



ҚР ДСМ Қоғамдық денсаулық сақтау ұлттық орталығы

Национальный центр общественного здравоохранения МЗ РК

National Center of Public Health of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan

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

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

**ACTUAL ISSUES OF HEALTHY LIFESTYLE
DEVELOPMENT, DISEASE PREVENTION AND
HEALTH PROMOTION**

**№ 3
2024**

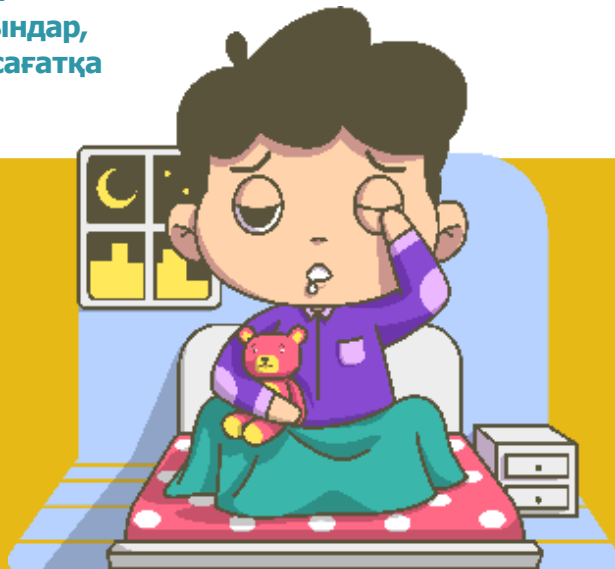
Энергетикалық сусындарды тұтынудың алдын алу



ЭНЕРГЕТИКТЕР — бұл уақытша күш пен жүйке жүйесінің қозуын тудыратын сусындар, энергетикалық сусындардың әсері 3-4 сағатқа созылады.

КОФЕИННІҢ АРТЫҚ ДОЗАЛАНУЫ —

жүрек айнуы мен құсуды, жүрек соғуының жоғарылауын, құрысуларды, жоғары қан қысымын және кейбір жағдайларда тіпті өлімді тудырады. Жиі қолдану екінші типтегі қант диабетіне, тісті нашарлатады, семіздікке, неврологиялық және жүрек-қан тамырлары ауруларына қауіп төндіреді. Бүйрек тастарының пайда болуына, сондай-ақ сүйек проблемаларына остеопорозға алып келеді.



Энергетикалық сусындардың денсаулыққа әсері:



Энергетикалық сусындар қан қысымының жоғарылауына, ми тамырларының спазмына, жүрек соғысының бұзылуына әкеледі.



Сусын таусылғаннан кейін бірқатар жанама әсерлер байқалады: шаршау, тітіркену, ұйқысыздық, депрессия.



Энергетиктарды көп мөлшерде пайдаланған кезде кофеиннің дозалары жүректің ауыр проблемаларына әкеледі және оның көмірқышқыл газы мен қантпен үйлесуі асқазан мен



Барлық сусындарда кофеин бар, ал кофеин есірткі заты болғандықтан, олар тәуелділікті тудырады және жүйке жүйесін әлсіретеді.



Энергетикалық сусын ішкеннен кейін қан қысымы, қандағы қанттың жалпы деңгейі көтеріледі.



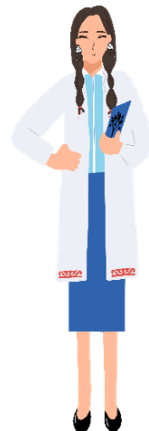
Барлық энергетикалық сусындар жоғары калориялы, яғни артық салмақтың жиналуына ықпал етеді.



Сусынның өзі энергиямен қанықпағандықтан, оның құрамындағы кофеиннің арқасында ол дененің өзінен энергия алады.



Кез-келген энергетикалық сусындарды балаларға ішуге болмайды.



Вакцинация — бұл ВПЧ вирусын жұқтырудан қорғаудың қауіпсіз және тиімді әдісі.



Жатыр мойны обыры - ауыр зардаптармен көрінетін, ең алдымен 45-60 жас аралығындағы әйелдерге әсер ететін, бірақ жас әйелдерде де кездесетін күрделі онкологиялық ауру. ВПЧ-ге қарсы вакцинация қатерлі ісікке дейінгі зақымданулар мен жатыр мойны обырының даму қаупін 90% - ға төмендетеді.



Қыздар қай кезде вакцинациялануы керек? Жатыр мойны обырының алдын алу мақсатында 9-14 жас аралығындағы барлық қыздарға HPV-ге қарсы вакцинация жүргізу

Көптеген жағдайларда ВПЧ инфекциясы өздігінен жойылып, қатерлі ісікке дейінгі зақымданулар өздігінен емделсе де, барлық әйелдер инфекцияның созылмалы түрге ауысу және қатерлі ісікке дейінгі зақымданулардың инвазивті жатыр мойны обырына айналу қаупіне ұшырайды, бұл әйелдердің денсаулығына үлкен қауіп төндіреді.

Сонымен қатар, егер инфекция ағзада сақталса, ол ерлер мен әйелдерге әсер ететін басқа да ісік түрлерінің дамуына әкелуі мүмкін.

АДАМНЫҢ ПАПИЛЛОМА ВИРУСЫ (ВПЧ)



Адамның папиллома вирусы (ВПЧ) — ерлер мен әйелдерге әсер ететін қатерлі ісіктердің дамуына әкелуі мүмкін ең көп таралған вирустық инфекция.



Жатыр мойны обыры жағдайларының басым көпшілігі (95% - дан астамы) адам папилломавирусынан туындайды. Қыздардың тиісті жастағы ВПЧ-ге қарсы вакцинациясы кейінгі жасында ықтим ауыр инфекциядан қорғайды!



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

МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ISSN 2223-2931

Издается с 2002 г.

№ 3. 2024 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

№ KZ24VPY00064975 от 20.02.2023 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.

Главный редактор:

д.м.н., профессор Слажнева Т.И.

Редакционный совет:

Академик Шарманов Т.Ш. (Казахстан)

д.м.н., профессор Кульжанов М.К. (Казахстан)

д.м.н., профессор Баттакова Ж.Е. (Казахстан)

д.м.н. Токбергенов Е.Т. (Казахстан)

Адъюнкт- профессор Massimo Pignatelli (Казахстан)

PhD Antonio Sarría-Santamera (Казахстан)

Malcom A. Moore (Корея)

PhD Breda J. (Греция)

Технически редактор:

Акимбаева А.А.

Журнал сверстан и опечатан в типографии
НЦОЗ МЗ РК

Адрес редакции:

г. Астана, ул. Иманова 11

www.hls.kz

zhurnal.ncoz@hls.kzp

Заказ № 60 .Тираж 50 экз

МАЗМҰНЫ

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУЫНДА САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДЫҢ ӘДІСНАМАЛЫҚ ЖӘНЕ ҰЙЫМДАСТЫРУШЫЛЫҚ МӘСЕЛЕЛЕРІ

Назарова С.А., Слажнева Т.И., Адаева А.А., Абдрахманова Ш.З., Сулейманова Н.А., Әкімбаева А.А., Әлиева А.К.	
Қазақстан республикасында салауатты өмір салтын ұстанатын адамдар үлесінің ұлттық мониторингі жүйесін дамыту.....	8
Утебаева А.С., Даниярова А.Б., Жүністай Д.Д.	
Денсаулық орталығының қызметін ұйымдастыру.....	21
Оразаев Д.О.	
Өңірлерде медицина қызметкерлерін кәсіптік оқыту және олардың біліктілігін арттыру: талдау және перспективалар	26

ЖҰҚПАЛЫ ЕМЕС АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ ЖӘНЕ БАҚЫЛАУ. ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНДАҒЫ БІЛІМ

Оразбай И.С., Даниярова А.Б., Жүністай Д.Д.	
Эпидемиологиялық және биологиялық қауіпсіздікті қамтамасыз ету саласындағы тәуекелдер.....	34
Абдрахманова Ш.З., Сулейманова Н.А., Назарова С.А., Слажнева Т.И	
Жол қозғалысы ережелерін сақтау, жол-көлік жарақаттануының алдын алу бойынша халықты ақпараттандыруға бағытталған ұлттық бағдарлама.....	44

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДЫҢ НОРМАТИВТІК-ҚҰҚЫҚТЫҚ БАЗАСЫ

Қазақстан Республикасының кейбір заңнамалық актілеріне ойын бизнесі, лотерея қызметі, денсаулық сақтау, мемлекеттік еңбек инспекциясы, мемлекеттік бақылау және артық заңнамалық регламенттеуді болдырмау мәселелері бойынша өзгерістер мен толықтырулар енгізу туралы.....	51
---	----

СОДЕРЖАНИЕ

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ОБЩЕСТВЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Назарова С.А., Слажнева Т.И., Адаева А.А., Абдрахманова Ш.З., Сулейманова Н.А., Акимбаева А. А., Алиева А.К.	
Развитие системы национального мониторинга доли лиц, ведущих здоровый образ жизни в Республике Казахстан	8
Утебаева А. С., Даниярова А.Б., Жунистай Д.Д.	
Организация деятельности Центра здоровья.....	21
Оразаев Д.О.	
Профессиональное обучение и повышение квалификации медицинских работников в регионах: анализ и перспективы.....	26

ПРОФИЛАКТИКА И БОРЬБА С НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ. САНИТАРНОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ

Оразбай И.С., Даниярова А.Б., Жунистай Д.Д.	
Риски в области обеспечения эпидемиологической и биологической безопасности.....	34
Абдрахманова Ш.З., Сулейманова Н.А., Назарова С.А., Слажнева Т.И	
Национальная программа, направленная на информированность населения по соблюдению правил дорожного движения, профилактика дорожно-транспортного травматизма.....	44

НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам игорного бизнеса, лотерейной деятельности, охраны здоровья, государственной инспекции труда, государственного контроля и исключения излишней законодательной регламентации.....	51
---	----

CONTENT

METHODOLOGICAL AND ORGANIZATIONAL ISSUES OF HEALTHY LIFESTYLE DEVELOPMENT IN PUBLIC HEALTH OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Nazarova S.A., Slazhnyova T.I., Adayeva A.A., Abdrakhmanova S.Z., Suleymanova N.A., Akimbayeva A.A., Alieva A.K. Development of the national monitoring system to identify a proportion of population adhering to a healthy lifestyle in the Republic of Kazakhstan	8
Utebaeva A.S., Daniyarova A.B., Zhunistai D.D. Organization of the activities of the Health Center.....	21
Orazaev D.O. Professional training and advanced training of medical workers in the regions: analysis and prospects.....	26

PREVENTION AND CONTROL OF NON-COMMUNICABLE DISEASES. HEALTH EDUCATION

Orazbai I.S., Daniyarova A.B., Zhunistai D.D. Risks in the field of epidemiological and biological safety.....	34
Abdrakhmanova Sh.Z., Suleymanova N.A., Nazarova S.A., Slazhneva T.I. The national program aimed at informing the population on compliance with traffic rules, prevention of road traffic injuries.....	44

THE REGULATORY AND LEGAL FRAMEWORK FOR THE HEALTHY LIFESTYLE DEVELOPMENT IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

On amendments and additions to some legislative acts of the Republic of Kazakhstan on gambling, lottery activities, health protection, state labor inspection, state control and exclusion of excessive legislative regulation.....	51
---	----

**ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУЫНДА
САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДЫҢ ӘДІСНАМАЛЫҚ ЖӘНЕ
ҰЙЫМДАСТЫРУШЫЛЫҚ МӘСЕЛЕЛЕРІ**

**МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ ФОРМИРОВАНИЯ
ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ОБЩЕСТВЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

**METHODOLOGICAL AND ORGANIZATIONAL ISSUES OF HEALTHY LIFESTYLE
DEVELOPMENT IN PUBLIC HEALTH OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN**

УДК 614.2

**ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҰСТАНАТЫН
АДАМДАР ҮЛЕСІНІҢ ҰЛТТЫҚ МОНИТОРИНГІ ЖҮЙЕСІН ДАМУ**

¹Назарова С.А., ¹Слажнева Т.И., ¹Адаева А.А., ¹Абдрахманова Ш.З.,
¹Сулейманова Н.А., ¹Әкімбаева А. А., ¹Әлиева А.К.

¹ҚР ДСМ Ұлттық Қоғамдық денсаулық сақтау орталығы

ТҮЙІНДЕМЕ

Қазақстанда 2021 жылдан бастап алғаш рет ұлттық эпидемиологиялық зерттеулер жүргізу негізінде салауатты өмір салтын ұстанатын адамдар санына мониторинг енгізілуде, олар инфекциялық емес аурулардың (темекі шегу, алкогольді теріс пайдалану, дене белсенділігінің жеткіліксіздігі, жемістер мен көкөністерді жеткіліксіз тұтыну, тұзды шамадан тыс тұтыну) мінез-құлық қауіп факторларының үйлесімін талдау негізінде Қазақстанда салауатты өмір салтын жүргізудің таралуын көрсетеді популяциялар және салауатты өмір салтын ұстану қауымдастығын анықтайды.

Түйінді сөздер: салауатты өмір салты, міндеттеме, салауатты өмір салтын ұстанатын адамдардың үлесі, темекі шегу, көкөністер мен жемістерді тұтыну, алкогольді тұтыну, тұзды тұтыну, физикалық белсенділік.

**РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ НАЦИОНАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА ДОЛИ ЛИЦ, ВЕДУЩИХ
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН**

¹Назарова С.А., ¹Слажнева Т.И., ¹Адаева А.А., ¹Абдрахманова Ш.З.,
¹Сулейманова Н.А., ¹Акимбаева А. А., ¹Алиева А.К.

¹Национальный Центр общественного здравоохранения МЗРК

РЕЗЮМЕ

В Казахстане впервые с 2021 года внедряется мониторинг числа лиц, ведущих здоровый образ жизни на основе проведения национальных эпидемиологических исследований, которые на основании анализа комбинации поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний (курение, злоупотребление алкоголем, недостаточная физическая активность, недостаточное потребление фруктов и овощей, избыточное потребление соли) демонстрируют распространенность ведения здорового образа жизни в казахстанской популяции и выявляют ассоциации приверженности к ЗОЖ.

Ключевые слова: здоровый образ жизни, приверженность, доля лиц, ведущих ЗОЖ, курение, потребление овощей и фруктов, употребление алкоголя, потребление соли, физическая активность.

DEVELOPMENT OF THE NATIONAL MONITORING SYSTEM TO IDENTIFY A PROPORTION OF POPULATION ADHERING TO A HEALTHY LIFESTYLE IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

¹Nazarova S.A., ¹Slazhnyova T.I., ¹Adayeva A.A., ¹Abdrakhmanova S.Z., ¹Suleymanova N.A.,
¹Akimbayeva A. A., ¹Alieva A.K.

¹The National Center for Public Health of the Ministry of Health

SUMMARY

For the first time since 2021, monitoring of the number of population adhering to a healthy lifestyle is being introduced in Kazakhstan based on national epidemiological studies. The present study presents an analysis of a combination of behavioral risk factors for noncommunicable diseases (smoking, alcohol use in harmful doses, insufficient physical activity, insufficient consumption of fruits and vegetables, excessive salt intake) demonstrate the prevalence of healthy lifestyle in the Kazakhstan population and identify associations of adherence to healthy lifestyle.

Keywords: healthy lifestyle, proportion of population adhering to a healthy lifestyle, smoking, consumption of vegetables and fruits, alcohol use, salt intake, physical activity.

ВВЕДЕНИЕ

Регулярное изучение поведенческих и связанных с ними факторов риска (ФР) и разработка системы индикаторов неинфекционных заболеваний (НИЗ) для регулярной оценки их распространенности динамики среди населения страны является источником получения надежной информации для научно-обоснованных решений в области политики укрепления здоровья и профилактики заболеваний.

Осуществление мероприятий, направленных на изменение образа жизни и поддержание на высоком уровне ведущих характеристик ЗОЖ, способствует повышению мотивации населения к ведению ЗОЖ и улучшению показателей здоровья населения. Систематический анализ и изучение особенностей состояния здоровья в динамике, выявление ведущих факторов и условий, оказывающих самое непосредственное воздействие на здоровье, является важнейшим моментом в разработке мероприятий, направленных на совершенствование профилактической помощи населению.

Долгосрочной стратегией развития государства «Стратегия «Казахстан2050» определено: «Здоровье нации – основа нашего успешного будущего. Здоровый образ жизни является «Ключом к

здоровью нации», на 50% определяет развитие общественного здравоохранения страны. Формирование здорового образа жизни (ФЗОЖ) в этом контексте является одной из важнейших задач современной социальной политики Казахстана [1].

В Казахстане формированию здорового образа жизни населения и мониторингу данного процесса придается большое значение. С момента организации Национального Центра проблем формирования здорового образа жизни МЗРК проведено шесть национальных исследований в 1998, 2001, 2004, 2007, 2012 и 2015 годах с ежегодным охватом населения более 24000 тысяч во всех регионах страны. Полученные данные позволили отслеживать динамику распространенности поведенческих факторов риска, а также республиканские и региональные данные позволили правительству и местным органам здравоохранения скорректировать планы профилактической деятельности и информационной пропаганды. Объектом исследования явилось население республики с 11 лет и старше, в качестве предметов исследования были определены показатели образа и условий жизни, а также состояния здоровья населения РК [2].

В 2021 году в Республике принимается к исполнению Национальный проект «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая нация», в котором ставится вопрос о внедрении нового интегрированного показателя «Увеличение доли граждан Казахстана, ведущих здоровый образ жизни» [3]. Использование показателей охвата населения занимающихся здоровым образом жизни через систему государственной статистики для Казахстана имеет большое значение и применение российского опыта важный аргумент в пользу развития здравоохранения и всего народного хозяйства.

Разработку и внедрение данного показателя осуществили специалисты ФГБУ «Национального медицинского исследовательского центра профилактической медицины «Минздрава России» и Федеральной службы государственной статистики (Росстат). В России в 2017 году утвержден приоритетный проект «Формирование здорового образа жизни», в рамках которого запланирован комплекс мер законодательного и информационнокоммуникационного характера, целью воздействия их являются основные поведенческие ФР. Одной из задач данного приоритетного проекта является разработка мониторинга приверженности ЗОЖ у населения РФ на популяционном уровне как оценка эффективности профилактических мер [4-5].

Здоровый образ жизни (ЗОЖ), согласно определению ВОЗ, образ жизни, снижающий риск серьезного заболевания или преждевременной смерти. Среди компонентов, составляющих основу ЗОЖ, ВОЗ выделяет отсутствие таких поведенческих ФР, как курение, недостаточная физическая активность (НФА) и нездоровый рацион питания, а также потребление алкоголя в избыточных количествах. Тесно связаны с этими факторы риска (ФР) и отчасти являются их последствиями ожирение и артериальная гипертензия (АГ).

Доказано, что достоверно оценить распространенность факторов риска, на базе которых затем рассчитывают приверженность ЗОЖ, можно только в эпидемиологических исследованиях, которые весьма трудоемки в организационном плане с учетом масштабов страны. На основе двух крупных многоцентровых исследований «Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в регионах Российской Федерации» (ЭССЕ-РФ-1-2) была разработана методика расчета числа лиц ведущих здоровый образ жизни [6].

В качестве компонентов ЗОЖ рассматривали отсутствие курения, достаточное потребление овощей и фруктов, потребление соли, достаточную физическую активность, невысокий уровень потребления алкоголя. По совокупности компонентов выделяли «высокую», «удовлетворительную» и «низкую» приверженность к ЗОЖ. Из социально-демографических характеристик рассматривали пол, возраст, регион проведения исследования, место проживания (город/село), семейное положение, уровень образования, доход.

С целью сравнительного анализа с результатами других исследований проводили стандартизацию исходных частот категорий приверженности к ЗОЖ по Европейскому возрастному стандарту 1976 г [7].

Исходные показатели приверженности к ЗОЖ в РФ составили: высокая приверженность — 21,9%, удовлетворительная — 34,5%, низкая — 43,6%. Распространенность компонентов низкой приверженности в порядке убывания: избыточное потребление соли (50,5%), недостаточное

потребление овощей и фруктов (37,5%), курение (22,7%), недостаточная физическая активность (19,6%), чрезмерное употребление алкоголя (4,9%). Высокая приверженность к ЗОЖ ассоциируется с женским полом, более старшим возрастом, проживанием в городе, высоким образовательным статусом, отсутствием семьи. Кроме того, выявлены эффекты сочетанного влияния социально-демографических характеристик на приверженность к ЗОЖ, в частности, высокий образовательный статус в зависимости от других характеристик (пол, возраст, проживание в городе/селе) ведет себя и как протективный, и как негативный фактор. Высокая приверженность к ЗОЖ выявляется лишь у каждого пятого из взрослого населения обследованных регионов [8-10].

В России ежегодно Госстатом в рамках программы «Демография» проводится социологический опрос по оценке числа лиц ведущих здоровый образ жизни с анализом текущей распространенности ведущих факторов риска развития заболеваний, значимости предпринимаемых мер по привитию навыков здорового образа жизни и эффективности государственных программ (выявлена ожидаемая негативная динамика этого показателя на фоне, обусловленных пандемией в ряде регионов», расчетом экономического ущерба и экономического эффекта, при прогнозировании риска и оценки вклада факторов риска в заболеваемость и смертность населения.

В Казахстане впервые с 2021 года по данной методике проводятся национальные эпидемиологические исследования, которое на основании анализа комбинации поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний (курение, злоупотребление алкоголем, недостаточная физическая активность, недостаточное потребление фруктов и овощей, избыточное потребление соли) демонстрируют распространенность ведения здорового образа жизни в казахстанской популяции и выявляют ассоциации приверженности к ЗОЖ. Актуальность данной работы для общественного здравоохранения в настоящее время и на перспективу имеет большое значение.

Цель исследования: Расчет комплексного показателя «Доля граждан Казахстана, ведущих здоровый образ жизни».

Задачи исследования: Провести социологическое исследование среди граждан Казахстана путем анкетирования случайной выборочной совокупности лиц 18 лет и старше во всех регионах РК. Рассчитать показатели образа жизни и поведенческих факторов риска с определением комплексного индикатора «Доля граждан Казахстана, ведущих здоровый образ жизни» • Провести сравнительный анализ показателей в разрезе регионов и в динамике.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Целевой группой явились домохозяйства на территории Республики Казахстан с проживающим населением в возрасте 18 лет и старше. Дизайн - кроссекционное исследование. Тип выборки: многоступенчатая рандомизированная, стратифицированная на этапе отбора точек опроса, интервальная маршрутная на этапе отбора домохозяйств, простая случайная на этапе отбора респондента в домохозяйстве.

Проведена многоступенчатая комбинированная выборка, стратифицированная по областям/городам республиканского значения и типу населенных пунктов (город/село).

На первом этапе определялись доли регионов в выборочной совокупности и процентное распределение между городом и селом. Вся территория Казахстана разделена на 20 административных единиц – 17 областей и 3 города республиканского значения, в областях есть городские и сельские поселения. Таким образом, формируется 37 страт ($17*2+3=37$). Доля каждой из них в выборке соответствует доле в генеральной совокупности

Далее каждая территориальная страта (город и село) разделена по гендерному признаку, чтобы представленность мужчин и женщин отражала пропорции в генеральной совокупности. Здесь учитывается общее для страны соотношение мужчин и женщин 18 лет и старше: мужчины составляют 47,4% населения, женщины – 52,6%. Была соблюдена и представленность разных возрастных групп.

Объем выборки рассчитывался по формуле расчета объема выборки:

$$Z^2 \frac{P(1-P)}{e^2}$$

где, Z = мера доверительного уровня

e = предел погрешности

P = Базовый уровень индикатора Доверительный уровень/интервал для перекрестного исследования составляет 95%.

После первичных подсчетов, размер выборки был подкорректирован для:

– дизайн-эффекта (Дефф)

– количества в зависимости от ожидаемых подсчетов по возрасту/полу

– предвиденных потерь (отсутствий ответов): уровень полученных ответов в среднем составляет 85%. Таким образом, итоговый плановый объем выборки по республике Казахстан составил 13555 респондентов.

Отбор точек опроса

Вторичные единицы выборки (ВЕВ) представляют организации сети ПМСП государственной формы собственности (городские поликлиники; районные/сельские поликлиники; врачебные амбулатории; фельдшерско-акушерские пункты), которые отбираются случайным образом. В городах республиканского значения и областных центрах городские поликлиники должны отбираться из разных районов города.

Третичной единицей выборки (ТЕВ) является домохозяйство. В городах отбор ТЕВ производится со случайно отобранного жилого дома из списка прикрепленного к организации ПМСП населения.

В случае если первым случайно отобран многоквартирный жилой дом, то опрос в этом доме начинается с последнего подъезда, верхнего этажа, квартиры с наибольшим номером. Следующей отбирается квартира с наибольшим номером, пропуская один этаж. В малоэтажных домах - отбирается каждое пятое домохозяйство. Затем пропускается два жилых дома по данной улице (или соседние) и опрос переходит к четвертому дому и так далее, пока не будет набрано необходимое количество респондентов.

В селах (или в частном секторе города) отбор также начинается со случайно отобранного домохозяйства из списка прикрепленного населения, в последующем после проведения опроса в первом домохозяйстве, отбирается каждое третье домохозяйство вдоль улицы. Таким образом, набирается необходимое количество респондентов, согласно приложенной выборке.

Если на момент посещения в доме отсутствуют взрослые члены семьи, интервьюеры посещают следующий дом.

Отбор респондента

Отбор конечных единиц выборки - респондентов, проводится следующим путем: опрашивается только один член домохозяйства (среди присутствующих). Если на момент опроса по квоте подходит несколько членов семьи, то отбирается тот, чей прошедший день рождения ближе к дате визита. Если на момент опроса нет подходящего по квоте члена семьи – опрос переходит в следующее домохозяйство.

Организация полевых работ

Проведен общий инструктаж ответственных за анкетирование лиц с каждого региона. В качестве метода сбора информации определен опрос в технике стандартизированного интервью face-to-face при помощи онлайн опросника (CAPI).

Инструментарий

Опрос проводился по онлайн опроснику. Основные блоки анкеты: определение социального статуса респондента, привычки питания, наличие поведенческих факторов риска, физическая активность, рост, вес респондента. Анкета заполняется интервьюером со слов респондента. Продолжительность анкетирования 5-7 минут.

Статистическая обработка и анализ данных. Статистическая обработка данных проведена в

программе IBM SPSS Statistics версия 23.0.

Показатель «Доля граждан Казахстана, ведущих здоровый образ жизни (процент)» - интегральный показатель приверженности населения здоровому образу жизни, представляющий собой сочетание поведенческих факторов риска, является условной характеристикой здорового образа жизни и включает в себя следующие индикаторы/компоненты:

- отсутствие курения;
- потребление овощей и фруктов ежедневно не менее 400 г;
- адекватная физическая активность (не менее 150 мин умеренной или 75 мин интенсивной физической нагрузки в неделю);
- нормальное (не выше 5,0 г NaCl в сутки) потребление соли;
- употребление алкоголя не более 168 г чистого этанола в неделю для мужчин и не более 84 г - для женщин.

