

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

**МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

**ISSN 2223-2931**

**Издается с 2002 г.**

**№ 4. 2014 г. УДК:614.2(574)**

**Подписной индекс 75978**

Учредитель:

Национальный Центр проблем формирования  
здорового образа жизни МЗ РК. Свидетельство о  
постановке на учет средства массовой информации  
№ 2178-Ж от 01.08.2001 г.

Рекламодатели предупреждены об ответственности  
за рекламу незарегистрированных, не разрешенных  
к применению МЗ РК предметов медицинского  
назначения.

Ответственность за содержание публикуемых  
материалов несут авторы.

Редакция не несет ответственности за достоверность  
информации, опубликованной в рекламе.

Редакция оставляет за собой право редакторской  
правки статей. При перепечатке ссылка на журнал  
«Актуальные вопросы формирования здорового  
образа жизни, профилактики заболеваний и  
укрепления здоровья» обязательна.

Журнал сверстан и отпечатан в типографии  
**НЦПФЗОЖ.**

Адрес редакции:

г. Алматы, ул. Кунаева, 86

тел: 2912081, внутр. 379

[www.hls.kz](http://www.hls.kz)

Заказ № 55. Тираж 500 экз.

**Главный редактор:**

д.м.н., профессор Баттакова Ж.Е.

**Зам. главного редактора:**

д.м.н. Токмурзиева Г.Ж.

**Ответственный редактор:**

Туник А.М

**Редакционная коллегия:**

д.м.н., профессор Аканов А.А.,

Айтмурзаева Г.Т. (Бишкек),

к.м.н. Азимов Г.Д. (Душанбе),

PhD Breda J. (Копенгаген),

PhD T.L.Hunt (Нью-Йорк),

к.м.н. Жандосов Ш.У.,

MD Ивета Пудуле (Рига),

Касымжанова Ж.К.,

Муталова З.Д. (Ташкент),

д.м.н., профессор Слажнева Т.И.,

д.м.н. профессор Тулебаев К.А.,

академик Шарманов Т.Ш.

**Научный совет:**

д.м.н., профессор Ахметов В.И.,

д.м.н., профессор Алчинбаев М.К.,

д.м.н., профессор Арзыкулов Ж.А.,

д.м.н., профессор Абилдаев Т.Ш.,

д.м.н., профессор Беркимбаев С.Ф.,

д.м.н. Калматаева Ж.А.,

д.м.н., профессор Кульжанов М.К.

д.м.н., профессор Омарова М.Н.

**Редакционный совет:**

Баймаханов Т.Б. (Павлодар),

Бурмаганов К.Ж. (Кокшетау),

Ермолаева Т.Ю. (Усть-Каменогорск),

Иманбекова Г.М. (Тараз),

Кайдарова Д.К. (Актобе),

Курманов М.К. (Астана),

Мамбетова Г.К. (Атырау),

Мырзахметов К.Т. (Кызылорда),

Мулдагалиева З.Н. (Уральск),

Садвакасова А.К. (Костанай),

Тогайбекова Ж.Е. (Шымкент),

Хамитов Т.Н. (Караганда),

Шахабаев М.С. (Петропавловск).

## МАЗМҰНЫ

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

<b>А.А.Әуезбеков</b> Дем алу органдарымен ауыратындардың фармакоэкономикалық негіздемесі (мысалы: бронх демікпесі).....	8
<b>Ж.Е. Баттақова</b> Ағзаға темекі тұтынудың зиянды әсері .....	10
<b>Ж.Е. Баттақова</b> Темекі өнімдерінің өндіру технологиясы және оның химиялық құрамы .....	14
<b>Ж.Е. Баттақова, Г.Ж. Токмүрзиева, Т.И. Слажнева, Т.К. Сайдамарова.</b> ҚР тұрғындарының нысаналы топтарына скринингтік тексеріп- қараудағы жастық-жыныстық және аумақтық құрылымы .....	19
<b>Г.А. Бекжігітова</b> Медициналық қызметтердің сапасын басқару .....	26
<b>Ж.Е. Баттақова, С.Б. Мұқашева, Т. Н. Ермухамбетова.</b> Алкогольді шамадан тыс тұтыну профилактикасының әдісі тұрғысында, алкогольге қарсы арнау.....	31
<b>А.О. Есімқұлов.</b> «Алматы көп салалы клиникалық ауруханасы» МКК ШЖҚ көрсетілетін медициналық қызметтің сапасын бақылау жүйесі .....	37
<b>А.О. Жұрынова.</b> Бауыр ауруымен ауыратын пациенттерге көрсетілетін қызметтің сапасын жоғарылату үшін фармаэкономикалық әдісті қолданудың қорытындысы .....	41
<b>Ж.Е. Баттақова, С.Б. Мұқашева, А.Ж. Мырзаханова, Б.А.Қожабергена.</b> 2014 жылы буқаралық ақпараттық куралдарында салауатты өмір салтын насихаттау .....	44
<b>Ж.Е. Баттақова, С.Б. Мұқашева, А.Ж. Мырзаханова, Б.А.Қожабергена.</b> Салауатты өмір салтын насихаттаудағы БАҚ-тың рөлі .....	51
<b>Ж.Е. Баттақова, С.Б. Мұқашева, Медеубаева К.К., Қошаметова Г.А.</b> ҚР ЖОО-дарында денсаулық сақтау ортасын қалыптастыру .....	55
<b>Г.Б. Маймақова.</b> Қарт адамдарға әлеуметтік-медициналық көмек көрсету .....	61
<b>Д. Маташова.</b> Қазақстан Республикасында жатыр алды обырына қарсы скринингтік тексеріп -қараудың рөлі .....	65
<b>Ж.Е.Баттақова, С.Б.Мұқашева, А.Ж. Мырзаханова.</b> Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемалары ұлттық орталығының ақпараттық- білім беру материалдарына шолу .....	69

<b>А.П. Позднякова, Ж.К. Жұбатов, А.И.Галаева, Г.К. Әшірбеков, З. Әділгерейұлы.</b> Қарағанды облысында 2007 жылғы аймағымызда РН «Протон-М» апатынан болған балалардың динамикалық ауруларының заңнамалық шаралары .....	72
<b>А. Сағындықова.</b> Қазақстан Республикасында мсак бойынша үздіксіз білім беру мамандарының қорытындысы .....	79
<b>Н.А.Сүлейманова.</b> Қазақстан Республикасы тұрғындары арасында салауатты өмір салтын қалыптастыруды насихаттау, қауіп қатер мінез-құлықтық факторлары және әлеуметтік маңызы бар аурулар профилактикасы бойынша инновациялық оқыту технологиясын енгізу.....	81

## СОДЕРЖАНИЕ

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

<b>А.А.Ауезбеков</b> Фармакоэкономическое обоснование лечения больных с заболеваниями органов дыхания(на примере бронхиальной астмы) .....	8
<b>Ж.Е. Баттакова</b> Негативные последствия потребления табака для организма .....	10
<b>Ж.Е. Баттакова</b> Технология производства и химический состав табачных изделий .....	14
<b>Ж.Е. Баттакова, Г.Ж. Токмурзина, Т.Н. Слажиева, Т.К. Сайдамарова.</b> Возрастно-половая и территориальная структура скрининг-обследований целевых групп взрослого населения РК .....	19
<b>Г.А. Бекжигитова</b> Управление качеством медицинских услуг .....	29
<b>Ж.Е. Баттакова, С.Б. Мукашева, Т.Н. Ермухамбетова.</b> Антиалкогольное просвещение, как метод профилактики чрезмерного употребления алкоголя .....	31
<b>А. О.Есимкулов.</b> Система контроля качества медицинских услуг в ГКП на ПХВ «Алматинская многопрофильная клиническая больница» .....	37
<b>А.О. Журынова.</b> Применение метода фармакоэкономического анализа для повышения качества услуг пациентам с заболеванием печени .....	41
<b>Ж.Е. Баттакова, С.Б. Мукашева, А.Ж. Мырзаханова, Б.А.Кожаберженова.</b> Пропаганда здорового образа жизни в средствах массовой информации в 2014году .....	44
<b>Ж.Е. Баттакова, С.Б. Мукашева, А.Ж. Мырзаханова, Б.А.Кожаберженова.</b> Роль СМИ в пропаганде здорового образа жизни .....	51
<b>Баттакова Ж.Е. , Мукашева С.Б., Медеубаева К.К., Кошаметова Г.А.</b> Формирование здоровьесберегающей среды в ВУЗах РК .....	55
<b>Г.Б.Маймакова.</b> Социально – медицинская помощь пожилым людям .....	61
<b>Д. Маташова.</b> Роль скрининга рака шейки матки в Республике Казахстан .....	65
<b>Ж.Е.Баттакова, С.Б.Мукашева, А.Ж. Мырзаханова.</b> Обзор информационно - образовательных материалов Национального центра проблем формирования здорового образа жизни .....	69
<b>А.П. Позднякова, Ж.К. Жубатов, А.И.Галаева, Г.К.Аширбеков, З.Адилгирейулы.</b> Закономерности динамики заболеваемости детского населения на территориях, прилегающих к месту аварии РН «Протон-М» в 2007г. в Карагандинской области .....	72

<b>А. Сагындыкова.</b> Анализ непрерывного образования специалистов ПМСП в Республике Казахстан .....	79
<b>Н.А.Сулейманова.</b> Внедрение инновационных обучающих технологий по пропаганде здорового образа жизни, профилактике поведенческих факторов риска и социально-значимых заболеваний среди населения Республики Казахстан .....	81

## CONTENTS

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

<b>A.A. Auyezbekov.</b> Pharmacoeconomic reasoning for the treatment of patients with respiratory diseases (through the example of bronchial asthma) .....	8
<b>Z.E. Battakova.</b> Negative impact of tobacco consumption on the body .....	10
<b>Z.E. Battakova.</b> Technology of production and chemical composition of tobacco products .....	14
<b>Z.E. Battakova, G.J. Tokmurziyeva, T.I. Slazhnyova, T.K. Saidamarova.</b> Age, sex and territorial structure of screening examinations for adult target groups in Kazakhstan .....	19
<b>G.A. Bekzhigitova.</b> Health Services Quality Management .....	26
<b>Z.E. Battakova, S.B. Mukasheva, T.N. Yermukhambetova.</b> Alcohol education as a method of preventing the excessive use of alcohol .....	31
<b>A.O. Esimkulov.</b> The quality control system of medical services in the State Clinical Polyclinic on REM «Almaty Multidisciplinary Clinical Hospital» .....	37
<b>A.O. Zhurynova.</b> The application of the pharmacoeconomic analysis for improving the quality of services to patients with liver diseases .....	41
<b>Z.E. Battakova, S.B. Mukasheva, A.J. Myrzakhanova, B.A. Kozhabergenova.</b> Healthy lifestyle advocacy in media for 2014 .....	44
<b>Z.E. Battakova, S.B. Mukasheva, A.J. Myrzakhanova, B.A. Kozhabergenova.</b> A role of MASS-MEDIA is in propaganda of healthy way of life .....	51
<b>Z.E. Battakova, S.B. Mukasheva, Medeubaeva K.K., Koshametova G.A.</b> Providing of health protection in the High school of the Republic of Kazakhstan .....	55
<b>G.B. Maymakova.</b> Socio-medical care for older people .....	61
<b>D. Matashova.</b> The role of screening for cervical cancer in the Republic of Kazakhstan .....	65
<b>Z.E. Battakova, S.B. Mukasheva, A.J. Myrzakhanova.</b> «Lessons of health for teenagers and young people» .....	69
<b>A.P. Pozdnyakova, Zh.K. Zhubatov, A.I. Galaeva, G.K. Ashirbekov, Z. Adilgireyuli.</b> Laws of the dynamics of child morbidity in the areas adjacent to the accident LV «Proton-M» in 2007 in the Karaganda region .....	72

<b>A. Sagyndykova.</b> Analysis of primary health care specialists continuous education in the Republic of Kazakhstan .....	79
<b>N.A.Suleymanova.</b> Implementation of innovative learning technologies to promote healthy lifestyles, prevention of behavioral risk factors and socially significant diseases among the population of the Republic of Kazakhstan .....	81

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

---

---

УДК: 616.248-08:615.276] – 036.1:615.03

**АУЕЗБЕКОВ А.А.**

Казахский Медицинский Университет Непрерывного Образования,  
г. Алматы

**ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ  
БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ  
(НА ПРИМЕРЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ)**

**Аннотация**

В статье раскрывается фармакоэкономическое обоснование лечения бронхиальной астмы. Автором дается общее понятие бронхиальной астме и ее проблематике, также указываются методы фармако-экономического анализа. Применение вышеуказанного метода позволило бы рекомендовать наиболее рациональные препараты при лечении бронхиальной астмы.

**Ключевые слова:** фармакоэкономический анализ, бронхиальная астма.

В настоящее время система здравоохранения испытывает настоятельную потребность в фармакоэкономических исследованиях, позволяющих определять оптимальную тактику ведения больных [1-3]. В таких исследованиях анализируется соотношение «цена – качество» методом сравнения рыночной стоимости препаратов и их клинической эффективности или соотношение «затраты – эффективность» методом сравнения стоимости альтернативных курсов лечения [1-2].

Современный подход в области лекарственного обеспечения состоит в рациональном использовании средств, основанном на фармакоэкономическом анализе, включающем получение дополнительных данных о безопасности и эффективности применяемого лекарственного средства, обоснование целесообразности его применения с точки зрения экономики здравоохранения.

Анализ «затраты – эффективность» представляет собой комплексное клинико-экономическое сравнение исследуемых альтернативных тактик лечебной работы при определенной патологии. При проведении таких исследований особое внимание уделяется достижению высокой эффективности

лечения при наименьших затратах, что подразумевает также и рассмотрение необходимости коррекции возможных осложнений конкретной терапии. Так осуществляется поиск лекарственных средств, наиболее эффективных для лечения больных с теми или иными заболеваниями, что позволяет наилучшим образом воздействовать на динамику качества жизни пациентов. Разработка стандартов диагностики и лечения заболеваний – сегодня одна из важнейших задач отечественного здравоохранения. Основой стандартизации является внедрение в практическую медицину унифицированных подходов к медикаментозному лечению. Их создание и применение способствовало бы более рациональному расходованию материальных ресурсов здравоохранения. При выработке стандартов лечения в первую очередь должна определяться экономическая целесообразность применения препаратов, связанная с:

- клиническим эффектом;
- наличием, частотой встречаемости и степенью выраженности побочных эффектов и осложнений;
- совместимостью с другими лекар-

ствами;

- стоимостью лечения.

Особое значение фармакоэкономические исследования имеют для разработки стандартов лечения серьезных, широко распространенных заболеваний, способных вызвать утрату трудоспособности, инвалидизацию, что приводит к значительному увеличению расходов на медико-социальные мероприятия и выплаты.

Особую значимость экономическая целесообразность имеет при хронических заболеваниях, требующих проведения длительной или постоянной поддерживающей терапии, таких, как бронхиальная астма. С другой стороны, поскольку стоимость медикаментозной терапии при астме является одной из основных составляющих экономических затрат, фармакоэкономический анализ представляет существенный интерес и в медико-социальном плане.

Социальная значимость проблемы бронхиальной астмы включает экономические аспекты. Одним из важных показателей, в этой связи, является определение фармакоэкономической эффективности проводимой терапии. В настоящее время фармакоэкономический анализ вошел в структуру основных исследований, посвященных эффективности медикаментозной и немедикаментозной терапии различных заболеваний.

Бронхиальная астма занимает ведущее место среди всех заболеваний органов дыхания. Бронхиальная астма – заболевание, в основе которого лежит хроническое аллергическое воспаление бронхов, сопровождающееся их гиперреактивностью и периодически возникающими приступами затрудненного дыхания или удушья в результате распространенной бронхиальной обструкции, обусловленной бронхоконстрикцией, гиперсекрецией слизи, отеком стенки бронхов.

Бронхиальная астма является серьезной и глобальной проблемой клинической медицины. Люди всех возрастов во всем мире подвержены этому хроническому заболеванию

дыхательных путей [4-5].

Отмечается высокий рост бронхиальной астмы, особенно среди детей. Сегодня в развитых странах заболевание приобретает характер эпидемии. По данным ВОЗ в мире страдают бронхиальной астмой около 300 млн человек [4].

По данным официальной статистики в Республике Казахстан уже на протяжении 5 лет первое место по распространенности занимают болезни органов дыхания, в число которых входят такие заболевания как: пневмония, хронический бронхит и неуточненная эмфизема, бронхиальная астма.

Применение методов фармакоэкономического анализа при оценке эффективности противоастматической терапии позволит дополнить существующие методы оценки клинической эффективности препаратов и различных схем лечения бронхиальной астмы и рекомендовать применение наиболее рациональных препаратов с точки зрения клинической и экономической эффективности.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авксентьева М.В., Воробьев П.А., Герасимов В.Б., Горохова С.Г., Кобина С.А; п/р проф. Воробьева П.А. Экономическая оценка эффективности лекарственной терапии (фармакоэкономический анализ). – М.: Издательство Ньюдиамед, 2000. – С. 29.
2. Белоусов Ю.Б. Лекарственный формуляр – основа стандартизации в здравоохранении // Проблемы стандартизации в здравоохранении – 2000. – № 2. – С. 17–21.
3. Научно-практическая программа «Бронхиальная астма». – 2013 г
4. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, Revised 2013 [www.ginasthma.com](http://www.ginasthma.com)
5. Шарипханова Г. Х. Клинико-социальные, фармако-экономические аспекты бронхиальной астмы на фоне базисной противовоспалительной терапии. 2006.

**ТҮЙЫН**

Мақалада бронхиалды астманы емдеудің фармакоэкономикалық жолдары көрсетілген. Автор бронхиалды астмаға түсініктеме беріп, оның проблематикасын көтерген, сонымен қатар фармакоэкономикалық талдаудың әдістері көрсетілген. Бронхиалды астманы емдеу кезінде рационалды дәрілер қолдануға жоғарыда көрсетілген әдіс мүмкіндік берер еді.

**Түйін сөздер:** фармакоэкономикалық талдау, бронхиалды астма.

**SUMMARY**

The article reveals the pharm-economical justification for the treatment of bronchial asthma. Author describes the general concepts of asthma and its problems. In addition, an article provides methods for the pharm-economical analyses. Application of the above method would recommend the most rational medications in the treatment of bronchial asthma.

**Keywords:** pharm-economical analyses, bronchial asthma.

УДК: 613.84:616-006+616.1/.8:618:351.761.2

**Ж.Е. БАТТАКОВА, д.м.н., профессор**

Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни  
МЗ и СРПК, г. Алматы

**НЕГАТИВНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА ДЛЯ ОРГАНИЗМА****АННОТАЦИЯ**

В статье дана характеристика вредного влияния табака на лиц, потребляющих табачные изделия, а также подвергающихся воздействию табачного дыма. Воздействие канцерогенных, мутагенных веществ и системных ядов, содержащихся в сигаретах, вызывает при длительном употреблении развитие неинфекционных заболеваний.

**Ключевые слова:** табакокурение, заболеваемость и смертность, рак, болезни системы кровообращения, репродуктивное здоровье, факторы риска.

Медико-социальное значение табакокурения для общества является чрезвычайно большим, так как обуславливает значительное число смертей от ишемической болезни сердца, инсульта, инфекций нижних дыхательных путей, хронических обструктивных заболеваний легких, рака трахеи, бронхов и легких [1].

По данным ВОЗ, в настоящее время на Земле насчитывается около 1 млрд. курильщиков; 3,5 млн. людей ежегодно умирают от причин, связанных с курением. Через 20 лет эта цифра возрастет до 10 млн. человек [2].

Потребление табака оказывает негативное воздействие на организм человека [3], сокращая продолжительность жизни на 15

лет. Курение является причиной смерти 33-50% курильщиков, обуславливает 30-40% заболеваний ишемической болезнью сердца, 30% заболеваний раком, повышает риск возникновения рака легких у курильщиков в 20-30 раз, хронической обструктивной болезни легких в 5-8 раз.

Табак оказывает неблагоприятное влияние на лиц, подвергавшихся воздействию табачного дыма, так как содержащиеся в табачных изделиях, канцерогенные, мутагенные вещества и системные яды, которых насчитывается около четырех тысяч различных соединений, проникают на клеточном и молекулярном уровне во все органы и системы человеческого организма и пагубно разруша-

ют здоровье[4-6].

Патофизиологические изменения характеризуются тем, что во время курения повышается выброс кортикостероидов, адреналина, норадреналина - веществ, стимулирующих сердечную деятельность. Это проявляется увеличением частоты сердечных сокращений, повышающих минутный объем сердца, вынуждая его работать с большой нагрузкой.

Никотин, поступающий в организм человека вследствие употребления табачных изделий, вызывает стеноз кровеносных сосудов, приводящий к снижению объема проходящей по сосудам крови и снижению количества доставляемого к сердцу кислорода.

Постепенно, длительный стаж курения приводит к состоянию хронической гипоксии сердечно-сосудистой системы, так как в крови курильщиков создается карбоксигемоглобин (соединение гемоглобина и угарного газа, не переносящее кислород и вызывающее отравление), который также существенно ухудшает процесс переноса кислорода от легких к сердцу.

Таким образом, у лиц, потребляющих табачные изделия, повышается риск инфаркта миокарда в 4-5 раз. Если, при этом, у курильщика повышенный уровень холестерина в крови и высокое артериальное давление, риск развития сердечного приступа возрастает в 8 раз.

Длительное потребление табачных изделий обуславливает развитие рака легкого, который лидирует в структуре онкологических заболеваний. У людей, выкуривающих по две или более пачек сигарет в день, в течение 20 лет риск рака легкого повышен на 60–70%, по сравнению с некурящими.

По заключению Международного агентства по изучению рака, с курением связано 70-95% случаев возникновения рака легкого, а риск его развития среди курящих, в среднем, в 10 раз выше, чем у некурящих [7]. В литературе имеются данные о причинной связи курения и развития плоскоклеточного

и мелкоклеточного рака. Однако в последнее десятилетие соотношение частоты аденокарциномы и плоскоклеточного рака, составлявшее 1:18 изменилось до 1:2/1:4 [8, 9].

При этом, риск рака легкого зависит от количества выкуриваемых в день сигарет, количества вдыхаемого табачного дыма, а также концентрации канцерогенных смол и никотина в сигаретах. Основными этиологическими факторами считаются радон, бензапирен и нитрозамины, содержащиеся в табачной смоле.

Курение является причиной развития хронической обструктивной болезни легких, проявляясь, вначале, хроническим раздражением и застойными явлениями дыхательных путей, затем, воспалительным процессом всех участков бронхиального дерева от гортани до альвеол, в последующем, развитием хронического бронхита и дегенеративными процессами легочной ткани, возникновением легочной эмфиземы. При эмфиземе ткань вокруг альвеол изменяется, они становятся расширенными, главными симптомами эмфиземы являются одышка, а также, кашель, но менее выраженный, чем при хроническом бронхите. Грудная клетка становится бочкообразной.

Верхние отделы желудочно-кишечного тракта также страдают от курения. Вещества, содержащиеся в дыме сигарет, являются канцерогенами, тканевыми ядами и агрессивными биологически активными веществами, то есть, в совокупности, повреждают клетки слизистой оболочки и мышечного слоя.

Кроме того, курение стимулирует секрецию соляной кислоты в слизистой желудка, оказывая раздражающий и разъедающий эффект на защитный слой, способствует созданию оптимальных условий для хронической инфекции.

Никотин, сужая сосуды слизистой желудка, вызывает их спазм. Спазмированные сосуды не выполняют в полной мере своих функций, в том числе, не могут обеспечить

полноценную трофику, оксигенацию, поддерживать местный иммунитет. Снижается защитная способность слизистой, нарушается выработка желудочного секрета.

Под воздействием *Helicobacter pylori* ухудшается местная трофика, все вышеперечисленное приводит к формированию дефектов слизистой, проявляющихся, вначале, в виде хронического гастрита, затем - язвенной болезни.

Для сосудов курильщиков типично развитие облитерирующего эндартериита, при котором поражаются сосуды, преимущественно - артерий нижних конечностей, характеризующееся постепенным сужением сосудов, вплоть до полного закрытия их просвета, с омертвением из-за нарушения трофики, лишенных кровоснабжения тканей. Эндартериит часто приводит к некротизации и гангрене, и ампутации нижних конечностей курильщика.

Курение приводит к истончению костной ткани, которое приводит к развитию остеопороза. Не последнюю роль в этом играет негативное влияние никотина и продуктов сгорания сигарет на гормоны, в частности, эстроген у женщин. Именно эстроген помогает отсрочить или уменьшить разрушение кости, а его уровень у курильщиц снижается под влиянием никотина. Предвестником будущих проблем с костями могут служить плохие зубы: среди курильщиц почти половина женщин в возрасте 50 лет нуждаются в протезировании зубов.

Табак вызывает старение кожи: сероватая, рано покрывающаяся мелкими морщинками, сухая кожа активных курильщиц выглядит довольно типично.

Табак курение негативно воздействует на репродуктивную систему, снижая уровень половых гормонов и, незаменимого для организма, витамина Е. Табачные яды разрушают созревающие и полноценные клетки, предназначенные для формирования организма плода.

Табак, как и ряд других психоактивных

веществ, вызывает прерывание беременности, преждевременные роды, мертворождение. По данным научных исследований, даже менее одной пачки выкуранных в день сигарет на 20% повышает риск смерти младенца в утробе матери, более пачки – на 35%. Уровень смертности детей во время родов у курящих матерей, в среднем, на треть выше, чем у некурящих.

