімен алмастыру қажет
7. Майдың мөлшері 30%-дық тағамның тәуліктік құнарлылығынан аспау қажет
8. Тағам құрамында көмірсулар аз тәулігіне құнарлығы кемінде 10% болуы қажет
9. Ас тұзының мөлшері тәулігіне 5 г аспау қажет
10. Дене салмағының индексі дене белсенділігі бір қалыпты деңгейде болған жағдайда  $25 \text{ кг/м}^2$  артпауы қажет
11. Алкогольден бас тарту қажет
12. Тағамды қауіпсіз және гигиеналық тәсілмен әзірлеу керек

**ҮЙЛЕСІМДІ ТАМАҚТАНУ – ДЕНСАУЛЫҚ КЕПІЛІ!**



Тегін таратылады



# Салауатты өмір салтын ұстан!



Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі  
Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемалары ұлттық орталығы  
Республикалық психиатрия, психотерапия және наркология ғылыми-практикалық орталығы



- СЕНІ НЕГЕ ЕШКІМ ТҮСІНБЕЙДІ
- ӨЗІңДІ ҚАЛАЙ ТҮСІНУГЕ БОЛАДЫ
- ҚАСЫҢДАҒЫ АДАМДАРМЕН, ОТБАСЫНДА, ДОСТАРМЕН ЖАНЖАЛДАСУДЫ ҚАЛАЙ БОЛДЫРМАУҒА БОЛАДЫ
- ОЙЛАНБАҒАН ЖӘНЕ ҚАУІПТІ ӘРЕКЕТТІ ҚАЛАЙ БОЛДЫРМАУҒА БОЛАДЫ

## КОРІПТКІГЕ ЖОЛ ЖОҚ!

## СЕНІҢ ОРТАН СЕНІҢ ӨМІРІН



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

Тегін таратылады