Методика расчета интегрированного показателя:

*Доля граждан 18 лет и старше, ведущих здоровый образ жизни = общее число респондентов с высокой и удовлетворительной степенью приверженности здоровому образу жизни * 100 / общее число респондентов.*

Степени приверженности здоровому образу жизни:

- *удовлетворительная* - отсутствие курения, при этом может отсутствовать один из четырех других компонентов здорового образа жизни;
- *высокая* - отсутствие курения, при наличии всех остальных четырех компонентов здорового образа жизни.

В ходе проведения социологического исследования всего по РК было опрошено 13364 человека с плановым пропорциональным распределением в выборочной совокупности по территориальным, гендерным, возрастным признакам населения. В связи с тем, что плановая квотная выборка несколько отличалась от фактической, для обеспечения репрезентативности и корректного представления данных было произведено взвешивание выборки по весовым коэффициентам согласно пропорциональному распределению.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В целом по Казахстану, интегрированный показатель «Доля граждан, ведущих здоровый образ жизни» составил 31,4%, что говорит о заметном увеличении доли лиц, ведущих здоровый образ жизни, по сравнению с предыдущим национальным исследованием (2021 г.), где данный показатель составлял 23,2%. Интегрированный показатель включает в себя два уровня приверженности здоровому образу жизни: удовлетворительный и высокий (подробно описаны в разделе методологии). Высокий уровень приверженности ЗОЖ составил 6,8%, удовлетворительный уровень – 24,6%, тогда как в 2021 г. высокий уровень приверженности составлял 3,5%, а удовлетворительный - 19,7%. В свою очередь число антизожиков уменьшилось на 8,2%. Это указывает на то, что в Казахстане сложилась устойчивая система формирования здорового образа жизни, созданная в 1997 году и развивающаяся до настоящего времени (рисунок 1).



Рисунок 1. Удельный вес граждан РК с высокой, удовлетворительной и низкой приверженностью здоровому образу жизни

Для сравнения приводим данные, полученные российскими специалистами в аналогичном исследовании. Было установлено, что начиная с ковидного 2020-го и вплоть до 2022 года распространенность ЗОЖ снижалась: доля строго следующих правилам здоровой жизни опустилась до 7,2%, то есть за 3 года приверженцев ортодоксального ЗОЖ стало меньше почти на 6 млн человек. Впрочем, далеко не все эти люди записались в антизожники - большинство перешло в категорию умеренных зожников. В 2023 году тренд наконец развернулся, и заинтересованность населения в ежедневной заботе о своем здоровье стала расти. В минувшем году принципов ЗОЖ строго придерживались 9,1% всех россиян в возрасте от 15 лет и старше, или 11 млн человек. Количество умеренных зожников оценивалось в 53%, или 64,1 млн человек. Наконец, игнорирующих главные правила здорового образа жизни было 37,8%, или 45,7 млн человек", - приводит данные президент FinExpertiza Елена Трубникова.

В разрезе по полу данный показатель статистически значимо выше среди женщин – 37,4%, тогда как среди мужчин – 24,8% ($\chi^2 = 247,2$, $p < 0,001$) (рисунок 2).

Эти показатели с 2021 года выросли среди женщин на 8,4%, соответственно у мужчин на 8,0%. В России среди женщин здоровый образ жизни распространен в полтора раза чаще, чем у мужчин. Доля женщин, следящих за здоровьем и не имеющих вредных привычек, в 2023 году оценивалась в 10,9% (7,2 млн человек), доля мужчин - 7% (3,8 млн человек). Численное превосходство зожниц над зожниками составляет 1,9 раза, как и годом ранее.

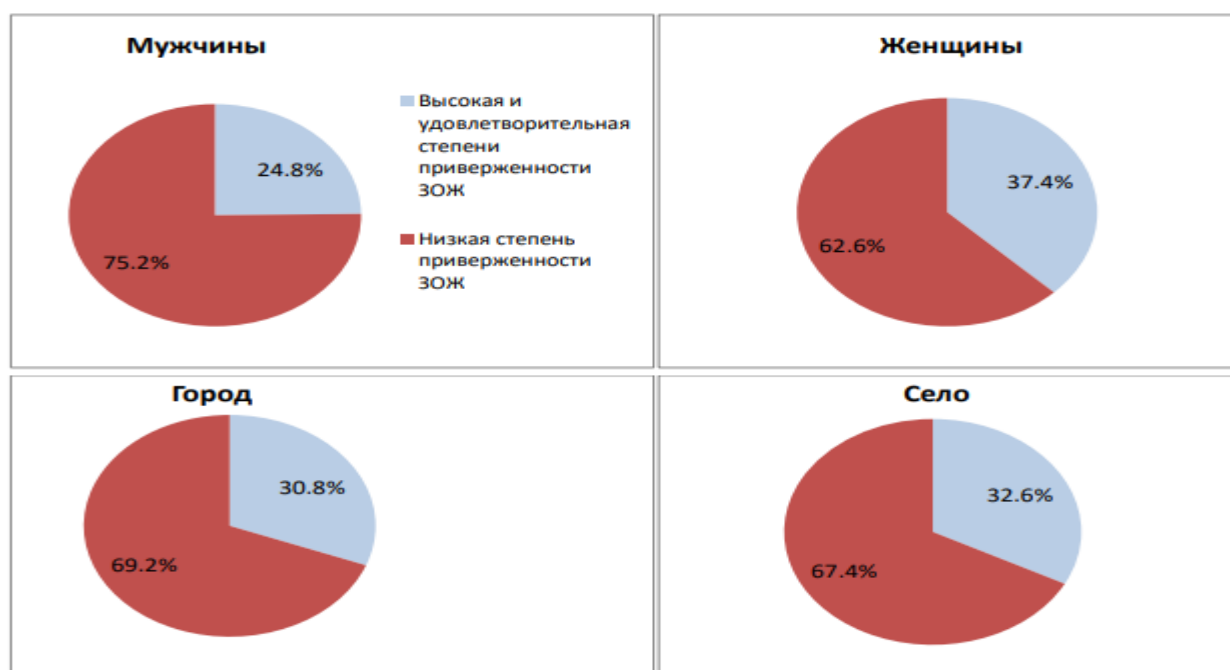


Рисунок 2. Доля граждан, ведущих здоровый образ жизни в разрезе по полу и месту проживания

В срезе по месту проживания – значимо больше граждан, ведущих здоровый образ жизни среди сельчан –32,6%, нежели среди городских жителей-30,8%. После предыдущего исследования отмечен рост показателей у сельского населения на 6,0%, у городского на 9,6% (рисунок 2).

Сравнение показателей среди различных возрастных групп демонстрирует, что лица в возрасте 60 лет и старше значимо чаще являлись приверженцами ЗОЖ ($\chi^2 = 10,2$, $p < 0,02$). Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 - Доля граждан, ведущих здоровый образ жизни в разрезе по возрастным группам

	Возрастные группы			
	18-29 лет	30-44 года	45-59 лет	60 лет и старше
Высокая и удовлетворительная степени приверженности ЗОЖ	31,7%	30,1%	31,3%	33,7%
Низкая степень ЗОЖ	68,3%	69,9%	68,7%	66,3%



Рисунок 3. Доля граждан, ведущих здоровый образ жизни с различными уровнями образования

На Рисунке 3 представлен удельный вес респондентов, ведущих ЗОЖ в зависимости от уровня образования. Однако статистически значимой разницы между группами выявлено не было ($\chi^2 = 5,4$, $p > 0,05$). Среди респондентов, имеющих неполное среднее образование (8-9 классов) – доля ведущих ЗОЖ составила 29,3%, среди лиц, имеющих общее среднее образование – 29,7%, те, кто имел средне-специальное образование – вели здоровый образ жизни в 31,3% случаев, у респондентов с высшим образованием – данный показатель составил 32,4%. Отдельные степени приверженности ЗОЖ в разрезе по уровню образования представлены на Рисунке 4.

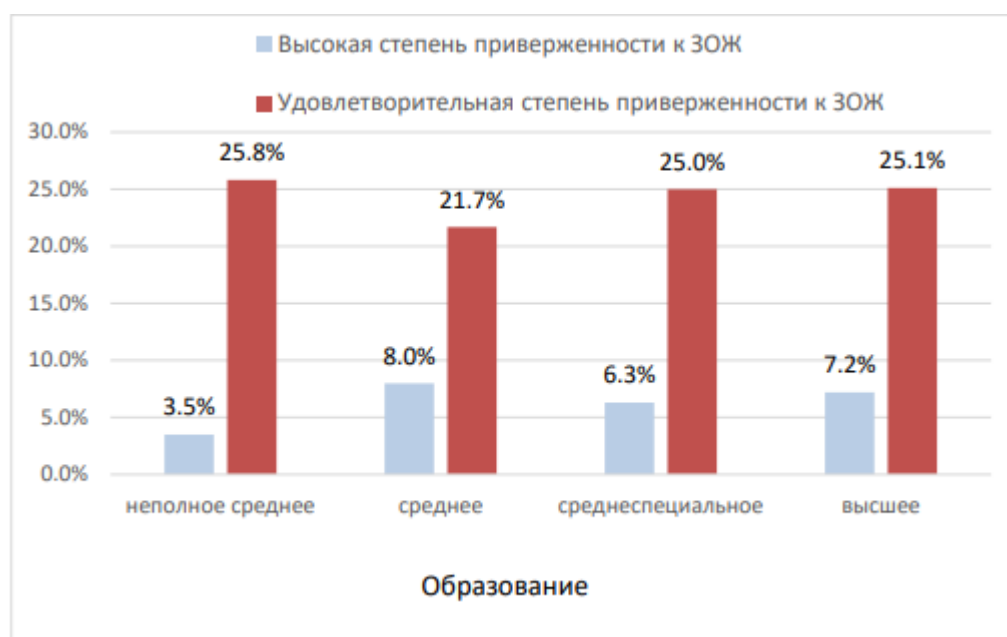


Рисунок 4. Удельный вес граждан, имеющих высокую и удовлетворительную степень приверженности ЗОЖ в разрезе уровней образования

При изучении «Доли граждан РК, ведущих здоровый образ жизни» в разрезе регионов, были выявлены следующие результаты. Так наиболее высокие показатели зафиксированы в Актыбинской, Жамбылской, Туркестанской областях и области Улытау. Минимальные - отмечены в Павлодарской, Восточно-Казахстанской и области Абай. (Рисунок 5). Однако все регионы превысили планируемый среднереспубликанский показатель 2022 года 24%. В исследовании 2021 г. высокие показатели были в Атырауской, Павлодарской, Алматинской, Жамбылской, Западно-Казахстанской областях, низкие - в г. Астана и Мангыстауской области.

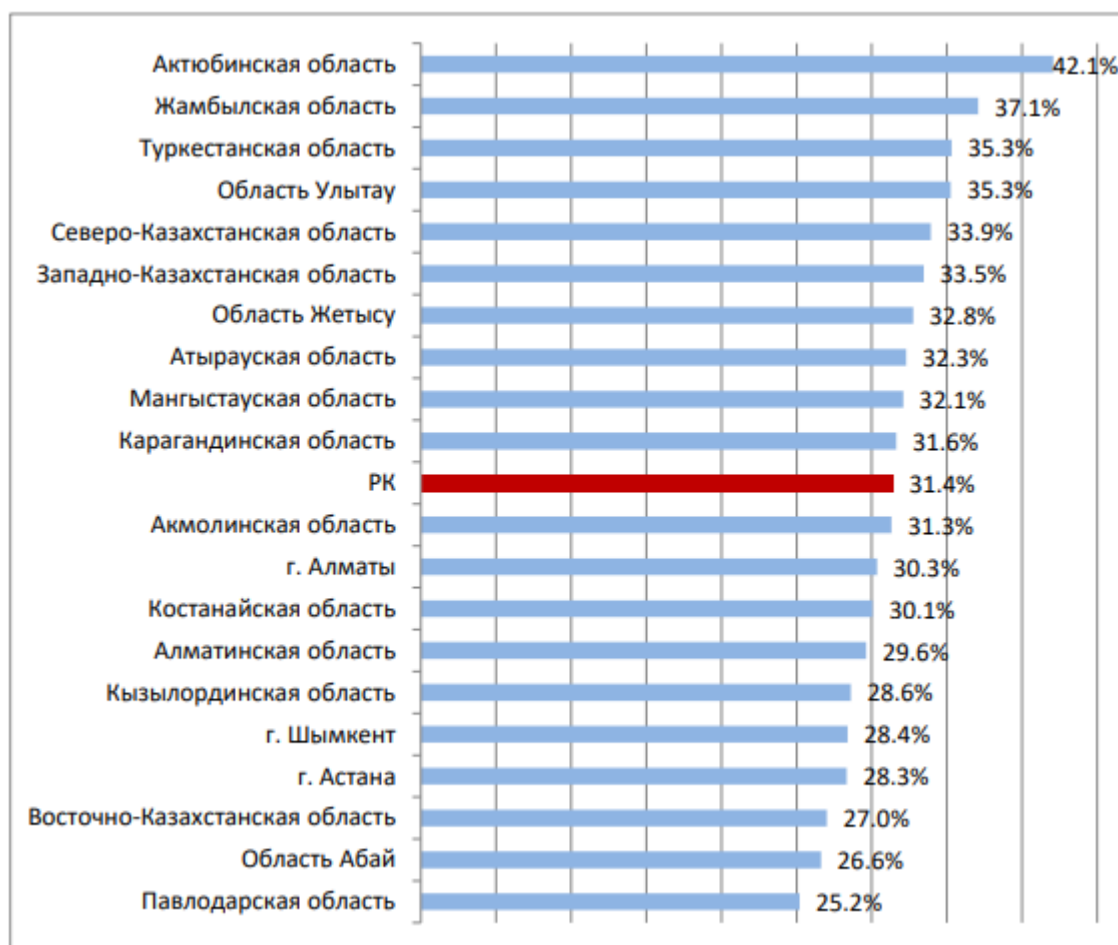


Рисунок 5. Доля граждан, ведущих здоровый образ жизни в разрезе регионов

Изучая вопрос в контексте составляющих изучаемой доли, то следует отметить, что наибольший удельный вес высокой степени приверженности ЗОЖ наблюдается в Туркестанской, Актюбинской и Северо-Казахстанской областях (10,9%, 9,7% и 9,2% соответственно). Самый низкий – в области Жетысу (3,7%). «Удовлетворительная» степень приверженности ЗОЖ лидирует в Жамбылской (32,6%), Актюбинской (32,4%) областях; наименьший процент «удовлетворительной» степени приверженности ЗОЖ наблюдается в Павлодарской области (18,1%) (Рисунок 6).

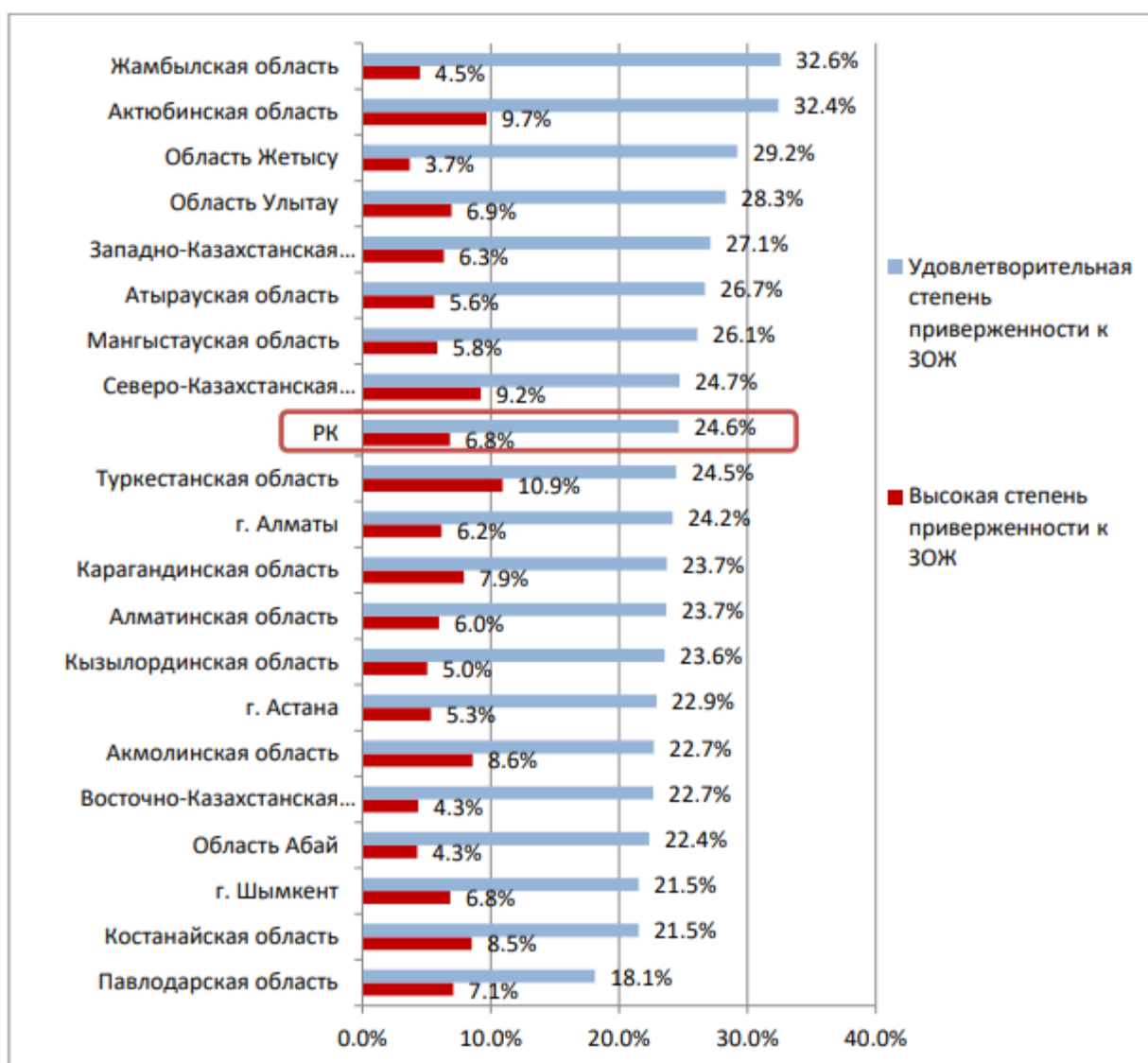


Рисунок 6. Удельный вес граждан, имеющих высокую и удовлетворительную степень приверженности ЗОЖ в разрезе регионов

Анализ распространённости поведенческих факторов риска как компонентов здорового образа жизни дал возможность определить распространённость отдельных поведенческих факторов риска, составивших общую интегральную оценку. В структуре факторов риска, негативно влияющих на здоровье, превалирует низкая физическая активность населения 74,4%, недостаточное потребление овощей и фруктов 61,4%, избыточное потребление соли 36,1% и курение 22,6%. Рисунок 7.

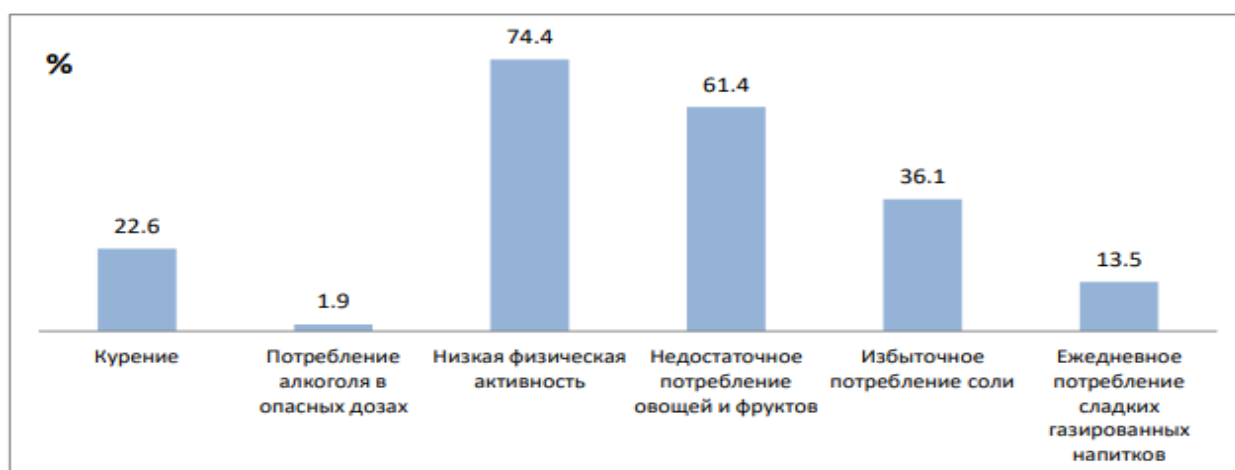


Рисунок 7. Распространенность поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний среди взрослого населения Республики Казахстан

Применённая методика позволяет проанализировать динамику процессов формирования здорового образа жизни по отдельным факторам риска. С 2021 года по настоящее время отмечается снижение всех показателей входящих в оценку ЗОЖ. Население при опросе отметило снижение курения на 9,9%, потребление алкоголя в опасных зонах на 7,6%, уменьшение низкой физической активности на 6,8%, снижение потребления соли на 2,2%, недостаточного потребления овощей и фруктов на 0,7% что указывает на необходимость усиления профилактических мер в отстающих направлениях, с учётом их приоритетности для отдельных регионов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В Казахстане в рамках Национального проекта «Здоровая нация» 2021-2025 гг. осуществляется внедрение одного из главных, обобщенных индикаторов оценки приверженности населения к здоровому образу жизни «Увеличение доли граждан Казахстана, ведущих здоровый образ жизни». Его задача обеспечить мониторинг приверженности здоровому образу жизни населения Казахстана на популяционном уровне.

В стране впервые второй год проведено страновое Национальное эпидемиологическое исследование путем социологического опроса выборочных контингентов населения, которое на основании анализа суммы поведенческих факторов риска ХНИЗ (курение, злоупотребление алкоголем, недостаточная физическая активность, недостаточное потребление фруктов и овощей, избыточное потребление соли) продемонстрировало сочетанную и пофакторную распространенность ведения здорового образа жизни в казахстанской популяции и выявило ассоциации приверженности к ЗОЖ в динамике за двухлетний период.

При этом установлено:

1. В целом по Казахстану, интегрированный показатель «Доля граждан, ведущих здоровый образ жизни» составил 31,4%, что говорит о заметном увеличении доли лиц, ведущих здоровый образ жизни, по сравнению с предыдущим национальным исследованием (2021 г.), где данный показатель равнялся 23,2%. Увеличилась доля лиц с высоким уровнем приверженности ЗОЖ, выражающимся отсутствием курения, при наличии всех остальных компонентов, с 3,5% в 2021 году до 6,8% в 2022 году. Соответственно повысился показатель удовлетворительного уровня приверженности (выражающегося отсутствием курения, при этом может отсутствовать один любой другой компонент здорового образа жизни) с 19,7% до 24,6%. Такие существенные изменения показателей могут быть связаны с качеством и методом проведения сбора материала.

2. Интегрированный показатель 2022 года статистически значимо был выше у женщин - 37,4%, чем у мужчин 24,8%, выше среди сельчан - 32,6%, у городских жителей - 30,8%. Лица в

возрасте 60 лет и старше чаще являлись приверженцами ЗОЖ, чем молодые. Статистически значимой разницы между уровнем образования не выявлено.

3. При изучении «Доли граждан РК, ведущих здоровый образ жизни» в разрезе регионов, были выявлены следующие результаты. Так наиболее высокие показатели зафиксированы в Актыобинской, Жамбылской, Туркестанской областях и области Улытау. Минимальные - отмечены в Павлодарской, Восточно-Казахстанской областях и области Абай. Однако все регионы превысили планируемый среднереспубликанский показатель 2022 года 24%. В исследовании 2021 г. высокие показатели были в Атырауской, Павлодарской, Алматинской, Жамбылской, Западно-Казахстанской областях, низкие - в г. Астана и Мангыстауской области. Следует отметить, что наибольший удельный вес высокой степени приверженности ЗОЖ наблюдается в Туркестанской, Актыобинской и Северо-Казахстанской областях.

4. Оценка показателей поведенческих факторов риска, включенных в комплексную оценку приверженности к здоровому образу жизни дал возможность установить ранжирование показателей по уровню распространенности в популяции. На первом месте стоит показатель низкой физической активности - 74,4%, на втором - недостаточное потребление овощей и фруктов - 61,4%, на третьем избыточное потребление соли - 36,1%, на четвертом курение - 22,6%, на пятом потребление алкоголя в опасных дозах 1,9%. Это указывает на необходимость улучшения работы по пропаганде ЗОЖ и снижению числа лиц с поведенческими факторами риска развития заболеваний. Фактически только каждый третий взрослый житель страны соблюдает рекомендуемые правила ведения ЗОЖ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Послание президента республики Казахстан - |Лидера нации Н. А. Назарбаева народу Казахстана стратегия «Казахстан-2050» - новый политический курс состоявшегося государства.

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

3. Национальный проект «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая нация» Постановление Правительства Республики Казахстан от 12 октября 2021 года № 725.

4. Зубкова Т. С., Замятина Е. С., Халтурина Д. А. Система индикаторов поведенческих факторов риска России на национальном и региональном уровнях // Общественное здоровье. 2021, 1(4):56–67. DOI: 10.21045/2782-1676-2021-1-4-56-67

5. Социально-демографические обследования населения https://rosstat.gov.ru/free_doc/new_site/ZDOR/2019/PublishSite/index.html

6. Концевая А.В., Шальнова С.А., Драпкина О.М. Исследование ЭССЕРФ: эпидемиология и укрепление общественного здоровья. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2021;20(5):2987. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2021-2987>

7. Шальнова С.А., Баланова Ю.А., Деев А.Д., Концевая А.В., Имаева А.Э., Капустина А.В., Муромцева Г.А., Евстифеева С.Е., Драпкина О.М. Интегральная оценка приверженности здоровому образу жизни как способ мониторинга эффективности профилактических мер. Профилактическая медицина, 2018, 4.

8. Шальнова С. А., Максимов С. А., Баланова Ю. А., Евстифеева С. Е., Имаева А. Э., Капустина А. В., Карамнова Н. С., Муромцева Г. А., Викторова И. А., Прищепа Н. Н., Редько А. Н., Якушин С. С., Драпкина О. М. Приверженность к здоровому образу жизни в российской популяции в зависимости от социально-демо-графических характеристик населения. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2020;19(2):2452. doi:10.15829/1728-8800-2020-2452

9. Китова Л. Сравнительный анализ состояния здоровья населения регионов Уральского федерального округа. Вестник института экономики российской академии наук №2.2021.с.166–181.