У женщин, которые во время беременности регулярно выкуривают одну или более пачки сигарет в день, новорожденные дети имеют меньший вес, чем у некурящих матерей, по причине того, что никотин легко проникает через плацентарный барьер и оказывает непосредственное влияние на плод. У детей, рожденных от матерей, которые курили во время и после беременности, чаще встречается синдром внезапной детской смерти.

Патогенез негативных последствий табакокурения для плода заключается в том, что под воздействием табачного дыма происходят разрывы в молекуле ДНК. Вступая в реакцию с тяжелыми металлами, которые содержатся в табачном дыме, ДНК меняет структуру. В половых клетках возникают дефектные гены, которые передаются потомству и вызывают, впоследствии, различные нервно-психические расстройства и внешние уродства. Так, у потомков курящих отцов, аномалий бывает в 5 раз больше, чем у детей некурящих мужчин.

У детей, подвергшихся внутриутробному воздействию табака, снижается интеллектуальный потенциал, нарушается развитие речи и слуховой зоны мозга, способность регулировать эмоции, фокусировать и удерживать внимание. Отставая в физическом и умственном развитии (чтении, письме, речи), ребенок хуже справляется со школьной программой.

Когда дома курят один или оба родителя, у ребенка чаще возникают простудные заболевания, бронхиты, пневмонии, гастриты, колиты, язвы желудка и двенадцатиперстной

кишки. Дети курящих родителей склонны к инфекциям органов дыхания, аллергии, атеросклерозу, эпилептическим припадкам и кариезу.

Установлено отрицательное воздействие табакокурения на репродуктивное здоровье мужчин (такие болезни, как импотенция, злокачественные опухоли мочевого пузыря, почечной лоханки и простаты). В развитых странах смертность от этих болезней достигает 60% от общей смертности [10].

Курение является частой причиной импотенции у мужчин: среди курильщиков эректильная дисфункция встречается на 15-20% чаще, чем у некурящих мужчин [11]. Специалистами Британской Медицинской Ассоциации выявлено, что продукты горения табака, в частности оксид углерода (угарный газ), нарушают нормальное кровообращение в половых органах и половых железах. В результате, у мужчин нарушается выработка спермы - сперматозоиды теряют свою способность к оплодотворению яйцеклеток. По оценкам специалистов, только в сравнительно небольшой Великобритании, курение каждый год становится причиной импотенции у 120 тысяч мужчин в возрасте от 30 до 50 лет. Кроме того, ученые обнаружили связь между курением и вероятностью развития доброкачественной гиперплазии предстательной железы и рака простаты у мужчин [12, 13]. В этой связи, в Казахстане вопросы влияния табакокурения на репродуктивное здоровье мужчин, на развитие у них бесплодия представляют значительный интерес с точки зрения улучшения демографической ситуации в стране.

Учитывая вышеизложенное, одной из главных задач общественного здравоохранения должно стать повышение осведомленности казахстанских граждан о негативном воздействии на организм табачной зависимости. Каждый человек должен быть проинформирован о последствиях курения для здоровья, его наркотическом характере и смертельной опасности, которой подвергает-

ся человек в результате употребления табака и воздействия табачного дыма.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Москаленко В.Ф. Концептуальные подходы к формированию современной профилактической стратегии в здравоохранении: от профилактики медицинской к профилактике социальной: Монография.- М.: ГЭО-ТАР-Медиа, 2011.- 240с.: ил.

2. Wong K-Y., Seow A., Koh W-P., et al. Smoking cessation and lung cancer risk in an Asian population: Findings from the Singapore Chinese Health Study // British Journal of Cancer. – 2010. – 103. – P. 1093-1096.

3. Bennett DA, et al. The global burden of ischemic stroke: Findings of the GBD 2010 study. Global Heart. 2014 March; 9:107-112.

4. Баттакова Ж.Е., Каржаубаева Ш.Е., Шу милина Л.Н. и др. Борьба с табачной эпидемией продолжается. Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья. 2012; 2:8-12.

5. Battakova Zh.E., Tokmurziyeva G.Zh, Paltusheva T.P and al. Prevalence of smoking among adult population of Kazakhstan. EurAsian Journal of BioMedicine. 2013; vol.6:1. at: <http://www.biomedj.com> (in Japan).

6. Battakova Zh.E., Tokmurziyeva G.Zh, Khaidarova T.S and al. Prevalence of Behavioral Risk Factors Among Adults of Kazakhstan. EurAsian Journal of BioMedicine. 2014; vol.7:1. at: <http://www.biomedj.com> (in Japan).

7. Pourmand G. et al, Do cigarette smokers with erectile dysfunction benefit from stopping?: a prospective study // BJU Int. – 2004. – 94(9). – P.1310-3.

8. Нургазиев К.Ш., Сейтказина Г.Д., Байпеисов Д.М., Сейсенбаева Г.Т., Ажмагамбетова А.Е., Жылкайдарова А.Ж. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2013 год (статистические материалы). – Алматы, 2014. – 106 с.

9. Арзыкулов Ж.А., Сейтказина

Г.Д., Махатаева А.Ж., Сейсенбаева Г.Т. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2007 год (статистические материалы). – Алматы, 2008. – 52 с.

10. Smoking Statistics WHO Fact Sheet (англ.) (28 мая 2002).

11. Wolk R., Shamsuzzaman A.S.M., et al. Hemodynamic and Autonomic Effects of Smokeless Tobacco in Healthy Young Men // J Am Coll Cardiol. – 2005. – 45 (6). – P.910-914.

12. Mannino D, Klevens MR & Flander DW (1994) Cigarette smoking: an independent risk factor for impotence // American Journal of Epidemiology. – 140. – P.1003-8.

13. Stein C. J., Colditz G. A. Modifiable risk factors for cancer // British Journal of Cancer. – 2004. – 90. – P. 299-303

### ТҮЙЫН

Мақалада темекі тұтынатын тұлғаларға

темекі өнімдерінің және темекі түтінінің зиянды әсерлері туралы мінездеме беріледі. Сигареттерде жүйелі улар және канцерогенді, мутагенді заттардың бар, сондықтан ұзақ уақыт темекі тұтынудың салдарынан инфекциялық емес аурулардың дамуына әкеліп соқтырады.

**Түйін сөздер:** шылымқорлық, ауру және өлім-жітім, обыр, қан айналым жүйесі аурулары, репродуктивтік денсаулық, қауіп-қатер факторы.

### ABSTRACT

The article presents characteristics of the harmful effects of tobacco for people who use tobacco products, as well as exposed to second-hand tobacco smoke. Prolonged exposure to carcinogenic, mutagenic substances and system poisons contained in cigarettes causes noncommunicable diseases.

УДК: 613.84:633.71:663.997:351.761.2

**Ж.Е. БАТТАКОВА, д.м.н., профессор**

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

## ТЕХНОЛОГИЯ ПРОИЗВОДСТВА И ХИМИЧЕСКИЙ СОСТАВ ТАБАЧНЫХ ИЗДЕЛИЙ

### АННОТАЦИЯ

В статье представлено описание сырья для производства табачных изделий. При курении в результате неполного сгорания табака образуется около 4000 различных химических соединений, многие из которых являются фармакологически активными, токсичными, мутагенными и канцерогенными.

**Ключевые слова:** табак, технология производства табака и сигарет, курение, продукты сгорания, токсичность, антитабачная пропаганда.

Существует около 60 видов и более 1000 разновидностей растения рода “табак”, но культивируется всего два: *Nicotiana tabacum* (используется в производстве сигарет, сигар и трубчатого табака) и *Nicotiana glauca* (для каальянных табаков и сигаретных табаков типа махорки).

Табак выращивается более чем в 125 странах, представляет собой сырье для производства табачных изделий и им занято более 4 миллионов гектаров плодородных земель. Из всех стран мира больше всего табак производит Китай (2661 тысячу тонн, но в основном для собственных потребностей, а не

на экспорт), далее следуют Индия (701 тысяча тонн), Бразилия (568 тысяч тонн), США (450 тысяч тонн) и Турция (260 тысяч тонн). Выращивание табака требует теплого и умеренно влажного, но не слишком жаркого климата, плодородной и слегка кислой почвы. Оптимальная температура воздуха 25-30 градусов Цельсия (температуру ниже 15 градусов табак переносит плохо, а ниже 3 градусов погибает), поэтому для возделывания табака лучше всего подходят территории, расположенные в тропиках и субтропиках.

Технология производства представляется следующим образом [1].

Семена табака засеваются в длинные рядки, предварительно прошедшие химическую обработку. Для предупреждения болезней табака грунт для рассады обеззараживают карбатионом, после чего доступ рабочих в теплицы разрешается только через 6-7 дней. Время сева определяется климатом местности: на Кубе в октябре, на юге Европы в марте-апреле, во Флориде в январе. При условии хорошего орошения половина семян прорастает (под пластиковым покрытием) и через 2-3 месяца сеянцы высотой около 10 см пересаживают на подготовленные поля (плотность посадки - от нескольких тысяч до нескольких сотен тысяч сеянцев на гектар, в зависимости от сорта табака). От этого времени до сбора урожая табак растет и зреет 3-5 месяцев (в зависимости от сорта и погодных условий). Все это время растениям требуется тщательный уход - удобрение почвы, прополка, полив, подрезка (вручную) нижних листьев, частичное пресечение почек (для увеличения размера листьев), защита от болезней и вредителей.

Последующие процессы - сушка и ферментация табака. В результате сушки листья теряют 80-90% массы. От условий сушки сильно зависит вкус конечного продукта. При высушивании на воздухе (в хорошо продуваемом помещении) в течение 1-2 месяцев процессы окисления проходят более глубоко, и уровень сахара в табачном листе будет ниже,

чем при быстрой (1 неделя) искусственной сушке горячим воздухом. Для быстрой сушки в некоторых странах в качестве топлива используют нефть или газ, а также дерево.

После сушки "светлые" табаки складывают для дозревания на длительный срок, снова сушат, охлаждают, обрабатывают паром, прессуют, отделяют центральные жилки листьев. "Темные" и "восточные" табаки после сушки подвергают ферментации. Существуют разные методы ферментации, но суть их всех в том, что при хранении листьев в массивных кипах температура их повышается, и происходит дальнейшее окисление с разрушением хлорофилла, понижением содержания сахара и никотина.

В процессе курения фактически потребляются не вещества, которые содержатся в самом изделии, а те, которые образуются в результате его сгорания, поэтому больший интерес представляет химический состав не столько самих табачных изделий, сколько их производных - табачного дыма.

По литературным данным [2-9], в табачных изделиях обнаружено около 4000 химических соединений, а в табачном дыме - около 5000.

С химической точки зрения, при курении имеет место процесс неполного сгорания табака, в результате чего табачный дым является сложным по составу и содержит множество химических веществ, которые смешаны с воздухом в виде твердых частичек или газов. Многие из них являются фармакологически активными, токсичными, мутагенными и канцерогенными.

Табачный дым состоит из двух фаз - газовой фазы и фазы частиц, причем главная струя дыма по массе более чем на 90% состоит из газообразных веществ. В каждой из этих фаз можно провести дальнейшую градацию: газовой фазы - на собственно газы и пары, фазы частиц на летучие и нелетучие компоненты. Фаза частиц - это смола, т.е. все то, что содержится в табачном дыме, за исключением газов, никотина и воды.

Дым попадает в рот в виде концентрированного аэрозоля. При охлаждении он конденсируется и образует смолу, которая оседает в дыхательных путях. Содержащиеся в смоле канцерогенные вещества, полициклические ароматические углеводороды – например, бензпирен и специфические для табака нитрозамины вызывают злокачественные новообразования, болезни системы кровообращения и другие заболевания легких, такие как паралич очистительного процесса в легких и повреждение альвеолярных мешочков, снижают эффективность иммунной системы.

Газовая фаза состоит из оксида углерода, аммиака, диметилнитрозамина, формальдегида, цианистого водорода, акролеина и многих других компонентов. Некоторые из этих веществ имеют явно выраженные раздражающие свойства, а около 60 из них являются известными или предполагаемыми канцерогенами, то есть веществами, вызывающими рак.

Основным для табачных изделий веществом, из-за которого их употребляют, является никотин. В больших количествах он весьма токсичен. Никотин является естественной защитой табачного растения от поедания насекомыми. В равных количествах более ядовит, чем стрихнин, и обладает в три раза большей токсичностью, чем мышьяк. Случайным образом это естественное средство борьбы с насекомыми оказалось весьма близким по химической структуре ацетилхолину, веществу, которое регулирует передачу нервных импульсов в человеческом мозге. Поэтому, когда никотин попадает в мозг, он открывает «химические замки», которые предоставляют доступ к воздействию на различные процессы нервной системы человека.

Отмечено, что «капля никотина убивает лошадь», для человека смертельная доза составляет всего 60 мг никотина, а для детей – еще меньше. В одной выкуренной сигарете содержится порядка 10 мг никотина, но через

дым курильщик получает из одной сигареты порядка 0,533 мг никотина. Доза никотина, получаемая взрослым человеком при курении, обычно не является достаточной, чтобы вызвать острое отравление, но существует серьезный риск острого отравления для детей, которые проглатывают сигареты.

Начинающие курильщики могут испытывать неприятные токсические эффекты никотина, но вскоре развивается толерантность как результат хронического потребления табака. Никотин быстро абсорбируется в крови и поступает в мозг, в результате чего курильщик получает желаемый эффект. Быстрая абсорбция позволяет курильщику контролировать содержание никотина в организме. И именно это свойство повышает вероятность развития зависимости при поступлении никотина в организм с табачным дымом через дыхательные пути.

При поступлении никотина, например, через желудочно-кишечный тракт, концентрация никотина в крови возрастает медленно, и потому потребителю трудно судить о том, какая доза достаточна, концентрация никотина не достигает таких уровней, которые бы вызвали то состояние, которое курильщик воспринимает как удовольствие. Но при этом никотин быстро удаляется из организма и для поддержания его уровня приходится часто вводить его дополнительные дозы.

Никотин действует через особые клеточные образования, или рецепторы, расположенные в местах соединения нервных клеток, или синапсах, в различных отделах нервной системы и в мышечной ткани. Эти рецепторы обладают способностью распознавать никотин и реагировать на него, когда он присутствует в организме. В результате изменяется работа синапса, то есть искажается передача нервного импульса, который управляет состоянием сосудов, мышечной ткани, желез внешней или внутренней секреции. Когда рецепторы сигнализируют о присутствии никотина, кровяное давление возрастает, а периферическое кровообращение

замедляется.

Волны в мозге изменяются, что дает толчок целому ряду эндокринных и метаболических эффектов. Как только организм привыкнет к функционированию при определенном уровне никотина в крови, он стремится поддерживать этот уровень и курильщики чувствуют необходимость продолжать принимать этот наркотик.

Главная опасность никотина заключается в том, что никотиновая зависимость поддерживает потребление табака, подавляющее большинство регулярных курильщиков имеют никотиновую зависимость. Менее 10% курильщиков сигарет ограничиваются умеренным или редким курением, остальные редко обходятся более часа или двух без сигареты. Если измерять силу интоксикантов по доле потребителей, которые утратили контроль над своим потреблением вещества, никотин вызывает в семь раз более сильную зависимость, чем алкоголь [10-29].

Таким образом, вышеуказанный обзор показал, что химические процессы под воздействием никотина, а также канцерогенов, мутагенов, системных ядов происходят в организме курильщика на клеточном уровне различных органов и тканей, в первую очередь, нервной ткани и желез внешней, внутренней секреции, при этом, вследствие длительного потребления, отмечаются негативные токсические эффекты. Эти данные помогут оценить и дать наиболее полное представление о технологии изготовления и раскрыть содержание этой смертоносной продукции легального производства.

Обязанностью общественного здравоохранения является разработка комплекса мер для того, чтобы защитить своих граждан от смертельных последствий потребления табака, в первую очередь, путем предоставления полноценной и достоверной информации о табачной продукции.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Андреева Т., Красовский К. Табак и здо-

ровье.- Киев, 2004.- 224с.

2. Mackay J. and Ericson M. The tobacco atlas. – World Health Organization. 2002, 128 p.

3. Всемирный банк. Экономика Потребления Табака и Контроля над Табаком в Развивающемся Мире. Подготовительный документ для Круглого стола на Высшем уровне по вопросам Контроля над Табаком и Политики Развития. Брюссель, 3-4 февраля 2003. [http://contact.tobinfo.org/books/brussels\\_wb/index.html](http://contact.tobinfo.org/books/brussels_wb/index.html)

4. Onder, Z. The Economics of Tobacco in Turkey: New evidence and demand estimates, Economics of Tobacco Discussion Paper No 2, Health, Nutrition and Population, World Bank, November 2002. 14.

5. Food and Agriculture Organization of the United Nations. Projections of tobacco production, consumption and trade to the year 2010. Rome, 2003, 108 pages. [http://www.fao.org/documents/show\\_cdr.asp?url\\_file=/DOCREP/006/Y4956E/](http://www.fao.org/documents/show_cdr.asp?url_file=/DOCREP/006/Y4956E/Y4956E00.HTM)

6. Красовский К.С., Андреева Т.И., Машлякивский М.Н. и др. Экономика контроля над табаком в Украине с точки зрения общественного здоровья.- Киев, ИЦПАН, при содействии Всемирного Банка, 2002, 144 стр.

7. Oongo E. O. “Tobacco Growing in Kenya: Viable Alternative Income Generating Activities for the Farmers.” Kenya.

8. Jaffee, S. Malawi’s Tobacco Sector: Standing on One Strong Leg is Better Than on None, World Bank, June 2002.

9. Hu, TW and Mao, Z. Economic Analysis of Tobacco and Options for Tobacco Control: China Case Study, Economics of Tobacco Discussion Paper No 3, Health, Nutrition and Population, World Bank, November 2002.

10. Advancing Knowledge on Regulating Tobacco Products. – Monograph, World Health Organization, 2001.

11. Nicotine addiction in Britain. A report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. 2000; pp.27–66.

12. Djordjevic MV, Stellman SD & Zang E.

Doses of nicotine and lung carcinogens delivered to cigarette smokers. *Journal of the National Cancer Institute* 2000; 90:106–111.

13. Cooke JP, Bitterman H. Nicotine and angiogenesis: a new paradigm for tobacco-related diseases. *Ann Med.* 2004;36(1):33340. Review.

14. Rubin H. Synergistic mechanisms in carcinogenesis by polycyclic aromatic hydrocarbons and by tobacco smoke: a bio-historical perspective with updates. *Carcinogenesis.* 2001 Dec;22(12):1903330. Review.

15. Besarati NA, Kleinjans JC, Van Schooten FJ. Biomonitoring of tobacco smoke carcinogenicity by dosimetry of DNA adducts and genotyping and phenotyping of biotransformational enzymes: a review on polycyclic aromatic hydrocarbons. *Biomarkers.* 2002 May-Jun;7(3):209329. Review.

16. Gray N, Kozlowski LT. More on the regulation of tobacco smoke: how we got here and where next. *Ann Oncol.* 2003 Mar;14(3):35337. Review.

15 Leikauf GD. Hazardous air pollutants and asthma. *Environ Health Perspect.* 2002 Aug;110 Suppl 4:505326. Review.

17. Vleeming W, Rambali B, Opperhuizen A. The role of nitric oxide in cigarette smoking and nicotine addiction. *Nicotine Tob Res.* 2002 Aug;4(3):34138. Review.

18. Traber MG, van der Vliet A, Reznick AZ, Cross CE. Tobacco-related diseases. Is there a role for antioxidant micronutrient supplementation? *Clin Chest Med.* 2000 Mar;21(1):173387, x. Review.

19. Величковский Б.Т. Молекулярные и клеточные основы экологической пульмонологии. *Пульмонология.* 2000, 10, №3.

20. Williams MD, Sandler AB. The epidemiology of lung cancer. *Cancer Treat Res.* 2001;105:31352. Review.

21. Rowbotham AL, Levy LS, Shuker LK. Chromium in the environment: an evaluation of exposure of the UK general population and possible adverse health effects. *J Toxicol Environ Health B Crit Rev.* 2000 Jul 3 Sep;3(3):145378.

Review.

22. Nikula KJ, Green FH. Animal models of chronic bronchitis and their relevance to studies of particle-induced disease. *Inhal Toxicol.* 2000;12 Suppl 4:123353. Review.

23. Henson MC, Chedrese PJ. Endocrine disruption by cadmium, a common environmental toxicant with paradoxical effects on reproduction. *Exp Biol Med (Maywood).* 2004 May;229(5):383392. Review.

24. Satarug S, Moore MR. Adverse health effects of chronic exposure to low-level cadmium in foodstuffs and cigarette smoke. *Environ Health Perspect.* 2004 Jul;112(10):10993103. Review.

25. Papastefanou C. Radioactivity in tobacco leaves. *J Environ Radioact.* 2001;53(1):67373.

26. Skwarzec B, Ulatowski J, Struminska DI, Borylo A. Inhalation of <sup>210</sup>Po and <sup>210</sup>Pb from cigarette smoking in Poland. *J Environ Radioact.* 2001;57(3):221330.

27. Skwarzec B, Struminska DI, Borylo A, Ulatowski J. Polonium <sup>210</sup>Po in cigarettes produced in Poland. *J Environ Sci Health Part A Tox Hazard Subst Environ Eng.* 2001;36(4):465374.

28. Invernizzi G, Ruprecht A, Mazza R, Marco CD, Boffi R. Transfer of particulate matter pollution from smoking to non-smoking coaches: the explanation for the smoking ban on Italian trains. *Tobacco Control.* 2004 Sep;13(3):319320.

29. Repace J. Respirable Particles and Carcinogens in the Air of Delaware Hospitality Venues Before and After a Smoking Ban. *Journal of Occupational & Environmental Medicine.* 46(9):8873905, September 2004.

## ТҮЙІН

Мақалада темекі өнімдерінің әзірленуі шығарылуы туралы айтылған. Темекі шеккен кезде темекінің тұтас жанатын өнімдері нәтижесінде шамамен 4000 мыңға жуық химиялық қосылулар болады, оның көпшілігі фармакологиялық белсенді, токсикологиялық, мутагенді және

канцерогенді заттар. (каз.)

**Түйін сөздер:** темекі, темекі және сигареттердің шығарылу технологиясы, жанатын өнімдер, улану, темекіге қарсы насихаттау.

production of tobacco products. When smoking about 4,000 different chemicals produces as a result of incomplete combustion of tobacco, many of which are pharmacologically active, toxic, mutagenic and carcinogenic.

#### ABSTRACT

The article describes the raw material for the

УДК: 614.2:616-006+616.1/.3+617.7-07-084-053.8(574)

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

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

#### ВОЗРАСТНО-ПОЛОВАЯ И ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ СТРУКТУРА СКРИНИНГ – ОБСЛЕДОВАНИЙ ЦЕЛЕВЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РК

#### АННОТАЦИЯ.

В статье представлена структура скрининг-обследований взрослого населения РК на раннее выявление болезней системы кровообращения (БСК), сахарного диабета (СД), рака шейки матки (РШМ), рака молочной железы (РМЖ), колоректального рака, глаукомы в половозрастном и территориальном аспектах.

**Ключевые слова:** скрининг, болезни системы кровообращения, сахарный диабет, рак шейки матки, рак молочной железы, колоректальный рак, глаукома, возраст, пол, город, село.

В рамках Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан», утвержденной Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года № 1113 в республике реализуется Национальная скрининговая программа по выявлению болезней системы кровообращения, сахарного диабета, рака шейки матки, рака молочной железы, колоректального рака, глаукомы и факторов их формирующих с целью предупреждения и своевременного лечения заболеваний на ранних стадиях развития [1,2,3].

Выбор целевых групп, методология организационно-методического сопровождения скрининг-обследований обеспечивается путем обучения специалистов ПМСП по орга-

низации проведения скрининг-обследований и деятельности Школ здоровья, подготовки методических рекомендаций и повышении информированности и ответственности населения за своё здоровье. Основываясь на изученном международном опыте [4-8] осуществляется организационная работа по координации, обучению и организационно – методической поддержке ПМСП с выездом руководителей НЦПФЗОЖ, членов Рабочей группы по научно-методическому сопровождению скрининговой программы, ответственных специалистов управлений здравоохранения и центров формирования здорового образа жизни; осуществляется постоянная информационная деятельность организаций службы ФЗОЖ среди населе-

ния по вопросам необходимости прохождения скрининг – обследований и повышения ответственности за свое здоровье. Создана Библиотека методических рекомендаций, подготовленных специалистами НИИ и НЦ по вопросам профилактики заболеваний на уровне ПМСП [9-21].

За период с 2008г. по 2013г. проведено **33 102 970** скрининг - обследований среди целевых групп взрослого населения, в том числе в 2011- 2013 годах – **8 095 247** обследований. Нами осуществлено изучение структуры обследованного контингента и определены закономерности её формирования. Мониторинг реализации скрининговых программ дал возможность выявить определенные тенденции структурного распределения скрининг - обследований в разрезе возраста, пола, территориальной принадлеж-

ности и патологической пораженности характерные для всех целевых групп [22-25]:

1. По всем основным показателям скрининга при сравнении между мужчинами и женщинами наблюдаются более низкие уровни у мужчин. К примеру, женского населения охвачено осмотром: на раннее выявление болезни системы кровообращения и сахарного диабета больше в среднем на 8,8% - 9,1% - 13,2% в 2011 г.- 2012г. – 2013 г. соответственно. На раннее выявление глаукомы осмотрено женщин на 5,5% (2011г.), 10,1% (2012г.) и 13,6% (2013г.) больше чем мужчин. Показатель осмотра мужчин на выявление предопухолевых и злокачественных новообразований толстой и прямой кишки 45,7 % (2011г.), 43,8% (2012г.) и 41,6% (2013г.), на 9%, 13% и 17% ниже, чем у женщин - 53,8%, 56,2%, 58,3% соответственно (таблица 1).