10. Тезисы доклада на заседании секции статистики ЦДУ РАН 19.12.2019 по теме: «Об итогах выборочного наблюдения состояния здоровья населения в 2019 году».

ДЕНСАУЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫНЫҢ ҚЫЗМЕТІН ҰЙЫМДАСТЫРУ

¹Утебаева А.С., ¹Даниярова А.Б., ²Жүністай Д.Д.

¹Әл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті, Алматы қ.

²С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы қ.

ТҮЙІНДЕМЕ

Осы мақаланың зерттеу өзектілігі жастардың денсаулығын дамыту бағытында мемлекет қолға алған шаралардың тиімділігін бағалау үшін осы санаттағы тұрғындардың денсаулықтарын қатысты туындаған мәселелерін жүйелі түрде таразылап отыру қажет. Бұл зерттеудің өзектілігі денсаулық орталығын ұйымдастыруда жастардың денсаулығындағы негізгі мәселелері мен үрдістеріне, ерекшеліктеріне қатысты тұрақты сараптама жасап отырудың қажеттілігіне негізделді. Жас қазақстандықтардың, сонымен бірге әлеуметтік институттар мен ұйымдар сарапшыларының денсаулық орталығына қатысты мемлекеттік бағдарламалар туралы ой-пікірлері мен бағалауларын жан-жақты зерттеу жастарға арналған денсаулық орталығының қызметін ұйымдастыруда қолға алынған шаралардың тиімділігін сараптау үшін өте маңызды болып табылады.

Түйінді сөздер: денсаулық, жастар, жастар денсаулық орталығы, денсаулық орталығы, адам капиталы

ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ

¹Утебаева А.С., ¹Даниярова А.Б., ²Жунистай Д.Д.

¹Казахский национальный университет им. Аль-Фараби, г.Алматы

²Казахский национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова, г.Алматы

РЕЗЮМЕ

Актуальность исследования данной статьи заключается в том, что для оценки эффективности предпринимаемых государством мер по развитию здоровья молодежи необходимо систематически взвешивать возникающие проблемы, связанные со здоровьем данной категории населения. Актуальность данного исследования обусловлена необходимостью постоянной экспертизы основных проблем и тенденций, особенностей здоровья молодежи при организации Центра здоровья. Всестороннее изучение мнений и оценок молодых казахстанцев, а также экспертов социальных институтов и организаций о государственных программах, касающихся центра здоровья, является очень важным для экспертизы эффективности мер, предпринимаемых в организации деятельности Центра здоровья для молодежи.

Ключевые слова: здоровье, молодежь, молодежный центр здоровья, центр здоровья, человеческий капитал

ORGANIZATION OF THE ACTIVITIES OF THE HEALTH CENTER

¹Utebaeva A.S., ¹Daniyarova A.B., ²Zhunistai D.D.

¹Al-Farabi Kazakh National University, Almaty

²Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Almaty

SUMMARY

The relevance of the research of this article lies in the fact that in order to assess the effectiveness of measures taken by the state to develop youth health, it is necessary to systematically weigh emerging problems related to the health of this category of the population. The relevance of this study is due to the need for constant examination of the main problems and trends, the peculiarities of youth health in the organization of the Health Center. A comprehensive study of the opinions and assessments of young Kazakhstanis, as well as experts from social institutions and organizations on government programs related to the health center, is very important for examining the effectiveness of measures taken in organizing the activities of the Health Center for Youth.

Keywords: health, youth, youth health center, health center, human capital

КІРІСПЕ

Денсаулық – тек жеке бастың ғана емес, ұлтымыздың да ұлы игілігі. Дүниежүзінің өркениетті елдерінің барлығында дерлік халық денсаулығы, әсіресе жастардың денсаулығы басты ұлттық құндылық және мемлекеттік саясаттың басым бағдары болып табылады. БҰҰ-ның 2030 жылға дейінгі «тұрақты даму мақсаттары» концепциясының 17 даму бағыттарының бірі-денсаулықты күту керектігі айтылады [1]. Статистика бойынша Қазақстанның 19 млн халқының жартысы жастар [2]. Олардың саны күн сайын өсіп те келеді. Мемлекет басшысы Қ.К.Тоқаев негізгі тұғырлық құндылығы әлеуметтік әділдік болып белгіленген Жаңа Қазақстанды құру туралы бағытты бойынша мемлекет пен қоғам қатынасының жаңа формаларын қалыптастыруда жеке әлеуметтік топ ретінде жастардың алатын орны ерекше көрсетілген [3].

Жастар өздерін ауруын сезінбейді және медициналық көмекке жүгінудің қажеттіліктері, білімі мен дағдылары қалыптаспаған әлеуметтік тобы. Сәйкесінше, репродуктивті және жыныстық денсаулық жабық тақырып болуы жастардың медициналық көмекке кеш жүгінуге ғана әкеп соғады. Медициналық ұйым ретінде бұл орталық қызметі Қазақстан Республикасының «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Кодексі және «Он жастан он сегіз жасқа дейінгі кәмелетке толмағандардың және жастардың ұрпақты болу және психикалық денсаулығын қорғау бойынша Медициналық көмекті ұйымдастыру қағидаларын бекіту туралы» бұйрығымен реттеледі. Қазақстанда 2006 жылдан бері Денсаулық сақтау министрлігі халықаралық ұйымдардың қолдауымен жастар денсаулық орталығы ұйымдастырылды. Жастар денсаулық орталығы анонимдік, құпиялылық және сенімділік принциптеріне негізделген.

Сондай-ақ еліміздегі жасөспірімдер денсаулығына қатысты жобаларға халықаралық ұйымдар да қолдау білдіріп отыр. Халықаралық ұйымдар жастардың денсаулық мәселелерін толық зерттеп отырады. «Біріккен Ұлттар Ұйымының (ЮНФПА) қоры Министрлік пен ЮНФПА арасындағы техникалық көмек туралы келісім шеңберінде жасөспірімдер мен жастардың репродуктивті және психологиялық денсаулығы проблемалары бойынша клиникалық хаттамалар мен консультация беру алгоритмдерін әзірлеген.

Астана, Алматы және Шымкент қалаларының және облыстардың денсаулық сақтау басқармаларының мәліметі 2023 жылға қорытындысы бойынша республикада жасөспірімдер мен жастарға кешенді медициналық және психоәлеуметтік қызмет көрсететін 141 жастар денсаулық орталығы жұмыс істейді.

Бұл мәселені зерттеуде, мемлекеттің қоғамдық және жеке денсаулықты нығайтудағы рөлін салауатты өмір салтына байланысты идеяларды дамытқан Аристотель, Демокрит, Пифагор, Сократ, Платон және т. б.еңбектерінен бастау алады. Әлеуметтік даму теорияларында Ф.Бекон,Ж. Ламетри,П.Ж. Кабанис,М. В. Ломоносов, А. Н. Радищев және т. б. философтардың зерттеу тақырыбы болды. XIX ғасырдың аяғы мен XX ғасырдың басындағы отандық және шетелдік әлеуметтанушылар М.Вебер, Э.Дюркгейм, В.Асмус, Ф. Бэкон Г.Беккер мен М.Гросман адам капиталына,денсаулыққа инвестиция туралы айтқан. Дені сау адам субъектінің әлеуметтік және тұлғааралық қатынастары саласына Т.Парсонс, Р. Мертон, Маслоу А. Б. Дмитриев, Т.И. Заславская, А.Г.Здравомыслов, В.А.Ядов қарастырды [4-30].

НӘТИЖЕЛЕР ЖӘНЕ ТАЛҚЫЛАУ

Денсаулық орталығының қызметін ұйымдастыру өзгерістерін анықтау үшін зерттеу ұйымдастырылды. Зерттеуге Астана қаласынан іріктеудің кейдесөк әдісімен әртүрлі әлеуметтік топтан шыққан жастардан жүргізілді. Зерттеуге жастар денсаулық орталығына келген 104 респондентті қатысты. Елімізде жастар денсаулығының профилактикасы мен салауатты өмір салтын қалыптастыруда жастар денсаулық орталықтары ерекше рөл атқарады. Статистикалық деректерге сүйенсек 2024 жылдың басында республика жастарының саны - 5 759 781 адам құрайды. Жасы бойынша сауалнамаға жастар денсаулық орталығына жүгенген 10-29 жасқа дейінгі респонденттер алынды. Пайыздық көрсеткіш бойынша респонденттердің 10-15 жас аралығындағы жастар 15% болса, 16-20 жас аралығындағы азаматтар 35%-ды, 21-25 жастар аралығындағы 21% болса, қалған 26-29 жас аралығындағы жастар 29% құрады. Сондай -ақ жастардың елді-мекен бойынша ауыл тұрғындары бойынша 15%, қала тұрғындары бойынша 85% қатысты. Сонымен қатар 2023 жылғы денсаулық сақтау басқармасының деректеріне сәйкес жастар денсаулық орталығы 90% қалалық немес облыстық елді мекенде орналасқан.

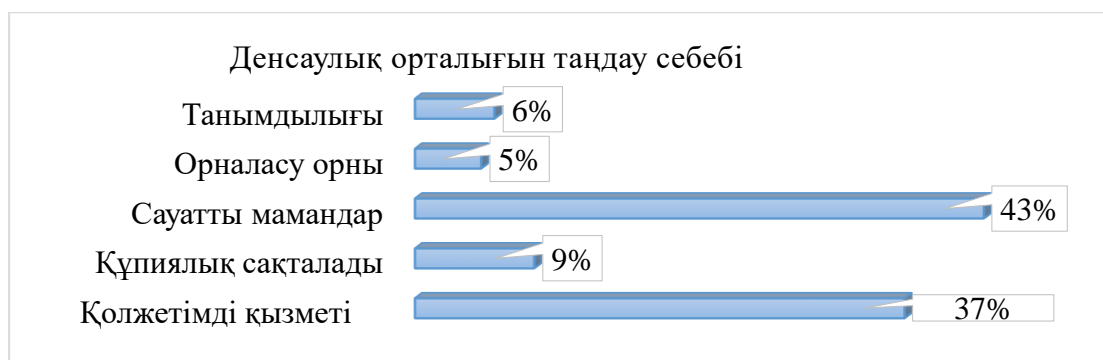
Сұраудың мақсаты бойынша жастар денсаулық орталығын ұйымдастыруды анықтау болғандықтан, осы орталықты таңдау себептері мен келу себептері, қызмет түрлері бойынша сауалдар қойылды. Сонымен қатар жастар денсаулық орталығына келушілерге міндетті медициналық сақтандыру аясында медициналық қызметтер тегін көрсетіледі. Бұл өз барысында медициналық сақтандыруы жоқ жастардың осы денсаулық орталығының негізгі қызмет түрлерін алуға қолжетімділігін шектейді.

Зерттеу барысында денсаулық орталығын таңдаудың себебін респонденттер денсаулығымда кінәраттар болғанда 56,5% маңызды болса, жылына бір рет профилактикалық іс-шара ретінде 31,5% жауабын таңдаған. Жастардың бір бөлігі өз денсаулығымды күту үшін 7% деп көрсетсе, жылына бір рет тек анықтама алу үшін 5% деп жауап берген (1-кесте). Зерттеуге қатысқан респонденттер денсаулық орталығына келу себептерінің маңызды бөлігін денсаулығында кінәраттар болғаннан екені белгілі болды. Сондықтан жастардың өмірінде денсаулық орталығының маңызды екен көрсетіп отыр.

1-кесте. Денсаулық орталығына келу себептері

Рейтинг	Негізгі себептері	Пайыз
1	Денсаулығымда кінәраттар болғанда	56,5%
2	Жылына бір рет профилактикалық іс-шара ретінде	31,5%
3	Өз денсаулығымды күту үшін	7%
4	Жылына бір рет тек анықтама алу үшін	5%

Жастарға денсаулық орталықтарының таңдау себептері мен қажетілігін анықтау мақсатында сауалдар қойылды. Респонденттер денсаулық орталығын таңдау себептері туралы сұраққа сауатты мамандар 43% құраса, жастар қолжетімді қызметі бойынша 37% таңдаған. Зерттеу нәтижесі көрсеткендей құпиялық сақталуы 9% болса, орналасу орны бойынша 5% көрсетсе, танымдылығы 6% жауап берген (Сурет 1). Зерттеу нәтижесі көрсеткендей жастардың денсаулық орталығын таңдау себептерін талдай келе, мамандардың маңызды екенін көреміз.



Сурет 1. Денсаулық орталығын таңдау себептері

Жастар денсаулық орталығы клиникалық-диагностикалық қызметтері 119 қызмет түрін қамтиды. Денсаулық орталығын ұйымдастыру негізінде осы орталыққа келуші нысаналы топтан қызмет түрлері бойынша сауалдар қойылды. Зерттеу нәтижесінде гинеколог, уролог, дерматовенеролог мамандардың консультативтік көмегі 35% құрады (2-Кесте). Респонденттердің жартысынан көбі психологиялық қолдау 27% көрсеткен, жастар әлеуметтік кеңес бойынша 20% болса, репродуктивті, психикалық денсаулық мәселелері бойынша ақпараттық қызметтер 18% құрады, төмен позиция сенім телефоны 5% жүгендім деп жауап берген.

2-кесте. Денсаулық орталығының қызмет түрі

Рейтинг	Қызмет түрі	Пайыз
1	Гинеколог, уролог, дерматовенеролог мамандардың консультативтік көмегі	35%
2	Психологиялық қолдау	27%
3	Әлеуметтік кеңес	20%
4	Репродуктивті, психикалық денсаулық мәселелері бойынша ақпараттық қызметтер	18%
5	Сенім телефоны	5%

Жастардың денсаулық туралы туралы ақпарат алуы түрлі шаралар арқылы жүзеге асады. Сауалнама барысында жастар арасында жүргізілген зерттеуде ақпарат алу көздері туралы сауалдар қойылды. Жастар өздерін толғандырған денсаулыққа қатысты ақпарат алу көздеріне әлеуметтік желілер 37,5% деп жауап берсе, интернет көздері 32,5% кеңінен танымал. Олардың пікірінше, дәл осы жерде толық ақпарат қамтылған. Сонымен қатар достар, таныстар арқылы 12,5% көрсетсе, бұқаралық ақпарат құралдары 12,3% қамтыған. Ең аз ақпарат алу көздері ата-анам, отбасы мүшелерінен 5,2% деп жауап берген (3-Кесте). Атап өту керек алынған нәтижелер жастар коммуникациясының даму үрдістеріне сәйкес келеді, жастар үшін әртүрлі салаларда ақпарат алудың негізгі көздері болып табылады.

3-Кесте. Салауатты өмір салты туралы ақпарат көздері

Рейтинг	Ақпарат көздері	Пайыз
1	Әлеуметтік желілер (тик-ток, инстаграм)	37,5%
2	Интернет көздері	32,5%
3	Достар, таныстар	12,5%
4	Бұқаралық ақпарат құралдары (газет, журнал)	12,3%
5	Ата-анам, отбасы мүшелерінен	5,2%

Қорытындылай келе, зерттеу нәтижесі бойынша денсаулық орталығын ұйымдастыруда жаңа өзгерістер мен реформа жүйесін оңтайландыру қажеттігін көрсетеді. Жастардың әлеуметтік

проблемаларын, олардың сырқаттану деңгейін, қауіпті мінез-құлықты зерделеу, мемлекеттің экономикалық өсуі, әлеуметтік кепілдіктер мен қалыптасқан шаралар жүйесі өскелең ұрпақтың толыққанды дамуын және оның денсаулығын қорғауды жеткілікті дәрежеде қамтамасыз етпейтінін көрсетеді. Осыған байланысты жастар денсаулығына байланысты денсаулық орталығының ұйымдастыру өзекті проблемалардың бірі ретінде қала береді.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1. Қазақстан Республикасындағы тұрақты даму мақсаттары <https://kazstat.github.io/sdg-site-kazstat/about/>
2. Қазақстан Республикасы халқының жынысы және жергілікті жердің типіне қарай саны <https://stat.gov.kz/industries/social-statistics/demography/publications/9409/>
3. Мемлекет басшысы Қасым-Жомарт Тоқаевтың Қазақстан халқына Жолдауы: «Жаңа Қазақстан: жаңару мен жаңғыру жолы» <https://primeminister.kz/addresses/16032022>
4. Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы <https://adilet.zan.kz/kaz/docs/K2000000360>
5. Об утверждении стандарта организации оказания медицинской помощи по охране репродуктивного и психического здоровья несовершеннолетних в возрасте от десяти до восемнадцати лет и молодежи. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 января 2023 года № 12. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 25 января 2023 года № 31762. <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2300031762>
6. Об утверждении правил организации медицинской помощи по охране репродуктивного и психического здоровья несовершеннолетних в возрасте от десяти до восемнадцати лет и молодежи. <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2300031762>
7. Қазақстан Республикасы мемлекеттік жастар саясатының 2023 – 2029 жылдарға арналған тұжырымдамасын бекіту туралы <https://adilet.zan.kz/kaz/docs/P2300000247#z21>
8. Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2023 жылғы 28 наурыздағы № 247 қаулысы
9. Почему важны инвестиции в Молодежные центры здоровья, предоставляющие информацию, консультирование и дружественные к молодежи услуги по охране сексуального и репродуктивного здоровья <https://kazakhstan.unfpa.org/ru/news>
10. Жастар денсаулық орталықтары қызметтері бойынша ақпарат <https://inlnk.ru/4y13d0>
11. Бэкон Ф. Сочинения. в двух томах. М., 1978;
12. Ламетри Ж.О. Сочинения. М., 1976;
13. Гольбах П.А. Избранные произведения в двух томах. Том 1. М., 1963;
14. Радищев А.Н. Избранные философские и общественно-политические произведения. М., 1952;
15. Ломоносов М.В. О воспитании и образовании. М., 1991
16. Вебер М. Избранные произведения. М., 1990.
17. Мангейм К. Очерки социологии знания. Проблема поколений. М., 2000.
18. Лисицын Ю.П. Теоретико-методологические проблемы концепции «общественного здоровья». М., 1987;
19. Столяров В.И. Международное социологическое исследование здорового образа жизни и физической культуры студенческой молодежи (пакет социологических анкет). Харьков, 1998; Радугина А.А. Социология. Курс лекций. М., 1996.8
21. Васильева О.С. Здоровье как интегративная характеристика личности // Социологический вестник. 1998. №3. С. 20
22. Маслоу, А Дальние пределы человеческой психики. СПб., 1997;
23. Щюц А. Структура повседневного мышления // Социологические исследования. 1988. №2.
24. Бергер П. Личностно-ориентированная социология. М., 2004;
25. Бергер П. Социальное конструирование реальности. М., 1995.
26. Парсонс Т.О структуре социального действия. М., 2002;

27. Мертон Р. Явные и латентные функции // Американская социологическая мысль. М., 1994; Мертон Р. Социальная структура и аномия // Социологические исследования. 1992. No 34;
28. Мертон Р. Социальная теория и социальная структура // Социологические исследования. 1992. No 2;
29. Маслоу А. Дальние пределы человеческой психики. СПб., 1997;
30. Заславская Т.И. Российское общество на социальном изломе. Взгляд изнутри. М., 1997

УДК 614.23

ӨНІРЛЕРДЕ МЕДИЦИНА ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРІН КӘСІПТІК ОҚЫТУ ЖӘНЕ ОЛАРДЫҢ БІЛКІТІЛІГІН АРТТЫРУ: ТАЛДАУ ЖӘНЕ ПЕРСПЕКТИВАЛАР

¹ Оразаев Д.О.

¹Әл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті, Алматы қ.

ТҮЙІНДЕМЕ

Мақала Солтүстік Қазақстан облысының облыстық жедел медициналық жәрдем орталығында медициналық қызметкерлерді кәсіби оқыту мен біліктілігін арттырудың қолданыстағы жүйесін талдау нәтижелерін ұсынады. Зерттеу кадрлық әлеуетті талдаудан, аттестаттау жүйесінен алынған деректерді пайдалана отырып, сондай-ақ Солтүстік Қазақстан облысының медицина қызметкерлері арасында сауалнама және терең сұхбат жүргізу арқылы жүргізілді. Солтүстік Қазақстан облысының облыстық жедел медициналық көмек орталығының фельдшерлерін кәсіби оқыту және біліктілігін арттыру жүйесінің негізгі проблемалары, оның ішінде тәжірибелік даярлықтың жеткіліксіздігі, жоғары жұмыс жүктемесі және қазіргі заманғы білім беру ресурстарына қолжетімділіктің шектелуі анықталды.

Түйінді сөздер: біліктілікті арттыру, кәсіптік оқыту, кадрлық әлеует, практикалық даярлық, медицина қызметкерлері

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБУЧЕНИЕ И ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В РЕГИОНАХ: АНАЛИЗ И ПЕРСПЕКТИВЫ

¹ Оразаев Д.О.

¹Казахский национальный университет им. Аль-Фараби, г.Алматы

РЕЗЮМЕ

Статья представляет результаты анализа существующей системы профессионального обучения и повышения квалификации медицинских работников областном центре скорой медицинской помощи Северо-Казахстанской области. Исследование проводилось с использованием данных, полученных из анализа кадрового потенциала, системы аттестации, а также проведения анкетирования и глубинного интервью среди медицинских работников Северо-Казахстанской области. Были выявлены основные проблемы системы профессионального обучения и повышения квалификации фельдшеров областного центра скорой медицинской помощи Северо-Казахстанской области, включая недостаточную практическую подготовку, высокую рабочую нагрузку и ограниченный доступ к современным образовательным ресурсам.

Ключевые слова: повышение квалификации, профессиональное обучение, кадровый потенциал, практическая подготовка, медицинские работники

PROFESSIONAL TRAINING AND ADVANCED TRAINING OF MEDICAL WORKERS IN THE REGIONS: ANALYSIS AND PROSPECTS

¹ Orazhev D.O.

¹Al-Farabi Kazakh National University, Almaty

SUMMARY

The article presents the results of the analysis of the existing system of professional training and advanced training of medical workers at the regional emergency medical center of the North Kazakhstan region. The study was conducted using data obtained from the analysis of human resources, the certification system, as well as conducting questionnaires and in-depth interviews among medical workers of the North Kazakhstan region. The main problems of the system of professional training and advanced training of paramedics of the regional emergency medical center of the North Kazakhstan region were identified, including insufficient practical training, high workload and limited access to modern educational resources.

Keywords: professional development, vocational training, human resources, practical training, medical workers

ВВЕДЕНИЕ

Проблема профессионального обучения и повышения квалификации медицинских работников является одной из ключевых в системе здравоохранения. В условиях стремительного развития медицинских технологий и методов лечения, а также роста требований к качеству медицинской помощи, необходимость постоянного обновления знаний и навыков медицинских специалистов становится особенно актуальной. Однако на региональном уровне Казахстана существуют значительные проблемы, связанные с недостаточной подготовкой медицинских кадров, отсутствием современных образовательных технологий и ограниченным доступом к необходимым ресурсам.

Особую значимость проблема приобретает в контексте экстренной медицинской помощи, где от профессиональной подготовки медицинского персонала зависит жизнь пациентов. Региональные различия в уровне подготовки медицинских работников, особенно в отдаленных и сельских районах, могут приводить к неравенству в качестве оказываемой помощи, что в конечном итоге сказывается на здоровье населения.

Необходимость проведения данного исследования обусловлена выявлением и устранением существующих недостатков в системе профессионального обучения медицинских работников, особенно в условиях региональной медицинской практики. Внедрение передовых методов обучения и повышения квалификации, таких как симуляционные тренинги и дистанционное обучение, может способствовать повышению квалификации медицинского персонала и улучшению качества медицинской помощи.

Исследования, проведенные в других странах, подтверждают, что непрерывное медицинское образование является основным инструментом поддержания и повышения квалификации медицинских работников. Например, в странах Европейского Союза и США успешно функционируют программы непрерывного медицинского образования, включающие обязательное участие в образовательных мероприятиях, регулярную аттестацию и сертификацию, а также использование инновационных технологий для обучения. Эти примеры показывают, что систематический подход к обучению и повышению квалификации медицинских работников может значительно улучшить качество оказываемой медицинской помощи [1-30].

Цель исследования

Целью данного исследования является анализ существующей системы профессионального

обучения и повышения квалификации медицинских работников областном центре скорой медицинской помощи Северо-Казахстанской области и разработка предложений по ее улучшению.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось с использованием данных, полученных из анализа кадрового потенциала, системы аттестации, а также проведения анкетирования и глубинного интервью среди медицинских работников Северо-Казахстанской области. Исследование является наблюдательным и включает в себя как количественный, так и качественный анализ. Количественная часть исследования основывается на данных анкетирования, проведенного среди районных фельдшеров скорой медицинской помощи Северо-Казахстанской области в 2024 году. В анкетировании участвовало 64 респондентов. Анкетирование проводилось для оценки их удовлетворенности существующей системой профессионального обучения и выявления предпочтений в выборе форматов и направлений обучения.

Качественная часть исследования основана на проведении глубинного интервью с врачом-экспертом, работающим в системе экстренной медицинской помощи, для получения более детального понимания существующих проблем и возможностей их решения. Исследование проводилось в 2024 году, что позволяет учитывать текущие условия и тренды в области медицинского образования.

Для обработки данных анкетирования использовались методы описательной статистики. Данные были представлены в виде процентных соотношений для каждой из категорий ответов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Исследование охватило 64 человек – районных фельдшеров скорой медицинской помощи Северо-Казахстанской области, среди которых женщины составили большинство — 68,2 % (43 человек) участников, в то время как мужчины составили 31,6% (21 человек). Возрастная структура респондентов была разнообразной: 21,1% (13 человек) участников находились в возрастной категории от 18 до 30 лет, 39,5% (25 человек) — в возрастной группе от 31 до 45 лет, 28,9% (19 человек) — в возрасте от 46 до 60 лет, и 10,5% (7 человек) респондентов были старше 60 лет.

Респонденты также имели разный стаж работы в медицинской сфере. 18,4% участников (12 человек) работали в медицине менее 5 лет, 26,3% (16 человек) — от 5 до 10 лет, 31,6% (21 человек) — от 11 до 20 лет, и 23,7% респондентов (15 человек) имели стаж работы более 20 лет. Этот разнообразный опыт и возрастной состав участников позволяет получить более полное представление о текущем состоянии системы профессионального обучения и повышения квалификации медицинских работников в регионе, а также о проблемах и потребностях, с которыми они сталкиваются.

Большинство фельдшеров удовлетворены текущим количеством курсов и тренингов для повышения квалификации. Однако 1/3 часть респондентов отметили необходимость увеличения числа образовательных мероприятий, что указывает на существующую потребность в расширении образовательных программ.