Таблица 1. Болезни системы кровообращения. Удельный вес обследованных в разрезе пола, 2013г.

Возраст	Осмотрено (абс.число) всего	Мужчины		Женщины	
		Абс.	%	Абс.	%
25 лет	163724	75132	45,89	88592	54,11
30 лет	139276	61521	44,17	77755	55,83
35 лет	122629	51658	42,13	70971	57,87
40 лет	134403	61012	45,39	73391	54,61
42 лет	132847	59776	45,00	73071	55,00
44 лет	120591	55736	46,22	64855	53,78
46 лет	117623	52932	45,00	64691	55,00
48 лет	115553	52197	45,17	63356	54,83
50 лет	145575	62522	42,95	83053	57,05
52 лет	129086	52545	40,71	76541	59,29
54 лет	125043	54025	43,21	71018	56,79
56 лет	109655	43070	39,28	66585	60,72
58 лет	99806	42125	42,21	57680	57,79
60 лет	87450	32715	37,41	54734	62,59
62 лет	79429	35588	44,80	43841	55,20
64 лет	65917	27519	41,75	38398	58,25
<b>ИТОГО</b>	<b>1888607</b>	<b>820073</b>	<b>43,42</b>	<b>1068532</b>	<b>56,58</b>

При анализе возрастно-половой структуры численности населения РК установлено, что в исследуемых возраст-

ных группах удельный вес мужчин несколько ниже, чем женщин (рисунок 1).

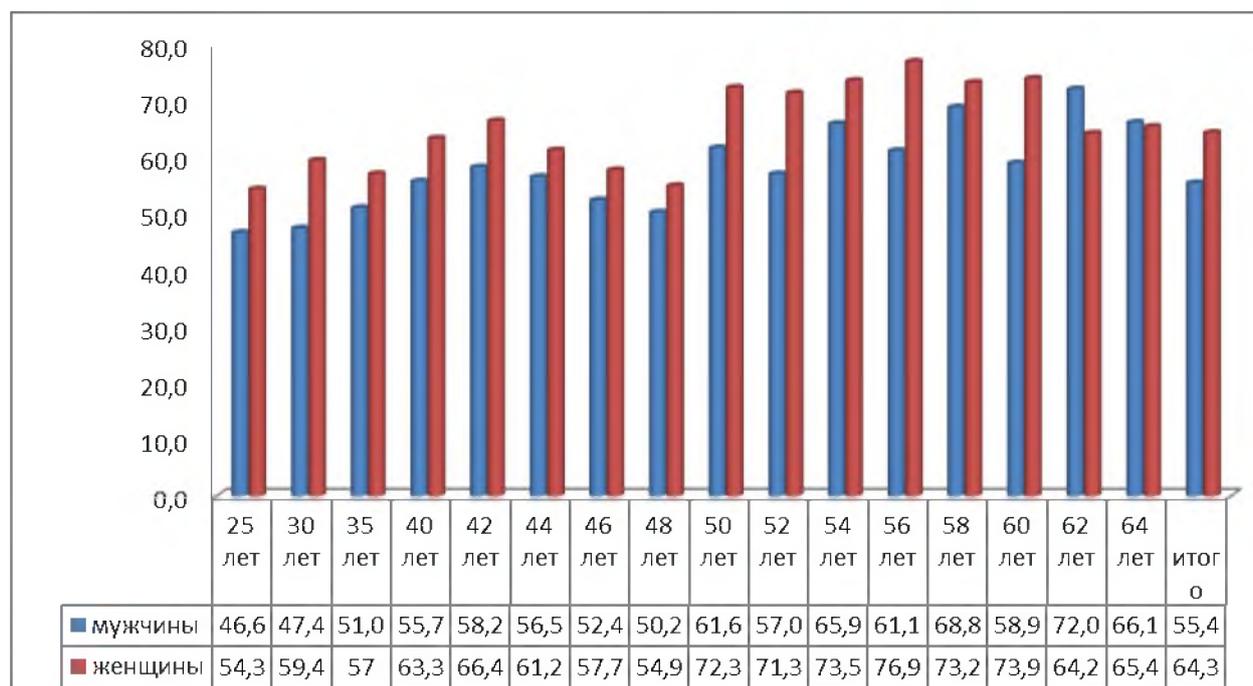


Рисунок 1. Удельный вес обследованных мужчин и женщин к численности населения, 2013г (по данным Агентства статистики за 2012г.)

Сопоставление числа обследованных с численностью населения соответствующих возрастных групп показывает сложивши-

еся возрастные различия, которые и определяют превалирование женского населения в структуре осмотренных (рисунок 2).

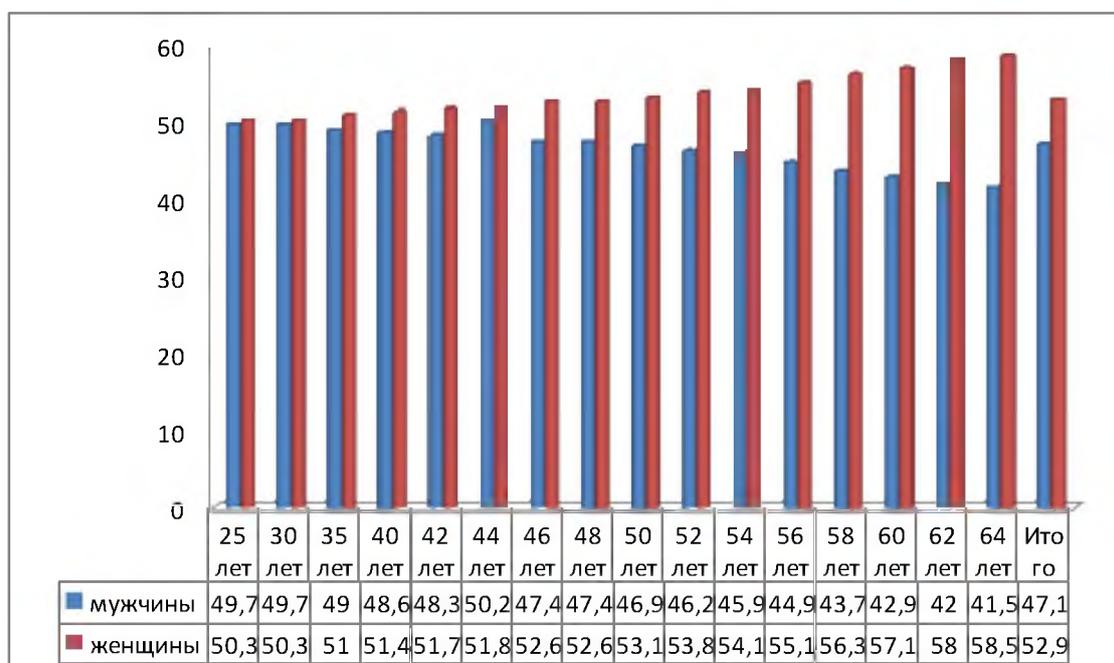


Рисунок 2. Половозрастная структура численности мужчин и женщин.

2. При сопоставлении соответствующих возрастных групп обследуемых установлено характерное увеличение показателей в возрастах 50 лет и старше. Например, по итогам 2013 года: БСК - 50, 56, 60 лет (67,5%, 66,5%, 66,0% соответственно), сахарный диабет - 50 лет (67,4%), 54 года (66,2%), 56 лет (67,2%). Процент охвата осмотром на выявление предопухолевых состояний и рака молочной железы и шейки матки наиболее высок в возрасте 60 лет - 49,6%, 50,2% со-

ответственно, предопухолевых состояний и рака толстой и прямой кишки в возрасте 66 лет - 69,0%, 68 лет - 69,4%. Данная тенденция прослеживается и в предыдущие годы (2008 -2012гг.).

3. Сравнительный анализ скрининга городского и сельского населения в разрезе возрастных категорий показал значительное превышение удельного веса осмотренных в городской местности по всем целевым группам (рисунок 3)

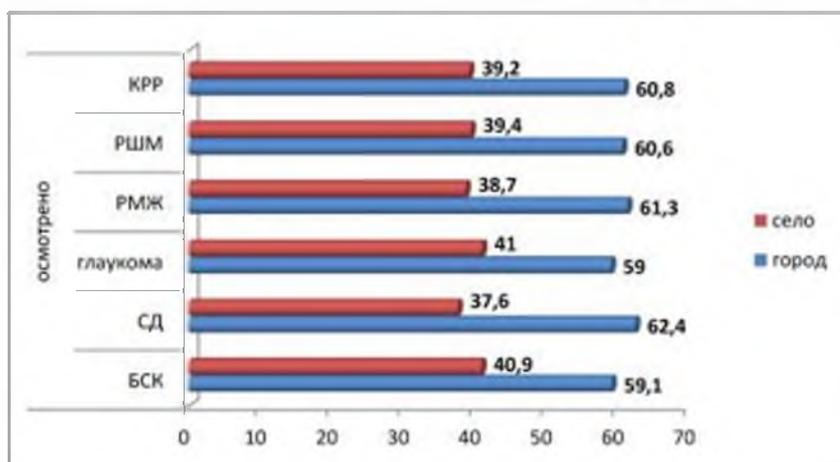


Рисунок 3. Показатели охвата скрининг-осмотром, 2013г. (гор./село)

4. Сохраняется низкий уровень выявляемости патологии во всех целевых группах: болезни системы кровообращения – 8,2% (рекомендации ВОЗ-10%), сахарный диабет - 0,3% (ВОЗ 1-2%), глаукома - 0,19%, при рекомендованном международном показателе 0,6% [26-31].

В то же время, сравнительный анализ показал, что в 2013 году по сравнению с результатами 2008 - 2012 гг. отмечается положитель-

ная динамика в сторону ранней выявляемости сахарного диабета, глаукомы, предопухолевых и злокачественных новообразований молочной железы и толстой кишки. Хотя, при общей положительной динамике некоторые колебания по годам отмечены в группе обследованных на выявление предопухолевых и злокачественных новообразований шейки матки, молочной железы, болезней системы кровообращения (таблица 2).

Год	БСК	РШМ	РМЖ	КРП	СД	Глаукома
2008	164 565 (9.3%)	24 243 (4.3%)	29 111 (7.0%)	-	-	-
2009	177 975 (10.5%)	32 113 (6.1%)	46 489 (11.3%)	-	-	-
2010	167 051 (10.4%)	26 993 (5.3%)	48 452 (11.8%)	-	-	-
2011	194 971 (7.7%)	26 208 (4.5%)	40 097 (8.8%)	541 (0.05%)	7282 (0.3%)	4469 (0.2%)
2012	209 602 (8.1%)	28 985 (4.9%)	49 492 (10.8)	1280 (0.1%)	9675 (0.3%)	6343 (0.3%)
2013	156 149 (8.2%)	20 375 (4.5%)	45 695 (12.0%)	1395 (0.1%)	8317 (0.4%)	4964 (0.3%)

Таблица 2. Показатели выявляемости патологии при проведении скрининг-обследований.

Наибольший уровень выявляемости отмечен среди населения городских поселений: выявлено РМЖ у городских женщин 0,17% против 0,08% среди женского населения сельской местности. Уровень выявляемости БСК и СД не имеет значительных разли-

чий между жителями городской и сельской местности, например, выявляемость СД в городской местности - 0,4%, в сельской - 0,3%.

На рисунке 4 представлен уровень выявляемости заболеваний среди мужского и женского населения по нозологическим формам.

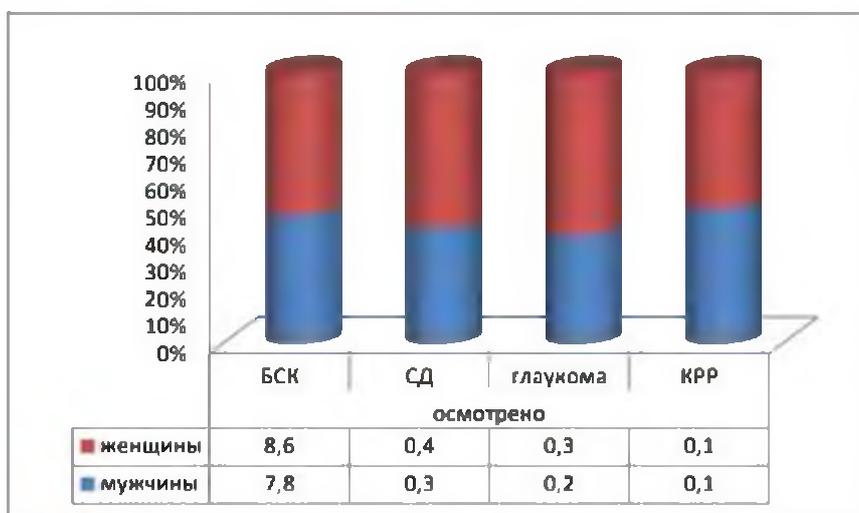


Рисунок 4. Показатели выявляемости заболеваний (мужчины, женщины), 2013г.

При сравнении выявляемости предопухолевых состояний и рака шейки матки и молочной железы по территориальной принадлежности женщин определился существенно более низкий уровень выявляемости в сельской местности с разницей от 3,2% до 8,2% ниже, чем у городских жителей.

В целом по всем целевым группам уровень выявляемости заболеваний имеет тенденцию к повышению по мере увеличения возраста.

5. Анализ уровня взятия выявленных больных на диспансерный учет для дальнейшего динамического наблюдения и оздоровления показал тенденцию к повышению уровня охвата диспансерным наблюдением с 2008 по 2013 годы по всем целевым группам. Удельный вес взятых на диспансерный учет мужчин и женщин не имеет существенных различий. Оценка взятия на «Д» учет городских и сельских жителей показывает

более высокий уровень в городской местности по сравнению с сельскими поселениями.

6. При сравнении результатов полученных исследований в зависимости от места проживания по регионам Республики Казахстан установлено, что наибольшие показатели отмечаются на Северо-Востоке страны и наименьшие на Юго-Западе республики.

**Выводы:** Таким образом, установлено, что значительную роль играет улучшение информационной работы с целью привлечения большего числа населения к скрининг-обследованиям.

Уровень показателей зависит от возраст-но-половой структуры населения и места проживания. Кроме того, на уровень показателей оказывают доступность медицинской помощи, полнота обследования, обеспеченность специалистами и уровень их квалификации, а также добросовестность работни-

ков, занятых в скрининговой программе [1]. При этом региональные различия объясняются многофакторным воздействием, включая климатогеографические характеристики, этническую принадлежность проживаемого населения и социально-экономический уровень развития.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Указ Президента Республики Казахстан «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы

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

3. Приказ № 145 от 16 марта 2011 года «О внесении изменений в приказ и. о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 685 «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения».

4. Wilson JMG, Jungner G (1968). Principles and Practice of Screening for Disease. Geneva: World Health Organization.

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

6. Int. J Cancer, 2006 Nov 15; 119(10):2417-22

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

8. Европейская база данных «Здоровье для всех» [онлайн-база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1012г. ([http://data.euro.who.int/hfaddb/shell\\_ru.html](http://data.euro.who.int/hfaddb/shell_ru.html), по состоянию на 8 апреля 2013 г.).

9. Баттакова Ж.Е., Мукашева С.Б., Токмурзиева Г.Ж. с соавторами, «Методические рекомендации по здоровому образу жизни, физической активности, правильному пи-

танию на уровне первичной медико-санитарной помощи для работы с населением», 2014г., г. Алматы, 76с.

10. Беркинбаев С.Ф., Баттакова Ж.Е., Джунусбекова Г.А. с соавторами. «Профилактика сахарного диабета на уровне первичной медико-санитарной помощи», методические рекомендации, 2014г., г. Алматы, 39с.

11. Беркинбаев С.Ф., Баттакова Ж.Е., Джунусбекова Г.А. с соавторами «Профилактика болезней системы кровообращения на уровне первичной медико-санитарной помощи», методические рекомендации, 2014г., г. Алматы, 31с.

12. Кудайбергенов Т.К., Баттакова Ж.Е., Хайдарова Т.С. с соавторами «Репродуктивное здоровье женщин. Планирование семьи», методические рекомендации, 2014г., г. Алматы, 47с.

13. Нургазиев К.Н., Жылкайдарова А.Ж., Нурғалиев Н.С. с соавторами «Профилактика наиболее распространенных злокачественных новообразований», методические рекомендации, 2014г., г. Алматы, 34с.

14. Ботабекова Т.К., Алдашева Н.А., Исламова С.Е «Профилактика глаукомы на уровне первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан», методические рекомендации г. Алматы, 2014г., 25 с.

15. Приказ МЗРК № 7 от 05.01.2011г «Об утверждении Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь».

16. Баттакова Ж.Е., Слажнева Т.И., Егорычев В.Е. «Система контроля качества и критерии оценки результативности профилактики факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний в общей врачебной практике», методические рекомендации, Алматы, 2012г., 19с.

17. Выходные статистические формы ТОО «Мединформ», 2013г.

18. Сводные отчеты по результатам скрининг - обследований, НЦПФЗОЖ, 2008-2013гг.

19. European Heart Journal, 2012г.- Руко-

водство по профилактике БСК.

20. European Heart Journal, 2013г.- Руководство по СД, преддиабету и БСК.

21. Краткое практической руководство ВОЗ по комплексной борьбе и скринингу рака шейки матки, 2004г., 2010г.

22. Европейское руководство по обеспечению качества при скрининге и диагностике рака молочной железы, 2011г.

23. Европейские методические рекомендации по обеспечению качества скрининга и диагностики колоректального рака, 2011г.

24. Терминология и руководство по вопросам глаукомы, Европейское глаукомное общество, 2011г

### ТҮЙІН

Макалада жастық-жыныстық және аумақтық аспектіде қан айналымы жүйесі (ҚАЖА), қант диабеті (ҚД), жатыр мойны обыры (ЖМО), сүт безі обыры (СБО),

колоректалды обыр, глаукома ауруларын ерте анықтауға Қазақстанның ересек тұрғындарын скринингтік тексеріп-қарау құрылымы берілген.

**Түйін сөздер :** скрининг, қан айналым жүйесі аурулары, қант диабеті, жатыр мойны обыры, сүт безі обыры, колоректалды обыр, глаукома, жасы, жынысы, қала, ауыл.

### SUMMARY

The article presents the structure of screening - surveys of adult population of Kazakhstan for early detection of diseases of circulatory system (SBR), diabetes mellitus (DM), cancer of cervix (cervical cancer), breast cancer (BC), colorectal cancer, glaucoma in age and sex and territorial aspect.

**Keywords:** screening, cardiovascular diseases, diabetes, cervical cancer, breast cancer, colorectal cancer, glaucoma, age, gender, city, village.

УДК:614.2:338.465

**Г.А. БЕКЖИГИТОВА магистрант, специальность «Общественное здравоохранение»**

Казахский государственный университет непрерывного образования

г. Алматы

**УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ****АННОТАЦИЯ**

В статье рассматриваются понятия «медицинская услуга», «качество медицинской услуги», а также специфика медицинских услуг. Представлены основные составляющие элементы удовлетворенности пациентов качеством предоставляемых услуг. Раскрывается понятие сущности управления качеством медицинской услуги.

**Ключевые слова:** управление качеством, медицина, здравоохранение, медицинские услуги.

Здоровье каждого человека, как составляющая здоровья всего населения, становится фактором, определяющим не только полноценность его существования, но и потенциал его возможностей. Уровень состояния здоровья народа, в свою очередь, определяет меру социально-экономического, культурного и индустриального развития страны. С точки зрения устойчивого и стабильного роста благосостояния населения отрасль здравоохранения, представляющая собой единую развитую, социально ориентированную систему, призванную обеспечить доступность, своевременность, качество и преемственность оказания медицинской помощи, является одним из основных приоритетов в республике.

Президент Н.А. Назарбаев в своем Послании народу Казахстана «Новый Казахстан в новом мире» подчеркнул, что одним из направлений государственной политики на новом этапе развития нашей страны должно стать улучшение качества медицинских услуг и развитие высокотехнологичной системы здравоохранения.

Качество медицинских услуг является комплексным понятием и зависит от множества емких причин, среди которых следует выделить материально-техническую оснащенность медицинских организаций, уровень профессионализма и наличие моти-

вации клинических специалистов к его повышению, внедрение современных технологий управления процессами организации и оказания медицинской помощи, внедрение эффективных методов оплаты медицинской помощи. Совершенствование управления качеством медицинских услуг занимает важное место в контексте стратегического развития здравоохранения Казахстана до 2020 года. [1]

Задача здравоохранения на современном этапе состоит в обеспечении гарантии прав личности и общества на охрану, профилактику, поддержание и восстановление здоровья. Система здравоохранения представляет собой не только совокупность лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), но и является важнейшей народнохозяйственной отраслью, тесно увязанной с экономикой, охраной труда, экологией, социальными программами и т.д. Кроме того, система здравоохранения государства является одним из элементов, обеспечивающих национальную безопасность страны. В связи с этим, многие исследователи одной из важнейших функций здравоохранения называют поддержку и восстановление равновесия и гармонии личного и общественного здоровья с окружающей природной и социальной средой. [2,3]

Вместе с тем, необходимо отметить, что в

настоящее время уровень качества медицинских услуг определяется, главным образом, медицинскими стандартами, каждый элемент которых имеет свою стоимость (цену). В свою очередь, цена – это экономическая категория, складывающаяся при взаимодействии спроса и предложения на рынке идентичных услуг в сопоставимых экономических условиях. Следовательно, в механизме ценообразования участвует не медицинская помощь как таковая, а стоимостное выражение такой экономической категории, как услуга. Следовательно, цену имеет только медицинская услуга, а не медицинская помощь. Таким образом, можно прийти к заключению, что медицинская помощь – это категория этико-профессиональная, а медицинская услуга – категория бизнес-экономическая, а оказание медицинской помощи осуществляется путем предоставления медицинских услуг. [4]

Неоспоримый факт, что медицинские работники и пациенты оценивают качественную услугу по-разному. Медицинские работники, как правило, обращают больше внимания на профессиональную компетенцию, эффективность и безопасность. С их точки зрения, качество медицинской помощи подразумевает наличие у медработника навыков, ресурсов и условий, необходимых для улучшения здоровья пациентов, знаний и умения выполнять профессиональные обязанности. Для пациентов обеспечение качества оценивается не только с точки зрения получения ими квалифицированной медицинской помощи, но и с точки зрения оценки взаимосвязанных процессов обслуживания, что в комплексе и составляет понятие «медицинская услуга».

Медицинская услуга – это мероприятие или комплекс мероприятий, проводимых при заболеваниях или угрозе развития заболеваний, направленных на восстановление здоровья или на предупреждение болезни, имеющих самостоятельное, законченное действие и определенную стоимость. [5]

При опросе пациентов медицинских организаций Кызылординской области мы задали вопрос: «Что для вас означает понятие «качество медицинской услуги?» Опрос показал, что важными составляющими качества медицинской услуги являются: удобство расположения клиники и возможность записи на прием к врачу, чистота и безопасность, отсутствие очередей, вежливость персонала, грамотные ответы сотрудников клиники на поставленные вопросы, новое оборудование, комфортное пребывание в палатах, наличие аптеки и кафе и, конечно, квалифицированная медицинская помощь, отсутствие осложнений, возможность консультаций с доктором после выписки из стационара.

Качество медицинской услуги может быть определено как выполнение профессиональных стандартов медицинской помощи и соответствие оказанной медицинской помощи ожиданиям пациента. [6] В литературе можно встретить множество определений понятия «качество», вот только некоторые из них:

«Качество медицинской помощи определяется использованием медицинской науки и технологии с наибольшей выгодой для здоровья человека, при этом без увеличения риска. Уровень качества, таким образом, это степень достижения баланса выгоды и риска для здоровья» (АведисДонабедиан).

«...Должное проведение (согласно стандартам) всех мероприятий, которые являются безопасными, приемлемыми в смысле затрачиваемых средств

в данном обществе и влияют на смертность, заболеваемость, инвалидность...» (М. Рёмер и С. МонтойяАгиляр, ВОЗ).

«Качество — это следование стандартам» (Проект обеспечения качества).

Концепция качества является глобальной и разносторонней. Эксперты обычно различают несколько основных характеристик качества:

**§ Профессиональная компетенция:** относится к уровню навыков и умений, которые реализуются в процессе деятельности

людей, предоставляющих медицинское обслуживание, деятельности руководства и обслуживающего персонала.

**§ Доступность медицинской помощи:** под ней мы понимаем степень, в которой медицинская помощь может беспрепятственно предоставляться, независимо от географических, экономических, социальных, культурных, организационных или языковых факторов.

**§ Результативность:** подразумевается степень, в которой лечение пациента приводит к улучшению его состояния или к желаемому результату.

**§ Межличностные отношения:** этот фактор относится к качеству взаимодействия между поставщиками услуг и потребителями, а именно: между руководством и персоналом, медицинскими работниками и пациентами.

**§ Эффективность:** это постоянно существующее напряжение между потребностью в обслуживании и имеющимися ресурсами оказания помощи. Проект обеспечения качества определяет эффективность как предоставление оптимальной медицинской помощи населению, то есть оптимальное количество медицинской помощи, достижимое при используемых ресурсах.

**§ Непрерывность:** это степень, в которой пациент получает необходимое ему медицинское обслуживание без перерывов, остановок или излишних повторений диагноза или лечения.

**§ Безопасность:** относится к степени, в которой система медицинской помощи снижает риск повреждений, инфицирования, вредных побочных явлений или иного ущерба, наносимого в процессе оказания медицинской помощи.

**§ Комфортность:** принадлежит к тем характеристикам медицинского обслуживания, которые непосредственно не относятся к клинической эффективности, но могут положительно повлиять на удовлетворенность пациента качеством обслуживания. Ком-

фортность определяется как внешний вид и чистота всех используемых помещений, оборудования и персонала, а также меры, принимаемые для обеспечения комфорта и удобства пациента. [7]

Деятельность по обеспечению качества медицинского обслуживания должна быть направлена как на клинический, так и на организационный аспект предоставления медицинских услуг.

Бросая ретроспективный взгляд на существо рассматриваемой проблемы, можно констатировать, что до начала второй половины XX века клиническое ведение больного практически повсеместно считалось прерогативой конкретного врача, поэтому в разных странах мира и в различных учреждениях здравоохранения существовали свои наработанные методики, что значительно осложняло проведение контроля их качества. Поэтому с целью унификации Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) было принято принципиальное решение о разработке стандартных руководств и протоколов ведения больных. Концептуальной основой данного подхода ВОЗ явился тот факт, что большинство причин низкого качества медицинской помощи, в большей степени, заключается в недостатках именно системы ее организации, а не в отдельных конкретных поставщиках услуг или отдельных медицинских технологиях. При этом, констатировалось, что обеспечение качества не может быть «навязано» системам здравоохранения; для его улучшения необходимо, чтобы философия качества разделялась одинаково и руководителями, и персоналом, в особенности, той его частью, которая больше всех противостоит внешнему контролю и регулированию [8].

Одновременно с работой по изданию трудов, посвященных организационным, методологическим и методическим вопросам качества медицинской помощи, ВОЗ была развернута дискуссия о том, какие элементы качества, вытекающие из четкого опре-

деления ИСО (ГОСТ Р ИСО 9000: качество – это степень, с которой совокупность соответствующих характеристик выполняет требования потребителя) ориентированы на решение проблемы оказания медицинской помощи. Прежде всего, был поставлен вопрос об определении качества медицинской помощи, точнее, о формулировке такого определения. Первоначально оно было достаточно компактным и сводилось к общеизвестной тривиальной формуле о правильной постановке диагноза и назначения соответствующего (адекватного) лечения, а также методах их оценки и контроля [9].

Решить вопрос повышения качества медицинских услуг можно при помощи внедрения в медицинские учреждения современных систем управления, в частности, системы управления качеством на базе международных стандартов качества ИСО 9000. Когда говорят о «стандартах серии ИСО 9000», имеют в виду три международных стандарта: ИСО 9000: 2008 «Системы управления качеством, основы и терминология», ИСО 9001: 2008 «Системы управления качеством, требования», ИСО 9004: 2008 «Системы управления качеством. Руководство по улучшению и повышению эффективности». Функционирование такой системы управления ориентировано на удовлетворение потребностей пациентов и постоянное улучшение качества медицинских услуг. Очевидно, что ознакомившись со стандартами, нельзя получить четкий ответ по поводу практического использования стандарта в медицине, поскольку они описывают общие механизмы взаимодействия процессов. Стандарт качества серии ИСО 9001 применим в медицинских учреждениях как базовый, с обязательной разработкой и внедрением внутренних документов, в зависимости от специфики работы медицинского учреждения. Стандарт ИСО 9001 базируется на двух методологических аспектах: 1) процессном подходе и ориентации на потребителя (пациента), 2) удовлетворении ожиданий потребителей (па-

циентов). Внутренняя документация по качеству описывает взаимодействия процессов и услуг в соответствующих протоколах, положениях, инструкциях и т. д., а также предполагает обязательный мониторинг и контроль всех процессов с анализом полученных результатов, целью которого является постоянное улучшение качества и выбора оптимальных и эффективных методик оказания услуг. [10]

Внедрение стандартов и сертификация системы качества дает возможность выявить неэффективные звенья в деятельности медицинской организации, повысить эффективность использования ресурсов, избежать, как дублирования работ, так и оголения отдельных участков, документировать все производственные операции, установить ответственность за каждую из них, провести структуризацию производственных процессов и выстроить четкие технологические схемы, а самое главное — существенно повысить качество медицинских услуг.

Жесткое поведение регуляторных органов в сфере здравоохранения в течение длительного времени, включая вопросы управления и ценообразования, обусловили значительно запоздавшее и недостаточно полное внедрение в медицинскую среду современных методов и способов менеджмента. Кроме того, медицинские работники рассматривали и, зачастую, продолжают рассматривать свою работу как искусство, не считая нужным вникать в проблемы экономики и управления организацией и пути их оптимизации [11].

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 - 2015 годы
2. Венедиктов Д.Д. О системном подходе к стратегии реформирования здравоохранения / Д.Д. // Здравоохранение. 2008. № 10. С. 117–129.
3. Венедиктов Д.Д. К разработке концепции развития (реформирования, модер-

низации) здравоохранения / Д.Д. Венедиктов // Здравоохранение. 2008. № 9. С. 107–120.

4. Столяров С.А. Определение медицинской услуги / С.А. Столяров // Здравоохранение Российской Федерации. 2006. № 3. С. 56–57.

5. Виноградов В.А. Эффективный бренд на российском рынке медицинских услуг // Ремедиум – 2005, С. 19-21

6. Михайлова Н. Качество медицинской помощи: современные тенденции и проблемы // Стандарты и качество. – 2005. – №6. – С. 58-62

7. Хабриев Р.У., Воробьев П.А., Юрьев А.С., Никонов Е.Л., Авксентьева М.В. Индикаторы качества оказания медицинской помощи // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – Выпуск № 10. – 2005. – С.10-14.

8. Информационный бюллетень для руководителей здравоохранения. Документы ВОЗ и международные аспекты. Выпуск 6. Май 2005. С. 1–6.

9. Kassirer J.P. The quality of care and the quality of measuring it// N. Engl. J. Med. 1993. Vol. 329. P. 1263–1265

10. Шипунов Д.А. и др. Стандартизация качества медицинской помощи как целевой метод управления в здравоохранении / Д.А. Шипунов, В.Ф. Задорин, В.И. Савинов, Е.Г. Попова // Главврач. – 2005. – №11. – С. 33-37

11. Петрова Н.Г. Маркетинг в управлении медицинскими учреждениями / Н.Г. Петрова, С.А. Балохина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2009. № 3. С. 22–24.

## ТҮЙІН

Әрбір адамның денсаулығы оның толыққанды тіршілік етуін ғана емес, сонымен қатар оның мүмкіндіктерінің әлеуетін анықтайтын факторға айналып отыр. Халық денсаулығы жағдайының деңгейі өз кезегінде, елдің әлеуметтік-экономикалық, мәдени және индустриялық даму шамасын айқындайды. Медициналық көмек көрсетудің қолжетімділігін, уақтылылығын, сапасы мен сабақтастығын қамтамасыз етуге қызмет ететін бірыңғай дамыған, әлеуметтік бағдарланған жүйені білдіретін денсаулық сақтау саласы халық әл-ауқатының орнықты және тұрақты өсуі тұрғысынан алғанда республикадағы негізгі басымдықтардың бірі болып табылады.

**Түйін сөздер:** сапаны басқару, медицина, денсаулық сақтау, медициналық қызметтер.

## SUMMARY

Health of each person, as a component of the health of the entire population, it is determinant not only the usefulness of its existence, but also the potential of its capabilities. Level of health of the people, in turn, determines the measure of socio-economic, cultural and industrial development of the country. From the point of view of sustainable and stable growth of welfare health care industry, which is represent a single well developed, socially-oriented system designed to ensure the availability, timeliness, quality and continuity of care is one of the main priorities in the country.

**Keywords:** quality management, medicine, health care, medical services.

УДК:613.81-084:374.71:614.39

**Ж.Е. БАТТАКОВА, д.м.н., профессор, С.Б. МУКАШЕВА, к.м.н.,  
Т. Н. ЕРМУХАМБЕТОВА, магистр м.н.**

Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни

## **АНТИАЛКОГОЛЬНОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ, КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ЧРЕЗМЕРНОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ**

### **АННОТАЦИЯ**

В данной статье обоснована необходимость ведения антиалкогольной пропаганды. Также представлен анализ мероприятий, проведенных в рамках декадника по профилактике чрезмерного употребления алкоголя, приуроченного к 29 октября – Национальному дню отказа от употребления алкоголя.

**Ключевые слова:** алкоголь, злоупотребление, Национальный день, отказ

В мировом масштабе употребление алкоголя - одна из трех наиболее приоритетных проблем в области общественного здравоохранения. Это утверждение подкрепляется многочисленными убедительными фактическими данными. Несмотря на то, что алкогольные напитки употребляет только половина населения земного шара, алкоголь является третьей ведущей причиной болезни и преждевременной смерти во всем мире, опережая в этом отношении табак. Чрезмерное употребление алкоголя приводит к значительному бремени для здравоохранения, общества и экономики в мировом масштабе.

Являясь психоактивным веществом, вызывающим зависимость, алкоголь оказывает воздействие на людей и общество. И это воздействие определяется объемом употребляемого алкоголя, моделью его употребления и, в редких случаях, его качеством, вызывая риск развития таких проблем со здоровьем, как психические и поведенческие нарушения, включая алкогольную зависимость, тяжелые неинфекционные заболевания, такие как цирроз печени, некоторые виды рака, сердечно-сосудистые болезни и другие поражения органов и систем.

По данным Всемирной организации здравоохранения (далее - ВОЗ) в 2012 году, в результате употребления алкоголя, произошло

около 3,3 миллиона случаев смерти, или 5,9% всех случаев смерти в мире. Употребление алкоголя является причинным фактором более чем 200 нарушений здоровья, связанных с болезнями и травмами.

Значительная доля заболеваний, обусловленных вредным воздействием алкоголя, связана с непреднамеренными и преднамеренными травмами, включая травмы в результате дорожно-транспортных аварий, насилия и суицидальных попыток. Смертельные травмы, обусловленные употреблением алкоголя, как правило, происходят в относительно молодых возрастных группах. В последнее время установлены причинно-следственные связи между употреблением алкоголя и заболеваемостью такими инфекционными болезнями, как туберкулез и ВИЧ/СПИД. Употребление алкоголя женщиной, ожидающей ребенка, может привести к развитию алкогольного синдрома плода и осложненным преждевременным родам [1].

Согласно официальным данным Агентства Республики Казахстан по статистике за 2013 год, заболеваемость психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением алкоголя, в целом по стране составила 241,1 на 100000 человек населения, при этом наибольшие показатели отмечены в городе Алматы - 1009,4,

Восточно- Казахстанской и Атырауской областях - 558,9 и 500,3 соответственно, на 100000 человек населения. Наблюдается снижение заболеваемости в сравнении с 2012 годом, когда показатель по РК составил 276,5 на 100 000 человек населения. Тем не менее, проблема злоупотребления алкоголем по-прежнему, требует повышенного внимания[2].

В развивающихся странах и странах с переходной экономикой перед структурами, определяющими политику в области общественного здравоохранения, встает задача разработки эффективных стратегий решения проблем, вызванных чрезмерным употреблением алкоголя. Уже имеются Глобальная стратегия и Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя на 2012-2020 гг., которые содержат пакет вариантов политики и мер, рекомендованных для рассмотрения и реализации в каждой стране в качестве неотъемлемых элементов национальной политики, а также в рамках международного сотрудничества.

Разработанная Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя представляет собой совместное обязательство государств-членов ВОЗ проводить непрерывную деятельность по уменьшению глобального бремени болезней, вызываемых вредным употреблением алкоголя. Стратегия включает основанные на фактических данных варианты политики и меры вмешательства. Благодаря их принятию, осуществлению и соблюдению можно обеспечить защиту здоровья и спасение жизни людей. Стратегия содержит также ряд принципов, которыми необходимо руководствоваться при разработке и осуществлении вариантов политики; она устанавливает приоритетные направления глобальной деятельности, рекомендует целевые направления деятельности на национальном уровне и наделяет ВОЗ полномочиями для усиления деятельности на всех уровнях.

Варианты политики и меры вмешатель-

ствана национальном уровне можно разделить на 10 рекомендуемых целевых направлений, которые следует рассматривать в качестве взаимоподдерживающих и взаимодополняющих:

- лидерство, информированность и приверженность;
- ответные меры служб здравоохранения;
- действия по месту жительства;
- политика и меры борьбы с управлением транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения;
- доступность алкоголя;
- маркетинг алкогольных напитков;
- ценовая политика;
- уменьшение негативных последствий употребления спиртных напитков и алкогольной интоксикации;
- сокращение воздействия на здоровье населения алкогольных напитков, произведенных незаконно или неорганизованным сектором;
- мониторинг и эпиднадзор.

Глобальная информационная система по алкоголю и здоровью (GISAH) была разработана ВОЗ для динамичного представления данных об уровнях и моделях употребления алкоголя, обусловленных алкоголем последствиях для здоровья и общества и о политических ответных мерах на всех уровнях[3].

Для успешного проведения стратегии требуются согласованные действия стран, эффективное глобальное руководство и надлежащее участие всех заинтересованных сторон. Эффективная совместная работа позволит уменьшить негативные последствия алкоголя для здоровья и общества.

В Республике Казахстан политика по снижению злоупотребления алкоголем ведется в нескольких направлениях:

- применение экономических мер - поэтапное повышение налогов на алкогольную продукцию;
- совершенствование нормативной правовой базы по регулированию контроля и каче-

ства производимой алкогольной продукции;  
- усиление контроля ввоза контрабандных алкогольных изделий и незаконного производства алкогольной продукции на территории РК;

-полный запрет рекламы алкогольных напитков, включая скрытую и косвенную ее виды;

-информирование населения о последствиях употребления алкоголя;

-разработка и внедрение профилактических антиалкогольных социальных программ.

Антиалкогольное просвещение следует рассматривать как часть общей стратегии. Оно должно начинаться с мер поддержки родителей в воспитании детей и продолжаться в школе как часть целостного подхода, предусмотренного в концепции школ, способствующих укреплению здоровья. Учитывая известные ограничения такого просвещения, необходимо добиваться того, чтобы оно было основано на методах учебно-воспитательной работы, которые доказали свою эффективность, например:

- выбор возрастной категории молодых людей;

- выбор тем для бесед с молодыми людьми из целевой группы;

- выбор степени вмешательства учителей и членов целевой группы;

-обеспечение того, чтобы программы были интерактивными и основывались на выработке навыков;

-выработка мотивации изменения поведения у всех участников программы;

- возвращение к занятиям по укреплению навыков правильного поведения в последующие годы;

- введение информации, имеющей непосредственную практическую пользу для молодых людей;

- проведение соответствующей подготовки учителей для интерактивной подачи материала,

- обеспечение широкой доступности лю-

бой программы, доказавшей свою эффективность, и ее популяризация для расширения охвата.

Следует также развивать программы работы с семьями, поскольку наличие алкогольной проблемы в семье касается не только индивидуума, злоупотребляющего алкоголем, но и его близких и негативно сказывается на развитии детей.

В качестве компонента профилактических программ на местном уровне целесообразно проводить обучение работников детских учреждений (в том числе учителей) методам раннего вмешательства при работе с родителями, злоупотребляющими алкоголем, и направлениях (родителей) на консультирование или лечение. Такой подход также обеспечивает необходимую помощь членам семьи и детям.

Так, в рамках реализации плана мероприятий Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, с 20 октября 2014 года в регионах республики прошло очередное декадник по профилактике чрезмерного употребления алкоголя, приуроченный к 29 октября – Национальному дню отказа от употребления алкоголя [4]. Декадник был проведен при организационно-методической поддержке Национального центра проблем формирования здорового образа жизни.

Целью и задачами декадника и Национального дня отказа от употребления алкоголя является повышение уровня информированности населения о последствиях употребления алкоголя путем обучения и формирования ответственного, безопасного поведения, особенно у детей, подростков и молодежи в отношении употребления алкоголя и пропаганда трезвого и здорового образа жизни; проведение разъяснительной работы для создания в обществе атмосферы нетерпимого отношения к злоупотреблению алкогольными напитками, в том числе и через средства массовой информации; формирова-

ние солидарной ответственности работодателей, работников предприятий всех форм собственности за здоровье трудящихся.

В течение данного декадника лечебно-профилактическими организациями всех регионов страны была оказана консультативная помощь населению, проведена просветительная работа с участием врачей, наркологов, специалистов службы формирования здорового образа жизни с демонстрацией видеороликов и распространением информационно-образовательных материалов.

В образовательных учреждениях был проведен ряд мероприятий: акции, лекции, семинары -тренинги, круглые столы, беседы, направленные на формирование ответственного, безопасного поведения среди подростков и молодежи.

Проведены семинары, как для медицинских работников, так и для лиц, посетивших Школы здоровья, с привлечением заведующих поликлиниками, участковых терапевтов и педиатров, врачей общей практики, наркологов и психологов, с целью обучения населения безопасному поведению, привития навыков отказа от чрезмерного употребления

алкоголя.

Для повышения грамотности граждан разработан, в едином дизайнерском стиле, и тиражирован информационно-образовательный материал: буклет «Мифы об алкоголе» илистовка «Вред энергетических напитков», для последующего распространения среди населения.

В целом по Республике, в рамках декадника было проведено 62583 мероприятия, в том числе: семинары - тренинги – 1079; занятия в школах здоровья – 50; дни открытых дверей- 144; лекции – 2631; анкетирование, дебаты/ диспуты, КВН – 286; беседы – 42149; конференции – 41; круглые столы – 342; конкурсы – 107; акции – 41; прокат аудио-видеороликов – 811; радиолекции- 59; общественные рейды- 9, оформлены уголки здоровья, выставки, стенды, сануголки и санбюллетени – 1457, и другие, с общим охватом 765847 человек.

В СМИ регионального значения организованы: телепередачи – 28, радиопередачи – 111, пресс-конференции – 51, публикации статей – 72.

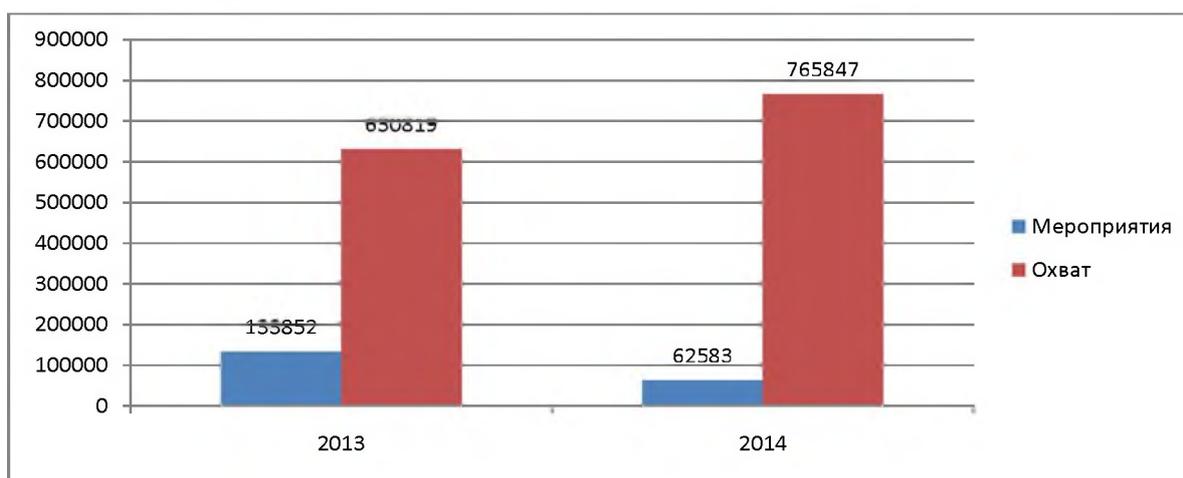


Рисунок 1. Сравнительное количество проведенных мероприятий и охвата населения.

Как видно из Рисунка 1, в 2014 году организовано и проведено 62583 мероприятия, что в 2 раза меньше в сравнении с аналогичным периодом 2013 года. Наряду с уменьшением количества проведенных мероприятий,

в текущем году отмечается положительная динамика в увеличении охвата населения более чем на 100 тысяч человек.

Стоит отметить, что сравнительный анализ мероприятий показал, что почти в 2

раза возросло количество организованных семинаров/ тренингов в 2014 году (в 2013 году- 607), что в значительной степени обусловлено необходимостью не только инфор-

мирования населения, но и непосредственного обучения практическим навыкам отказа от употребления алкоголя.

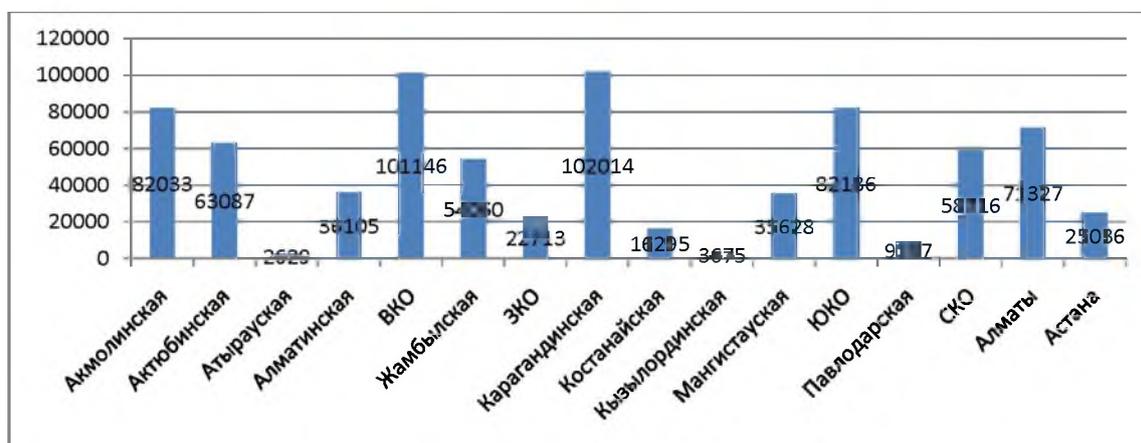


Рисунок 2. Охват населения в разрезе регионов в 2014 году.

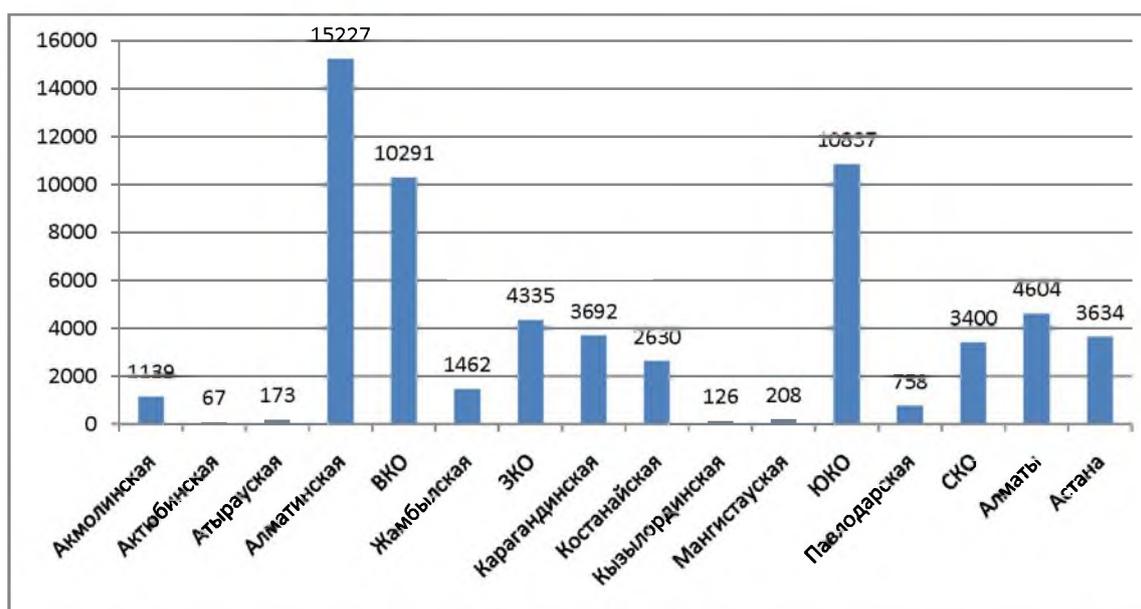


Рисунок 3. Количество проведенных мероприятий в разрезе регионов.

Рисунки 2 и 3 показывают, что по количеству проведенных мероприятий за отчетный период на первом месте Алматинская область – 15227, с охватом 36105 человек; на втором месте – Южно-Казахстанская область – 10837, с охватом 82186 человек; на третьем месте – Восточно-Казахстанская область – 10291, с охватом 101146 человек. Наименьшее количество проведенных меро-

приятий наблюдается в Актобинской области – 67, при достаточно высоком показателе охвата населения в 63087 человек. Наибольшее количество лиц, привлеченных к декаде, отмечается в Карагандинской области- 102014 человек, приняли участие в 3692 мероприятиях. Наименьший показатель - в Атырауской области- 2629 человек, при небольшом числе проведенных мероприятий.