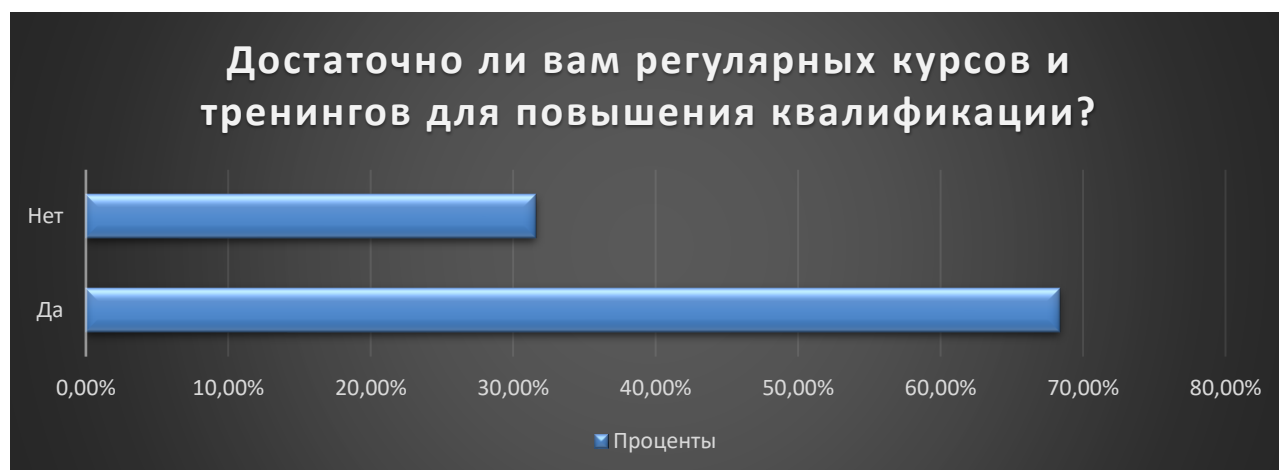


Рисунок 1. Удовлетворенность количеством курсов и тренингов повышения квалификации

Важным результатом стало определение областей знаний, требующих наибольшего обновления. Половина респондентов считает, что наиболее критично обновление навыков и знаний в области экстренной медицины. Кроме того, по 23,7% респондентов указали на необходимость обучения новым медицинским технологиям и методам диагностики и лечения. Обучение по ЭКГ было упомянуто лишь одним респондентом.

Таблица - 1

Рейтинг	Области знаний	Процент
1	Экстренная медицина	50%
2	Методы диагностики и лечения	27,3%
3	Новые медицинские технологии	27,3%
4	ЭКГ обучение	2,6%

Предпочтения респондентов в форматах обучения показали, что меньше половины предпочитают симуляционные тренинги, что подчеркивает высокую востребованность практик ориентированного подхода в обучении. Очные курсы также пользуются популярностью, тогда как онлайн-курсы и вебинары оказались менее востребованными.

Таблица - 2

Рейтинг	Формат обучения	Процент
1	Симуляционные тренинги	42,1%
2	Очные курсы	36,8%
3	Онлайн курсы и вебинары	21,1%

Высокая рабочая нагрузка является одной из главных проблем для медицинских работников региона, 1/10 часть респондентов оценили свою нагрузку как очень высокую, а меньше половины — как высокую, половина респондентов оценили свою нагрузку как среднюю. Это оказывает негативное влияние на возможность участия в образовательных мероприятиях, о чем свидетельствуют ответы респондентов, отметивших нехватку времени для обучения.

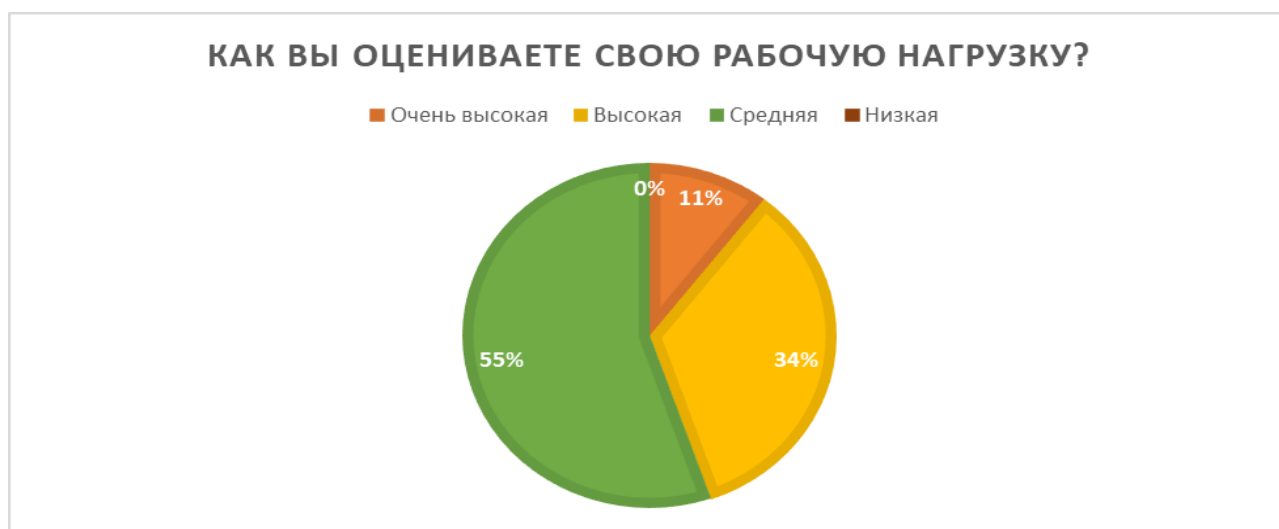


Рисунок 2. Оценка рабочей нагрузки



Рисунок 3. Оценка свободного времени для участия в образовательных программах

Среди предложений по улучшению системы обучения наиболее популярным оказалось обеспечение гибкости графика занятий. Увеличение числа регулярных курсов было предложено 26,3% участников опроса, в то время как 21,1% считают необходимым внедрение современных образовательных технологий. Создание мотивационных программ для повышения заинтересованности в обучении также было отмечено в предложениях (10,5%).

Таблица -3

Рейтинг	Предложения по улучшению системы обучения	Процент
1	Обеспечение гибкости графика занятий	39,5%
2	Увеличение числа регулярных курсов	26,3%
3	Внедрение современных образовательных технологий	27,3%
4	Создание мотивационных программ	10,5%

Интервью с врачом-экспертом подтвердило наличие ряда проблем в системе повышения квалификации. Эксперт отметил, что недостаток симуляционных тренингов и практических занятий снижает готовность медицинских работников к реальным ситуациям, особенно на региональном уровне. Также эксперт указал на низкую мотивацию к обучению, которая связана с отсутствием системы поощрений и карьерных возможностей. Доступ к современным образовательным ресурсам остается ограниченным, что создает разрыв между уровнем подготовки

медицинских работников в столичных и региональных учреждениях. Высокая рабочая нагрузка также была подтверждена экспертом как существенное препятствие для участия в образовательных мероприятиях.

Эксперт предложил несколько ключевых мер для улучшения системы, включая создание специализированных региональных учебных центров где будут проводиться , внедрение гибкого графика обучения, разработку системы мотивации и расширение доступа к онлайн-курсам. Эти меры могут существенно повысить уровень подготовки медицинских работников и, соответственно, качество оказываемой медицинской помощи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исследование выявило основные проблемы системы профессионального обучения и повышения квалификации фельдшеров областного центра скорой медицинской помощи Северо-Казахстанской области, включая недостаточную практическую подготовку, высокую рабочую нагрузку и ограниченный доступ к современным образовательным ресурсам. Одним из ключевых выводов является необходимость внедрения симуляционных тренингов и гибкого графика обучения для повышения квалификации медицинских работников.

Новым и важным аспектом исследования является комплексный подход к оценке потребностей медицинских работников, который сочетает количественные данные анкетирования с качественными выводами из интервью с экспертом. Это позволяет получить более глубокое понимание проблемы и предложить практические рекомендации, которые могут быть адаптированы к условиям региональных медицинских учреждений.

Сильной стороной данного исследования является его фокус на конкретные региональные проблемы в контексте общих трендов развития медицинского образования. Исследование предлагает конкретные и реалистичные меры, которые могут быть применены для улучшения системы профессионального обучения и повышения квалификации, что делает его значимым вкладом в развитие здравоохранения в Казахстане.

Выводы

На основании целей исследования были сделаны следующие выводы:

Анализ существующей системы профессионального обучения и повышения квалификации медицинских работников на примере областного центра скорой медицинской помощи Северо-Казахстанской области показал, что она нуждается в значительных улучшениях, особенно в части практической подготовки и доступности современных образовательных ресурсов. Внедрение симуляционных тренингов и гибкого графика обучения может значительно повысить эффективность обучения.

Исследование подтвердило значимость мотивации медицинских работников для их участия в образовательных программах. Низкий уровень мотивации, обусловленный отсутствием четкой системы поощрений и карьерного роста, является одним из ключевых факторов, препятствующих активному участию в обучении. Разработка и внедрение мотивационных программ может стать важным шагом в решении этой проблемы.

Результаты исследования подчеркивают необходимость адаптации международного опыта в области медицинского образования к условиям регионов Казахстана. Внедрение передовых методов обучения, таких как онлайн-курсы и симуляционные тренинги, может способствовать повышению квалификации медицинских работников и улучшению качества медицинской помощи.

Исследование имеет важное значение для развития науки, поскольку предлагает комплексный подход к оценке и совершенствованию системы профессионального обучения и повышения квалификации медицинских работников. Полученные результаты и рекомендации могут быть использованы в дальнейших научных исследованиях и при разработке национальных стратегий в области медицинского образования.

Таким образом, исследование вносит значимый вклад в понимание и решение актуальных проблем профессионального обучения медицинских работников в регионах Казахстана, предлагая практические меры для их устранения и улучшения качества медицинской помощи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Смит, Дж., Джонс, К., Уилсон, М. (2019). *Continuous Medical Education: Global Perspectives and Practices*. New York: Medical Press.
2. Васильев, В.В. (2018). *История развития системы медицинского образования в России*. Санкт-Петербург: Медицинское издательство.
3. Всемирная организация здравоохранения. (2020). *Guidelines on Continuing Medical Education (CME) and Continuing Professional Development (CPD)*. Женева: ВОЗ.
4. Smith, J., Jones, K., & Wilson, M. (2018). *Advances in Medical Education and Practice*. *Journal of Medical Education*, 29(4), 234-245.
5. Иванов, И.И., Петров, А.А., & Сидоров, Н.Н. (2017). *Современные подходы к повышению квалификации медицинских работников*. *Медицинское образование*, 15(3), 45-59.
6. European Commission. (2019). *Directive 2013/55/EU on the Recognition of Professional Qualifications*. *Official Journal of the European Union*.
7. American Medical Association. (2021). *Continuing Medical Education (CME) Requirements and Resources*. Chicago: AMA.
8. Kazakh National University named after Al-Farabi. (2024). *Concept of Healthcare Development in the Republic of Kazakhstan until 2026*. Алматы: KazNU.
9. Министерство здравоохранения Республики Казахстан. (2020). *Приказ № КР ДСМ-225/2020 «Об утверждении Правил оказания скорой медицинской помощи, в том числе с привлечением медицинской авиации»*.
10. Министерство здравоохранения Республики Казахстан. (2022). *Концепция развития здравоохранения Республики Казахстан до 2026 года. Постановление Правительства Республики Казахстан от 24 ноября 2022 года № 945*.
11. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). (2021). *Guidelines on Continuing Medical Education*. Retrieved from: <https://www.who.int/>
13. Электронная библиотека медицинских исследований. (2023). *Базы данных и онлайн-курсы*. Retrieved from: <https://medlib.ru/>
14. Шмидт, А.А. (2022). *Методы активного обучения в медицине*. Москва: Издательство "Медицина".
15. Johnson, S., & Thompson, H. (2020). *Emergency Medicine: New Approaches to Continuing Education*. London: Health Education Press.
16. Организация Объединенных Наций. (2023). *World Health Report: Future Trends in Global Health*. Нью-Йорк: ООН.
17. Корольков, А.В. (2021). *Новые технологии в обучении спасательных операций*. Санкт-Петербург: Наука.
18. Greenfield, T. (2019). *Simulation in Medical Training: Real-World Applications*. Cambridge: Cambridge University Press.
19. Министерство здравоохранения РФ. (2022). *Руководство по непрерывному медицинскому образованию*. Москва: Минздрав РФ.
20. Henderson, K., & Phillips, B. (2021). *Clinical Training for Emergency Response: Insights and Strategies*. Boston: Academic Publishers.
21. Казахстанская медицинская академия. (2024). *Программы подготовки специалистов экстренной медицины*. Астана: КМА.
22. World Health Organization. (2022). *Best Practices in Medical Education: Global Perspectives*. Geneva: WHO Press.
23. Зайцев, Д.Б., Ларионова, В.Г. (2023). *Система экстренной медицинской помощи в России: текущее состояние и перспективы*. Москва: Геотар-Медиа.
24. Lee, C., & Nguyen, T. (2021). *Technology in Medical Simulation: Tools and Techniques*. Singapore: Springer.
25. Международный Красный Крест. (2022). *Training Curriculum for Emergency Medical*

Services. Geneva: International Red Cross.

26. Петрова, С.С., Игнатъева, Г.П. (2020). Инновационные подходы к обучению медицинских кадров. Новосибирск: Сибирское университетское издательство.

27. Martin, L., & Stewart, M. (2023). *Interprofessional Education in Health Care*. New York: Routledge.

28. Российская академия медицинских наук. (2021). Справочник по оказанию скорой медицинской помощи. Москва: РАМН.

29. Patel, R., & Holmes, S. (2022). *Mobile Health Solutions in Emergency Medicine*. Oxford: Oxford University Press.

30. Левин, Б.М. (2022). Курс повышения квалификации для фельдшеров и врачей скорой помощи. Екатеринбург: Уральское медицинское издательство.

**ЖҰҚПАЛЫ ЕМЕС АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ ЖӘНЕ БАҚЫЛАУ.
ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНДАҒЫ БІЛІМ**

**ПРОФИЛАКТИКА И БОРЬБА С НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.
САНИТАРНОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ**

**PREVENTION AND CONTROL OF NON-COMMUNICABLE DISEASES.
HEALTH EDUCATION**

УДК 614.3

**ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ЖӘНЕ БИОЛОГИЯЛЫҚ ҚАУІПСІЗДІКТІ ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУ
САЛАСЫНДАҒЫ ТӘУЕКЕЛ**

¹Оразбай И.С., ¹Даниярова А.Б., ²Жүністай Д.Д.

¹Әл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті, Алматы қ.

²С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы қ.

ТҮЙІНДЕМЕ

Тәуекелдерді басқару іскерлік беделді арттырып, компанияның тиімділігін арттыра алады. Барлық қауіптерді қамтамасыз ету және толығымен жою іс жүзінде мүмкін емес, сондықтан оларды дұрыс басқару қажет. Қауіптерді басқару жүйесін енгізу туралы шешімдер әдетте ұйымның барлық бөлімшелерінде қабылданады. Процестің негізгі мақсаты-қауіптерді басқарудың сапалы жүйесін құру. Мақалада талқыланған аспектілер эпидемиологиялық және биологиялық қауіпсіздіктің қазіргі жағдайын бағалауға және осы саладағы тәуекелдерді басқарудың тиімділігін арттыру стратегияларын жасауға мүмкіндік береді.

Түйінді сөздер: тәуекелдерді басқару, эпидемиологиялық қауіпсіздік, биологиялық қауіпсіздік

**РИСКИ В ОБЛАСТИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ И БИОЛОГИЧЕСКОЙ
БЕЗОПАСНОСТИ**

¹Оразбай И.С., ¹Даниярова А.Б., ²Жунистай Д.Д.

¹Казахский национальный университет им. Аль-Фараби, г.Алматы

²Казахский национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова, г.Алматы

РЕЗЮМЕ

Управление рисками может повысить деловую репутацию и повысить эффективность компании. Практически невозможно обеспечить и полностью устранить все угрозы, поэтому с ними необходимо правильно обращаться. Решения о внедрении системы управления рисками обычно принимаются во всех подразделениях организации. Основная цель процесса-создание качественной системы управления рисками. Аспекты, обсуждаемые в статье, позволяют оценить текущее состояние эпидемиологической и биологической безопасности и разработать стратегии повышения эффективности управления рисками в этой области.

Ключевые слова: управление рисками, эпидемиологическая безопасность, биологическая безопасность

RISKS IN THE FIELD OF EPIDEMIOLOGICAL AND BIOLOGICAL SAFETY

¹Orazbai I.S., ¹Daniyarova A.B., ²Zhunistai D.D.

¹Al-Farabi Kazakh National University, Almaty

²Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Almaty

SUMMARY

Risk management can enhance a company's business reputation and improve its efficiency. It is almost impossible to ensure and completely eliminate all threats, so they must be handled correctly. Decisions on the implementation of a risk management system are usually made in all departments of the organization. The main goal of the process is to create a high-quality risk management system. The aspects discussed in the article allow us to assess the current state of epidemiological and biological safety and develop strategies to improve the effectiveness of risk management in this area.

Keywords: risk management, epidemiological safety, biological safety

ҚІРІСПЕ

Зерттеу өзектілігі. Тәуекелдерді басқару-бұл бизнестегі ықтимал шығындардың ықтималдығын азайтуға бағытталған сауатты әзірленген басқару шешімдерін қабылдау және іске асыру процесі. Тәуекелдерді басқару (тәуекелдерді басқару) іскерлік беделді арттырып, компанияның тиімділігін арттыра алады.

Барлық қауіптерді қамтамасыз ету және толығымен жою іс жүзінде мүмкін емес, сондықтан оларды дұрыс басқару қажет. Қауіптерді басқару жүйесін енгізу туралы шешімдер әдетте ұйымның барлық бөлімшелерінде қабылданады. Процестің негізгі мақсаты-қауіптерді басқарудың сапалы жүйесін құру.

Тәуекелдерді басқарудың негізгі нәтижелері:

- қауіптердің ықтимал себептерін анықтау;
- дағдарысқа қарсы шешімдерді әзірлеу және енгізу;
- бағдарламаны іске асыру жолында тұрған факторларды жою.

Жұмыстың мақсаты: эпидемиологиялық және биологиялық қауіпсіздікті қамтамасыз ету саласындағы менеджмент тәуекелін зерттеу.

Зерттеу міндеттері:

1. Басқа елдердегі эпидемиологиялық және биологиялық тұрақтылықтың жай-күйін зерттеу;
2. Эпидемиологиялық және биологиялық тұрақтылықтың ағымдағы жай-күйін талдау;
3. Эпидемиологиялық және биологиялық қауіпсіздікті қолдау саласымен тәуекелдерді басқаруды анықтаңыз.

Зерттеу объектісі: зерттеу объектісі патогенділіктің I - II тобының аса қауіпті инфекцияларымен айналысатын Шымкент обаға қарсы станциясы (ШОҚС) болып табылады.

Биологиялық қауіпсіздікке сипаттама. Биологиялық қауіпсіздік саласындағы жағдайды биологиялық факторлардың халыққа теріс әсерін күшейтудің алдын алу, қазіргі заманғы биотехнологиялардың дамуына және синтетикалық биологияның пайда болуына, биотерроризмнің көріністеріне, генетикалық-инженерлік қызметті жүзеге асыруда және қауіпті биологиялық агенттермен жұмыс жасауда мінез-құлықтың нақты ережелерінің болмауына байланысты биологиялық қауіптердің туындау мүмкіндігін болдырмау ретінде бағалауға болады.

Техникалық және технологиялық ресурстары таусылған қауіптілігі жоғары объектілердің едәуір санының, сондай - ақ патогендік микроорганизмдердің-аса қауіпті жұқпалы аурулардың қоздырғыштарының шоғырлануының табиғи субъектілерінің болуы төтенше жағдайлардың туындау қаупін арттырады, халықтың өміріне, одан әрі әлеуметтік-экономикалық дамуына және Қазақстан республикасының ұлттық қауіпсіздігіне нақты қауіп төндіреді.

Биологиялық факторлар мен биоқауіптердің теріс әсеріне қарсы тұру тиісті нормативтік-құқықтық базаның жетілмегендігімен, мемлекетте осы саладағы аттестатталған зерттеу әдістемелері мен стандарттар жүйесінің болмауымен және сол сияқтылармен күрделене түседі. Генетикалық түрлендірілген организмдермен жұмыс істеу, биологиялық және генетикалық қауіпсіздік саласындағы генетикалық-инженерлік зерттеулер мен ғылыми және практикалық әзірлемелерді мемлекеттік қолдау, генетикалық түрлендірілген организмдерді қауіпсіз практикалық қолдану тетіктері мәселесі жеткілікті реттелмеген. Биологиялық қауіпсіздік және биологиялық терроризм көріністерінің алдын алу жөніндегі бағдарламалардың жоқтығы, ықтимал биоқауіптерге қарсы іс-қимылдың ұлттық жүйесі құрылмаған, атап айтқанда биологиялық және химиялық шығу тегі ықтимал қауіптер туралы автоматтандырылған және интеграцияланған деректер банктері құрылмаған.

Аса қауіпті жұқпалы аурулардың қоздырғыштарымен жұмыс істейтін және осындай қоздырғыштардың коллекцияларын сақтайтын зертханаларды қаржыландыру және материалдық-техникалық қамтамасыз ету қанағаттанарлықсыз болып қалуда. Персоналдың кәсіби даярлық деңгейі төмендейді, биологиялық агенттерді өндіру, сақтау, өңдеу және кәдеге жарату кезінде эпидемияға қарсы жұмыс режимінің және санитарлық нормалардың талаптарын бұзуға жол беріледі.

Зертханалардың жұмысының қағидалары. Әрбір зертханада мекеме басшысы мен кәсіподақ комитеті бекіткен осы зертханаға тән нақты жұмыс жағдайларын ескеретін қауіпсіздік техникасы мен эпидемияға қарсы режимнің өзіндік ережелері жасалуы тиіс. Олар зертханада көрнекті жерде орналасқан. Олармен зертхананың барлық қызметкерлері танысуы тиіс. Зертханалардағы жұмыстардың қауіпсіздігі НҚА талаптарына сәйкес қамтамасыз етілуі тиіс.

Биоқауіпсіздік және биоқауіпсіздік мәселелері. Зертханаларда вирустармен жұмыс істеу кезінде келесі ережелерді басшылыққа алу қажет:

1. Құрамында вирустар бар материалмен жұмыс істеу - жасуша мәдениетін, тауық эмбриондарын, зертханалық жануарларды жұқтыру, тірі вирустармен Серологиялық зерттеулер, жасуша дақылдарының әртүрлі желілерін дайындау - қораптарда орындалады.

2. Қызметкерлер бокста жұмыс істеген кезде іш киімді, пижама мен мақта шұлық киюі керек.

3. Барлық жұмыс орындары БПА-ден (биологиялық патогендік агенттерден) жұмыс істеу кезінде авариялық жағдайлар болған жағдайда дезрозчиндермен және шұғыл профилактика құралдарымен қамтамасыз етіледі.

4. Зертхана бөлмесінде жиналған қоқыс автоклавталған немесе өртелген. Жалпы кәріз желісіне шығарылатын ағынды сулар зарарсыздандырылады.

5. Барлық жұмысшылар жеке заттарға, киім мен аяқ киімге арналған жеке шкафтармен жабдықталған өткізгіште санитарлық өңдеуден өтеді.

6. Жұмыс орындарын ұйымдастыру функционалдық бөлімшеде (респираторлық вирустық инфекцияларға, энтеральды вирустық инфекцияларға, жасуша мәдениеті тобына және т.б. зерттеу) және осы жұмыс орнында жүргізілетін жұмысқа байланысты олардың орынды орналасуы мен жабдықталуын көздеуі тиіс.

7. Қайта егілген зертханалық жасуша желілерін өсіру кезінде жасуша дақылдарының әртүрлі түрлерімен бір уақытта жұмыс істеу мүмкін емес. Әрбір жасуша түрімен жұмыс бір күндік үзіліспен бөлек жүргізіледі.

8. Әр түрлі типтегі вирустармен бір уақытта, бір функционалды бөлімде жұмыс істеуге тыйым салынады.

9. Жануарларды (құстардың эмбриондарын) жұқтырған және бөлшектеген кезде, сондай-ақ жасуша дақылдарында БПА-мен жұмыс істеген кезде қызметкерлер қорғаныш көзілдірік, респиратор-маскалар, резеңке қолғаптар, қолғаптар және клеенкадан жасалған алжапқыштар киеді. Қорғаныс экранының артында немесе үстел қорабында жұмыс істегенде қауіпсіздік көзілдірігін киюдің қажеті жоқ.

10. Үстелдегі жұмыс орны 3-4 қабат дәке немесе адсорбциялық қасиеттері бар арнайы майлықпен жабылған. Қажетті реагенттер жұмыс аймағында ыңғайлы орналастырылған. Резеңке қолғап киген қолдар жұқпалы материалмен жұмыс аяқталғаннан кейін дезинфекциялық ерітіндімен

өңделеді. Үстелдің жанында жануарлардың мәйіттері мен құстардың эмбриондарын, ыдыстарды, тығындарды және т. б. жинауға арналған бактар орнатылады.

11. Жұмыс аяқталғаннан кейін құралдар дереу зарарсыздандырылады. Дәке қоқысы (майлық) дезрасвордан жасалған ыдысқа ауыстырылады. Үстелдер мен зертханалық заттар (штативтер, кюветтер және т.б.) дезинфекцияланады немесе алкогольге малынған тампонмен күйдіріледі. Ыдыс-аяқ, Жануарлар труппалары және т.б. бар цистерналар қақпақтармен жабылады, пломбланады, дезинфекциялық ерітіндімен өңделеді және автоклавтау үшін тапсырылады. Халаттар, респираторлар мен арнайы киімдер бикстерге немесе арнайы сөмкелерге салынып, автоклавқа салынады. Көзілдірік 70% алкогольге 2 сағатқа батырылады. Қолғаптар дезинфекцияға батырылады, содан кейін қайнатылады немесе автоклавталады.

12. Вирустардың изоляттары немесе жұқтырған дақылдары бар матрацтар, Құтылар, пробиркалар және т.б. маталар басқа бөлмелерге тек адсорбциялық материалдан жасалған дезинфекциялық төсемдері бар жабық металл контейнерлерде тасымалданады.

13. Жануарларды жұқтырған және ашқан кезде олар қосымша осындай ережелерді сақтайды:

- ұсақ жануарларды (тышқандарды және т. б.) жұқтыру және бөлшектеу асептика ережелерін сақтай отырып және инфекциялық материалдың ықтимал шашырауының алдын ала отырып, қорғаныш үстел бокстарында орындалады; - интраназальды инфекциялар тек есірткіге ұшыраған жануарларға үстел қорабында немесе арнайы аэрозольдік аппаратта жүргізіледі;

- анестезияны қолдану мүмкін емес немесе жол берілмейтін жағдайларда персоналдың шағуын болдырмау үшін ұсақ жануарларды бекітуге арналған арнайы операциялық үстелдерді немесе құрылғыларды пайдаланады;

- аутопсияға арналған ұсақ жануарларды хлороформмен немесе эфирмен олар тұрған банктерде өлтіреді, содан кейін аутопсияны жүргізеді;

- жануарларды тиісті мөлшердегі арнайы тақталар мен науаларда ашады.