Таблица 2.

Сравнительное количество освещений мероприятий в региональных СМИ  
за аналогичный период 2013 и 2014 гг.

№	Название мероприятий	Количество мероприятий	
		2013г.	2014г.
1	Телевидение (т/передача, т/сюжет)	35	28
2	Радиоканалы	117	111
3	Публикации, статьи	126	72
4	Пресс-конференции	7	51
	ВСЕГО	285	262

Таблица 2 отражает стабильность количества освещений мероприятий на телевидении и радиостанциях, как в предыдущем, так и 2014 годах. Снижение количества печатных публикаций обусловлено переориентированием просветительской работы с населением в сторону увеличения числа пресс- конференций- метода, действенность и эффективность которого объясняется возможностью «обратной связи» в реальном режиме, что, в свою очередь, позволяет быстрее и полнее донести информацию о проблемах, связанных с чрезмерным употреблением алкоголя до населения.

Таким образом, для повышения осведомленности населения о негативном воздействии алкоголя на организм, формирования солидарной ответственности за здоровье, привития здоровьесберегающих навыков, для усиления информационно- образовательной работы с каждой целевой группой в организациях образования, молодежных центрах здоровья, школах здоровья необходима консолидация усилий медицинских, социальных работников, средств массовой информации, неправительственных организаций и других заинтересованных сторон.

Развитие инфраструктуры для занятий спортом; содействие обеспечению занятости детей, подростков, молодежи посредством

создания доступных спортивных площадок, детских клубов, кружков, секций, дворовых клубов, летних лагерей; создание работникам условий для ведения здорового образа жизни, принимаемые на уровне предприятий и организаций - все это меры, которые могут привести к снижению вреда, связанного с употреблением алкоголя.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя на 2012-2020 гг. //Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. Шестидесят первая сессия, Азербайджан, 12-15 сентября, 2011- С. 1- 16.
2. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2013 году: Статистический сборник. - Астана, 2014.
3. Global strategy to reduce harmful use of alcohol// WorldHealthOrganization, 2010- P.5-17.
4. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Казакстан» на 2011 - 2015 годы

#### ТҮЙІН

Осы мақалада алкогольге қарсы насихат

жүргізудің қажеттілігі сипатталады. Сондай-ақ, 29 қазан - Ұлттық алкогольден бас тарту күніне орайластырылған алкогольді шамадан тыс тұтынудың алдын алу жөнінде онкүндік шеңберінде өткізілген шараларды саралау көрсетілген.

**Түйін сөздер:** алкоголь, шамадан тыс тұтыну, Ұлттық күн, бас тарту.

## SUMMARY

This article describes necessity of anti-alcohol propaganda. As well as presents an analysis of the activities in the frameworks of decade on prevention of excessive alcohol consumption, dedicated to the October, 29 - National Day of alcohol avoidance.

**Keywords:** alcohol, alcohol abuse, National Day, refusal

УДК:614.2:338.465:616-082

## А. О.ЕСИМКУЛОВ

ГКП на ПХВ «Алматинская многопрофильная клиническая больница»  
г. Алматы

### СИСТЕМА КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В ГКП НА ПХВ «АЛМАТИНСКАЯ МНОГОПРОФИЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА».

#### АННОТАЦИЯ.

В данной статье освещен вопрос деятельности системы внутреннего аудита. Внутренний аудит, это не только качество лечебно – диагностических мероприятий, в него входят все организационные мероприятия деятельности стационара. Усовершенствование работы внутреннего аудита осуществляется путем контроля лечебного процесса, начиная с поступления больного в стационар до выписки пациента. Основной функцией внутреннего аудита является анализ и пути устранения дефектов в лечении пациента.

**Ключевые слова:** Внутренний аудит, контроль качества, медицинская помощь.

**Актуальность.** Приказом директора ГКП на ПХВ «Алматинская многопрофильная клиническая больница» № 018-П «О создании комиссии по внутрибольничному аудиту» от «05» января 2015 г. в соответствии с приказом МЗ РК, основанном на выполнении со статьи 58 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системы здравоохранения», создана Служба внутреннего контроля. В данном секторе работает врач - эксперт, осуществляющий контроль за оказанием медицинской помощи населению. Он также проводит организационную и методическую работу с медицинским персоналом стационара.

**Цель исследования.** Разработать методические подходы к организации внутреннего

аудита в ГКП на ПХВ «Алматинская многопрофильная клиническая больница»

**Результаты исследования.** Внутренний контроль (аудит) носит многоуровневый характер. На каждом уровне обеспечивается контроль качества медицинских услуг.

Внутренний контроль на уровне подразделения осуществляется врачом отделения, медицинской сестрой отделения.

Самоконтроль выражается в четком знании и выполнении медицинскими работниками своих функциональных обязанностей, стандартов деятельности: протоколы диагностики и лечения, требования к стандартным процедурам (диагностические, лечебные мероприятия), инструкции, правила и т.д. Подпись врача и медицинской сестры в

соответствующей медицинской документации является свидетельством того, что медицинский работник удостоверился в правильности выполненных мероприятий и что все свои действия им выполнены сознательно, т.е. он их проконтролировал.

Таким же образом, документально, подтверждается контроль на всех уровнях оказанных медицинских услуг.

На уровне структурного подразделения (отделения) медицинской организации внутренний контроль работы врачей осуществляется руководителем структурного подразделения (заведующим отделением), за работой среднего медицинского персонала - старшей медицинской сестрой.

Внутренний контроль работы среднего медицинского персонала в целом по медицинской организации осуществляется главной медицинской сестрой медицинской организации.

Методическая и информационная поддержка Службы внутреннего контроля осуществляется сотрудниками организационно - методического отдела и отдела (кабинета) медицинской статистики.

Необходимая методическая помощь в организации мероприятий по управлению качеством медицинской помощи и совершенствованию механизмов ее обеспечения оказывается главными внештатными специалистами местных органов государственного управления здравоохранением области. Основные направления работы Службы внутреннего аудита ГКП на ПХВ «АМКБ»:

- решение проблем (жалоб) пациентов на месте по мере их появления и в срок, не превышающий 5 дней, с изучением степени удовлетворенности пациентов уровнем и качеством медицинских услуг посредством проведения их анкетирования;

- оценка состояния и эффективности использования кадровых и материально - технических ресурсов;

- оценка технологий оказания медицинской помощи пациентам на соответствие

установленным стандартам в области здравоохранения (клинический аудит) и отбор случаев, подлежащих комиссионной оценке;

- соблюдение правил оказания гарантированного объема бесплатной медицинской помощи;

- разработка программных мероприятий, направленных на предупреждение и устранение дефектов в работе и способствующих повышению качества и эффективности медицинской помощи.

Функциями Службы внутреннего контроля (аудита) являются:

- анализ эффективности деятельности подразделений медицинской организации по оценке собственных процессов и процедур, внедрению стандартов в области здравоохранения с применением внутренних индикаторов, установленных в приложении 1 к настоящим Методическим рекомендациям;

- анализ деятельности внутрибольничных комиссий;

- представление руководству медицинской организации информации о проблемах, выявленных в результате анализа разработанного плана мероприятий, направленного на устранение и предупреждение повторного возникновения дефектов;

- обучение и методическая помощь персоналу медицинской организации по вопросам обеспечения надлежащего качества медицинской помощи;

- изучение мнения сотрудников медицинской организации и информирование персонала о мерах по улучшению качества и обеспечению безопасности пациентов в организации.

Службой внутреннего контроля (аудита) разрабатывается программа по обеспечению и непрерывному повышению качества медицинской помощи, утверждаемая руководителем медицинской организации

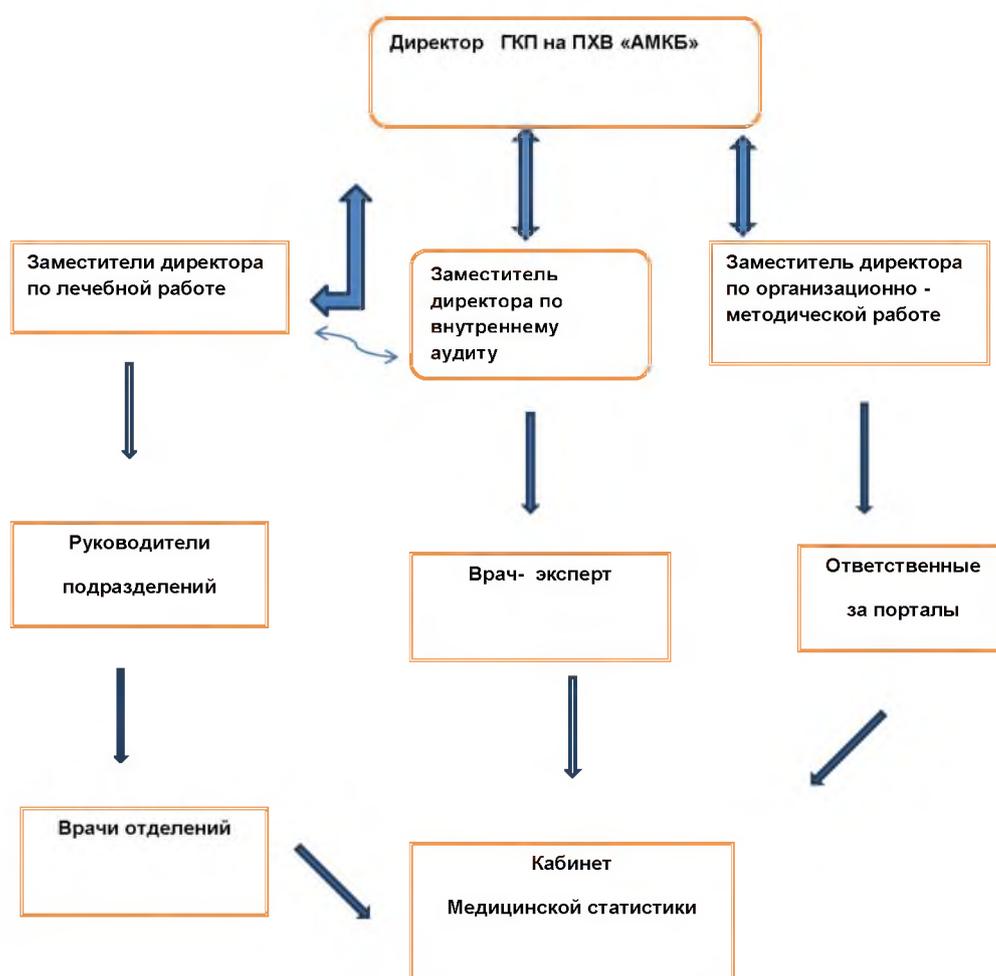
Работа службы внутреннего аудита регламентирована нормативно-правовыми документами Республики Казахстан, в которых изложены основные положения и правила

оценки качества оказания медицинской помощи:

- Приказ МЗ РК №152 от 24.03.2011г. «Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг»
- Постановление Правительства РК №1577 «Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг» от

22.12.2011г.

- Методические рекомендации по организации Службы внутреннего контроля (аудита) медицинских организаций, утвержденные приказом МЗ РК №923 от 27.12.2011г
- Для эффективной работы внедрена организационная структура управления качеством медицинской помощи, где определена степень ответственности за качество лечения каждого медицинского работника.



Проводится экспертиза объема и качества медицинских услуг на основании расчета индикаторов, разработанных в соответствии со стандартами диагностики и лечения МЗ РК, изложенными в приказе №1577 «Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг» от 22.12.2011г.

Данная экспертиза дает возможность сделать статистический и клинический анализ по пролеченным больным. Выявленные недочеты систематизируются и доводятся до сведения администрации с рекомендациями по устранению или предупреждению негативных факторов. Данные индикаторы рассматриваются отдельно по каждому отделе-

нию и заведующие подразделениями имеют возможность найти пути решения для улучшения показателей деятельности отделения.

**Заключение.** Система внутреннего аудита направлена на повышения качества услуг, и удовлетворенности населения области в получаемой медицинской помощи.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Приказ МЗ РК №152 от 24.03.2011г. «Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг»

2. Постановление Правительства РК №1577 «Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг» от 22.12.2011г.

3. Методические рекомендации по организации Службы внутреннего контроля (аудита) медицинских организаций, утвержденные приказом МЗ РК №923 от 27.12.2011г.

4. Отчетные данные медицинской организации.

#### ТҮЙЫМ

Айтылмышқа мақалаға ішкі аудиттың жүйесінің қызметінің сұрағы жарықтандыр-

Ішкі аудит, сол тек сапа емдік-диагностикалық іс-шаралардың, оған стационардың қызметінің барлық ұйымдық іс-шаралары кіреді. Ішкі аудиттың жұмысының жетілдір-жолымен емдік үдерістің тексерісінің жүзеге асады, аурудың түсімінен бастап стационарға дейін емделушінің көшірмесінің. Ішкі аудиттың негізгі атқаратын қызметімен анализ және ақаудың жоюының жолдары емделушінің шипасында болып табылады.

**Түйін сөздер:** Ішкі аудит, сапа бақылауы, медициналық көмек.

#### SUMMARY

In given to the article the question of activity of the system of internal audit is lighted up. Internal audit, this not only quality curatively - diagnostic events, all organizational events of activity of permanent establishment are included in him. The improvement of work of internal audit comes true by control of curative process, since entering of patient permanent establishment to the extract of patient. The basic function of internal audit are an analysis and ways of removal of defects in treatment of patient.

**Key words:** Internal audit, control of quality, medic are.

УДК: 616.36-004-07-035:615.036.8:614.2:330.13

А.О. ЖУРЫНОВА

## ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА УСЛУГ ПАЦИЕНТАМ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПЕЧЕНИ.

### АННОТАЦИЯ

По данным ВОЗ во всем мире хронические заболевания печени были причиной смерти от цирроза печени (ЦП) - от первичного рака печени.(данные ВОЗ).

В статье проведен анализ данных литературы о качестве диагностики и лечения цирроза печени, применение ФЭА для улучшения лечебно-диагностического процесса цирроза печени.

**Ключевые слова:** Фармакоэкономический анализ, цирроз печени, лекарственные средства.

**Актуальность:** Одной из самых распространенных форм хронических заболеваний печени является цирроз печени. Среди причин смертности от болезней органов пищеварения (исключая рак) цирроз занимает первое место. Цирроз печени (ЦП)— хроническое полиэтиологическое диффузное прогрессирующее заболевание печени, характеризующееся значительным уменьшением количества функционирующих гепатоцитов, нарастающим фиброзом, перестройкой нормальной структуры паренхимы и сосудистой системы печени, появлением узлов регенерации и развитием в последующем печеночной недостаточности и портальной гипертензии.

Необходимость рационального подхода в области лекарственного обеспечения населения обусловлена не только нехваткой средств на жизненно важные лекарственные препараты, но и очень высокой долей расходов на лекарства в общем объеме финансирования здравоохранения. Клиническая ценность лекарственных средств определяется их эффективностью и безопасностью. С расширением ассортимента предлагаемых фармацевтическими компаниями лекарственных средств у врачей появилась возможность выбора оптимальной терапии с учетом ее фармакоэкономической эффективности. Огромные резервы повышения качества лечения

кроются в рациональном подходе к лекарственной терапии, основанной на современных принципах доказательной медицины и фармакоэкономики. Концепции и термины, модели и методы ФЭ пока еще непривычны клиническим фармакологам и фармацевтам, медицинским администраторам и врачам, но их востребованность и значимость растет - достаточно обратиться к материалам. «Фармакоэкономика на рубеже третьего тысячелетия» [7, 8].

Создание эффективной системы цен на ЛС на макро- и микроэкономическом уровне, и прежде всего, внедрение действенных методов государственного регулирования ценообразования на всех этапах формирования системы цен на ОЛС, является определяющим в решении вопросов доступности фармацевтической помощи населению, рационального использования бюджетных средств и повышения эффективности деятельности субъектов фармацевтического рынка. Фармакоэкономика (ФЭ) - раздел экономики здравоохранения, изучающий соотношения «

**Методология:** анализ, научные исследования, по ресурсам Medline (система MESH) PubMed, MedLinepy, контентный анализ.

**Результаты:** По данным А. Ф. Блюгера и И. Н. Новицкого смертность от ЦП составляет в разных странах от 14 до 30 случаев

на 100 000 населения. В связи с необратимостью ЦП при оценке распространенности его среди населения основным критерием служат не столько показатели заболеваемости, сколько смертности (С. Н. Соринсон). В странах Западной Европы и США частота ЦП по данным вскрытий колеблется в пределах 3-9% (А. Ф. Блюгер, И. Н. Новицкий). От цирроза печени ежегодно в мире умирает около 300 тысяч человек, причём за последние 10 лет частота увеличилась на 12%. Бессимптомное течение цирроза имеет место у 12% больных, страдающих хроническим алкоголизмом. Чаще наблюдается у мужчин: соотношение мужчин и женщин составляет в среднем 3:1. Заболевание может развиваться во всех возрастных группах, но чаще после 40 лет. (К.Н. Онищенко) Социально-экономический ущерб, наносимый хроническими заболеваниями печени, исчисляется сотнями миллиардов долларов, так как эта патология приводит к стойкой утрате работоспособности, нередко – к инвалидности и смерти больных.

С открытием в Алматы гепатологического центра будет оказана качественная медицинская помощь пациентам с патологией печени с комплексом консультативно-диагностических медицинских услуг и набором современного медицинского оборудования в соответствии с мировыми стандартами. Необходимость открытия гепатологического центра обусловлена ростом заболеваемости населения республики хроническими вирусными гепатитами. Если в 2011 году на диспансерном учете состояли 1184 человек, то в 2014 году - 3056 пациентов. Ранее гепатологические центры были открыты в Астане и Шымкенте.

**Выводы:** Цирроз печени - не смертельное заболевание, его нужно и можно эффективно лечить. Наблюдение и лечение больных циррозом печени должно проводиться только в специализированных лечебных учреждениях. Выбор оптимальной схемы лечения для конкретного пациента может сделать толь-

ко врач. Необходимость рационального подхода в области лекарственного обеспечения населения обусловлена не только нехваткой средств на жизненно важные лекарственные препараты, но и очень высокой долей расходов на лекарства в общем объеме финансирования здравоохранения. Клиническая ценность лекарственных средств определяется их эффективностью и безопасностью. С расширением ассортимента предлагаемых фармацевтическими компаниями лекарственных средств у врачей появилась возможность выбора оптимальной терапии с учетом ее фармакоэкономической эффективности. Огромные резервы повышения качества лечения кроются в рациональном подходе к лекарственной терапии, основанной на современных принципах доказательной медицины и фармакоэкономики.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. К.Н. Онищенко статья, Фармакоэкономический анализ лечения цирроза печени препаратами Эспа-Липон и Эссенциале Н – 2009 г
1. Гуревич К. Г. Эссенциальные фосфолипиды в лечении заболеваний печени // Качественная клиническая практика. – 2002. – № 4. – С. 1-4.
2. Панченко Г.Ю., Клименко Н.И., Гринев А.Е. и др. Фармакодинамические эффекты Эспа-Липона при терапии хронических гепатитов // Экспериментальная и клиническая медицина. – 2003. – № 3-4. – С. 54-58.
3. Рязанов Д.Ю., Михеев Ю.А. Лечение холедохолитиаза, осложненного механической желтухой, с использованием препарата Эспа-Липон // Международный медицинский журнал. – 2006. – № 2. – С. 115-117.
4. Скакун Н.П., Шманько В.В., Охримович Л.М. Клиническая фармакология гепатопротекторов. – Тернополь: МОЗ Украины, Тернопольский медицинский институт, 1995. – 272 с.
6. Цирроз печени. Клиника, диагностика, лечение. Сборник научных трудов / Под ред.

академика А.С. Логинова. – Москва, 1990. – 186 с.

7. Куликов А. Ю., Литвиненко М. М. Теоретические основы нового метода фармакоэкономического анализа: «совместный анализ» // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология — 2009 — № 2 — стр. 15-19

8. Ягудина Р. И., Куликов А. Ю., Серпик В. Г. Дисконтирование при проведении фармакоэкономических исследований // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология — 2009. — N4. — с.10-13

10. Ягудина Р. И., Куликов А. Ю., Тихомирова А. В. Возможность переноса фармакоэкономических данных из страны в страну // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология — 2009. — № 3. — с. 8-18

11. Серпик В. Г. Теоретические основы биостатистики при проведении фармакоэкономических исследований // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология — 2009 — № 2 -с. 9-14

12. Ягудина Р. И., Чибиляев В. А. Использование конечных и суррогатных точек в фармакоэкономических исследованиях // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология — 2010.

— N2. — с.12-18

13. Ягудина Р. И., Куликов А. Ю., Литвиненко М. М. QALY: история, методология и будущее метода // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология — 2010. — № 1. — с. 7-11

14. Белоусов Д. Ю., Куликов А. Ю., Колбин А. С., Карпов О. И., Быков А. В., Толкушин А. Г. Фармакоэкономика: зачем, где и как проводить фармакоэкономические исследования? // Журнал «Фармакоэкономика», Том 3, № 2, 2010 г., 19-21 стр.

### ТҮЙІН

Бауыр циррозы - бауыр құрлымының бұзылуын сипаттайтын, оның нәтижесі, бауыр жетіспеушілігі мен порталды гипертензияға әкеліп соғады.

**Түйін сөздер:** Фармакоэкономикалық анализ, бауыр циррозы, дәрілік заттар.

### SUMMARY

Liver cirrhosis is a making progress disease of liver, being characterized alteration of normal structure of liver, what the functions of liver are violated because of, and by development in subsequent to hepatic insufficiency and portal hypertension.

**Key words:** Pharmacoeconomic analysis, liver cirrhosis, medicinal facilities.

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

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

**А.Ж. МЫРЗАХАНОВА**, руководитель пресс-службы,

**Б.А.КОЖАБЕРГЕНОВА**, журналист

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

## **ПРОПАГАНДА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В СРЕДСТВАХ МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ В 2014 ГОДУ.**

### **АННОТАЦИЯ**

В статье дан анализ освещения мероприятий по пропаганде здорового образа жизни и профилактики социально значимых заболеваний в СМИ республиканского и регионального уровня в 2014 году.

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

В своем Послании «Казахстанский путь-2050. Единая цель, единые интересы, единое будущее» Президент РК Назарбаев Н.А. подчеркнул: «Утверждение здорового образа жизни и развитие медицины позволит увеличить продолжительность жизни казахстанцев до 80 лет и выше» [1].

По оценкам специалистов, здоровье людей зависит на 50–55 % от образа жизни человека, на 20 % - от окружающей среды, на 18–20 % - от генетической предрасположенности, и лишь на 8–10 % - от здравоохранения.

В этой связи, в сохранении и укреплении здоровья каждого человека большую роль играют знания о факторах риска заболеваний, о путях заражения ими и методах их предупреждения, а также, наличие навыков самопомощи и безопасного поведения [2].

В рамках реализации государственной политики в области здравоохранения в стране функционирует Служба формирования здорового образа жизни (далее-Служба), включающая Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни (далее - Центр), 14 областных и 2 городских центра формирования здорового образа жизни (далее – ЦФЗОЖ).

Одним из основных направлений деятельности Службы является информирова-

ние населения по принципам здорового образа жизни, укрепления здоровья и предупреждения заболеваний [3].

Так, в рамках реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011–2015 год, Служба ведет работу по освещению в СМИ мероприятий, направленных на повышение уровня осведомленности населения по укреплению и сохранению здоровья. Это и пропаганда физической активности, здорового питания, и информирование о поведенческих факторах риска и скрининговых осмотрах на раннее выявление заболеваний, а так же о деятельности профильных школ здоровья по привитию навыков самоконтроля, самопомощи и управления своим здоровьем и формированию ответственного безопасного поведения.

С 2011 года, в рамках Единой информационной политики, Центр разрабатывает аудио- и видеоролики, телепередачи по актуальным темам таким, как профилактика употребления психоактивных веществ (алкоголь, табак, курение (насвай), наркотики), пропаганда физической активности и профилактика ожирения, аспекты здорового образа жизни, профилактика туберкулеза, вирусного

гепатита, ВИЧ/СПИД, болезней системы кровообращения, сахарного диабета, дорожно – транспортного травматизма, онкологических заболеваний, охрана репродуктивного здоровья, деятельность школ здоровья и молодежных центров здоровья.

Готовая аудио-видеопродукция с участием известных актеров, спортсменов, общественных деятелей, профильных специалистов транслируется в прайм-тайм на республиканских телеканалах и радиостанциях: «Первый канал Евразия», «Астана», «СТВ», «Коммерческий Телеканал», «Казахстан», «Хабар», «7 Канал», «Радио «NS», «Русское радио Азия», «Авторadio Казахстан», «Казахское Радио», «Love Radio», «Ретро FM», а также на региональном уровне.

На базе Пресс-Клуба ежегодно проходят пресс-конференции, с участием сотрудников

Центра и высококвалифицированных специалистов в области здравоохранения для освещения актуальных тем на республиканских телеканалах, в информационных агентствах, периодических печатных изданиях. Так в 2014 году на республиканских телеканалах вышло 105 сюжетов.