14. Бокста тауық эмбриондары мен жасуша дақылдарымен жұмыс жасалады. Матрастардың, құтылардың және пробиркалардың тығындары тек оттықтың жалынының үстінен тартылады. Ыдыс-аяқтың мойнына инфекцияны жұқтырмас үшін ыдысқа жұқпалы материал енгізіледі, ыдыс-аяқтың саңылауының шеттері оттықтың жалынына жағылады және тығынмен жабылады.

15. Вирустар жұқтырған мүшелерді ұсақтау жұмыс үстеліндегі қораптарда жүзеге асырылады, олар қызметкерлерді осы процесте пайда болатын тамшылардан қорғайды. Органдардың суспензияларын ысқылау және дайындау резеңке қолғапты қолдана отырып, ерітіндіде, моншақтары бар банкада және ұсақталған тығынмен немесе адсорбциялық материалдан жасалған қаптамаға салынған арнайы ұсақтағышта (гомогенизаторда) орындалады.

16. Құрамында вирустар бар суспензияларды эфирмен немесе хлороформмен өңдеу кезінде мұндай режимді орындау міндетті болып табылады :

• жұмыс желдетілетін жеке бокста жүргізіледі;

• бокста және бокс орналасқан бөлмеде эфирмен немесе хлороформмен өңдеу кезінде спирттер мен газ оттықтары сөндіріледі;

• зертхана үй-жайында тек жарылысқа қауіпсіз электр аспаптарын пайдалануға жол беріледі.

17. Құрамында вирустар бар материалмен жұмыс істеуге арналған центрифуга боксқа дейін орнатылады. Сұйықтық отқа төзімді шыныдан, плексигластан немесе металдан жасалған центрифугалық түтіктерге (құтыларға) құйылады және міндетті түрде бұрандалы тығынмен (қақпақпен) жабылады.

18. Жұмыс алдында қолыңыздағы терінің барлық зақымдануы жабысқақ таңғышпен жабылуы керек. Қолдың айтарлықтай жарақаттары болған жағдайда, мұндай қызметкерді диагностикалық зерттеулерге жараларды толық емдеуге жібермеу ұсынылады.

19. Бетті зерттелетін материалдың ықтимал түсуінен қорғау үшін жұмыс кезінде дезинфекциялауға жататын материалдан жасалған қорғаныш көзілдіріктерді, экрандарды немесе басқа құралдарды пайдаланады.

20. Сұйық азот контейнерлерімен жұмыс істеу кезінде бет пен көзді қорғайтын мөлдір қалқан және күшті қолғап қолданылады [1, 3].

Микробиологиялық профильдегі зертханаларда келесі ережелерді сақтау қажет:

1. Зертханадағы жұмыс орындары жұмысқа қажетті заттармен үнемі жабдықталуы керек: спирт немесе газ оттығы, бактериологиялық Ілмек, слайд және жабын әйнектері, мақта құтысы, пинцет, корнцанг, қайшы, скальпель, дезрозчины бар стакандар: цилиндр 1-2 текше дм немесе тамшуырларды толық батыруды қамтамасыз ететін басқа ыдыс; стакандар (0,5-1 текше дм) пайдаланылған слайдтар үшін; қақпақ әйнектеріне арналған қақпағы бар кішкене стақан; жағынды ұстағыштар, сіріңке немесе жеңіл, қарындаштар, шыны маркерлер, диспенсерлер, шлангтары бар резеңке алмұрт немесе басқа пипетування құрылғылары, қолды өңдеуге арналған 70% спирт, тұзды ерітіндісі бар түтіктер. Микроскопиялық үстелді бөлек жабдықтаған жөн. 2. Жағындыларды бояу үшін арнайы орын жабдыкталады, онда бояулар жиынтығы, алкоголь, құм сағаты немесе таймер, тазартылған сумен шайғыш, кювет немесе көпірі бар басқа ыдыс, пинцет және сүзгі қағазы болуы керек.

3. БПА-мен жұмыс істеу кезінде келесі ережелерді сақтау қажет: - жұмысты бастамас бұрын үстелдегі заттарды үстелдің ортасы бос болатындай етіп орналастыру керек. Қолды өңдеуге арналған дезинфекциялық ерітінділер, тамшуырларға арналған ыдыс, қалдықтарға арналған банка жұмысшының оң жағында қашықтықта болуы керек, бұл жұмыс орнынан тұрмай-ақ қолды өңдеуге, дезинфекциялық ерітіндіге тамшуырларды және басқа да қалдықтарды батыруға мүмкіндік береді.

- Газ оттығы немесе спирт үстелдің ортасында, жұмысшының шетінен 30 см қашықтықта болуы керек. Дақылдары бар объектілер, себілмеген қоректік орталар сол жағында оттықпен бір деңгейде орналастырылады.

- Агар бетіндегі дақыл ілмек, металл, шыны немесе пластикалық шпательмен жиналады.

- Бактериологиялық цикл үздіксіз сақинаға жабылып, ұзындығы кемінде 6 см иыққа ие болуы керек. Бактериологиялық цикл келесідей дезинфекцияланады: жалынға баяу енгізіледі (ілмектен бастап), ондағы қалған материал кептіріледі, содан кейін оны жалынға енгізеді, бүкіл ұзындығы бойынша қызарады.

Бұл жағдайда жұқпалы материалдың шашырауын болдырмау керек. Егер жұқпалы материалдың қалдықтары бар цикл жалынға тез енгізілсе, онда ол сыртынан күйіп кетеді, ілмектен секіріп, үстелге құлап кетуі мүмкін. Мұндай бөліктің ортасында микроорганизмдер толығымен сақталады. Мұндай жағдайларда бұл бөлікті тауып, оны дезинфекциялау керек. - Егілген шыныаяқтар термостаттан үстелдің бетіне немесе еденге параллель күйде шығарылады. Конденсаттың ағып кету қаупіне байланысты оларды аудару мүмкін емес. Зертхана қызметкерлеріне қатаң тыйым салынады:

1. Арнайы киіммен және арнайы аяқ киіммен зертханадан шығыңыз.

2. Сыртқы киімді халатқа киіңіз.

3. Өндірістік үй-жайға бөгде заттарды әкелу болмайды.

4. Өндірістік бөлмелерде су ішуге, тамақ ішуге, сағыз шайнауға және косметиканы қолдануға болмайды.

Осылайша, биологиялық қауіпсіздік проблемалары барған сайын өзекті болып келе жатқанын және оларды шешу немесе қауіпті азайту перспективалары ғылыми-әдістемелік қамтамасыз ету деңгейіне тікелей байланысты екенін айту керек, өйткені бұл бағыт қазіргі ғылым үшін басымдыққа айналуы керек. Әлемде өнеркәсіптің, ауыл шаруашылығының, биотехнологияның, Көлік және сыртқы сауда байланыстарының даму қарқынының өсуіне байланысты қазіргі заманғы ветеринарлық және гуманитарлық медицина жұқпалы аурулардың пайда болуымен байланысты көптеген проблемаларға тап болады. Осыған байланысты биотерроризм және биодиверсия сияқты өте жағымсыз құбылыстар да дамыды және таралды. Биоқауіптер мен биорисктердің пайда болуы осы құбылыстарға қарсы тұру мәселесін күн тәртібіне шығарады, олардың мәні биоқауіпсіздік пен биоқауіпсіздік нормаларын әзірлеу, енгізу, верификациялау және қолдау болып табылады.

Проблемалық мәселелер шеңберін қарастыруды осы маңызды ұғымдарды анықтаудан бастау керек. Биологиялық қауіпсіздік (biosafety) - экологиялық тепе-теңдік пен адам денсаулығын сақтауға бағытталған тірі жүйелер үшін ауқымды шығындардың алдын алу жүйесі. Биологиялық қауіпсіздіктің міндеттері адамдардың жеке немесе жаппай инфекциясының алдын алу,

жануарлардың денсаулығы мен экожүйелердің тұрақты әл-ауқатын сақтау, биологиялық қарудың құрылысы мен қолданылуын болдырмау болып табылады.

Биоқауіпсіздік және биоқауіпсіздік саласындағы ережелер мен нормативтері. Биоқауіпсіздік және биоқауіпсіздік саласындағы ережелер мен нормативтерді айқындайтын негізгі құжат Зертханалық жағдайларда биологиялық қауіпсіздік жөніндегі ДДҰ-ның практикалық нұсқаулығы болып табылады. Аталған құжат зерттеу, диагностикалық және өндірістік зертханаларда қауіпсіз роботтың негізгі принциптерін реттейді.

Биоқауіпсіздік пен биоқауіпсіздік нормалары мен ережелерін ұйымдастырудың құрылған жүйесі зертханалық жағдайда жұмыс жүргізілетін микроорганизмдердің патогенділігі болып табылатын негізгі фактор болып табылады. Зерттеу объектілері болып табылатын патогенмен жұмыс істеудің негізгі параметрлері мен орналасу талаптары ықтимал тәуекел көзінің сипатына тікелей байланысты. ДДҰ қоздырғыштарының қауіп топтарының жіктелуіне сәйкес инфекция факторларының төрт түрі бар:

- 1-тәуекел тобына (жеке және қоғамдық қауіптіліктің жоқтығы немесе төмендігі) адам мен жануарлар ауруларының қоздырғышы болып табылмайтын микроорганизмдер жатады;
- 2-тәуекел тобына (орташа жеке қауіп және төмен қоғамдық қауіп) патогендік микроорганизмдер жатады; - тез таралуға бейім емес, олар адамда немесе жануарларда ауруды алдын-ала анықтай алады, олар оңай емделеді немесе алдын алады;
- тәуекел тобы 3 (жоғары жеке және төмен қоғамдық жұқтыру қаупі) ауыр ауруларды тудыратын патогендік агенттерді қамтиды, бірақ олар үшін тиімді профилактикалық және емдік шаралар бар;
- тәуекел тобы 4 (жоғары жеке және қоғамдық жұқтыру қаупі) массаны алдын-ала анықтайтын патогендік агенттерді қамтиды ауыр аурулар, тиімді алдын-алу және емдеу шаралары жоқ.

Патогендік қауіп топтарын анықтау кезінде ескерілетін факторларға олардың патогенділігі мен вируленттілігін бағалау жатады. қоршаған ортадағы тұрақтылық, хосттар шеңбері, векторлардың болуы, Медициналық және дезинфекциялық құралдарға төзімділік және берілу әдістері бірақ олар алдын ала анықтаған аурулардың жұқпалылығы [4].

Биоқауіпсіздік нормалары мен стандарттарын сақтаудың маңызды және маңызды аспектісі зертханалардан материалдар мен қалдықтарды дезинфекциялау режимдерін дұрыс таңдау және сақтау болып табылады. Аймақта қолданылатын химиялық дезинфекциялау құралдарын таңдау келесі критерийлерге негізделуі керек: құрал жұмыс жүргізіліп жатқан қоздырғышқа қатысты тиімді болуы керек (басқа агентке қатысты тиімділік онымен жұмыс орнында тікелей тексерілуі керек); ол үнемі жұмыс аймағында болуы керек, Сақтау кезінде тұрақты және сыртқы факторлардың әсерінен, қолдану кезінде ыңғайлы болуы керек. Әлемнің барлық елдерінде сыни аспект-бұл қаражатты мемлекеттік тіркеудің міндетті болуы және оны өндірушіні аккредиттеу. Дезинфекцияның тиімділігіне әсер ететін факторларға қоршаған ортаның әсері, байланыс уақыты, жұмыс ерітінділерінің концентрациясы мен тұрақтылығы, дезинфекцияланатын беттердің түрі және дезинфекциялаушы затта органикалық қосылыстардың болуы жатады.

Биологиялық қауіпсіздік принципі мыналар: зертханалық ортадан жұқпалы материалдың таралуын шектеу немесе ағып кетуін болдырмау, онда олар әртүрлі манипуляциялар жасайды немесе мәдениетте сақталады.

Таралуды шектеудің мақсаты ықтимал қауіпті қоздырғыштардың зертхана қызметкерлеріне, үшінші тұлғаларға және сыртқы ортаға әсерін азайту немесе толығымен жою болып табылады.

ПБА таралуының бастапқы және қайталама шектеулері бар:

- таралудың бастапқы шектелуі-зертхана персоналын және тікелей зертхана ортасын инфекциялық агенттердің әсерінен қорғау, қауіпсіз жұмыс істеуге кепілдік беретін микробиологиялық әдістер мен арнайы жабдықты қолдану арқылы қамтамасыз етіледі;

– таралудың қайталама шектелуі - қоршаған ортаны инфекциялық материалдың әсерінен қорғау, зертхананың технологиялық конструкциясы мен жұмыс операцияларының үйлесімімен қамтамасыз етіледі.

ПБА таралуын шектеу элементтері

1. жұмыс операциялары және әдістері;
2. қауіпсіз жұмысты қамтамасыз ететін жабдық;
3. зертханалардың инженерлік-технологиялық құрылысы.

Осылайша, қазіргі жағдайда ВВ кең қызмет саласымен бір мезгілде адамды қауіпті биотикалық факторлардан қорғау практикасын да, теориясын да біріктіретін жеке білім саласына айналады. Осы тұрғыдан алғанда, биологиялық қауіпсіздікті медицинаның соңғы жетістіктеріне сүйенетін дамып келе жатқан ғылыми-практикалық пән ретінде қарастыруға болады.

Медициналық және биологиялық білімнің әртүрлі салаларында Құзыретті, оны заманауи түсіндіруде ББ проблемасын білетін мамандарды даярлау биологиялық қауіпсіздікті қамтамасыз етудің тиімді жүйесін құруда маңызды орын алады және биологиялық қауіпсіздік саласындағы мемлекеттік саясаттың басым бағыттарының бірі ретінде қарастырылады.

Осыған сәйкес мамандарды оқытудың мақсаты білім беру стандарттарымен және қолданыстағы халықаралық аналогтармен келісілген отандық биологиялық қауіпсіздікке сүйенетін білім беру негізін құру болуға тиіс.

Эпидемиологиялық қауіпсіздік тәуекелдері жұқпалы аурулардың таралуына және олардың халықтың денсаулығына әсеріне байланысты әртүрлі аспектілерді қамтиды. Негізгі тәуекелдерге мыналар жатады:

Эпидемиялар мен пандемиялар. Тұмау, COVID-19, Эбола вирусы және басқалары сияқты жаңа және жанданған инфекциялардың таралуы жаппай аурулар мен өлімге әкелуі мүмкін. Эпидемия мен пандемия қаупіне жұқпалы аурулардың тез таралуына ықпал ететін көптеген факторлар жатады. Олардың негізгілері:

1. Жоғары жұқпалы: тұмау вирусы немесе SARS-CoV-2 коронавирусы сияқты кейбір қоздырғыштар жоғары жұқпалы болып табылады, бұл олардың халық арасында тез таралуына ықпал етеді.

2. Инкубациялық кезең: ұзақ инкубациялық кезең (инфекциядан симптомдардың басталуына дейінгі уақыт) науқас адамға ауруын білмей инфекцияны таратуға мүмкіндік береді.

3. Асимптоматикалық курс: симптомсыз адамдардан жұғу мүмкіндігі жұқтырған адамдарды анықтау мен оқшаулауды қиындатады.

4. Жаһандану және ұтқырлық: адамдардың белсенді қозғалысы (туризм, көші-қон, іссапарлар) қысқа уақыт ішінде бүкіл әлемде инфекциялардың таралуына ықпал етеді.

5. Халық тығыздығы: қалалардағы халықтың жоғары тығыздығы аурудың тез таралуына жағдай жасайды.

6. Вакцинацияның төмен деңгейі: халықты вакцинациялаудың жеткіліксіздігі жұқпалы аурулардың өршу ықтималдығын арттырады.

7. Имунитеттің төмен болуы: жаңа қоздырғыштардың немесе ескі мутациялардың пайда болуы өршуге әкелуі мүмкін, өйткені популяцияда оларға имунитет жоқ.

8. Денсаулық сақтау жүйесінің кемшіліктері: ресурстардың, жабдықтардың және қызметкерлердің жетіспеушілігі инфекциялардың таралуына қарсы күрестің тиімділігін төмендетеді.

9. Экономикалық және әлеуметтік факторлар: кедейлік, санитарлық жағдайдың нашарлығы және медициналық көмекке қол жетімділіктің шектелуі аурудың таралуына ықпал етеді.

10. Ақпараттық кедергілер: ауру туралы ақпараттың жетіспеушілігі немесе жалған ақпарат алдын-алу мен емдеудің дұрыс емес шараларына әкелуі мүмкін.

Эпидемия мен пандемия қаупін азайту шаралары

1. Эпидемиологиялық қадағалау жүйелерін күшейту: аурулардың өршуіне мониторинг пен жылдам әрекет етудің тиімді жүйелерін құру және қолдау.

2. Вакциналарды әзірлеу және тарату: жаңа вакциналарды жасау үшін зерттеулер жүргізу және олардың бүкіл халыққа қол жетімділігін қамтамасыз ету.

3. Халықаралық ынтымақтастық: эпидемия мен пандемиямен күресте ақпарат пен ресурстармен алмасу үшін елдер арасындағы күш-жігерді үйлестіру.

4. Медициналық көмек деңгейін арттыру: денсаулық сақтау инфрақұрылымын жақсарту, медициналық персоналды оқыту және қажетті ресурстармен қамтамасыз ету.

5. Білім беру бағдарламалары: эпидемияның алдын алу шаралары мен іс-әрекеттері туралы халықты хабардар ету.

6. Санитарлық жағдайды жақсарту: таза суға қол жетімділікті қамтамасыз ету, өмір сүру жағдайлары мен гигиенаны жақсарту.

7. Халықтың ұтқырлығын реттеу: карантиндік шаралар мен тестілеуді қоса алғанда, аурудың өршуі кезінде адамдардың қозғалысын бақылау.

Бұл шаралар халықтың денсаулығы мен елдердің экономикалық тұрақтылығын қорғай отырып, эпидемия мен пандемия қаупін айтарлықтай төмендетуі мүмкін.

Тәуекелдердің өзара байланысы және күшеюі:

1. Төзімді штаммдарды қолдану, биотеррористер белгілі антибиотиктердің көпшілігіне төзімді бактерияларды қолдана алады немесе жасай алады, бұл инфекцияның таралуын емдеу мен бақылауды едәуір қиындатады.

2. Анықтау мен диагностиканың қиындығы, төзімді қоздырғыштарды анықтау және диагностикалау қиынырақ болуы мүмкін, бұл аурудың өршуіне жауап беруді баяулатады.

3. Өлім-жітім мен сырқаттанушылықтың жоғарылауы, антибиотикке төзімді агенттерді қолдану медициналық-санитарлық шараларды қиындата отырып, жоғары өлім мен сырқаттанушылыққа әкелуі мүмкін.

4. Экономикалық және әлеуметтік салдарлар, төзімді қоздырғыштарды қолданатын шабуыл айтарлықтай экономикалық және әлеуметтік күйзелістерді тудыруы мүмкін, бұл денсаулық сақтау жүйесіне ауыртпалық түсіріп, халық арасында дүрбелең тудыруы мүмкін.

Антибиотикке төзімділік қаупін азайту шаралары:

1. Антибиотиктерді ұтымды қолдану, антибиотиктерді қолдануды тек қажет болған жағдайда және дәрігердің нұсқауы бойынша шектеу.

2. Мониторинг және бақылау, антибиотиктерді қолдану мен төзімді инфекциялардың таралуын бақылау және бақылау жүйелерін енгізу.

3. Жаңа антибиотиктерді зерттеу және дамыту, жаңа антибиотиктер мен балама емдеу әдістерін зерттеуге және дамытуға инвестиция салу.

4. Білім беру және ақпараттандыру, медицина қызметкерлері мен халықты антибиотиктерді дұрыс қолдану және АД қаупі туралы ақпараттандыру.

5. Мамандарды даярлау және оқыту, медициналық персоналды және биоқауіпсіздік мамандарын оқыту.

6. Антидоттар мен вакциналарды әзірлеу, биологиялық агенттерге қарсы тиімді қорғаныс және емдеу әдістерін зерттеу және өндіру.

7. Биотехнологияны реттеу, Биотехнология мен генетикалық инженериямен байланысты қызметті қатаң бақылау және реттеу.

Халықаралық ынтымақтастықты, ғылыми зерттеулерді және ресурстарды тиімді басқаруды қамтитын антибиотикке төзімділік пен биотерроризмге қарсы кешенді тәсіл тәуекелдерді айтарлықтай төмендетіп, халықтың қауіпсіздігін қамтамасыз ете алады.

Инфекциялық немесе улы биологиялық агенттің таралуы ескертусіз болуы мүмкін. Ол адамдарға, жануарларға және өсімдіктерге қауіп төндіруі мүмкін, бұл кең ауқымды аурулар мен өлімге әкеледі, сонымен қатар трансұлттық ауқымда қорқыныш пен дүрбелең тудырады.

Жаһандану және халықтың ұтқырлығы. Елдер мен континенттер арасындағы Адамдардың белсенді қозғалысы жұқпалы агенттердің тез таралуына ықпал етеді.

Жаһандану, халықаралық сауданың өсуі, халықтың жоғары ұтқырлығы мен көлікке қолжетімділігі, сондай-ақ өзге де үрдістер Әлеуметтік және экономикалық залал келтіретін пандемиялық әлеуеті бар жұқпалы аурулардың таралу қаупінің шиеленісуіне әкелді. Қауіпті патогендердің жаңа түрлері пайда болады, бұрынғы инфекциялар микробқа қарсы және вирусқа қарсы препараттардың әсеріне төзімді болады. Генетикалық технологиялар адамдарға, ауылшаруашылық жануарларына және өсімдіктерге, сондай-ақ жалпы биоценоздарға ұзақ мерзімді теріс әсер етуге бағытталған биологиялық қарудың жоғары тиімді үлгілерін жасауға кедергілерді азайтуға мүмкіндік береді.

Жаһандану мен халықтың ұтқырлығы биоқауіпсіздікке айтарлықтай әсер етеді, жұқпалы

аурулардың таралу мүмкіндігін де, оларды бақылау үшін үйлестірілген шаралар қажеттілігін де күшейтеді. Осы әсердің негізгі аспектілерін қарастырыңыз. Жаһандану мен халықтың ұтқырлығының биоқауіпсіздікке әсері оң аспектілерге ие:

1. Ақпаратты жылдам беру, жаһандану аурудың өршуі мен қарсы шаралар туралы деректерді жылдам бөлісуге мүмкіндік береді, бұл жедел әрекет етуге ықпал етеді.

2. Халықаралық ынтымақтастық, ғылыми зерттеулер саласындағы бірлескен күш-жігер, вакциналар мен дәрі-дәрмектерді әзірлеу және елдер арасындағы іс-қимылды үйлестіру жұқпалы аурулармен күресудің тиімділігін арттырады.

3. Денсаулық сақтау стандарттарын жақсарту, жаһандану денсаулық сақтаудың жалпы деңгейін жақсартып отырып, бүкіл әлем бойынша озық медициналық технологиялар мен емдеу стандарттарын енгізуге ықпал етеді.

Жаһандану мен халықтың биоқауіпсіздікке ұтқырлығының жағымсыз аспектілері:

1. Аурулардың тез таралуы, халықаралық сапарлар мен көші-қон санының артуы жұқпалы аурулардың тез таралуына ықпал етеді, бұл оларды оқшаулау мен бақылауды қиындатады.

2. Патогендердің әртүрлілігі, әртүрлі аймақтардағы адамдардың араласуы экзотикалық және бұрын белгісіз патогендердің таралу ықтималдығын арттырады.

3. Денсаулық сақтау жүйесіне жүктеме, жаһандық шеттерден зардап шеккендер санының артуы денсаулық сақтау жүйелерін, әсіресе ресурстары шектеулі елдерде шамадан тыс жүктеуі мүмкін.

4. Экономикалық және әлеуметтік салдарлар, пандемия шекаралардың жабылуына, халықаралық тасымалдардың тоқтап қалуына әкелуі мүмкін, бұл әлемдік экономикаға елеулі зиян келтіреді және әлеуметтік толқулар тудырады.

Әсер етудің нақты мысалдары:

1. COVID-19 пандемиясы: SARS-CoV-2 вирусының бүкіл әлемге тез таралуы белсенді халықаралық туризм мен іссапарлардың арқасында жеделдеді. Жаһандық күш-жігерді үйлестіру вирус туралы деректерді жылдам бөлісуге, вакциналарды әзірлеуге және таратуға мүмкіндік берді.

2. Батыс Африкадағы Эболакиеттері: аймақтардағы адамдардың қозғалысы, сондай-ақ халықаралық көмек пен еріктілер аурудың таралуына да, күресуіне де ықпал етті.

3. H1N1 тұмауы (шошқа тұмауы): халықаралық әуе тасымалы вирустың тез жаһандық таралуына ықпал етті, бұл оны бақылау үшін үйлестірілген шараларды қажет етті.

Жаһандану мен халықтың ұтқырлығына байланысты тәуекелдерді төмендету жөніндегі шаралар

1. Жұқпалы аурулармен күресудегі күш-жігерді үйлестіру үшін халықаралық ынтымақтастықты күшейту, халықаралық ұйымдар мен бастамаларды (ДДҰ сияқты) құру және қолдау.

2. Жаһандық мониторинг жүйелерін әзірлеу, эпидемиологиялық қадағалау және деректермен алмасу жүйелерін енгізу және қолдау, мысалы, жаһандық предупреждеттің алдын алу және әрекет ету желісі.

3. Халықаралық стандарттарды әзірлеу және енгізу, биоқауіпсіздік, инфекцияларды бақылау және денсаулық сақтау саласындағы төтенше жағдайларға ден қою жөніндегі стандарттарды үйлестіру.

4. Халыққа білім беру және ақпараттандыру, жұқпалы аурулардың алдын алу және оларға ден қою шаралары туралы ақпараттандыру бойынша білім беру бағдарламалары мен кампаниялар жүргізу.

5. Қозғалыстарды бақылау және реттеу, әуежайлар мен шекараларда карантиндік шаралар мен медициналық тексеруді қоса алғанда, аурулардың өршуі кезеңінде адамдар мен жүктердің қозғалысын бақылау жөніндегі шараларды енгізу.

6. Денсаулық сақтау жүйелеріне Инвестициялар, Денсаулық сақтау инфрақұрылымын жақсарту, қажетті ресурстармен қамтамасыз ету және медициналық қызметкерлерді аурудың ықтимал өршуіне дайындықты арттыру үшін оқыту.

Халықаралық ынтымақтастықты, ресурстарды тиімді басқаруды және ақпараттық қамтамасыз етуді қамтитын кешенді тәсіл жаһандану мен халықтың ұтқырлығына байланысты

тәуекелдерді айтарлықтай төмендетіп, биоқауіпсіздікті нығайта алады.

5. Климаттың өзгеруі: климаттың жылынуы масалар сияқты аурулардың векторларының географиялық таралуын өзгертіп, бұрын белгілі бір аймақтарға тән емес аурулардың пайда болу қаупін арттыруы мүмкін.

6. Экожүйенің бұзылуы: табиғи экожүйелердің өзгеруі және жабайы табиғатпен өзара әрекеттесу жаңа зооноздық ауруларға ықпал етуі мүмкін.

7. Денсаулық сақтауды қаржыландырудың жеткіліксіздігі: Денсаулық сақтау жүйесінде ресурстар мен жабдықтардың жетіспеушілігі оның эпидемия мен пандемияға қарсы әрекет етуге дайындығын төмендетеді.

8. Инфрақұрылым мен санитарлық жағдайдың нашарлығы: нашар өмір сүру жағдайлары мен гигиенаның жеткіліксіздігі инфекциялардың таралуына ықпал етеді.

Бұл тәуекелдерді азайту үшін эпидемиологиялық қадағалау жүйесін күшейтуді, вакциналарды әзірлеу мен енгізуді, санитарлық жағдайды жақсартуды, халықты оқытуды және денсаулық сақтау саласындағы халықаралық ынтымақтастықты қамтитын кешенді тәсілдер қажет.

SWOT-талдау. Эпидемиологиялық және биологиялық қауіпсіздікті қамтамасыз ету саласындағы менеджмент тәуекелін талдау үшін осы аспектілердің әрқайсысын қарастырыңыз.

Кесте -1. SWOT-талдау

МЫҚТЫ ЖАҚТАРЫ	ӘЛСІЗ ЖАҚТАРЫ
<p>1. Ғылыми жетістіктер мен технологиялар: заманауи технологиялар мен ғылыми әзірлемелер патогендерді тезірек және дәл анықтауға және талдауға мүмкіндік береді.</p> <p>2. Білікті мамандардың болуы: тәжірибелі эпидемиологтардың, биологтардың және жұқпалы аурулар бойынша мамандардың болуы.</p> <p>3. Халықаралық ынтымақтастық: халықаралық ұйымдармен (ДДҰ, CDC және т.б.) ынтымақтастық ақпарат пен ресурстармен алмасуға мүмкіндік береді.</p> <p>4. Инфрақұрылым және жабдық: қажетті жабдықтармен жабдықталған заманауи зертханалар мен медициналық мекемелер.</p>	<p>1. Қаржыландырудың жетіспеушілігі: шектеулі қаржыландыру зерттеулер мен алдын-алу үшін ресурстардың жетіспеушілігіне әкелуі мүмкін.</p> <p>2. Ресурстардың біркелкі бөлінбеуі: әр түрлі аймақтардағы биологиялық қауіпсіздікті қамтамасыз ету деңгейіндегі айырмашылықтар.</p> <p>3. Бюрократиялық кедергілер: бюрократиялық процедуралар мен әртүрлі ұйымдар арасындағы үйлестірудің болмауына байланысты процестердің баяулауы.</p> <p>4. Персоналды оқыту және даярлау: мамандарды тұрақты оқытуға және олардың біліктілігін арттыруға жеткіліксіз көңіл бөлу</p>
МҮМКІНДІКТЕП	ҚАТЕРЛЕР
<p>1. Инновациялар мен әзірлемелер: жұқпалы ауруларды диагностикалаудың, емдеудің және алдын алудың жаңа әдістерін әзірлеу.</p> <p>2. Қоғамдық хабардарлықты арттыру: білім беру науқандары халықтың алдын алу және қауіпсіздік шаралары туралы хабардарлық деңгейін арттыра алады.</p> <p>3. Жаһандық бастамалар мен бағдарламалар: эпидемия мен жұқпалы ауруларға қарсы жаһандық бағдарламаларға қатысу.</p> <p>4. Телемедицинаны дамыту: шалғай аймақтарда диагностика және кеңес беру үшін телемедицинаны пайдалану.</p>	<p>1. Жаңа қоздырғыштардың пайда болуы: жаңа, бұрын белгісіз жұқпалы аурулардың пайда болу қаупі.</p> <p>2. Жаһандану және көші-қон: халықтың ұтқырлығының артуына байланысты инфекциялардың таралуын жеделдету.</p> <p>3. Биотерроризм: биологиялық агенттерді террористік мақсатта пайдалану қаупі.</p> <p>4. Климаттың өзгеруі: Климаттың өзгеруі жаңа және қолданыстағы инфекциялардың таралуына ықпал етуі мүмкін.</p>

Бұл аспектілер эпидемиологиялық және биологиялық қауіпсіздіктің қазіргі жағдайын бағалауға және осы саладағы тәуекелдерді басқарудың тиімділігін арттыру стратегияларын жасауға мүмкіндік береді.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1. Васильев, Д.А. Методическое руководство по биологической безопасности в лабораторных условиях (общие положения). Биологические факторы производственной среды: методические рекомендации / Д. А. Васильев, А. В. Меркулов, А. А. Нафеев, С. Н. Золотухин. - Ульяновск : УГСХА, 2011. - 54 с
2. Подготовка инструкторов биобезопасности. Учебно-методическое пособие. // Материалы обучающего семинара АЕСОМ, MRI, 4-8 июля 2011 г., Алматы, 2011. – 689 с.
3. Айкимбаев А.М. Основы биологической безопасности // Монография.- Алматы, 2010.- 321 с.
4. Биологическая безопасность в микробиологических и биомедицинских лабораториях. Пятое издание // Министерства здравоохранения и социального обеспечения США, Центры по контролю и профилактике заболеваний и Национальные институты здравоохранения.- Типография Правительства США.- Вашингтон, 2007 г. – 360 с.

УДК 614.2

ЖОЛ ҚОЗҒАЛЫСЫ ЕРЕЖЕЛЕРІН САҚТАУ, ЖОЛ-КӨЛІК ЖАРАҚАТТАНУЫНЫҢ АЛДЫН АЛУ БОЙЫНША ХАЛЫҚТЫ АҚПАРАТТАНДЫРУҒА БАҒЫТТАЛҒАН ҰЛТТЫҚ БАҒДАРЛАМА (1-10 қыркүйек)

¹Абдрахманова Ш.З., ¹Сулейманова Н.А., ¹Назарова С.А., ¹Слажнева Т.И.

¹ҚР ДСМ Ұлттық Қоғамдық денсаулық сақтау орталығы

ТҮЙІНДЕМЕ

Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2022 жылғы 24 қарашадағы №945 қаулысымен бекітілген Қазақстан Республикасының денсаулық сақтауды дамытудың 2026 жылға дейінгі тұжырымдамасын тиімді іске асыру шеңберінде Ұлттық Қоғамдық денсаулық сақтау орталығының 2024 жылғы 1-10 қыркүйектегі ұйымдастыру-әдістемелік басшылығы жанынан республиканың өңірлерінде жол қозғалысы ережелерін сақтау және жол-көлік оқиғасын алдын алу бойынша халықтың хабардарлығын арттыру жөніндегі онкүндікке арналған іс-шаралар іске асырылды. Шолуда жол-көлік жарақаттануының алдын алу үшін ережелерді сақтау бойынша негіздемелер мен негізгі іс-шаралар ұсынылған.

НАЦИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА, НАПРАВЛЕННАЯ НА ИНФОРМИРОВАННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ПО СОБЛЮДЕНИЮ ПРАВИЛ ДОРОЖНОГО ДВИЖЕНИЯ, ПРОФИЛАКТИКА ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО ТРАВМАТИЗМА (1-10 СЕНТЯБРЯ)

¹Абдрахманова Ш.З., ¹Сулейманова Н.А., ¹Назарова С.А., ¹Слажнева Т.И.

¹Национальный Центр общественного здравоохранения МЗРК

РЕЗЮМЕ

В рамках эффективной реализации Концепции развития здравоохранения Республики Казахстан до 2026 года, утвержденной постановлением Правительства Республики Казахстан от 24 ноября 2022 года № 945 при организационно-методическом руководстве Национального центра общественного здравоохранения с 1 по 10 сентября 2024 года в регионах республики реализованы

мероприятия, посвященные декаднику по повышению информированности населения по соблюдению правил дорожного движения и профилактике дорожно-транспортного происшествия. В обзоре представлены обоснования и основные мероприятия по соблюдению правил для профилактики дорожно-транспортного травматизма.

NATIONAL PROGRAM FOR INFORMING THE POPULATION ON COMPLIANCE WITH TRAFFIC RULES, PREVENTION OF ROAD TRAFFIC INJURIES (SEPTEMBER 1-10)

¹Abdrakhmanova S.Z., ¹Suleymanova N.A., ¹Nazarova S.A., ¹Slazhneva T.I.

¹The National Center for Public Health of the Ministry of Health

SUMMARY

As part of the effective implementation of the Concept of Healthcare Development of the Republic of Kazakhstan until 2026, approved by the Decree of the Government of the Republic of Kazakhstan dated November 24, 2022 No. 945 under the organizational and methodological guidance of the National Center for Public Health from September 1 to September 10, 2024, events dedicated to the decade to raise awareness of the population on compliance with traffic rules and traffic accident prevention were implemented in the regions of the republic. The review presents the rationale and main measures implemented to promote the traffic rules for the prevention of road traffic injuries.

ВВЕДЕНИЕ

По данным ВОЗ дорожно-транспортный травматизм является ведущей причиной смертности среди детей и молодых людей в возрасте от 5 до 29 лет. Двое из трех погибших в результате дорожно-транспортных происшествий (ДТП)-это взрослые трудоспособного возраста 18-59 лет. Ежегодно в мире погибает около 1,2 миллиона человек, а несмертельные травмы, которые часто приводят к инвалидности, получают от 20 до 50 миллионов человек.

Пешеходы, велосипедисты и мотоциклисты чаще всего являются жертвами смертельных дорожно-транспортных происшествий. Дорожно-транспортный травматизм причиняет значительный экономический ущерб отдельным лицам, их семьям и странам в целом.

По данным Комитета по правовой статистике и специальным учетам Генеральной прокуратуры Республики Казахстан в стране с 1 января по 22 августа 2024 года совершено 12970 ДТП, в которых было ранено 16,7 тысяч человек, погибло 1305 человек.



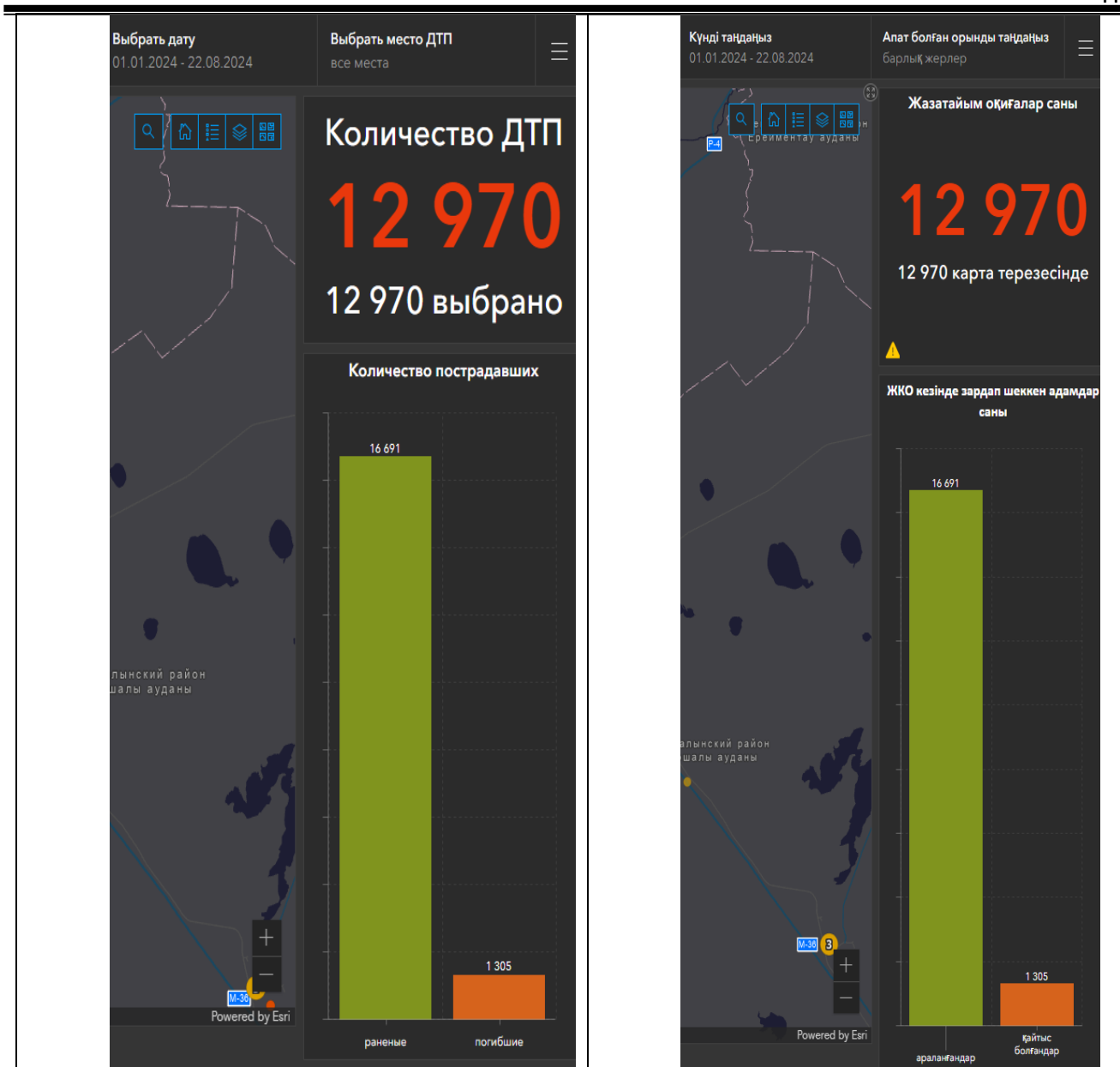


Рисунок 1. Карта аварийности по регионам Казахстана- количество ДТП с 1 января по 22 августа 2024 год. По данным портала <https://gis.kgp.kz/> (по состоянию на 22 августа 2024 года)

Согласно Рисунку 1. как и прежде наибольшее число аварий случается на дорогах г.Алматы – 2581 случая. В столице зафиксировано 687 ДТП.

За полгода 2024 года количество ДТП в Казахстане выросло на 88,3% по сравнению с тем же периодом 2023 года. Четверть погибших в /ДТП в стране-это сбитые пешеходы.

По данным Комитета по защите прав детей, 7% аварий от общего числа ДТП в Казахстане – наезд на детей рядом со школами. Из них каждый десятый – заканчивается летально, еще в 7% случаев дети получают различные травмы. Более половины ДТП в стране происходят из-за несоблюдения правил дорожного движения.

В начале сентября увеличивается интенсивность движения, связанная с началом учебного года. Возвращение школьников и студентов на учебу создает дополнительные риски на дорогах.

Обучить ребенка поведению на дороге - прямая обязанность родителей и лиц, ответственных за воспитание и обучение детей. От того, насколько ребенок усвоит правила дорожного движения (ПДД) напрямую зависят его жизнь и здоровье. В стране растет число ДТП с участием детей. Согласно статистическим данным, в Казахстане каждое четвертое ДТП совершается с участием детей. Пешеходы чаще всего погибают, когда они переходят дорогу в неполюженном месте,

перебегают дорогу на красный свет или переходят дорогу перед близко расположенным транспортом. Знание ПДД и умение пользоваться ими в жизни помогут обезопасить ребенка и взрослого от несчастных случаев.

Одной из причин ДТП является низкая культура вождения. Вместе с тем, дорожно-транспортные происшествия можно предотвратить. Путем постоянного информирования, просвещения и законодательных мер необходимо развивать ответственное отношение к соблюдению ПДД среди водителей и пешеходов, что особенно важно в условиях интенсивного городского движения. Обеспечение безопасности на дорогах является важной социальной задачей, так как последствия ДТП касаются всех слоев населения.

Для этого необходим государственный целостный подход и комплексные меры для обеспечения безопасности дорожного движения. Необходимо участие различных секторов, таких как транспортный сектор, органы правопорядка, органы здравоохранения, органы образования для повышения безопасности дорог, транспортных средств и участников дорожного движения. Проведение информационно-просветительских кампаний способствуют снижению числа аварий на дорогах, формируя ответственное поведение среди водителей и пешеходов. Эти кампании эффективно увеличивают осведомленность граждан, вовлекают их в процессы обеспечения безопасности, и, в конечном итоге, помогают сохранить человеческие жизни и здоровье.

Цель: повышение информированности населения о соблюдении правил дорожного движения, профилактике дорожно-транспортного травматизма (далее – ДТТ), сокращение травм, инвалидизации и прогнозируемом уровне смертности в результате ДТП.

Задачи программы:

- минимизировать влияния человеческого фактора на безопасность дорожного движения;
- добиться неукоснительного исполнения правил дорожного движения;
- снизить уровень дорожно-транспортного травматизма;
- выработать у детей навыки безопасного поведения на улицах и дорогах, способствовать овладению правилами дорожного движения, воспитать внимание, выработать навыки осознанного применения знаний правил дорожного движения в повседневной жизни.

Механизм реализации. Основным элементом механизма реализации является совместная деятельность организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (далее – ПМСП), на единой методологической основе с практической реализацией данных мероприятий на региональном уровне.

Целевая группа – население РК, в т.ч.:

- дети от 3 лет до 6 лет;
- дети от 7 до 10 лет;
- дети и подростки от 11 до 14 лет;
- подростки от 15 до 17 лет;
- молодежь от 18 до 29 лет;
- взрослое население от 30 до 64 лет;
- взрослое население старше 64 лет.

Организаторы:

- Областные управления здравоохранения и гг. Астана, Алматы, Шымкент.
- Организации Первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

Партнеры:

- Областные управления образования и гг. Астана, Алматы, Шымкент
- Образовательные учреждения (высшие учебные заведения, средние специальные учебные заведения, общеобразовательные школы, детские дошкольные организации)
- Неправительственные организации (НПО)
- СМИ
- Международные организации

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ДЛЯ ВСЕХ ЦЕЛЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

-Организация лекций, диспутов, встреч в Школах здоровья: Школы поведенческих факторов риска, Школы пожилых по вопросам профилактики дорожно-транспортного травматизма, обеспечение безопасного поведения на улице; повышение информированности.

-Проведение общественных конференций, слушаний для обсуждения превентивных мер дорожно-транспортных происшествий, об основах первой медицинской помощи при ДТП, с привлечением профильных специалистов, представителей медицинской общественности, политических и общественных деятелей, активистов, НПО и СМИ. Цель мероприятия: привлечь внимание общественности к вопросам обеспечения безопасности дорожного движения, повысить информированность населения о последствиях употребления алкоголя в ДТП.

-Организация классных, кураторских часов для учащихся общеобразовательных школ, школ-интернатов, колледжей, лицеев по вопросам профилактики детского дорожно-транспортного травматизма, обеспечение безопасного поведения детей на улице; повышение информированности.

-Организация информационных сессий, мини-лекций, индивидуальных консультаций с целевой аудиторией: родители детей, посещающих детские дошкольные организации, общеобразовательные школы, школы-интернаты, а также родителей студентов и ППС.

-Проведение конкурсов рисунков/плакатов в общеобразовательных школах, школах-интернатах, колледжах, лицеях с участием педагогов, воспитателей, родителей. Формат мероприятия: офлайн или онлайн режим посредством онлайн мессенджеров (WhatsApp, Telegram или др.) и социальных сетей (Facebook, Instagram, В Контакте и т.д.). Целевая аудитория: воспитанники ДДУ, учащиеся общеобразовательных школ, коррекционных школ. Привлекаемые специалисты: врачи, средние медицинские работники, педагоги, специалисты ПМСП и Молодежных центров здоровья.

-Проведение интерактивных игр, тематических занятий (игры, рассказы) в детских дошкольных учреждениях, цель мероприятия: сформировать представление детей о важности правил дорожного движения. с участием специалистов. Привлекаемые специалисты: воспитатели, врачи, средние медицинские работники.

-Проведение лекций, бесед по профилактике дорожно- транспортного травматизма для пожилых людей. Площадка проведения: дома престарелых, ПМСП, ФАПЫ, открытые площадки (парки, скверы, ТРЦ).

-Проведение акций в молодежных центрах здоровья (МЦЗ) с целью формирования у молодежи навыков ведения здорового образа жизни, ответственного и осознанного поведения; повышение информированности родителей и педагогов по вопросам профилактики детского дорожно-транспортного травматизма, обеспечение безопасного поведения детей на улице; повышение информированности медицинских работников организаций здравоохранения по организации информационно-разъяснительной работы среди подростков, молодежи, родителей и педагогов по вопросам профилактики ДТТ; оказание психологической помощи пострадавшим от ДТТ, консультирование для сохранения психического здоровья, профилактика рискованных форм поведения (в том числе экстремальное управление - ролики, скутер, скейт, велосипеды, самокаты, двухколесный моторизированный транспорт). По окончании мероприятия фотографии, видеофайлы выставляются в социальных сетях с хештегом #Защитисебя надороге и на сайтах организаций.

-Распространение информационно-образовательного материала (инфографик, брошюр, листовок, буклетов) посредством систем мгновенного обмена сообщениями (WhatsApp, Телеграм, Snapchat и др.) или социальных сетей (Instagram, TikTok, Facebook, Вконтакте, YouTube и т.д.) пациентам организаций ПМСП.

-Проведение конференций, вебинаров. Целевая аудитория: молодежь, взрослое трудоспособное население, представители медицинского сообщества, специалисты ПМСП и другие заинтересованные лица (НПО, СМИ). Привлекаемые специалисты: представители медицинской общественности, политические и общественные деятели, активисты, религиозные лидеры, НПО и СМИ.

- Проведение круглых столов Целевая аудитория: врачи, средние медицинские работники,

специалисты ПМСП и другие заинтересованные лица (НПО, СМИ).

- Проведение семинар-тренингов, тематических мероприятий в организациях образования для студентов университетов, учащихся колледжей, учебных заведений технического и профессионального образования, для профессорско-педагогического состава учебных заведений, с участием медицинских специалистов, представителей НПО, специалистов по вопросам формирования здорового образа жизни.

Медиа-мероприятия

- размещены пресс-релизы на интернет- ресурсах Управлений здравоохранения областей, гг. Астана, Алматы, Шымкент, медицинских организаций городского, областного, республиканского значения о проведении мероприятий;

- выступления на телевизионных каналах, радиостанциях;

- публикации в печатных изданиях на государственном и русском языках;

- размещение анонса новостей на Web-сайте организации, в информационных агентствах;

- ротация аудио-видеороликов в организациях ПМСП, в учреждениях образования, на предприятиях малого и среднего бизнеса, закрепленных за медицинским учреждением;

- участие в пресс-конференциях областного и городского масштаба;

- распространение информационно-образовательных материалов по профилактике ДТТ, аспектам здорового образа жизни (листовки, буклеты, брошюры);

- трансляция видеороликов на LED-мониторах, в общественном транспорте, в местах массового пребывания населения, аэропортах, авто/ железнодорожных вокзалах, кинотеатрах.

- размещение наружной рекламы (светодиодные дисплей, баннеры, билборды, информационные стойки, Roll-up стойки и т.д.), бегущая строка на региональных телеканалах, в общественном транспорте, размещение информации на остановочных комплексах, в ЦОНах, местах массового нахождения людей.

Таким образом, реализация мероприятий по повышению информированности населения о соблюдении правил дорожного движения и профилактике дорожно-транспортного травматизма является важным шагом к улучшению безопасности на дорогах Казахстана. Учитывая тревожные статистические данные о дорожно-транспортном травматизме, необходимо продолжать развивать комплексный подход, включающий участие различных секторов общества. Образовательные и информационные кампании играют ключевую роль в формировании ответственного поведения среди участников дорожного движения. Совместные усилия государства, общественных организаций и граждан помогут не только снизить уровень травматизма, но и сохранить жизни, обеспечивая безопасное будущее для всех.

САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН
ҚАЛЫПТАСТЫРУДЫҢ НОРМАТИВТІК-ЗАҢНАМАЛЫҚ БАЗАСЫ

НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В
РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

REGULATORY AND LEGISLATIVE FRAMEWORK FOR THE
HEALTHY LIFESTYLE DEVELOPMENT

Қазақстан Республикасының кейбір заңнамалық актілеріне ойын бизнесі, лотерея қызметі, денсаулық сақтау, мемлекеттік еңбек инспекциясы, мемлекеттік бақылау және артық заңнамалық регламенттеуді болдырмау мәселелері бойынша өзгерістер мен толықтырулар енгізу туралы

О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам игорного бизнеса, лотерейной деятельности, охраны здоровья, государственной инспекции труда, государственного контроля и исключения излишней законодательной регламентации

On amendments and additions to some legislative acts of the Republic of Kazakhstan on gambling, lottery activities, health protection, state labor inspection, state control and exclusion of excessive legislative regulation

Закон Республики Казахстан от 8 июля 2024 года № 116-VIII ЗРК.