На рисунке 1 представлено количество освещенных мероприятий в СМИ республиканского значения. В 2014 году было опубликовано 70 статей в республиканских газетах «Айкын», «Новое Поколение», «Казахстанская Правда», «Вечерний Алматы», «Панорама», «Экспресс-К», «Литер», Юридическая газета», «Фармация Казахстана», «Витамин» и «Мегаполис» и др., а также размещена 181 информация на сайтах информационных агентств [www.zakon.kz](http://www.zakon.kz), [www.TheNews.kz](http://www.TheNews.kz), [kazakstan.today.kz](http://kazakstan.today.kz), [kazinform.kz](http://kazinform.kz) и др.

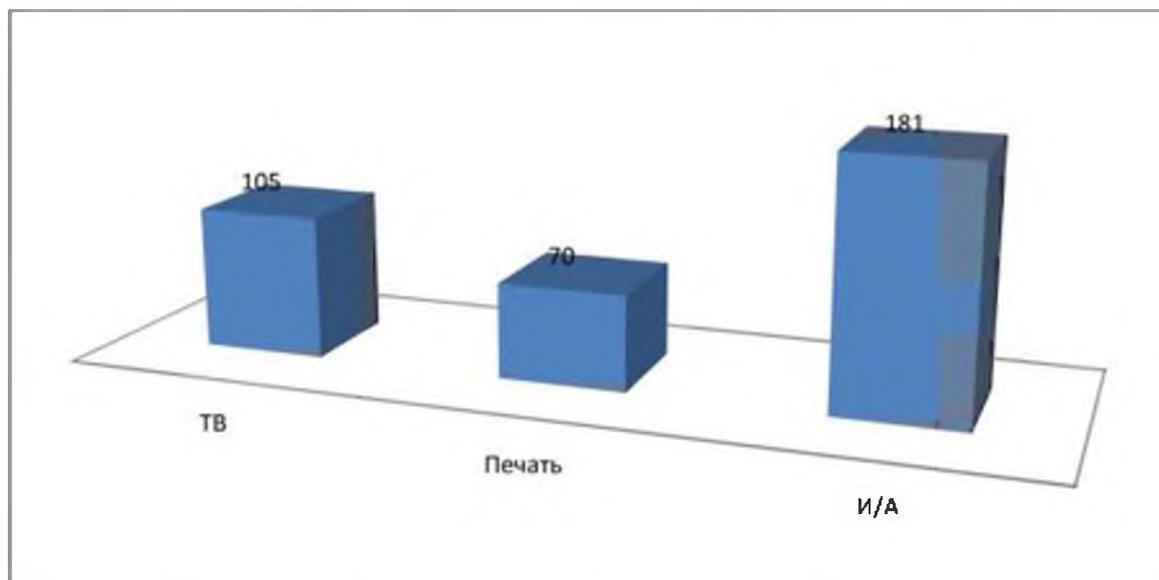


Рисунок 1. Освещение на ТВ, в периодических изданиях и информационных агентствах республиканского уровня специалистами Национального центра проблем формирования здорового образа жизни.

Как видно из таблицы 1 в 2014 году значительно увеличилось количество опубликованных материалов, освещений на телевидении республиканского уровня и в информационных агентствах в сравнении с 2013 годом. Например, в 2013 году на респу-

бликанских телеканалах вышло 77 телепередач, а в 2014 году - 105, в 2013 году опубликовано в периодических изданиях 36 статей и 120 материалов в информационных агентствах, а в 2014 году их количество увеличилось соответственно в 1,9 раза и 1,5 раза.

Таблица 1.

Сравнительная таблица по увеличению размещений публикаций в СМИ				
Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни (НЦФЗОЖ)			Служба формирования здорового образа жизни (ФЗОЖ)	
Освещения	2013 г.	2014 г.	2013 г.	2014 г.
Телепередачи	77	105	2 488	4 016
Радиопередачи	4	0	1 867	1940
Публикации печатных изданиях	36	70	9 462	12 011
Радиорубки	0	0	516	6 533
Информационные агентства	120	181	911	3 892

На рисунке 2 показано количество освещений мероприятий в различных СМИ, ор-

ганизованных в течение года региональными службами ЦФЗОЖ.

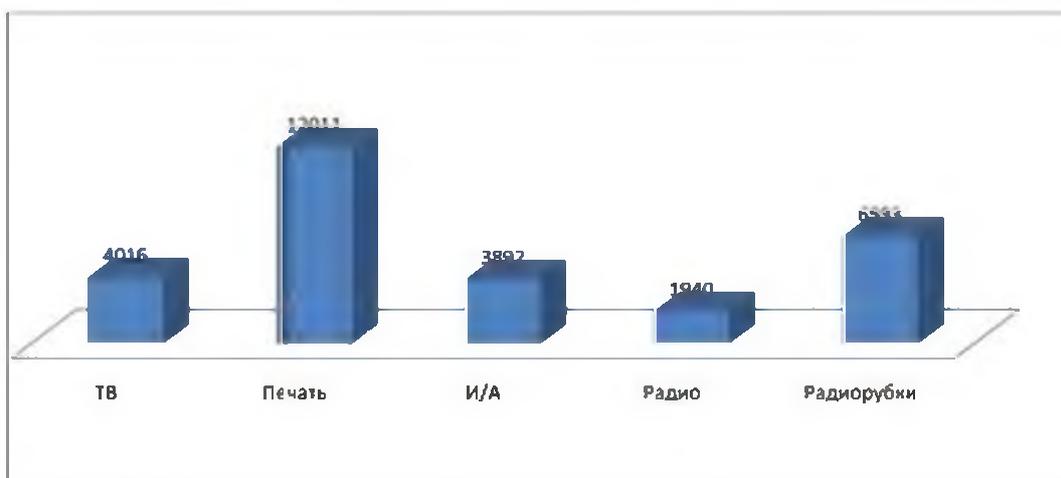


Рисунок 2. Освещение на ТВ, радио, публикации в периодических печатных изданиях, информационных агентства в региональных СМИ.

По итогам 2014 года Восточно-Казахстанская, Южно-Казахстанская, Мангистауская, Карагандинская области занимают ведущие места по освещению на ТВ регионального и республиканского уровней. Тогда, как ми-

нимальное количество освещений, как представлено на рисунке 3, отмечено в Алматинской, Акмолинской, Атырауской областях и в г. Астане.

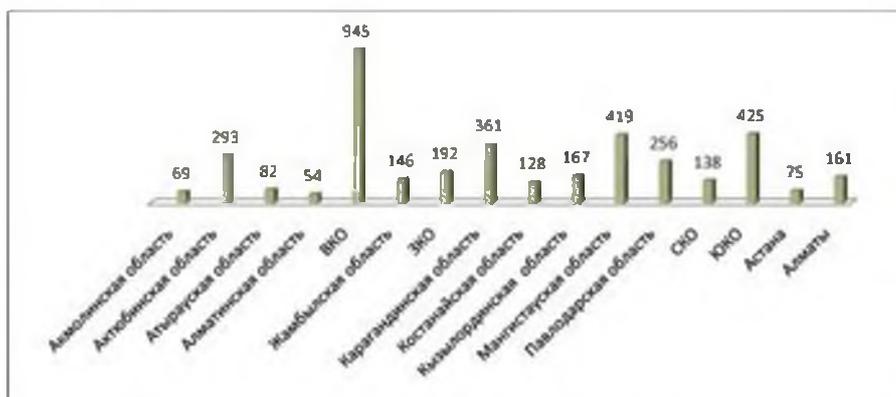


Рисунок 3. Освещение на ТВ (телепередачи, сюжеты, выступление, интервью) в разрезе регионов

В Восточно-Казахстанской области на телеканалах «Қазақстан-Семей», «Қазақстан-Өскемен», «Қалкен ТВ» были подготовлены телепередачи «Об эпидемиологической ситуации по заболеваемости острыми респираторными вирусными инфекциями на территории ВКО», «Всемирный день борьбы с наркотиками», «Осторожно, вирусный гепатит «В», и др. На республиканских телеканалах «24 kz» и «Хабар» был освещен рабочий визит Первого Вице – министра здравоохранения и социального развития РК С.Каирбековой в Восточно-Казахстанскую область, а также открытие врачебной амбулатории в с. Ушанова Глубоковского района.

В Южно-Казахстанской области на региональных телеканалах «Қазақстан-

Шымкент», «TVK», «Отырар», «Айгаю» были транслированы сюжеты, посвященные 7 апреля - Всемирному Дню здоровья, акциям «Денсаулық жолы», «Профилактика ИППП», «Денсаулық фестивалі – 2014». 29 октября - «Национальному дню отказа от употребления алкоголя». На телеканалах республиканского уровня «24 kz» и «31 канал» в блоках новостей вышли сюжеты, посвященные широкомасштабной акции «Фестиваль здоровья -2014» под названием: «С активным долголетием отмечаем столетие!».

На радиостанциях наиболее активно вещали на региональном уровне Павлодарская, Южно-Казахстанская, Алматинская, Западно-Казахстанская области. (Рисунок 4).

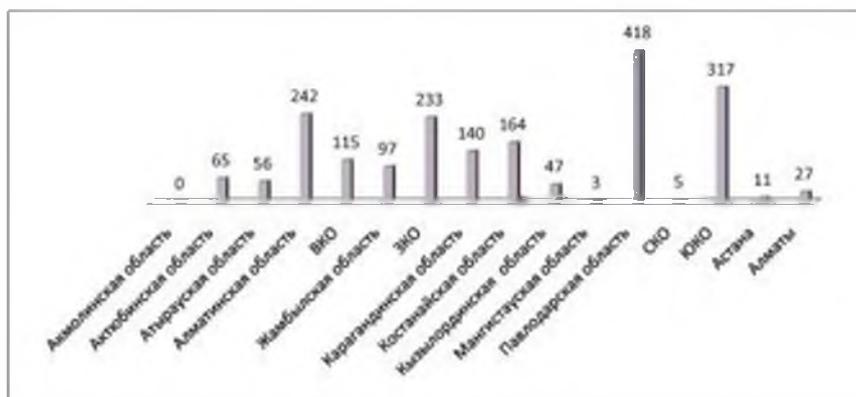


Рисунок 4. Освещение на радиостанциях (передачи, репортажи, интервью) в разрезе регионов

В Южно – Казахстанской области для радиостанции республиканского «LoveRadio» подготовили передачи «Профилактика ИППП» и «Профилактика ВИЧ-СПИД».

На «Павлодарском областном радио» в прямом эфире выходят программы «Денсаулық» на государственном языке и «Посоветуйте доктор» на русском языке. Сотрудники областного центра формирования здорового образа жизни в рамках этих программ организовывали выступления специалистов медицинских организаций по следующим темам:

«Защити себя от туберкулеза!», «Береги свое сердце!», «Профилактика болезней системы кровообращения», «Национальная скрининговая программа», «Живи активно!» и др.

Что касается публикаций в республиканских и региональных периодических изданиях, то здесь по количеству лидируют Восточно-Казахстанская, Южно-Казахстанская, Жамбылская, Мангистауская области и г. Алматы. Минимальное число публикаций в Атырауской области и в г. Астане (Рисунок-5).

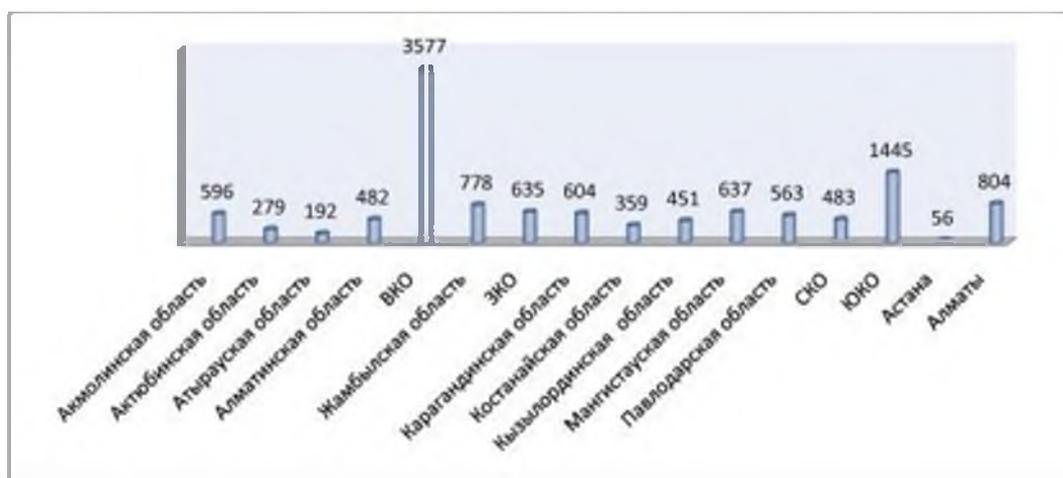


Рисунок 5. Освещение в периодических изданиях в разрезе регионов

Восточно - Казахстанский центр формирования здорового образа жизни активно сотрудничает как с региональными изданиями («7 дней», «Дидар», «Рудный Алтай», «Алдаспан», «Өскемен», «Мой город», «Устинка», «Усть-Каменогорск», «Вести Семей», «Аягөз жаңалыктары», «Пульс района»), так и с республиканской газетой «Казахстанская правда» В которой было опубликовано 130 статей. В Южном Казахстане публикации осуществлялись толь-

ко в местных изданиях «Ордабасы оттары», «Шамшырақ», «Отырар алкабы», «Арыс толкындары», «Шалқар шыңдары», «Сайрам Садоси», «Мәртөбе», «Сайрам плюс».

Не очень распространена такая форма работы, как радиолекции в местах массового скопления людей, но и здесь есть свои лидеры и аутсайдеры (Рисунок-6). А в семи регионах данный вид информирования населения не использовался.

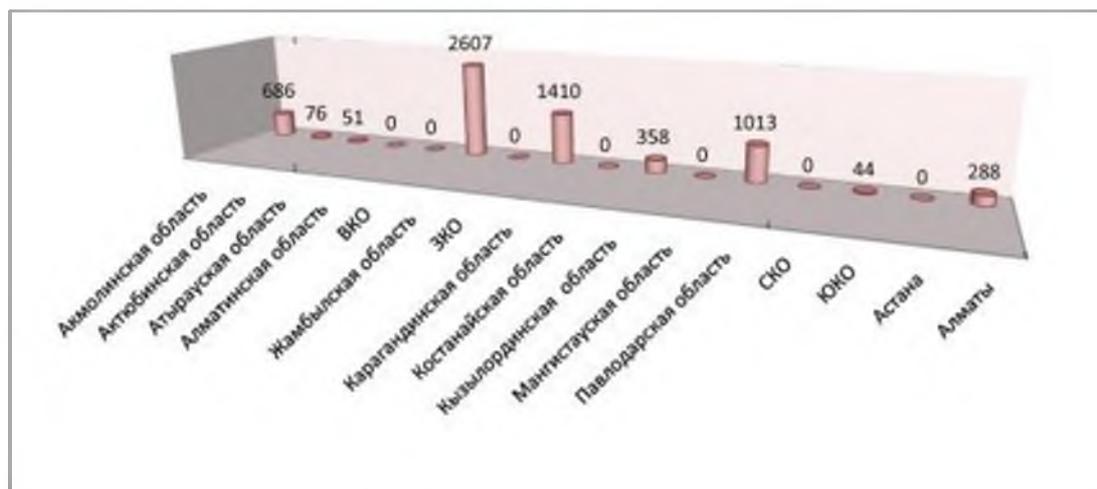


Рисунок6. Количество лекции по радиорубке в разрезе регионов

Сотрудничество центров формирования здорового образа жизни с информационными агентствами отражено на рисунке 7. Наиболее активными здесь были Мангистауская,

Западно-Казахстанская, Павлодарская области. А вот Акмолинская, Атырауская, Алматинская области такую работу не проводили.

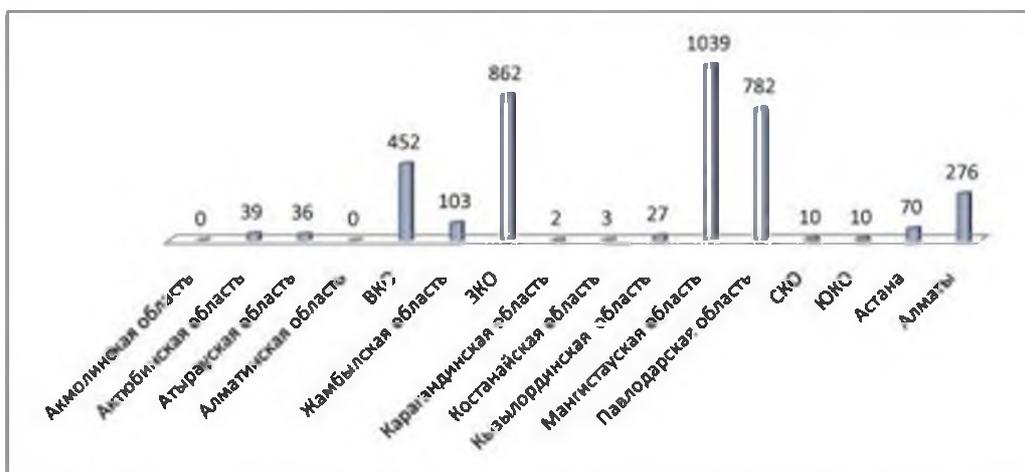


Рисунок7. Освещение в информационных агентствах в разрезе регионов

По частоте обновлений информации на веб-сайтах и количеству просмотров на первом месте стоит г. Астана. Посетители сайта <http://zozh.kz/> - в основном, молодые люди.

Второе место занимают –Карагандинская и Акмолинская области. Как показано на рисунке8, количество пользователей [www.zog.kzi](http://www.zog.kzi) и [www.nckurim.kz](http://www.nckurim.kz) составило по 1398815 человек.

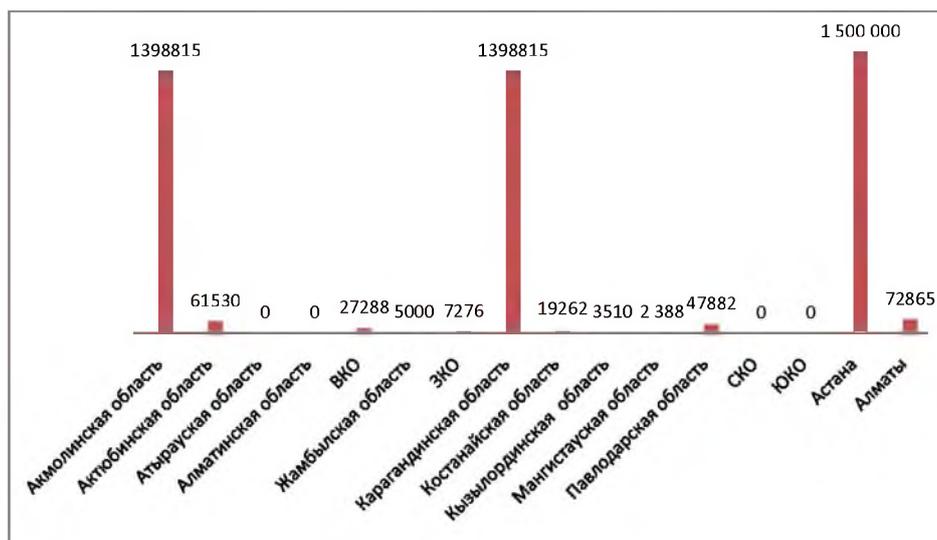


Рисунок 8. Посещаемость веб-сайта региональных ЗОЖ

Здоровье – бесценное достояние не только каждого человека, но и всего общества. Его сохранение и укрепление задача государственной важности.

Роль средств массовой информации в пропаганде здорового образа жизни очень велика. Оперативность, доступность, широта охвата аудитории – все это можно и нужно активно использовать в работе с населением. Профилактика социально значимых заболеваний, укрепление здоровья и солидарная ответственность за него невозможны без полноценной, исчерпывающей информации. Поэтому, всем службам формирования здорового образа жизни необходимо усилить работу со СМИ, особенно в регионах, где в 2014 году отмечался низкий уровень работы со СМИ -Алматинская, Костанайская, Северо- Казахстанская, Атырауская области и город Астана.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Послание Президента народу Казахстана «Казахстанский путь – 2050:Единая цель, единые интересы, единое будущее», 17 января 2014 г.
2. Неврология: национальное руководство / под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой, А. Б. Гехт. — ГЭОТАР-

Медиа, 2009.

3.Тулебаев К.А., Токмурзиева Г.Ж. Проблемы и перспективы совершенствования программ профилактики и раннего выявления заболеваний в Республике Казахстан// Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению. - 2005. - V. 5. - № 2, 3. - С. 108-110.

#### ТҮЙІМ

Мақалада салауатты өмір салты мен элеуметтік маңызы бар аурулардың алдын алу туралы іс- шаралардың 2014 жылы республикалық және өңірлік БАҚ-ға жарыққа шыққан жарияланымдарға талдау жасалған.

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

#### SUMMARY

Propaganda of Healthy way of life in mass medias for 2014.

In the article the analysis of illumination of events is given on propaganda of healthy way of life and prophylaxis socially meaningful diseases in MASS-MEDIA of republican and regional level in 2014.

**Keywords:** healthy way of life, medium of communication.

УДК:613.2/.8:614.25:304.3:654.195/.197:316.776.3

**Ж.Е. БАТТАКОВА, д.м.н., профессор, С.Б. МУКАШЕВА, к.м.н.,  
А.Ж МЫРЗАХАНОВА, руководитель пресс-службы,  
Б.А. КОЖАБЕРГЕИОВА, журналист**

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

## **РОЛЬ СМИ В ПРОПАГАНДЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ**

### **АННОТАЦИЯ**

В статье дан сравнительный анализ (по областям) освещения кампании «Рахмет Сізге, дәрігер!» - «Ты нужен нам, доктор!» на телевидении, радио, в периодических печатных изданиях и информационных агентствах республики.

**Ключевые слова:** здоровый образ жизни, средства массовой информации, информационная компания «Ты нужен нам, доктор!».

В Послании народу Казахстана «Казахстанский путь – 2050: Единая цель, единые интересы, единое будущее» Президент страны отметил: «Солидарная ответственность государства, работодателя и работника за его здоровье – главный принцип всей системы медицинского обслуживания»[1].

Здравоохранение единственная сфера, которая сопровождает человека от его рождения до глубокой старости. Поэтому играет важную роль в развитии человеческого капитала, повышении уровня потенциала человека. И является чувствительным индикатором социального благополучия населения. Сохранение, укрепление и восстановление здоровья каждого гражданина на всех этапах его жизненного цикла является основой устойчивого экономического роста и реализации глобальной задачи по вхождению Республики Казахстан в 30 конкурентоспособных государств мира.

В этой связи, здоровье - это, в первую очередь, ответственность самого человека и важно то, как он заботится о своем здоровье в своей повседневной жизни. Укрепление здоровья является процессом, позволяющим людям улучшить контроль над своим самочувствием и его детерминантами. Солидар-

ная ответственность в профилактике заболеваний или выявлении их на ранней стадии, приверженность к соблюдению всех рекомендаций врача, ответственное безопасное поведение по отношению к своему здоровью, отказ от вредных привычек, правильное питание, достаточная физическая активность - все это позволит существенно увеличить продолжительность жизни человека и всего населения республики.

Согласно статистике, каждый день около полумиллиона казахстанцев обращаются к врачам, 7 тысяч пациентов госпитализируется. Ежегодно более тысячи женщин становятся матерями. В сутки хирурги проводят до двух тысяч операций, а «скорая помощь» в день выезжает 18 тысяч раз по вызовам. За этими цифрами стоит огромный труд медицинских работников и сотни, тысячи спасенных жизней[2].

Государство ежегодно принимает меры по восстановлению и строительству новых медучреждений. Установлены минимальные стандарты гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, внедрено бесплатное и льготное лекарственное обеспечение для определенной категории граждан, проведены мероприятия по укреплению

материально-технической базы, проводятся скрининговые обследования населения для выявления социально-значимых заболеваний на ранней стадии. Не все граждане нашей страны осознают тот факт, что здоровье каждого отдельного человека, как составляющая здоровья всего населения, становится определяющим фактором в социально-экономическом, культурном и индустриальном развитии страны.

Сегодня в Казахстане трудятся свыше 65 тысяч врачей, более 154 тысяч медицинских сестер и свыше 13 тысяч фармацевтов.[3].

С 15 апреля по 15 июля 2014 года, по инициативе Министерства здравоохранения РК, во всех регионах страны Управлениями здравоохранения областей, г.Астана, Алматы, медицинскими организациями, научными центрами, научно-исследовательскими институтами, медицинскими учебными заведениями впервые проведена информационная кампания под девизом «Рахмет Сізге, дәрігер!» - «Ты нужен нам, доктор!» с целью повышения информативности населения о достижениях в области здравоохранения, профессиональной деятельности врачей, повышения престижа про-

фессии врача и доверия к медицине. В рамках данной акции в 2014 в году районах, городах, областях страны проведены конкурсы по 8 номинациям: «Лучший менеджер здравоохранения», «Лучший врач», «Лучший сельский врач», «Лучший санитарный врач», «Лучший провизор», «Лучшая медицинская сестра», «Лучший независимый эксперт в области здравоохранения» и «Лучший пациент»[4].

Все проведенные мероприятия в рамках акции освещались в республиканских и региональных СМИ. Всего освещено – 2 363 мероприятия, из них: на региональном уровне – 1 912, на республиканском уровне – 451.