Статья 1. Внести изменения и дополнения в следующие законодательные акты Республики Казахстан:

1. В Гражданский кодекс Республики Казахстан (Особенная часть) от 1 июля 1999 года: в части второй пункта 1 статьи 913 слова "квитанции или иного документа" заменить словами "электронного лотерейного билета".
2. В Уголовный кодекс Республики Казахстан от 3 июля 2014 года: в абзаце первом части первой статьи 307 слова "бизнесе, либо" заменить словами "бизнесе, организация деятельности электронного казино и интернет-казино либо".
3. В Уголовно-исполнительный кодекс Республики Казахстан от 5 июля 2014 года: в абзацах первом и втором части десятой статьи 119 слова "местный орган по инспекции труда", "Местный орган по инспекции труда" заменить соответственно словами "территориальное подразделение уполномоченного государственного органа по труду", "Территориальное подразделение уполномоченного государственного органа по труду".
4. В Предпринимательский кодекс Республики Казахстан от 29 октября 2015 года:
 - 1) в части третьей пункта 3 статьи 193 слова "товаров и" заменить словами "товаров, оператора лотереи, а также";
 - 2) статью 324 дополнить пунктом 14-1 следующего содержания:
"14-1. Приостановить до 1 июля 2025 года действие пункта 4-1 и подпункта 4) пункта 6 статьи 129 настоящего Кодекса."
5. В Трудовой кодекс Республики Казахстан от 23 ноября 2015 года:
 - 1) в пункте 1 статьи 1:
в подпункте 18) слова "руководство и межотраслевую координацию" заменить словами "формирование и реализацию государственной политики";
дополнить подпунктом 18-1) следующего содержания:

"18-1) территориальные подразделения уполномоченного государственного органа по труду (территориальные подразделения) – структурные подразделения уполномоченного государственного органа по труду, осуществляющие в пределах соответствующей административно-территориальной единицы полномочия в области регулирования трудовых отношений в соответствии с законодательством Республики Казахстан";

подпункт 19) исключить;

2) в пункте 7 статьи 12 слова "местный орган по инспекции труда" заменить словами "территориальное подразделение";

3) в статье 16:

в подпункте 2) слова ", а также координирует деятельность и осуществляет проверку деятельности местного органа по инспекции труда" исключить;

подпункты 4) и 41-8) исключить;

4) в статье 17:

заголовок изложить в следующей редакции:

"Статья 17. Компетенция территориального подразделения";

абзац первый изложить в следующей редакции:

"Территориальное подразделение:";

подпункты 11) и 13) исключить;

дополнить подпунктом 15) следующего содержания:

"15) представляет сведения из единой системы учета трудовых договоров физическим и юридическим лицам с учетом требований законодательства Республики Казахстан о персональных данных и их защите.";

5) в подпункте 20) пункта 1 статьи 22 слова "местный орган по инспекции труда" заменить словами "территориальное подразделение";

6) в подпункте 22) пункта 2 статьи 23 слова "местного органа по инспекции труда" заменить словами "территориального подразделения";

7) в пункте 11 статьи 156 слова "местный орган по инспекции труда" заменить словами "территориальное подразделение";

8) в подпунктах 1) и 2) пункта 5 статьи 170 слова "местный орган по инспекции труда" заменить словами "территориальное подразделение";

9) в подпункте 3) пункта 1 статьи 181 слова "местный орган по инспекции труда" заменить словами "территориальное подразделение";

10) в подпункте 9) пункта 2 статьи 182 слова "уполномоченному государственному органу по труду и местному органу по инспекции труда" заменить словами "в уполномоченный государственный орган по труду и территориальное подразделение";

11) в пункте 5 статьи 186 слова "местный орган по инспекции труда" заменить словами "территориальное подразделение";

12) в подпункте 1) пункта 2 статьи 187 слова "местный орган по инспекции труда" заменить словами "территориальное подразделение";

13) в абзаце первом части первой пункта 4 статьи 188 слова "местным органом по инспекции труда" заменить словами "территориальным подразделением";

14) в абзаце первом части первой пункта 3 статьи 188-1 слова "местным органом по инспекции труда" заменить словами "территориальным подразделением";

15) в пункте 2 статьи 189 слова "местные органы по инспекции труда" заменить словами "территориальные подразделения";

16) в статье 190:

в подпункте 2) пункта 9 слова "местный орган по инспекции труда" заменить словами "территориальное подразделение";

в пункте 10 слова "местный орган по инспекции труда" заменить словами "территориальное подразделение";

в пункте 14 слова "соответствующий местный орган по инспекции труда" заменить словами

"соответствующее территориальное подразделение";

17) в подпунктах 3) и 4) пункта 2 статьи 191 слова "местного органа по инспекции труда" заменить словами "территориального подразделения";

18) в части первой статьи 200 слова "местным органом по инспекции труда" заменить словами "территориальным подразделением".

6. В Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года "О здоровье народа и системе здравоохранения":

1) пункт 1 статьи 1 дополнить подпунктами 133-1), 208-1), 208-2) и 294-3) следующего содержания:

"133-1) консультативное наблюдение – медицинское наблюдение за лицом с пагубным употреблением психоактивного вещества и (или) лицом с патологическим влечением к азартным играм;";

"208-1) пагубное употребление психоактивных веществ – немедицинское употребление, которое привело к физическим и (или) психическим, и (или) правовым последствиям без признаков синдрома зависимости;

208-2) медицинское освидетельствование для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения – обследование лица с целью установления состояния наркотического, алкогольного опьянений и опьянений от других психоактивных веществ, проводимое в государственных организациях здравоохранения, осуществляющих деятельность в области охраны психического здоровья, в порядке, определяемом уполномоченным органом;";

"294-3) энергетический напиток – безалкогольный и слабоалкогольный напиток, имеющий в своем составе кофеин и содержащие его растения (растительные экстракты), таурин, гуарану, мате, а также лекарственные растения и их экстракты, оказывающие тонизирующее действие, сахар, минеральные вещества, легко усвояемые углеводы, витамины и витаминоподобные вещества, субстраты и стимуляторы энергетического обмена, оказывающий негативное влияние на организм человека при его чрезмерном употреблении, за исключением кофе и чая;";

2) в пункте 7 статьи 45:

часть вторую изложить в следующей редакции:

"Объектами мониторинга рекламы являются масс-медиа и наружная (визуальная) реклама.";

в подпункте 3) части четвертой слова "средств массовой информации" заменить словом "масс-медиа";

3) дополнить статьей 108-1 следующего содержания:

"Статья 108-1. Профилактика и ограничение потребления энергетических напитков

1. Профилактика и ограничение потребления энергетических напитков направлены на защиту здоровья населения от последствий их потребления и предупреждение возникновения неинфекционных заболеваний.

2. Запрещается реализация энергетических напитков:

1) лицам в возрасте до двадцати одного года;

2) без непосредственного участия продавца посредством торговых автоматов, иных электронных или механических устройств;

3) без наличия документов об оценке (о подтверждении) соответствия.

3. Маркировка энергетических напитков осуществляется в соответствии с законодательством Республики Казахстан, а также требованиями международных договоров, ратифицированных Республикой Казахстан.

4. При продаже энергетических напитков лица, осуществляющие торговлю энергетическими напитками, в случае возникновения сомнения в достижении покупателем двадцати одного года обязаны:

1) требовать предъявления документа, удостоверяющего личность;

2) отказывать в продаже энергетических напитков в том случае, если не был предъявлен документ, удостоверяющий личность.

5. В местах, где осуществляется продажа энергетических напитков, на видном месте должна быть размещена надпись следующего содержания: "Запрещена продажа энергетических напитков

лицам в возрасте до двадцати одного года.";

4) пункт 1 статьи 165 дополнить подпунктом 3) следующего содержания:

"3) обеспечивает организацию и проведение медицинского освидетельствования для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения в порядке, определяемом уполномоченным органом.";

5) пункт 7 статьи 166 дополнить частью второй следующего содержания:

"Врач-психиатр проводит психиатрическую экспертизу и психиатрическое освидетельствование, в том числе на наличие психического и поведенческого расстройства (заболевания) со склонностью к совершению противоправных и (или) общественно опасных деяний.";

6) параграф 1 главы 20 дополнить статьей 176-1 следующего содержания:

"Статья 176-1. Консультативное наблюдение за лицом с психическими, поведенческими расстройствами (заболеваниями)

1. Консультативное наблюдение устанавливается за лицом с пагубным употреблением психоактивного вещества и (или) лицом с патологическим влечением к азартным играм.

2. Консультативное наблюдение предполагает наблюдение за состоянием психического здоровья лица путем регулярных осмотров врачом-психиатром и оказание ему необходимой медико-социальной помощи.

3. При изменении психического состояния лицо, находящееся на консультативном наблюдении, может быть освидетельствовано и по решению комиссии врачей-психиатров переведено на динамическое наблюдение.

4. Порядок оказания консультативного наблюдения утверждается уполномоченным органом.";

7) пункт 6 статьи 273 дополнить словами ", состоящих на динамическом наблюдении".

7. В Экологический кодекс Республики Казахстан от 2 января 2021 года:

в подпункте 4) пункта 1 статьи 21 слова "средствах массовой информации, в периодических и специальных печатных изданиях и иной информационной продукции, на интернет-ресурсах, с применением иных общедоступных информационно-коммуникационных средств" заменить словами "масс-медиа, сетях телекоммуникаций или на онлайн-платформах".

8. В Закон Республики Казахстан от 31 августа 1995 года "О банках и банковской деятельности в Республике Казахстан":

в статье 50:

часть вторую пункта 4 дополнить подпунктом 1-10) следующего содержания:

"1-10) представление банками органу государственных доходов сведений о наличии банковских счетов и их номерах, остатках и движении денег на счетах юридического лица, деятельностью которого являются организация и проведение азартных игр и (или) пари, в отношении которого осуществляется камеральный контроль";

пункт 6 дополнить подпунктом ж) следующего содержания:

"ж) органам государственных доходов в целях осуществления камерального контроля в отношении юридического лица, деятельностью которого являются организация и проведение азартных игр и (или) пари.".

9. В Закон Республики Казахстан от 19 декабря 2003 года "О рекламе":

1) в части четвертой пункта 1 статьи 8 слова "средств массовой информации" заменить словом "масс-медиа";

2) пункт 1-1 статьи 11 дополнить подпунктом 9) следующего содержания:

"9) реклама букмекерских контор или тотализаторов, размещенная внутри спортивных сооружений.";

3) статью 13 дополнить пунктами 1-4 и 1-5 следующего содержания:

"1-4. Запрещается реклама букмекерских контор и (или) тотализаторов:

1) наружная (визуальная), за исключением расположенной в месте расположения букмекерской конторы и (или) тотализатора, внутри спортивных сооружений и на экипировке спортсменов;

2) на транспортных средствах;

3) в масс-медиа, кино-, видео- и справочном обслуживании, за исключением рекламы в средствах массовой информации, зарегистрированных в уполномоченном органе в области масс-медиа, со спортивной тематической направленностью, а также при прямой трансляции отечественными телеканалами международных спортивных соревнований.

1-5. Реклама букмекерских контор и (или) тотализаторов может содержать только наименование, элементы товарного знака, место нахождения, интернет-ресурс (при наличии такового) букмекерской конторы и (или) тотализатора, дату выдачи, срок действия и номер лицензии на занятие деятельностью букмекерской конторы и (или) тотализатора.";

4) в подпунктах 1) и 2) пункта 1 статьи 14-2 слово "телерадиовещания" заменить словом "масс-медиа";

5) в абзаце первом пункта 2 статьи 17-1 слово "телерадиовещания" заменить словом "масс-медиа".

10. В Закон Республики Казахстан от 5 июля 2004 года "О связи":

статью 40 дополнить пунктом 1-5 следующего содержания:

"1-5. Операторам связи запрещается оказывать услуги по рассылке текстовых сообщений на абонентские устройства сотовой связи населения, содержащих рекламу электронного казино, интернет-казино, а также рекламу азартных игр и (или) пари."

11. В Закон Республики Казахстан от 7 февраля 2005 года "Об обязательном страховании работника от несчастных случаев при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей":

в подпункте 7) статьи 10 слова "местный орган по инспекции труда" заменить словами "территориальное подразделение уполномоченного государственного органа по труду".

12. В Закон Республики Казахстан от 12 января 2007 года "Об игорном бизнесе":

1) преамбулу исключить;

2) в статье 1:

дополнить подпунктом 3-1) следующего содержания:

"3-1) единая система учета – совокупность программного обеспечения и технических средств, подключенных посредством сетей телекоммуникаций к аппаратно-программному комплексу букмекерской конторы и (или) тотализатора и обеспечивающих прием (осуществление) наличных и безналичных платежей, в том числе с использованием электронных денег, выплату выигрышей, а также осуществляющих персонализированный сбор, обработку и хранение информации о каждом участнике пари, принятых ставках на пари (в том числе электронных) по каждому участнику пари, коэффициентах на варианты исхода пари, выигрышах и выплатах по ним и иные функции, предусмотренные настоящим Законом;"

в подпункте 7-2) слова "физическое лицо, ограничившее" заменить словами "гражданин Республики Казахстан, ограничивший";

дополнить подпунктом 7-3) следующего содержания:

"7-3) мерчент ID – уникальный набор символов, идентифицирующих иностранную компанию как получателя платежа и (или) перевода денег с использованием платежных систем;"

подпункт 17-3) исключить;

3) дополнить статьей 1-1 следующего содержания:

"Статья 1-1. Цель и задачи законодательства Республики Казахстан об игорном бизнесе

1. Целью законодательства Республики Казахстан об игорном бизнесе является регулирование общественных отношений, связанных с осуществлением деятельности в сфере игорного бизнеса, в интересах граждан, общества и государства.

2. Задачи законодательства Республики Казахстан об игорном бизнесе:

1) определение условий и порядка организации деятельности в сфере игорного бизнеса;

2) установление организационных основ государственного контроля и регулирования в сфере игорного бизнеса.";

4) в пункте 2 статьи 6:

дополнить подпунктами 2-1) и 2-2) следующего содержания:

"2-1) интернет-ресурсы иностранных букмекерских контор и тотализаторов, не имеющих лицензий на право занятия деятельностью в сфере игорного бизнеса в Республике Казахстан;

2-2) электронные кассы тотализатора или букмекерской конторы, кроме тех, которые зарегистрированы под доменными именами .KZ или .ҚАЗ и поставлены на регистрационный учет в соответствии с налоговым законодательством Республики Казахстан;";

в подпункте 9) слова "признана незаконной на территории Республики Казахстан на основании судебного акта" заменить словами "является незаконной на территории Республики Казахстан по решению уполномоченного органа в соответствии с настоящим Законом";

5) дополнить статьей 6-1 следующего содержания:

"Статья 6-1. Перечень иностранных организаторов игорного бизнеса, деятельность которых является незаконной на территории Республики Казахстан

Уполномоченный орган ведет перечень иностранных организаторов игорного бизнеса, деятельность которых является незаконной на территории Республики Казахстан (далее – перечень), и размещает его на своем интернет-ресурсе.

Перечень включает данные мерчент ID иностранных организаторов игорного бизнеса, деятельность которых является незаконной на территории Республики Казахстан, и иные сведения, определяемые уполномоченным органом.

Поставщики платежных услуг считаются уведомленными о включении в перечень по истечении пяти рабочих дней со дня размещения такой информации на интернет-ресурсе уполномоченного органа.";

б) в пункте 1 статьи 8:

подпункт 4) исключить;

дополнить подпунктами 4-1), 4-2), 4-3), 4-4) и 5-1) следующего содержания:

"4-1) разрабатывает и утверждает правила функционирования единой системы учета и передачи информации, содержащейся в единой системе учета, иным лицам в соответствии с законодательством Республики Казахстан;

4-2) разрабатывает и утверждает правила определения юридического лица, обеспечивающего функционирование единой системы учета, и предъявляемые к нему квалификационные требования по согласованию с уполномоченным органом, осуществляющим руководство в сфере защиты конкуренции и ограничения монополистической деятельности, уполномоченным органом в сфере информатизации и Национальным Банком Республики Казахстан;

4-3) устанавливает размер комиссии, взимаемой юридическим лицом, обеспечивающим функционирование единой системы учета, при выплате выигрышей участникам пари по согласованию с уполномоченным органом, осуществляющим руководство в сфере защиты конкуренции и ограничения монополистической деятельности;

4-4) определяет срок сотрудничества с юридическим лицом, обеспечивающим функционирование единой системы учета, условия его пролонгации или прекращения";

"5-1) определяет юридическое лицо, обеспечивающее функционирование единой системы учета, в соответствии с утвержденными правилами и квалификационными требованиями";

подпункт 7-2) исключить;

подпункт 7-3) после слова "интернет-казино" дополнить словами ", иностранных букмекерских контор и (или) тотализаторов, не имеющих лицензий на право занятия деятельностью в сфере игорного бизнеса в Республике Казахстан,";

дополнить подпунктами 7-5) и 7-6) следующего содержания:

"7-5) разрабатывает и утверждает нормативные правовые акты в сфере деятельности игорного бизнеса в соответствии с законодательством Республики Казахстан;

7-6) ведет список лиц, ограниченных в участии в азартных играх и (или) пари";

7) в статье 12:

в пункте 12 слова "центре учета ставок" заменить словами "единой системе учета";

дополнить пунктом 15-1 следующего содержания:

"15-1. Организатор игорного бизнеса размещает в игорном заведении, помещениях букмекерской конторы или тотализатора, кассах казино и зала игровых автоматов, кассах и электронных кассах букмекерской конторы и (или) тотализатора, на собственных интернет-ресурсах (при наличии таковых) на видном месте предупреждение о рисках и вреде участия в азартных играх и (или) пари.

Предупреждение о рисках и вреде участия в азартных играх и (или) пари должно содержать предполагаемые негативные последствия.

Текст, эскизы предупреждения о рисках и вреде участия в азартных играх и (или) пари утверждаются уполномоченным органом.";

8) статью 12-1 дополнить пунктом 4 следующего содержания:

"4. Организаторы игорного бизнеса, осуществляющие деятельность букмекерской конторы и (или) тотализатора, обязаны обеспечить интеграцию аппаратно-программных комплексов с информационными системами органов государственных доходов и уполномоченного органа по финансовому мониторингу в целях обеспечения автоматизированного взаимодействия по передаче сведений.

Порядок, перечень и форма сведений, подлежащих передаче посредством интеграции аппаратно-программных комплексов организаторов игорного бизнеса, осуществляющих деятельность букмекерской конторы и (или) тотализатора, с информационными системами органов государственных доходов и уполномоченного органа по финансовому мониторингу, устанавливаются соответствующими государственными органами.";

9) дополнить статьей 12-2 следующего содержания:

"Статья 12-2. Единая система учета

1. Функционирование единой системы учета обеспечивает юридическое лицо, определенное уполномоченным органом в соответствии с утвержденными правилами и квалификационными требованиями.

2. К юридическому лицу, обеспечивающему функционирование единой системы учета, предъявляются следующие требования:

1) наличие программно-технических средств, позволяющих осуществлять функции единой системы учета, сервера которых размещены на территории Республики Казахстан;

2) прохождение учетной регистрации на предоставление платежных услуг в Национальном Банке Республики Казахстан или наличие лицензии на проведение банковских операций.

3. Не могут выступать в качестве юридического лица, обеспечивающего функционирование единой системы учета, юридические лица:

1) не зарегистрированные на территории Республики Казахстан;

2) включенные в перечень организаций, связанных с финансированием терроризма и экстремизма, в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан;

3) имеющие неисполненные обязательства по исполнительным документам и включенные уполномоченным органом, осуществляющим реализацию государственной политики и государственное регулирование деятельности в сфере обеспечения исполнения исполнительных документов, в Единый реестр должников;

4) учредителями (участниками) и (или) исполнительным органом, и (или) аффилированным лицом которых являются лица, имеющие не погашенную или не снятую в установленном законом порядке судимость за преступления в сфере экономической деятельности либо умышленные преступления средней тяжести, тяжкие преступления, особо тяжкие преступления, и (или) лица, включенные в перечень лиц, связанных с финансированием терроризма и экстремизма, в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан.";

10) подпункт 1-2) пункта 1 статьи 13 после слова "основании" дополнить словами "в гостиничном комплексе категории не ниже трех звезд, в котором осуществляется деятельность казино";

11) в статье 15:

пункт 1 изложить в следующей редакции:

"1. Запрещается участие в азартных играх и (или) пари:

1) физических лиц в возрасте до двадцати одного года;

2) лиц, ограниченных в участии в азартных играх и (или) пари;

3) лиц, имеющих неисполненные обязательства по исполнительным документам об имущественных взысканиях, включенных уполномоченным органом, осуществляющим реализацию государственной политики и государственное регулирование деятельности в сфере обеспечения исполнения исполнительных документов, в Единый реестр должников.";

подпункт 18) пункта 2 дополнить словами ", предусмотренные типовыми правилами работы игорного заведения, букмекерской конторы или тотализатора, приема ставок и проводимых азартных игр и (или) пари, утвержденными уполномоченным органом";

дополнить пунктом 2-1 следующего содержания:

"2-1. Правила работы игорного заведения, букмекерской конторы или тотализатора, приема ставок и проводимых азартных игр и (или) пари должны соответствовать типовым правилам работы игорного заведения, букмекерской конторы или тотализатора, приема ставок и проводимых азартных игр и (или) пари, утвержденным уполномоченным органом.";

12) в статье 15-1:

пункты 1, 2, 3, 4 и 5 изложить в следующей редакции:

"1. Гражданин Республики Казахстан, достигший двадцатиодноголетнего возраста, может самостоятельно ограничить себя в участии в азартных играх и (или) пари сроком от шести месяцев до десяти лет путем подачи заявления в уполномоченный орган о включении себя в список лиц, ограниченных в участии в азартных играх и (или) пари.

Заявление должно содержать фамилию, имя, отчество (если оно указано в документе, удостоверяющем личность), данные документа, удостоверяющего личность, срок ограничения в участии в азартных играх и (или) пари, личную или электронно-цифровую подпись. Поданное заявление не подлежит возврату или отзыву.

2. Близкие родственники, члены семьи на основании вступившего в законную силу решения суда об ограничении дееспособности гражданина вправе обратиться в уполномоченный орган с заявлением о включении такого лица в список лиц, ограниченных в участии в азартных играх и (или) пари.

3. Порядок подачи заявления о включении в список лиц, ограниченных в участии в азартных играх и (или) пари, а также ведения списка определяется уполномоченным органом.

Информация о лицах, ограниченных в участии в азартных играх и (или) пари, является конфиденциальной.

Лица, получающие доступ к информации о лицах, ограниченных в участии в азартных играх и (или) пари, обеспечивают ее конфиденциальность путем соблюдения требования не допускать ее распространения без согласия заявителя или его законного представителя либо наличия иного законного основания.

Лица, которым стали известны сведения о лицах, ограниченных в участии в азартных играх и (или) пари в связи с профессиональной, служебной необходимостью, а также трудовыми отношениями, обязаны обеспечивать их конфиденциальность.

В силу профессиональной, служебной необходимости, а также в связи с трудовыми отношениями доступ к списку лиц, ограниченных в участии в азартных играх и (или) пари, может быть обеспечен правоохранительным, специальным государственным органам, Национальному Банку Республики Казахстан и уполномоченному органу по регулированию, контролю и надзору финансового рынка и финансовых организаций по отдельным запросам в адрес уполномоченного органа и при условии обеспечения конфиденциальности и соблюдения иных требований, установленных законодательством Республики Казахстан.

4. До истечения срока ограничения участия в азартных играх и (или) пари гражданин Республики Казахстан может подать заявление о продлении ограничения на новый срок.

5. Уполномоченный орган после дня окончания срока самоограничения в участии в азартных играх и (или) пари исключает из списка лицо, включенное в список лиц, ограниченных в участии в азартных играх и (или) пари.

Лицо, включенное в список лиц, ограниченных в участии в азартных играх и (или) пари, в соответствии с пунктом 2 настоящей статьи, исключается из списка уполномоченным органом на основании вступившего в законную силу решения суда об отмене ограничения дееспособности гражданина.";

в пункте 6:

в части второй слова "центра учета ставок" заменить словами "единой системы учета";

в части третьей слова "Центр учета ставок обязан" заменить словами "Единая система учета обязана";

дополнить пунктом 7 следующего содержания:

"7. Организаторы игорного бизнеса отказывают в доступе к участию в азартных играх и (или) пари физическим лицам, которым установлен запрет на участие в азартных играх и (или) пари в соответствии с пунктом 1 статьи 15 настоящего Закона."

13. В Закон Республики Казахстан от 6 января 2011 года "О правоохранительной службе":

пункт 1 статьи 80 дополнить подпунктом 15-2) следующего содержания:

"15-2) за несоблюдение антикоррупционных ограничений, установленных Законом Республики Казахстан "О противодействии коррупции";".

14. В Закон Республики Казахстан от 1 марта 2011 года "О государственном имуществе":

в пункте 5 статьи 215 слова "квитанциям или иным документам", "квитанций или иных документов", "квитанции или иного документа" заменить соответственно словами "электронным лотерейным билетам", "электронных лотерейных билетов", "электронного лотерейного билета".

15. В Закон Республики Казахстан от 13 февраля 2012 года "О специальных государственных органах Республики Казахстан":

абзац седьмой части второй подпункта 11) пункта 14 статьи 51 дополнить словами "и (или) пари на деньги, вещи и иные ценности".

16. В Закон Республики Казахстан от 16 февраля 2012 года "О воинской службе и статусе военнослужащих":

абзац седьмой части второй подпункта 11) пункта 2 статьи 26 дополнить словами "и (или) пари на деньги, вещи и иные ценности".

17. В Закон Республики Казахстан от 18 ноября 2015 года "О противодействии коррупции":

1) в пункте 1 статьи 12:

в абзаце первом слова ", а также лицами, являющимися кандидатами, уполномоченными на выполнение указанных функций," исключить;

дополнить подпунктом 6) следующего содержания:

"6) участию в азартных играх и (или) пари в игорных заведениях, которые подпадают под определение, предусмотренное Законом Республики Казахстан "Об игорном бизнесе", а равно участию в азартных играх и (или) пари в неотведенных для этого местах или в азартных играх и (или) пари, проводимых посредством использования сетей телекоммуникаций, в том числе сети Интернет.";

2) в части первой пункта 4 статьи 24-2 слова "местный орган по инспекции труда" заменить словами "территориальное подразделение уполномоченного государственного органа по труду".

18. В Закон Республики Казахстан от 23 ноября 2015 года "О государственной службе Республики Казахстан":

1) в части первой пункта 5 статьи 44 слова "11), 12) и 15)" заменить словами "11) и 12)";

2) подпункт 15) части первой пункта 1 статьи 50 исключить.

19. В Закон Республики Казахстан от 9 апреля 2016 года "О лотереях и лотерейной деятельности":

1) преамбулу исключить;

2) в статье 1:

в подпунктах 2) и 3) слова "квитанций или иных документов" заменить словами "электронных лотерейных билетов";

в подпункте 5) слова "квитанциях или иных документах", "квитанций или иных документов" заменить соответственно словами "электронных лотерейных билетах", "электронных лотерейных билетов";

подпункт 6) изложить в следующей редакции:

"6) лотерейный билет – документ, подтверждающий право на участие в лотерее;";

в подпункте 7) слова "квитанциях или иных документах", "квитанций или иных документов" заменить соответственно словами "электронных лотерейных билетах", "электронных лотерейных билетов";

в подпункте 10) слова "квитанции или ином документе" заменить словами "электронном лотерейном билете";

в подпункте 11) слова "квитанцией или иным документом" заменить словами "электронным лотерейным билетом";

дополнить подпунктом 11-1) следующего содержания:

"11-1) лотерейное мобильное приложение – программный продукт оператора лотереи, установленный и запущенный на абонентском устройстве сотовой связи, предоставляющий доступ к реализации (оформлению) электронных лотерейных билетов;";

в подпунктах 14) и 14-1) слова "квитанций или иных документов" заменить словами "электронных лотерейных билетов";

в подпункте 15) слова ", квитанций или иных документов" исключить;

в подпункте 16) слова "квитанции или иные документы", "квитанции или иного документа" заменить соответственно словами "электронные лотерейные билеты", "электронного лотерейного билета";

в подпунктах 17) и 18) слова "квитанций или иных документов" заменить словами "электронных лотерейных билетов";

дополнить подпунктом 20) следующего содержания:

"20) электронный лотерейный билет – документ в электронно-цифровой форме, подтверждающий право на участие в лотерее;";

3) дополнить статьей 1-1 следующего содержания:

"Статья 1-1. Цели и задачи законодательства Республики Казахстан о лотереях и лотерейной деятельности

1. Целями законодательства Республики Казахстан о лотереях и лотерейной деятельности являются обеспечение гарантии прав участников лотереи, регулирование деятельности оператора лотереи.

2. Задачи законодательства Республики Казахстан о лотереях и лотерейной деятельности:

1) определение условий и особенностей организации лотереи и лотерейной деятельности и ее проведения;

2) установление организационных основ государственного контроля и регулирования в сфере лотереи и лотерейной деятельности.";

4) в статье 4:

в пункте 1 слова "квитанции или иного документа" заменить словами "электронного лотерейного билета";

в абзаце первом пункта 2 слова "квитанции или иного документа" заменить словами "электронного лотерейного билета";

в пункте 5 слова "квитанций или иных документов", "квитанции или иные документы" заменить соответственно словами "электронных лотерейных билетов", "электронные лотерейные билеты";

5) в статье 5:

часть вторую пункта 1 исключить;

в пункте 2 слова "законодательством Республики Казахстан о лотереях и лотерейной

деятельности" заменить словами "настоящим Законом";

в пункте 5 слова "квитанций или иных документов" заменить словами "электронных лотерейных билетов";

б) статью 7 дополнить подпунктом 3-2) следующего содержания:

"3-2) разрабатывает и утверждает нормативные правовые акты в сфере лотереи и лотерейной деятельности в соответствии с законодательством Республики Казахстан";

7) в части второй пункта 3 статьи 8 слова "квитанциях или иных документах", "квитанций или иных документов" заменить соответственно словами "электронных лотерейных билетах", "электронных лотерейных билетов";

8) в статье 10:

пункт 1 дополнить частью второй следующего содержания:

"Условия проведения лотереи, внесения изменений и дополнений подлежат согласованию в уполномоченном органе в порядке, установленном настоящей статьей.";

в пункте 2:

в подпунктах 8) и 10) слова "квитанций или иных документов" заменить словами "электронных лотерейных билетов";

в подпункте 11) слова "квитанции или иного документа" заменить словами "электронного лотерейного билета";

пункт 3 изложить в следующей редакции:

"3. Оператор лотереи обязан согласовать условия проведения лотереи, внесения изменений и дополнений в уполномоченном органе на соответствие законодательству Республики Казахстан о лотереях и лотерейной деятельности.

Оператор лотереи не вправе проводить лотереи без утвержденных и согласованных в уполномоченном органе условий проведения лотереи.

Условия проведения лотереи, внесения изменений и дополнений считаются недействительными при отсутствии согласования с уполномоченным органом.";

дополнить пунктами 4 и 5 следующего содержания:

"4. Уполномоченный орган согласовывает либо отказывается в согласовании условий проведения лотереи, внесения изменений и дополнений в течение пяти рабочих дней со дня их поступления.

5. После утверждения согласованных уполномоченным органом условий проведения лотереи оператор лотереи обязан направить их оригинальный экземпляр в уполномоченный орган не позднее чем за десять календарных дней до начала ее проведения и разместить условия проведения лотереи на своем интернет-ресурсе не позднее чем за один календарный день.";

9) в пункте 1 статьи 11 слова "квитанций или иных документов" заменить словами "электронных лотерейных билетов";

10) в статье 12:

в заголовке слова "квитанциям или иным документам" заменить словами "электронным лотерейным билетам";

в пункте 1:

в абзаце первом слова ", квитанции или иные документы, за исключением электронной формы," исключить;

в подпунктах 4) и 5) слова ", квитанции или иного документа" исключить;

в пункте 1-1:

в абзаце первом слова "Электронная форма лотерейных билетов, квитанций или иных документов должна" заменить словами "Электронные лотерейные билеты должны";

в подпунктах 2) и 3) слова "лотерейного билета, квитанции или иного документа" заменить словами "электронного лотерейного билета";

в подпункте 4) слова "(для тиражных лотерей)", "(для тиражной лотереи)" исключить;

в пункте 2 слова "квитанциях или иных документах" заменить словами "электронных лотерейных билетах";

в пункте 3 слова "Электронная форма лотерейного билета, квитанции или иного документа" заменить словами "Электронный лотерейный билет";

11) дополнить статью 12-1 следующего содержания:

"Статья 12-1. Требования к распространению (реализации) лотерейных билетов, электронных лотерейных билетов, установке лотерейных терминалов.

1. Оператор лотереи осуществляет распространение (реализацию) лотерейных билетов самостоятельно и (или) через распространителя (агента) лотереи.

2. Оператор лотереи осуществляет распространение (реализацию) электронных лотерейных билетов самостоятельно, через свой официальный интернет-ресурс и (или) лотерейное мобильное приложение.

3. Распространение (реализация) лотерейных билетов осуществляется через:

- 1) лотерейные терминалы;
- 2) нестационарные торговые объекты;
- 3) отделения почтовой связи Национального оператора почты;
- 4) отделения оператора лотереи (лотерейный центр).

4. Лотерейные билеты не могут распространяться, а лотерейные терминалы не могут устанавливаться в:

- 1) многоквартирных жилых домах, общежитиях;
- 2) организациях образования и в радиусе ста метров от них;
- 3) организациях здравоохранения и в радиусе ста метров от них;
- 4) культовых зданиях (сооружениях);
- 5) отдельно стоящих зданиях и сооружениях, в которых расположены организации культуры.

5. Запрещаются распространение (реализация) лотерейных билетов, электронных лотерейных билетов, установка лотерейных терминалов в ином порядке и способами, кроме тех, которые предусмотрены настоящим Законом.";

12) в статье 13:

в пункте 2 слова "в данном розыгрыше" заменить словами "в своем лотерейном билете, электронном лотерейном билете";

в подпункте 2) части первой пункта 4 слова "квитанций или иных документов" заменить словами "электронных лотерейных билетов";

в пункте 6 слова "квитанциям или иным документам" заменить словами "электронным лотерейным билетам";

в подпункте 1) пункта 8 слова "квитанции или ином документе" заменить словами "электронном лотерейном билете";

13) в статье 14 слова "квитанций или иных документов" заменить словами "электронных лотерейных билетов".

20. В Закон Республики Казахстан от 26 июля 2016 года "О платежах и платежных системах":

1) в статье 24:

пункт 1 после слова "терроризма" дополнить словами "и Закона Республики Казахстан "Об игорном бизнесе";

пункт 4 после слова "системах" дополнить словами "и Закона Республики Казахстан "Об игорном бизнесе";

2) статью 25 дополнить пунктом 13 следующего содержания:

"13. Отказ в осуществлении платежей и (или) переводов денег платежными организациями производится в случаях, предусмотренных настоящим Законом и законами Республики Казахстан "О противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем, и финансированию терроризма" и "Об игорном бизнесе".";

3) подпункт 4) части первой пункта 7 статьи 46 после слова "терроризма" дополнить словами ", Законом Республики Казахстан "Об игорном бизнесе".

21. В Закон Республики Казахстан от 30 декабря 2022 года "О внесении изменений и

дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам реализации отдельных поручений Главы государства":

часть первую подпункта 1) статьи 3 исключить.

Статья 2. Настоящий Закон вводится в действие по истечении шестидесяти календарных дней после дня его первого официального опубликования, за исключением:

подпункта 2) пункта 4 статьи 1, который вводится в действие со дня его первого официального опубликования;

пунктов 3, 5, 11 и подпункта 2) пункта 17 статьи 1, которые вводятся в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования;

подпункта 2) пункта 6, пункта 7, подпунктов 1), 4) и 5) пункта 9 статьи 1, которые вводятся в действие со дня введения в действие Закона Республики Казахстан "О масс-медиа";

абзаца пятого подпункта 1) и подпункта 3) пункта 6 статьи 1, которые вводятся в действие с 1 января 2025 года.

Мақалалардың мазмұнына қойылатын талаптар

Мақалаларда ғылыми зерттеулердің аралық немесе түпкілікті нәтижелерінің өзіндік қорытындылары мен баяндамалары, авторлық әзірлемелер, бұрын жарияланбаған және жаңалық болып табылатын қорытындылар, ұсынымдар болуға тиіс. Жарияланымға жалпы тақырыпқа қатысты бұрын жарияланбаған ғылыми жұмыстарды қарауға арналған жүйелі шолулар да қабылданады. Талаптарға сәйкес келмейтін мақалалар қабылданбайды!

Журналдың редакциялық кеңесі конференция тақырыбына, ғылыми стандарттарға немесе техникалық талаптарға сәйкес келмейтін материалдарды қабылдамау құқығын өзіне қалдырады. Ұйымдастыру комитеті мақалалардың мәтінін редакциялауды көздемейді. Автор ұсынылған материал бойынша ғылыми және зерттеу этикасын сақтауға жауапты.

Қолжазба жұмыс орындалған мекеме басшысының ілеспе хатымен (кірістірілген файлмен) қабылданады. Кадрлар бөлімінде куәландырылған шолу. Жергілікті әдеп комитетінің қорытындысы (бар болса).

Файл атауы бірінші автордың аты-жөні бойынша беріледі: егер бір автордан бірнеше жұмыс берілсе, онда файл атауы "аты-жөні 1", "аты-жөні 2" (мысалы: Петров Г.П. 1, Петров Г. П. 2). Әр мақала плагиат тексеруден өтеді. Мақала келесі бөлімдерден тұруы керек:

- Атауы
- Түйіндеме (аннотация)
- Кілт сөздер
- Кіріспе
- Зерттеу мақсаты
- Зерттеу материалдары мен әдістері
- Нәтижелер және талқылау
- Қорытынды (заклучение)
- Қорытындылар (выводы)
- Пайдаланылған әдебиеттер тізімі

Мұқаба беті

Титулдық бет былайша ресімделеді: бірінші жол – ӘҚБ жоғарғы сол жақ бұрышында, екінші жол - жұмыстың атауы аббревиатурасыз қалың қаріппен бас әріптермен, үшінші жол-инициалдары, автордың (- лардың) тегі, төртінші жол-ғылыми дәрежесі, ғылыми атағы, бесінші жол-мекеменің толық атауы, қаласы, ел. Қысқартуға болмайды. Алғашқы үш тігісті парақтың ортасына туралау. Жарамсыз мақалалар түзетуге қайтарылады.

Түйіндеме (аннотация)

Екінші бетте үш тілде (орыс, қазақ және ағылшын) түйіндеме мен түйінді сөздер болуы қажет. Түйіндеме құрылымдалған және келесі бөлімдерден тұруы керек: "Кіріспе", "Зерттеу мақсаты", "Әдістер", "Нәтижелер", "Қорытындылар". Түйіндеме көлемі 300 сөзден аспауы тиіс (бірнеше сөйлем). Түйіндеменің астында "кілт сөздер" тұруы тиіс, яғни зерттеуде қарастырылған сұрақтарды көрсететін 3-6 кілт сөз. Кілт сөздер үшін Medline, Pubmed мақалалар базасындағы терминдерді қолданған жөн. Бірінші және екінші бет үш тілде қазақ, орыс, ағылшын тілдерінде беріледі.

Кіріспе

Бұл бөлімде мәселенің мәні және оның маңыздылығы көрсетіледі. Оқырманға осы зерттеуді жүргізу қажеттілігін дәлелді түрде дәлелдеу қажет. Басқа елдерде жүргізілген зерттеулердің нәтижелеріне де сілтеме жасау керек. Бөлімнің соңында зерттеудің мақсаты тұжырымдалады. Мұнда мақсатқа жету үшін қойылған міндеттер де келтіріледі.

Зерттеу материалдары мен әдістері

Бөлім тек зерттеуде қолданылатын әдістерді қамтуы керек. Бөлімде келесі тармақтардың нақты сипаттамасын ұсыну қажет: зерттеу түрі, зерттеуге қатысушыларды таңдау әдісі, деректерді ұсыну және өңдеу әдістері.

1. Зерттеу түрі

Бөлім жүргізілетін зерттеу түрін нақты сипаттайды (әдебиеттерге шолу, бақылау, эксперименттік және т.б.). Зерттеу жылын, әсіресе маусымдық өзгергіштікпен сипатталатын белгілерді зерттеуді көрсету керек.

2. Деректерді ұсыну және өңдеу әдісі

Деректерді өңдеу әдісі егжей-тегжейлі сипатталуы керек. Бөлімде барлық статистикалық терминдер, заттардың нормативтері, барлық қолданылған дәрі-дәрмектер мен химиялық заттар, зерттеулерде қолданылатын белгілер мен қысқартулар анықталуы керек. Егер жұмыста бірнеше статистикалық критерийлер қолданылса, олардың барлығын атап өту керек және қандай жағдайда қандай критерийлер қолданылғанын көрсету керек.

Нәтижелер және талқылау

Нәтижелер мәтін және кесте ретінде, зерттеу мақсаттары мен міндеттерінің реттілігіне негізделген логикалық дәйектілікпен иллюстрациялар түрінде ұсынылуы керек. Кестелерде немесе иллюстрацияларда ұсынылған нәтижелерді мәтінде қайталауға тыйым салынады. Өлшем бірліктері халықаралық SI бірліктер жүйесіне сәйкес келуі керек. Графиктер, схемалар немесе JPEG форматтарында ұсынылуы мүмкін. Кестелер мәтіндегі кестеге сілтеме жасағаннан кейін басып шығарылуы керек, әр бағанның тақырыбы, терминдер мен аббревиатуралардың түсіндірмесі кесте жазбаларында көрсетілуі керек. Барлық иллюстрациялар мәтінде көрсетілген ретпен араб цифрларымен дәйекті түрде нөмірленуі керек. Басқа көздерден алынған иллюстрацияларды пайдаланған кезде ақпарат көзін беру қажет.

Қорытынды (заключение)

Бұл бөлім зерттеудің негізгі нәтижелерін қысқаша (2-3 ұсыныстан аспайтын) ұсынудан басталуы тиіс. Бұл бөлімде "кіріспе" және "әдістер" бөлімдерінде сипатталған материалды қайталамау керек. Зерттеудің жаңа және маңызды аспектілерін бөліп көрсету қажет. Зерттеудің күшті жақтарын немесе осы тақырып бойынша басқаларға қарағанда жақсы екенін атап өткен жөн.

Қорытындылар (выводы)

Бұл бөлім зерттеу мақсаттарына сүйене отырып жасалуы керек. Ғылымды дамыту үшін зерттеу еңбегінің маңыздылығын атап өткен жөн.

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі

Әдебиеттер тізіміндегі нөмірлеу алфавиттік ретпен емес, дәйексөз бойынша жүзеге асырылады. Соңғы 5-7 жыл ішінде шығарылған дереккөздерді пайдалану ұсынылады. Отандық авторлардың тегі түпнұсқа тілінде шетелдік авторлардың аты-жөні, тегі, аты, әкесінің аты жазылады. Библиография 1,5 аралық бағанмен басылуы керек. Түпнұсқа мақалалар үшін дереккөздер саны 25-30, ал шолу мақалалары үшін 60-тан аспауы керек. Әдебиеттер тізіміне конференциялардың тезистері енгізілмейді, конференциялардың баяндамалары интернетте қол жетімді болса және анықтаған жағдайда ғана әдебиеттер тізіміне енгізілуі мүмкін-бұл ретте URL ссылкасы, нормативтік және заңнамалық актілер (қаулылар, заңдар, нұсқаулықтар және т.б.), баяндамалар, есептер, хаттамалар көрсетіледі. Журналдардағы мақалаларды сипаттау кезінде авторлардың аты-жөні, мақаланың атауы және журналдың атауы, жылы, көлемі, бет нөмірі көрсетіледі. Жинақтардағы мақалаларды сипаттау кезінде авторлардың аты-жөні, мақаланың атауы, жинақтың атауы, шыққан жері мен жылы, беттер саны көрсетіледі. Монографияны сипаттау кезінде авторлардың аты-жөні, монографияның атауы, басылымның орны, баспаның атауы, шыққан жылы, беттер саны

көрсетіледі. Монографиядан тарауды сипаттау кезінде тарау авторларының аты-жөні, тараудың атауы, монография авторларының аты-жөні, монографияның атауы, жарияланған орны мен жылы, беттер саны көрсетіледі. Авторлар ұжымы жазған жұмыс (3 адамнан астам) кітаптың атауы бойынша тізімде келтіріледі. Қиғаш сызық арқылы атауынан кейін 4 автордың аты – жөні, егер 5 және одан көп автор болса - 3 автордың аты-жөні көрсетіледі.

Мақалалар орыс, қазақ немесе ағылшын тілдерінде қабылданады.

Мақала форматы: А4, барлық өрістер 20 мм, жоғарғы оң жақ бұрыштағы бет нөмірі; 1,5 интервалдан кейін, қаріп өлшемі – 12 пт, шегініс 10 мм. тек Times New Roman қарпін қолданыңыз. Мақалалар А 4 форматындағы 10 бетке дейін, шолулар – 12-14 бетке дейін, қолжазбаларды электронды мекен-жайға жіберуге болады: zhurnal.ncoz@hls.kz

Требования к содержанию статей

Статьи должны содержать собственные выводы и изложения промежуточных или окончательных результатов научных исследований, авторские разработки, выводы, рекомендации, ранее не публиковавшиеся и являющиеся новизной. К публикации принимаются также систематические обзоры, посвященные рассмотрению ранее не опубликованных научных работ, относящихся к общей тематике. Статьи несоответствующие требованиям не принимаются!

Рукопись принимается с: сопроводительным письмом руководителя учреждения (вложенным файлом), в котором выполнялась работа. Рецензией, заверенной в отделе кадров. Заключением локального этического комитета (при наличии).

Редакционный совет журнала оставляет за собой право отклонить материалы, не соответствующие тематике конференции, научным стандартам или техническим требованиям. Оргкомитет не предполагает редактирования текста публикаций. Автор несёт ответственность за соблюдение научной и исследовательской этики по предоставленному материалу.

Название файла дается по фамилии первого автора: Если подаются несколько работ от одного автора, то имя файла «ФИО 1», «ФИО 2» (например: Петров Г.П.1, Петров Г.П.2). Каждая статья проходит проверку антиплагиата. Статья должна состоять из следующих разделов:

- Название
- Резюме (аннотация)
- Ключевые слова
- Введение
- Цель исследования
- Материалы и методы исследования
- Результаты и обсуждение
- Заключение
- Выводы
- Список использованной литературы

Титульная страница

Титульная страница оформляется следующим образом: *первая строка* – в левом верхнем углу УДК, *вторая строка* - название работы прописными буквами жирным шрифтом без сокращений, *третья строка* – инициалы, фамилия(ии) автора(-ов), *четвертая строка* – ученая степень, ученое звание, *пятая строка* – полное название учреждения, город, страна. Сокращения не допускаются. Выравнивание первых трех строчек по центру листа. Статьи, не соответствующие требованиям, возвращаются для исправления.

Резюме (аннотация)

Вторая страница содержит резюме и ключевые слова на трёх языках (русском, казахском и английском). Резюме должно быть структурировано и содержать следующие разделы: «Введение», «Цель исследования», «Методы», «Результаты», «Выводы». Объем резюме не более 300 слов (несколько предложений). Под резюме приводится подзаголовок «Ключевые слова», за которым следует от 3 до 6 ключевых слов, отражающие вопросы, рассматриваемые в исследовании. Для ключевых слов желательно использовать термины из базы статей Medline, Pubmed. Первая и вторая страница подается на трех языках казахском, русском, английском.

Введение

В данном разделе излагается суть проблемы и ее значимость. Необходимо аргументированно доказать читателю необходимость проведения данного исследования. Следует также сослаться на результаты исследований, проведенных в других странах. В конце раздела формулируется цель исследования. Здесь же перечисляются задачи, поставленные для достижения цели.

Материалы и методы исследования

Раздел должен включать только те методы, которые используются в исследовании. В разделе рекомендуется представлять четкое описание следующих моментов: тип исследования, способ отбора участников исследования, способы представления и обработки данных.

1. Тип исследования

В подразделе четко описывается тип проводимого исследования (обзор литературы, наблюдательное, экспериментальное, и т. д.). Нужно указывать год исследования, в особенности изучения признаков, для которых характерна сезонная изменчивость.

2. Способ представления и обработки данных

Метод обработки данных требуется описывать подробно. В подразделе должно быть определение всех статистических терминов, нормативов содержания веществ, ПДК, все использованные лекарства и химические вещества, символы и сокращения, используемые в исследованиях. Если в работе используется несколько статистических критериев, нужно упомянуть их все и указать, в какой ситуации какой из критериев использовался.

Результаты и обсуждение

Результаты нужно представлять в тексте, таблицах и в виде иллюстраций в логической последовательности исходя из очередности целей и задач исследования. Запрещается дублировать в тексте результаты, представленные в таблицах либо в иллюстрациях, и наоборот. Единицы измерения должны соответствовать Международной системой единиц СИ. Графики, схемы могут быть представлены в форматах Excel или JPEG. Таблицы необходимо печатать после ссылки на таблицу в тексте, озаглавить каждый столбец, разъяснение терминов и аббревиатур нужно указать в примечаниях к таблице. Все иллюстрации должны быть пронумерованы последовательно арабскими цифрами в том порядке, в котором они упоминаются в тексте. При использовании иллюстраций из других источников необходимо привести источник информации.

Заключение

Данный раздел должен начинаться с краткого (не более 2–3 предложений) представления основных результатов исследования. Не следует повторять в данном разделе материал, который уже был описан в разделах «Введение» и «Методы». Необходимо выделить новые и важные аспекты исследования. Следует отметить сильные стороны исследования или чем оно лучше других по данной теме.

Выводы

Данный раздел необходимо делать исходя из целей исследования. Следует упомянуть значения исследовательского труда для развития науки.

Список использованной литературы

Нумерация в списке литературы осуществляется по мере цитирования, а не в алфавитном порядке. Рекомендуется использовать источники, изданные в течение последних 5–7 лет. Фамилии отечественных авторов пишутся с инициалами, фамилии, имена, отчества иностранных авторов на языке оригинала. Библиография должна быть напечатана колонкой через 1,5 интервала. Для оригинальных статей количество источников должно быть 25–30, а для обзорных статей не должно превышать 60. В список литературы не включаются тезисы конференций, доклады конференций могут быть включены в список литературы только в том случае, если они доступны и обнаруживаются поисковиками в Интернете – при этом указывается URL, нормативные и законодательные акты (постановления, законы, инструкции и т.д.), доклады, отчеты, протоколы.

При описании статей из журналов указываются ФИО авторов, название статьи и название журнала, год, том, номер страницы. При описании *статей из сборников* указываются ФИО авторов, название статьи, название сборника, место и год издания, количество страниц. При описании *монографии* указываются ФИО авторов, название монографии, место издания, название издательства, год издания, количество страниц. При описании *главы из монографии* указываются

ФИО авторов главы, название главы, ФИО авторов монографии, название монографии, место и год издания, количество страниц. Работа, написанная *коллективом авторов* (более 3 человек) приводится в списке по названию книги. Через косую черту после названия указываются ФИО 4 авторов, если авторов 5 и более – ФИО 3 авторов, затем- и др.

Статьи принимаются на русском, казахском или английском языках.

Статья в формате: А4, все поля 20 мм, номер страниц в верхнем правом углу; через 1,5 интервал, размер шрифта – 12 пт, отступ 10 мм. Использовать только шрифт Times New Roman. Статья может содержать до 10 страниц формата А 4, обзоры – до 12-14 страниц отправлять рукописи на электронный адрес: zhurnal.ncoz@hls.kz

Профилактика потребления энергетических напитков



ЭНЕРГЕТИКИ — это напитки, которые вызывают временный прилив сил и возбуждение нервной системы, действие энергетических напитков сохраняется 3-4 часа.

ПЕРЕДОЗИРОВКА КОФЕИНА вызывает тошноту и рвоту, учащённое сердцебиение, судороги, высокое кровяное давление, а в некоторых случаях даже смерть. Частое употребление приводит к диабету второго типа, ухудшает здоровье зубов, грозит ожирением, неврологическими и сердечно-сосудистыми заболеваниями. к образованию камней в почках, а также к проблемам с костями остеопорозу.



Влияние энергетических напитков на здоровье:



Энергетические напитки приводят к повышению артериального давления, спазму сосудов головного мозга, нарушению сердечного ритма.



Наблюдается ряд побочных действий после окончания действия напитка: усталость, раздражительность, бессонница, депрессия.



При злоупотреблении энергетиками дозы кофеина приводят к серьезным проблемам с сердцем, а его комбинация с углекислым газом и сахаром опасна для желудка и печени.



Так как все напитки содержат кофеин, а кофеин является наркотическим веществом, то они вызывают привыкание и истощают нервную систему.



После употребления энергетического напитка повышается артериальное давление, общий уровень сахара в крови.



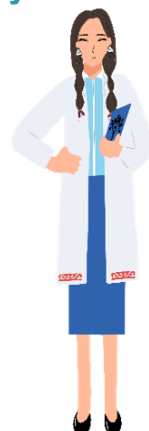
Все энергетические напитки высококалорийны, т.е. в том числе способствуют накоплению лишнего веса.



Поскольку сам напиток не насыщен энергией, за счет содержащегося в нем кофеина он отнимает энергию у самого организма.



Любые энергетические напитки противопоказано пить детям.



Вакцинация — это безопасный и эффективный способ оградить себя от заражения вирусом ВПЧ.



Рак шейки матки - сложное онкологическое заболевание, проявляющееся с тяжелыми последствиями, поражающее в первую очередь женщин в возрасте 45-60 лет, но встречающееся и у более молодых женщин. Вакцинация против ВПЧ достоверно снижает риск развития предраковых поражений и рака шейки матки на 90%.



Когда девочкам следует делать прививку? В целях профилактики рака шейки матки рекомендуется проводить вакцинацию против ВПЧ всем девочкам в возрасте 9-14 лет.

Хотя в большинстве случаев заражение ВПЧ проходит самостоятельно, а предраковые поражения самопроизвольно излечиваются, все женщины подвержены риску перехода инфекции в хроническую форму и прогрессирования предраковых поражений в инвазивный рак шейки матки, который представляет собой серьезную угрозу для здоровья женщин. Кроме того, в случае сохранения инфекции в организме, она может привести к развитию других форм рака, поражающих как мужчин, так и женщин.

ВИРУС ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА (ВПЧ)



ВИРУС ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА (ВПЧ) является самой распространенной вирусной инфекцией, которая может привести к развитию распространенных видов рака, поражающих мужчин и женщин.



Подавляющее большинство (более 95%) случаев рака шейки матки вызваны вирусом папилломы человека (ВПЧ). Вакцинация против ВПЧ в соответствующем возрасте защитит девочек от потенциально серьезной инфекции в более позднем возрасте!