Западно-Казахстанская, Мангистауская, Актюбинская, Восточно-Казахстанская, Павлодарская области лидировали по освещению в СМИ регионального уровня. Например, в Западно-Казахстанской области в течение акции было освещено 438 мероприятий. Мангистауской – 369, Актюбинской – 130, Восточно-Казахстанской – 123, Павлодарской – 119. Минимальное количество освещений в трех регионах: Костанайской и Кызылординской областях по 32 и в г. Алматы – 38. (Рисунок-1)

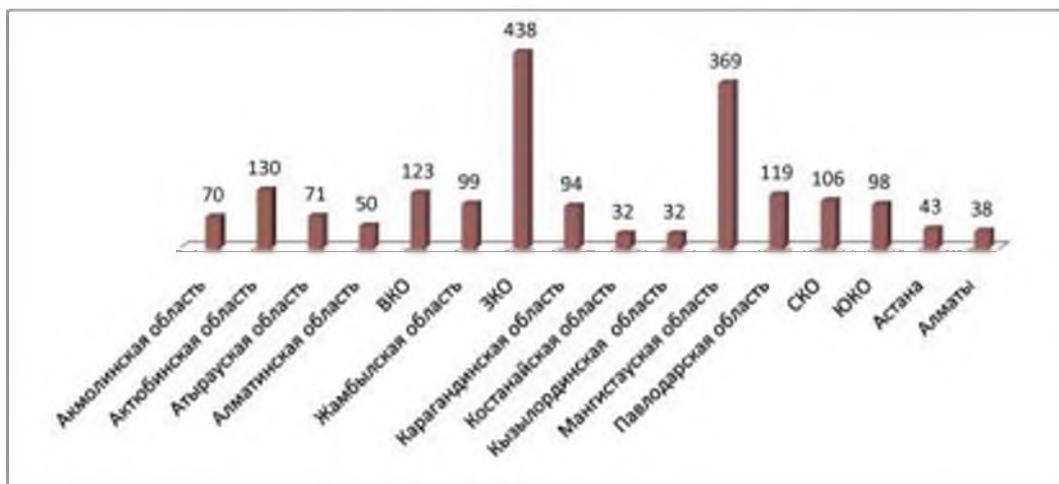


Рисунок 1. Освещение кампаний в СМИ регионального уровня

В рамках акции «Ты нужен нам, доктор!» наиболее активно вещали на республиканском уровне следующие регионы: Мангистауская и Актюбинская области, г.Астана, г.Алматы, Западно-Казахстанская область. Например, в Мангистауской области осветили 78 мероприятий, г.Астана - 53, Актюбинская область - 51, г.Алматы - 35, Западно-Казахстанская область - 32 информации.

Минимальное количество освещения на республиканском уровне в Южно-Казахстанской и Акмолинской областях - по 5 сюжетов, в Восточно-Казахстанской - 3, Костанайская область осветила только 1 мероприятие.

Карагандинская и Атырауская области в СМИ республиканского значения не осветили ни одного события. (Рисунок 2).

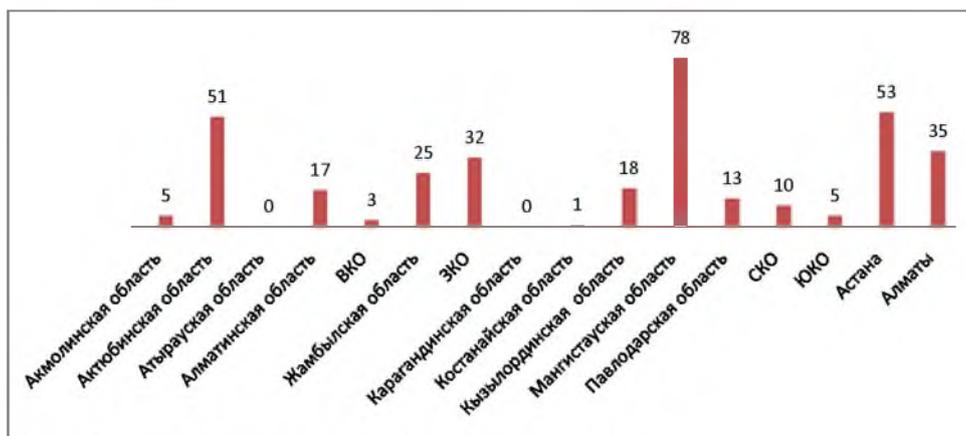


Рисунок 2. Освещение в СМИ республиканского уровня кампании по пропаганде здорового образа жизни

В результате анализа информационной поддержки мероприятий в СМИ республиканского и регионального значения были определены наиболее активные регионы: лидируют Западно-Казахстанская, Мангистауская и Актюбинская области. Например, Западно-Казахстанская область осветила 470 меро-

приятий, Мангистауская—447, Актюбинская – 181.

Минимальное число Сюжетов и публикаций в республиканских и региональных СМИ - в Кызылординской и Костанайской областях, соответственно, 50 и 33. (Рисунок 3).

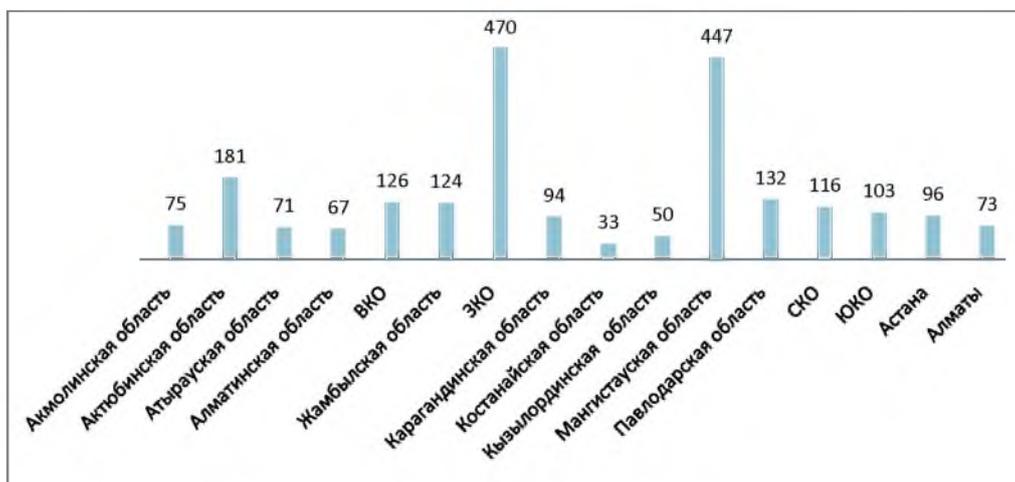


Рисунок 3. Общее число освещений в СМИ.

Анализ пресс-конференций, которые были организованы в рамках информационной кампании «**Рахмет сізге, дәрігер!**» в областях республики, показал, что за отчетный период было проведено всего **47** пресс-конференций, из них в Мангистауской - **21**, Западно-Казахстанской - **5**, Ақмолинской, Ақтүбінской, Атырауской и Южно-Казахстанской областях - по **3**, в Алматинской, Жамбылской, Қызылординской и Северо-Казахстанской областях - по **2** пресс-конференции, в Костанайской области провели только **1** пресс-конференцию.

В Восточно-Казахстанской, в Карагандинской, в Павлодарской областях, в г. Алматы и г. Астане пресс-конференции не были организованы.

По данным ВОЗ, здоровье человека на 50-55% определяется условиями и образом жизни, на 25% - экологическими условиями, на 15-20% оно обусловлено генетическими факторами и лишь на 10-15% - деятельностью системы здравоохранения[5].

Огромную роль в повышении уровня информированности населения о здоровом образе жизни, профилактике факторов риска и социально - значимых заболеваний принадлежит средствам массовой информации. Освещение достоверной информации на республиканском и региональном уровнях позволит консолидировать усилия всех заинтересованных сторон по сохранению и укреплению здоровья граждан Республики Казахстан.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Послание Президента народу Казахстана «Казахстанский путь – 2050: Единая цель, единые интересы, единое будущее», 17 января

2014 г.

2. «Казахстанские врачи проводят 2 тысячи операций в сутки –

С. Каирбекова», Источник: информационное агентство «Казинформ», 27 ноября 2013 г.

3. По информации Министерства здравоохранения и социального развития РК. Веб-сайт: <http://www.mzsr.gov.kz/>.

4. «В Астане выбрали лучших медработников Казахстана», 13 июня, 2014 г. Веб-сайт: <http://bnews.kz/>.

5. Басалаева Н. М., Савкин В. М. Здоровье нации: стратегия и тактика // Валеология. 1996 г, № 2, с. 35-37.

### ТҮЙІМ

Мақалада «Рахмет Сізге, дәрігер!» - «Ты нужен нам, доктор!» ақпараттық кампанияның республикадағы телеарна, радио, мерзімді баспасөз басылымдары мен ақпарат агенттіктерінде жарияланған жарияланымдарға (облыс бойынша) салыстырмалы талдау жасалған.

**Түйін сөздер:** салауатты өмір салты, бұқаралық ақпарат құралдары, «Ты нужен нам, доктор!» ақпараттық кампания.

### SUMMARY

A role of MASS-MEDIA is in propaganda of healthy way of life

In the article the comparative analysis (on areas) of illumination of informative campaign is given «РахметСізге, дәрігер!» - «you need to us, doctor!» on television, radio, in the printed magazines and news agencies of republic.

**Keywords:** healthy way of life, facilities mass information, informative campaign «You need to us, doctor!»

УДК:614.39:378.17:613.96:616.98

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

Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни  
г. Алматы

## **ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ СРЕДЫ В ВУЗах РК**

### **АННОТАЦИЯ**

В статье дана информация о деятельности проекта ВОЗ «Здоровые университеты» в Республике Казахстан.

**Ключевые слова:** ВОЗ, «Здоровые университеты», школы здоровья.

Молодежь на современном этапе является наиболее социально-активной и мобильной группой, которая в значительной мере определяет будущее государства, в том числе и благосостояние нашей республики.

Одной из важнейших задач общественного здравоохранения является обеспечение здоровья студенческой молодежи, как основного трудового потенциала страны, без которого трудно рассчитывать на экономический рост и стабильность Казахстана.

Система образования и просвещения является идеальной средой для сохранения и укрепления здоровья. Важно, чтобы профессиональные работники сферы здравоохранения и образования, а так же представители общественности признавали роль системы образования в сохранении и укреплении здоровья, формировании здорового образа жизни.

По данным ВОЗ:

- Ежегодно умирает более 2,6 миллиона молодых людей в возрасте от 10 до 24 лет, в основном, от предотвратимых причин.
- Ежегодно рождает около 16 миллионов девушек в возрасте от 15 до 19 лет.
- В 2009 г. на молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет приходилось 40% всех новых случаев ВИЧ – инфекции среди взрослых людей.
- В любой отдельно взятый год около 20% подростков имеют какую-либо пробле-

му в области психического здоровья. Чаще всего - депрессию или тревогу.

- 150 миллионов молодых людей употребляют табак.
- Примерно 430 молодых людей в возрасте от 10 до 29 лет ежегодно умирают в результате межличностного насилия.
- 700 молодых людей ежедневно умирают от дорожно– транспортных травм.

За последнее десятилетие, как во всем мире, так и в нашей стране, резко изменилось сексуальное поведение молодых людей, порождающее комплекс проблем: нежелательная беременность; инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), включая СПИД; сексуальное насилие; психологические расстройства [1].

Здоровье подрастающего поколения формируется под влиянием биологических и социальных факторов. От нормального физического развития, функционирования органов и систем зависит способность организма сохранять устойчивость к экзогенным факторам, адаптироваться к меняющимся условиям внешней среды. Растущий поток информации, необходимость получения более глубоких знаний требует, и будет требовать все больше усилий от студентов.

В связи с этим, перед вузом встает ряд задач по организации рационального сочетания труда и отдыха студентов, совершенствованию здоровьесберегающих технологий пре-

подавания, построению соответствующей инфраструктуры. На успеваемости могут сказываться и недостатки физического развития [6,7]. Признано, что физическая культура и спорт не просто основные элементы развития, а социально значимые факторы, непосредственно влияющие на формирование личности будущих специалистов.

Однако, по мнению профессионалов, наблюдается тенденция роста числа студентов специальной медицинской группы с 10 до 20 – 25 %. Установлено, что за время обучения в вузе здоровье студентов не улучшается, а в ряде случаев происходит его ухудшение. Так, ко второму курсу количество случаев заболеваний увеличивается на 23 %, а к четвертому – на 43 % [3,4]. Вместе с тем отмечено, что большинство студентов медицинских ВУЗов (78,0 %) стремится к охране собственного здоровья, однако устойчивая, осознанная мотивация на формирование здорового образа жизни отмечается не более чем у 22,0 % опрошенных. Это свидетельствует о том, что студенты обеспокоены состоянием своего здоровья, причем у старшекурсников эта озабоченность более выражена [5].

Одной из эффективных программ охраны здоровья студентов и преподавателей ВУЗов является проект Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) «Здоровые Университеты», который основывается на принципах стратегии ВОЗ «Здоровье для всех», философии Оттавской Хартии по укреплению здоровья и программе ООН по

переходу к устойчивому развитию «Повестка дня на XXI век» [2].

Проект «Здоровые Университеты» разработан в Англии, в начале 90-х годов прошлого столетия Ланкастерским и Центральным Ланкаширским Университетами. В 1996г. оба университета провели I Международную конференцию по обмену опытом эффективности внедрения проекта.

Университеты имеют возможность обучения студентов не только по будущей специальности, но и по формированию осознанного отношения к сохранению и укреплению своего здоровья, включая физическое, психическое здоровье, выбрав лозунг «Лучший специалист - здоровый специалист».

Внедрение проекта «Здоровые университеты» в Казахстане началось в марте 2000 г. с успешной апробации на базе пяти ведущих ВУЗов: Университет «Туран», «Казахский Государственный женский педагогический университет», «Казахская Государственная Академия спорта и туризма», «Казахско-Американский Университет» и «Семипалатинская медицинская Академия» [2].

По итогам 2014 года в проекте участвуют 64 высших учебных заведения республики разных форм собственности: государственные, частные.

Наибольшее количество ВУЗов, участвующих в проекте в г. Астане (13), наименьшее в Алматинской, Кызылординской и Мангистауской областях (рисунок 1).

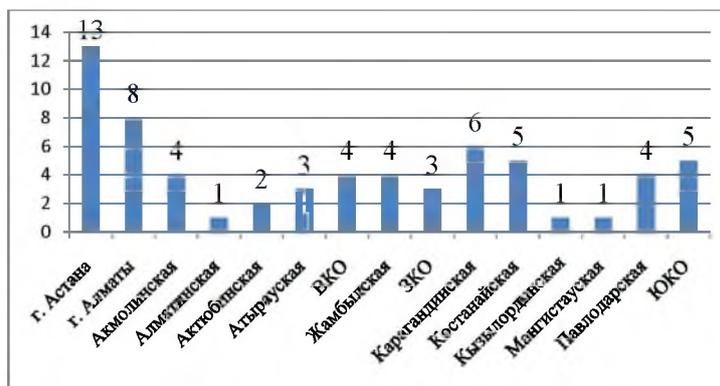


Рисунок 1. Количество ВУЗов в проекте ВОЗ «ЗУ» в разрезе регионов

Во всех ВУЗах проводятся кураторские часы по аспектам здорового образа жизни, беседы с приглашенными профильными специалистами по профилактике социально – значимых заболеваний. Студенты организуют мероприятия по профилактике поведенческих факторов риска, включая употребление психоактивных веществ (далее – ПАВ), формированию безопасного, ответственного поведения, соблюдению физической активности и принципов здорового питания. Ежегодно преподаватели ВУЗов проводят профилактические рейды в студен-

ческих общежитиях, учебных аудиториях, читальных и спортивных залах.

В 2014 году в РК в рамках проекта «Здоровые Университеты» проведено 19 156 мероприятий, в том числе: широкомасштабных акций – 377, конференций – 138, круглых столов – 424, семинаров – тренингов –

1 941, конкурсов и спортивных мероприятий – 643, Дней открытых дверей – 81, и других мероприятий. Приняли участие в мероприятиях

506 388 человек из целевой группы.

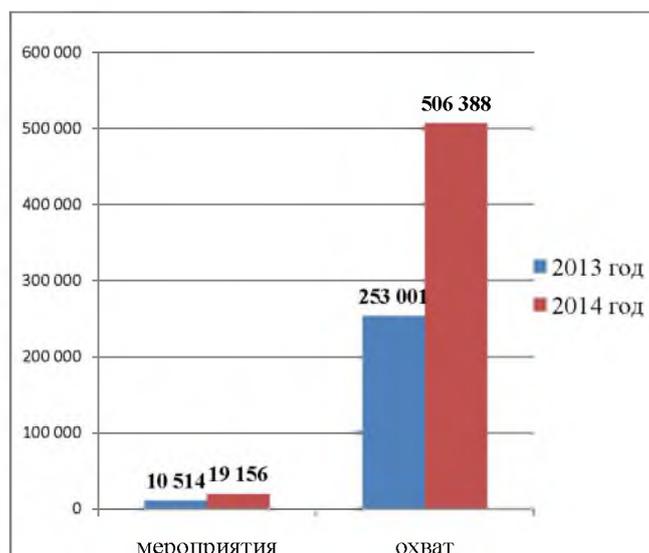


Рисунок 2. Количество проведенных мероприятий и охват целевой группы за 2013-2014 гг.

Таким образом, количество мероприятий и охвата населения в 2014 году в 1,8 и 2 раз-

а соответственно выше, чем в 2013 году.

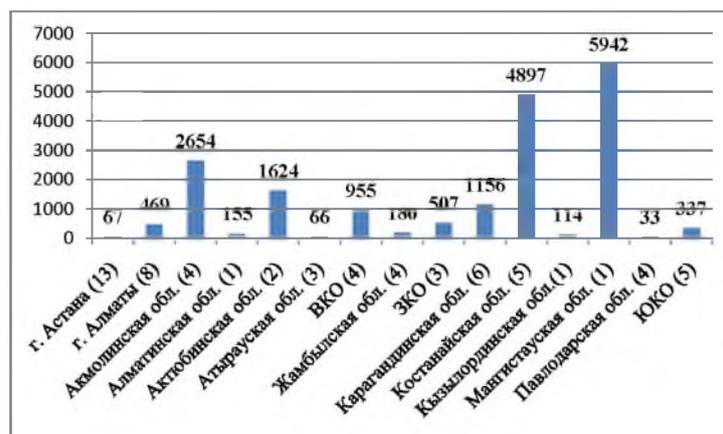


Рисунок 3. Количество проведенных мероприятий в 2014 году

На рисунке 3 приведено количество проведенных мероприятий и число задействованных в проекте ВУЗов. Как видим, картина

по республике складывается неравномерная, а значит, многим регионам еще есть над чем работать.

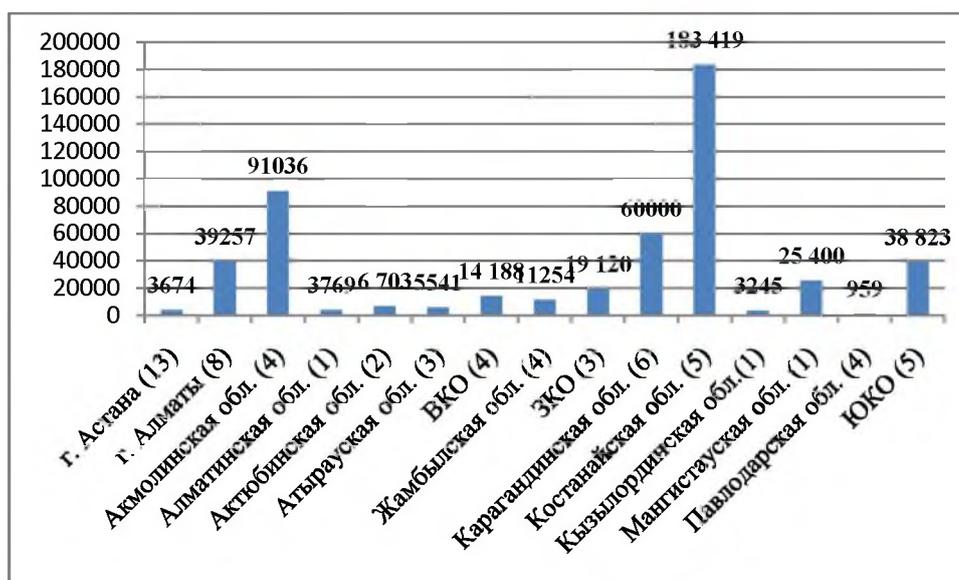


Рисунок 4. Число лиц, охваченных мероприятиями в 2014 году

На рисунке 4 показано количество лиц, охваченных мероприятиями в 2014 году в разрезе регионов. Здесь также есть свои победители и отстающие.

Все мероприятия сопровождались распространением среди студентов информационно-образовательных материалов по аспектам здорового образа жизни и профилактике заболеваний.

Анализ структуры проведенных мероприятий в 2013-2014 годах, показал, что возросло количество акций, круглых столов, семинаров - тренингов соответственно в 1,4; 1,5 и 1,8 раза, что способствует не только повышению уровня знания, но главное привитию самосохраняющих навыков, тогда как количество конференций, конкурсов и спортивных мероприятий уменьшилось (рисунок 5).

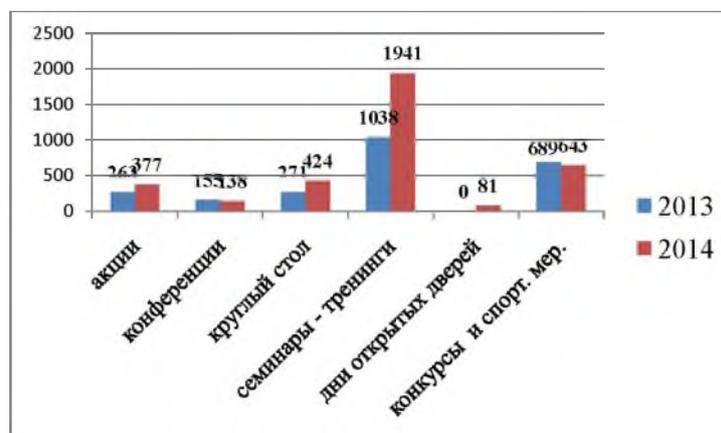


Рисунок 5. Количество проведенных мероприятий в 2013-2014 гг.

Помимо работы со студентами проект «Здоровые университеты» предусматривает обучение специалистов службы Формирования здорового образа жизни, координирующих его во всех регионах страны. Так, в июле 2014 года был проведен республиканский семинар по профилактике инфекций, передающихся половым путем (ИППП), ВИЧ – инфекции и наркомании для 17 координаторов.

По данным экспертов ВОЗ молодые люди особенно уязвимы перед ИППП, ежедневно более 1 миллиона человек приобретают одну из четырех ИППП: хламидиоз, гонорею, сифилис и трихомониаз. ИППП могут иметь серьезные последствия помимо непосредственного воздействия самой инфекции:

- некоторые ИППП могут повышать риск приобретения ВИЧ в три и более раза;
- инфекция ВПЧ ежегодно приводит к 530 000 случаев заболевания раком шейки матки и к 275 000 случаев смерти от рака шейки матки;
- такие ИППП, как гонорея и хламидиоз, являются основными причинами воспалительных заболеваний органов малого таза, неблагоприятных исходов беременности и бесплодия.

Ежедневно ВИЧ-инфекцию приобретают 2400 молодых людей, а на глобальном уровне насчитывается более 5,7 миллиона молодых людей с ВИЧ/СПИДом[1].

Среди причин наркомании, как формы де-

виантного поведения среди молодежи, одно из первых мест занимают социальные факторы: отсутствие реальной программы досуга, занятости, резкое изменение социального статуса - расслоение в обществе, ценностный кризис в обществе - потеря жизненных ценностей, ослабление семейных связей, огромное разнообразие и легкая доступность психоактивных веществ.

Основные темы семинара были освещены представителями профильных Научно-исследовательских институтов: Республиканского Центра по профилактике и борьбе со СПИДом, Казахского научно-исследовательского кожно-венерологического института, Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии МЗСР РК, Алматинского городского центра СПИД. В работе семинара также принимали участие представители международных организаций – USAID, PSI и неправительственных организации ОЮЛ «Союз кризисных центров», Казахской ассоциации «Равный - Равному».

Участники признали актуальность и значимость повышения информированности студенческой молодежи, подготовки работников здравоохранения в вопросах преодоления стойкой и широко распространенной стигматизации вокруг ИППП, ВИЧ-инфекции и наркомании, при консолидации всех заинтересованных сторон общества по

укреплению здоровья молодежи.

Таким образом, самоохранительное поведение современного студента должно быть основано не только на сочетании хорошей осведомленности о здоровом образе жизни и достаточной мотивации к претворению его на практике в свою собственную жизнь, но и с окружающей средой, организованным досугом, освещением в СМИ достоверной информации, а так же вовлечением самих студентов в волонтерское движение по принципу «Равный-Равному».

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Документальный центр Всемирной организации здравоохранения, Информационный бюллетень, февраль 2014 г., Тема номера – Здоровье подростков.
2. Методические рекомендации «Проект «Здоровые университеты» в Казахстане» Алматы, 2011
3. Викторов Д.В. Здоровьесбережение: проблемы развития мотивации у студентов вузов: монография / Д.В. Викторов. – Омск: изд-во ОмГПУ, 2009. – 142 с.
4. Киселева Е.В. Медико-биологические проблемы здоровья у молодежи / Е.В. Киселева, Р.В. Омельченко // Актуальные проблемы экспериментальной, профилактической и клинической медицины: Тезисы докладов XIII Тихоокеанской научно-практической конференции студентов и молодых ученых с международным участием.- Тихоокеанский медицинский журнал. – Владивосток, 2012, №3. – С. 99.
5. Крукович Е.В., Трусова Л.Н., Рассказова В.Н., Янсонс Т.Я. Изучение мотивационной установки на формирование здорового образа жизни у студентов медицинского вуза/ НИИ педагогики и психологии// Научный потенциал. – Чебоксары. – 2012, №3(8). – С. 63-69.
6. Науменко Ю.В. Концепция здоровьесформирующего образования. // Инновации в образовании. – 2004, №2. – С. 90 – 103.
7. Семикин Г.И. Научные и организационно-методические основы разработки здоровьесберегающих технологий в условиях высшей школы и их медико-техническое обеспечение // Медицинская техника. – 2005. №1.- С. 13 – 17.

### ТҮЙІН

Бұл мақалада Республикамыздағы ДДҰ-ның «Саламатты университеттер» жобасының жұмысы баяндалған.

**Түйін сөздер :** ДҰҰ, «Салауатты университеттер», денсаулық мектептері.

### SUMMARY

This article contains information about the activity of «Healthy Universities» WHO project in the Republic of Kazakhstan.

**Keywords:** WHO, «Healthy Universities», schools of health

УДК: 614:616-053.9:364.444

**Г. Б. МАЙМАКОВА**

Казахский Медицинский Университет Непрерывного Образования  
г.Алматы

## **СОЦИАЛЬНО – МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПОЖИЛЫМ ЛЮДЯМ**

### **АННОТАЦИЯ**

В настоящее время одной из актуальных проблем современного общества является оказание качественной медико-социальной помощи населению старших возрастных групп. Демографические процессы, характеризующиеся старением населения, отмечаются во всем мире и во многих бывших союзных республиках. В восемнадцати из 20 стран Европейского региона с наибольшей долей пожилого населения, люди старше 65 лет составляют от 13,3% до 17,9% населения. Средний возраст выхода на пенсию в этих государствах составляет 65 лет. Тенденция увеличения популяции пожилых и старых людей носит глобальный характер, влечет за собой не только увеличение потребности в медико-социальной помощи, но и оказывает непосредственное влияние на медико-демографическую ситуацию. Данная проблема носит междисциплинарный характер и требует организации комплекса мероприятий, способствующих сохранению и поддержанию здоровья населения пожилого и старческого возраста, не только от практического здравоохранения, но и от социальной сферы.

**Ключевые слова:** социально– медицинская помощь, пожилые люди.

Старение населения является одной из актуальных проблем современного общества. В настоящее время наблюдается негативные медико-демографические процессы, характеризующиеся увеличением численности людей старших возрастных групп в общей структуре населения большинства стран [1-3]. Для пожилых людей свойственны особые социальные проблемы, которые, прежде всего, связаны со здоровьем. Во многих странах в настоящее время до половины всех бюджетных средств, находящихся в распоряжении системы медико-санитарной помощи, расходуется на медицинское обслуживание пожилых. (Н.Ф. Дементьева, А.В. Подкорытов, Д.А. Турченкова, 2003; J.C.Scott, D.A.Conneretal., 2004; L.C. Mion, 2004).

Процесс старения особым образом влияет на состояние здоровья человека. В первую очередь, он сопровождается развитием возрастных изменений в организме. С возрастом снижается доля заболеваний, протекающих

остро, и увеличивается число хронических заболеваний, которые носят множественный характер [4, 5]. Увеличивается риск возникновения ситуаций, требующих не только оказания медицинской, социальной и реабилитационной помощи, но и постороннего ухода [6].

Наряду с медико-социальными проблемами для данной категории граждан характерно наличие социальных и психологических проблем. Проблемы социального характера в основном связаны с низким материальным уровнем. Имеются трудности в приобретении лекарственных средств, медицинской техники (инвалидных колясок, протезов), оплате дорогостоящих видов медицинской помощи, реабилитации, санаторно-курортного лечения. Отмечается недостаточная материальная поддержка со стороны государства (предоставление пособий, льгот) [7].

Противоречивость существующих в мире подходов к медико-социальной защите населения, масштабы социально-экономической

деятельности в данной области, потребность в аккумуляции и распределении значительных финансовых, кадровых, материальных ресурсов, обуславливают проблемы реформирования систем охраны здоровья населения, национальных систем здравоохранения, являются предметом постоянного политического противоборства заинтересованных сторон. В этой связи, в области социальной защиты населения, обязана быть ведущей роль государства (С.Н. Пузин, Л.П. Гришина, И.С. Храмов, 2003).

Медико-социальная помощь представляет собой комплекс мероприятий медицинского, социального, психологического, педагогического, реабилитационного и юридического характера, проводимый на государственном и региональном уровнях, и направленный на удовлетворение основных потребностей социально уязвимой категории граждан (граждане пожилого возраста, а также люди с ограниченными возможностями – инвалиды) [6, 8]. Данная помощь предоставляется стационарными учреждениями, как сферы здравоохранения, так и сферы социального обслуживания граждан.

В настоящее время наряду с понятием «медико-социальная помощь», существует понятие «социально-медицинская помощь». Медико-социальная помощь оказывается в стационарных учреждениях сферы здравоохранения, таких как отделения сестринского ухода. Она направлена на обеспечение лечебных мероприятий и ухода с целью восстановления и поддержания здоровья и способностей к самообслуживанию пациента. Целью социально-медицинской помощи является поддержание и улучшение состояния здоровья граждан пожилого возраста, осуществление реабилитационных мероприятий путем организации лечебно-оздоровительных мероприятий, предоставления медикаментов и медицинской техники, консультирования, содействия в своевременном получении квалифицированной медицинской помощи, а также решение других соци-

ально-медицинских проблем жизнедеятельности. Данный вид помощи предоставляется в стационарных учреждениях социального обслуживания граждан пожилого возраста – домах-интернатах для престарелых и инвалидов [9]. Таким образом, можно констатировать наличие общих черт в содержании медико-социальной и социально-медицинской помощи, а формулировка названия вида помощи определяет ее принадлежность к соответствующей сфере деятельности и отрасли народного хозяйства.

Возможности предоставления полного объема и удовлетворительного качества услуг государственными учреждениями, оказывающими медико-социальную помощь пожилым, в первую очередь, определяются финансовым положением учреждений. Е.П. Какорина, 2008, рассматривала возможные источники финансирования учреждений медико-социальной помощи и установила, что можно добиться достаточно серьезного ресурсного обеспечения данных учреждений. Основными источниками финансирования являются бюджетные средства здравоохранения и органов социальной защиты, средства пенсионного фонда и фонда социального страхования, а также благотворительные фонды, средства, получаемые от оказания платных услуг и «договорной деятельности».

Кроме государственных учреждений и отделений, для временного и постоянного проживания престарелых граждан, нуждающихся в социальном и медицинском обслуживании, организованы коммерческие учреждения. Данные учреждения создаются для всестороннего удовлетворения потребностей граждан пожилого возраста и инвалидов, а также в целях расширения сферы социального обслуживания населения и повышения эффективности деятельности учреждений социальной защиты.

Организация медико-социального обслуживания направлена на удовлетворение специфических потребностей, характерных именно для граждан пожилого и старческо-

го возраста. В стационарных учреждениях социальной сферы, оказывающих медико-социальную помощь пожилым, удовлетворяется широкий круг потребностей данной категории граждан. Люди преклонного возраста получают качественное медицинское обслуживание, соответствующее их запросам. Спроживающими проводят мероприятия реабилитационного характера, а также направленные на социально-психологическую адаптацию пожилых людей к новым условиям проживания [10].

Многие социальные функции продолжает выполнять здравоохранение. В дома для престарелых, которые финансируются из средств социального обеспечения населения, попасть довольно сложно. Это неизбежно приводит к дополнительным расходам заинтересованных сфер обслуживания на организацию медицинской и социальной помощи людям старших возрастных групп. Также, сложившаяся ситуация способствует возникновению ряда проблем экономического, социального и медицинского характера, связанных с повышением доступности и качества медико-социальной помощи людям пожилого и старческого возраста, решение которых ложится на плечи государства. Недостаточная оценка социального статуса пациентов пожилого возраста, их способности к самообслуживанию, необходимости в социальной реабилитации, сочетается с отсутствием налаженной системы оказания, как медицинской, так и социальной помощи и соответствующего опыта работы в рамках этих сфер. Ограничены возможности пожилых граждан по защите своих прав, как в отношении доступности медицинского обслуживания, так и в целях поддержания оптимального уровня физического, психического и эмоционального благосостояния и предупреждения заболеваний. Таким образом, на практике люди пожилого и старческого возраста с естественными для них потребностями, снижением трудоспособности и ограничениями привычной деятельности

оказываются социально изолированными, незащищенными, лишенными возможности получения необходимой медицинской и социальной помощи.

Практически, отсутствует согласованность в действиях медицинских и социальных структур в решении данной проблемы [8,9].

Д.Ф. Чеботарев, 2005, установил взаимосвязь между качеством медицинской помощи и уровнем социального обслуживания, что требует со стороны органов здравоохранения и социального обеспечения взаимно координированных усилий, а медицинский персонал, оказывающий помощь пожилому и старому человеку, нуждающемуся в социальной помощи, должен способствовать ее организации.

Таким образом, программа мероприятий по улучшению качества жизни лиц пожилого и старческого возрастов, поддержанию их способности к самообслуживанию, повышению качества медико-социальной помощи должна планироваться с обязательным учетом особых потребностей данной категории граждан. Основные направления программы могут быть реализованы, как за счет укрепления специализированной гериатрической службы, так и развития профилактического и реабилитационного направлений деятельности учреждений первичной медико-санитарной помощи и стационарных учреждений социального обслуживания пожилых. Также необходимо обеспечить подготовку квалифицированных специалистов способных предоставить безопасную и качественную медико-социальную помощь населению пожилого возраста.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шабалин В.Н. Организация работы гериатрической службы в условиях прогрессирующего демографического старения населения Российской Федерации // Успехи геронтологии. 2009. Т. 22. № 1. С. 186-195.
2. Шляфер С.И. Современная демогра-

фическая ситуация по старению населения России // Главврач. 2013. № 1. С. 39-46.

3. Артемьева Г.Б., Гехт И.А. Постарение населения и некоторые вопросы организации первичной медицинской помощи в системе ОМС // Главврач. 2013. № 1. С. 21-26.

4. Михайлова Г.Д., Фроленко Е.Н. Подготовка специалистов-медиков среднего звена в области социально-медицинской реабилитации пожилых людей // Медицинская сестра. 2008. № 10. С. 21-22.

5. Шабалин В.Н. Организация работы гериатрической службы в условиях прогрессирующего демографического старения населения Российской Федерации // Успехи геронтологии. 2009. Т. 22. № 1. С. 186-195.

6. Ярцев С.Е., Андреева О.В., Петрова О.А., Макарова М.М. Организационно-функциональная модель деятельности среднего медицинского персонала по оказанию медико-социальной помощи пожилым // Главная медицинская сестра. 2009. № 11. С. 19-29.

7. Бойко Ю.П. Проблемы пожилых людей с позиций их социального статуса // Клиническая геронтология. 2007. № 3. С. 45-49.

8. Бержадская М. Медико-социальные проблемы ухода за больным // Проблемы управления здравоохранением. 2011. № 4. С. 79-82.

9. Бронников Т.В., Зозуля Т.В., Кравцов Ю.И. Словарь по комплексной реабилитации инвалидов: учебное пособие для студ. высш. учеб. завед. – Пермь: ПОНИЦАА, 2010. 530 с.

10. Дудинова Е.В., Копотиенко О.В., Гор-

дюшин Ю.М. Опыт работы отделения милосердия // Медицинская помощь. 2008. № 6. С. 47-48.

## ТҮЙІН

Қазіргі заманда өзекті мәселелердің бірі егде жастағы тұлғаларға сапалы әлеуметтік – медициналық көмек көрсету. Егде жастағы тұлғалардың өсу тенденциясы бүкіләлемдік сипат алып отыр, ол тек әлеуметтік – медициналық көмектің өсуі ғана емес, медициналық демографиялық жағдайға да әсер етеді. Бұл мәселе егде жастағы тұлғалар денсаулығын нығайтуға көптеген шаралар ұйымдастыруды талап етеді.

**Түйін сөздер:** егде жастағы тұлғаларға әлеуметтік – медициналық көмек

## SUMMARY

Currently one of the most urgent problems of modern society is the provision of quality medical and social assistance to the population in older age groups. The trend of increasing population of elderly and old people is global in nature, entails not only the increased demand for medico-social care, but also has a direct impact on the demographic situation. This problem is interdisciplinary and requires the organization of a set of activities that contribute to preserving and maintaining the health of elderly and senile age, not only from practical health care, but also from the sphere of social service.

**Keywords:** medico-social care for older

УДК:618.146-006-076.5-084:616-036.8: 614.39(574)

**Д. МАТАШОВА**

Казахский медицинский университет непрерывного образования,  
г. Алматы

## **РОЛЬ СКРИНИНГА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН.**

### **АННОТАЦИЯ**

По данным ВОЗ сердечно-сосудистые и онкологические заболевания в совокупности явились причиной 71% случаев смерти в Европейском регионе, аналогичная тенденция характерна и для Республики Казахстан, который относится к ЕБР. В Республике Казахстан с 2008 года действует система ранней диагностики – скрининга хронических неинфекционных заболеваний, в том числе и рака шейки матки.

В Казахстане опухоль шейки матки (РШМ) среди женского населения занимает второе место после опухоли молочной железы, поэтому скрининговые осмотры проходят в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи. В г. Алматы ежегодно регистрируется 200 новых случаев РШМ, на уровне отдельной поликлиники выявляемость РШМ при цитологическом скрининге составляет 8,0%, и около 15% случаев РШМ диагностируются запущенными.

**Ключевые слова.** Рак шейки матки, цитологический скрининг, Школы здоровья, преждевременная смертность.

**Актуальность исследования.** Рак шейки матки занимает второе место в мире среди злокачественных опухолей у женщин. Каждый год в мире регистрируется около 490 000 новых случаев этого заболевания. Согласно мировой статистике, на планете каждые две минуты одна женщина погибает от рака шейки матки. На развивающиеся страны приходится более 80% всех случаев рака шейки матки и смертей. Отмечены значительные различия заболеваемости раком шейки матки от 2,0 на 100.000 женщин в Сирии до 87,3 на 100 000 женщин в Гаити (стандартизованный возрастной показатель) [1]. Самый высокий уровень заболеваемости наблюдается в странах Восточной и Центральной Африки, на островах Карибского бассейна и в Центральной Америке. Самый низкий уровень заболеваемости отмечен в Восточной и Западной Азии, Австралии, Северной Америке, Северной и Западной Европе [1-3].

Несколько факторов влияют на распространение рака шейки матки по регионам.

Рак шейки матки связан с сексуальной активностью. Рак шейки матки является единственным видом онкологических заболеваний, причина которого известна: в 97% случаев в организме больной женщины присутствует вирус папилломы человека (ВПЧ), который передается в основном половым путем. Никакой вид контрацепции полностью не способен защитить от ВПЧ.

Вирус папилломы человека ВПЧ (онкогенные генотипы) является центральным и обязательным (хотя не достаточным) этиологическим фактором [2]. Однако, различия в сексуальном поведении и инфицированность вирусом папилломы человека (ВПЧ) не единственные причины географической вариабельности заболеваемости. Очень важный фактор - возможность проведения цитологического скрининга. В тех странах, где качество и распространенность скрининга высока, уровень заболеваемости инвазивным раком шейки матки уменьшился в целом на 90%. Большинство развивающихся стран

не могут внедрить комплексные программы скрининга, в этих странах ежегодно регистрируется более 75% новых случаев рака шейки матки.

В развитых странах мира произошло значительное снижение смертности от РШМ в последние десятилетия в связи с внедрением организованных скрининговых программ [3].

Раннее выявление рака шейки матки и предраковых процессов позволило значительно изменить картину заболеваемости и смертности от рака шейки матки в странах, где внедрен цитологический скрининг. Так, в Канаде в результате проведения цитологического скрининга, отмечено снижение заболеваемости раком шейки матки с 28,4 случаев на 100 000 женщин старше 20 лет в 1955 г. до 6,3 в 1980-1984 гг. К началу 90-х годов эти показатели снизились еще больше (соответственно, на 80% и 75%)[1-3].

#### **Данные по раку шейки матки в Республике Казахстан.**

В нашей стране заболеваемость раком шейки матки занимает 2-е место после рака молочной железы среди женского населения. В настоящий момент около 10 000 женщин находятся под наблюдением онкологов с этим диагнозом. По последним данным, ежегодно этой болезнью заболевают более 1 200 казахстанских женщин и около 600 умирают. В Алматы ежегодно регистрируется 200 новых случаев заболеваний рака шейки матки. При этом, несмотря на цитологический скрининг, который проводится уже более 5 лет, около 15% случаев диагностируются запущенными[1]. В Казахстане с 2013 года проводится бесплатная добровольная вакцинация от ВПЧ для девочек 11-12 лет, в связи с тем, что самое эффективное время для вакцинирования – до начала половой жизни.

Основной причиной высокой смертности от рака шейки матки в РК является поздняя диагностика заболевания. В случае же выявления заболевания на ранних стадиях, как

показывает опыт развитых стран мира, можно добиться 100%-ного излечения. Несмотря на достигнутые в мире успехи по снижению заболеваемости и смертности от РШМ, в Казахстане сохраняется тенденция к увеличению заболеваемости. Так, по данным канцер-регистра в 2011 году было зарегистрировано 1452 новых случая РШМ и 657 смертей.

Основные факторы риска РШМ в Республике Казахстан: это низкая медицинская грамотность и низкая приверженность к проведению своевременных профилактических осмотров со стороны населения, низкий уровень знаний о факторах риска развития онкопатологии и низкая настороженность врачей в отношении онкозаболеваний (и РШМ в частности). Другие факторы риска связаны с поведенческими факторами риска женщин, и включают: раннее начало половой жизни, большое количество половых партнеров, курение, наличие заболеваний, передающихся половым путем, частые аборт и иммунодефицитные состояния [4].

**Общая характеристика методологии исследования и цель цервикального скрининга в Республике Казахстан.** С момента первого использования пап-теста в качестве скринингового теста прошло 60 лет, однако до сих пор он остается одним из наиболее распространенных методов скрининга. Сравнительно недавно программы скрининга стали дополняться новыми тестами, такими как определение ВПЧ высокого онкогенного риска. На практике, использование Пап-мазка показало его низкую стоимость и легкость выполнения. Цитологическое исследование характеризуется высокой специфичностью (70-95%), но умеренной чувствительностью (~50%), которая увеличивается при регулярном обследовании. Точность цитологического исследования зависит от техники забора материала (особенно материала из эндоцервикса) и от интерпретации результатов. Исследования последних лет показали, что Пап-мазки имеют значительный процент ложноотрицательных заключений - 5-55%,

особенно при преинвазивных поражениях шейки матки. Поэтому, были предложены новые дополнительные методы скрининга, такие как тестирование на папилломавирусную инфекцию и визуальный осмотр.

Основываясь на вышеизложенных характеристиках каждого метода, рекомендации ВОЗ следующие: Цитологическое исследование рекомендовано для больших скрининговых программ по выявлению рака шейки матки при наличии достаточных ресурсов [2].

В скрининге не должны участвовать женщины до 25 лет; для женщин старше 65 лет скрининг не нужен, если у них два раза подряд были негативные результаты цитологического исследования. Скрининг проводится с интервалом от 3-х до 5-ти лет, так как доказано, что организация осмотров через 1, 2 или 3 года не показывает существенную разницу в снижении заболеваемости. Среди женщин, подвергшихся скринингу хотя бы 1 раз в жизни, смертность снижается на 40%.

Следует отметить, что скрининг на выявление РШМ проводится в РК бесплатно в рамках Гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на уровне амбулаторно-поликлинических организаций [5-8]. В целях снижения заболеваемости среди выявленных лиц с факторами риска развития ХНИЗ на уровне поликлиник проводятся профилактические мероприятия в рамках Школ здоровья [9-10].

**Метод скрининга:** цитологическое исследование мазка из шейки матки (традиционная и жидкостная цитология). Окраска по методу Папаниколау (Пап-тест). Целевая группа: женщины 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60 лет, не состоящие на диспансерном учете по поводу рака шейки матки. Интервал: 1 раз в 5 лет. Учетно-отчетная документация скрининговых осмотров

в Казахстане -статистическая карта профилактического медицинского осмотра (скрининга) амбулаторного пациента (форма 025-08/у).

**Цель скрининга** – выявление преинвазивных заболеваний шейки матки с последующим оздоровлением для снижения заболеваемости и смертности от рака шейки матки.

#### Этапы скрининга

1) Подготовительный – формирование целевых групп, информационное сопровождение и приглашение на скрининг.

Подготовительный этап осуществляется ответственными за профилактические мероприятия **средними медицинскими работниками** организации ПМСП и включает в себя:

ежегодное до 15 ноября текущего года составление списка женщин, подлежащих скринингу в предстоящем году, с последующей ежемесячной коррекцией;

оповещение целевых групп женского населения о необходимости скрининга;

приглашение на скрининг с заполнением Журнала учета пациентов, подлежащих цитологическому скринингу;

обеспечение своевременного прохождения скрининга.

2) Проведение скрининга – заполнение статистической карты профилактического медицинского осмотра (скрининга) амбулаторной пациентки (форма 025-08/у) и взятия материала на цитологическое исследование из шейки матки.

Проведение скринингового осмотра целевых групп женского населения осуществляется специально обученной акушеркой организации ПМСП.

3) Заключительный – получение результатов цитологии, информирование женщины и выработка дальнейшей тактики ведения, заполнение учетно-отчетной статистической документации, Журнала учета пациентов, подлежащих цитологическому скринингу.

Ответственным за заключительный этап скрининга является врач/врач акушер-гинеколог организации ПМСМ.

**Заключение.** Таким образом, в соответствии с реализацией направлений Государственной программы развития здравоохра-

нения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» (2011-2015 годы) большая часть онкологических заболеваний, встречающихся в Казахстане, может быть диагностирована на ранних стадиях (опухоль молочной железы, кожи, шейки матки, пищевода, желудка, печени, ободочной и прямой кишки, предстательной железы) путем проведения скрининговых программ. Соответственно, снижение смертности от опухолей данной локализации может стать резервом для снижения общей смертности от онкологических заболеваний.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Кайрбаев М.Р., Шибанова А.И., Жылкайдарова А.Ж., Чингисова Ж.К., Елеубаева Ж.Б., Кукубасов Е.К., Кусаинова Б.Т. Под редакцией д.м.н. Нургазиева К.Ш. Ранняя диагностика рака шейки матки на уровне первичной медико-санитарной помощи. Цитологический скрининг. Методические рекомендации. – Под редакцией д.м.н. Нургазиева К.Ш. – Алматы, 2012
2. Всемирная организация здравоохранения 2008 г., от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Основы политики. Скрининг в Европе.-2008.-72 с.
3. Доклад экспертов ВОЗ «Приверженность длительной терапии, доказательство действенности», ВОЗ, 2003, www.who.int)
4. BattakovaZh.E, TokmurziyevaG.Zh, Khaidarova T.S, Adayeva A.A, Akimbaeva A.A, Paltusheva T.P Prevalence of Behavioral

Risk Factors Among Adults of Kazakhstan // EurAsian Journal of BioMedicine, International Medical Association Japan. Vol.7, No.1, p.1-6, 2014.

#### ТҮЙЫМ

Қазақстанда жатырдың (ЖМТ) мойыншасының томпағы ара әйелдің халқының арасында екі жерді кейін сүттің безінің томпағының қарызға алады, сол себептен ара РК скрининг қарау жүйе шегінде ақысыз медициналық көмек кепілді көлем әрекет ет. Алматы қаласында жыл сайын ЖМТ 200 жаңа уақиғалары тіркеледі, бас деңгей жеке емхананың ЖМТ басын аш скринингте 8,0% келеді, қарамастан және ЖМТ 15% уақиғалары ушыққан бер кезеңде белгіледі.

**Түйін сөздер:** Жатыр мойны обыры, цитологиялық скрининг, Денсаулық мектептері, мезгілсіз өлім-жітім.

#### SUMMARY

Cervical cancer takes second place after breast cancer among woman in Kazakhstan. Therefore there is the system of screening medical inspection in Kazakhstan within the limits of guaranteed volume of free medical assistance every year there registered about 200 new cases of cervical cancer and 15% cases of cervical cancer in grave condition.

**Keywords:** Cervical cancer, cytological screening, Schools of health, premature mortality.

УДК:614.39:613.2/.8:371.67/.68

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

## **ОБЗОР ИНФОРМАЦИОННО - ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ МАТЕРИАЛОВ НАЦИОНАЛЬНОГО ЦЕНТРА ПРОБЛЕМ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ.**

### **АННОТАЦИЯ**

В статье дан обзор информационно - образовательных материалов из серии «Уроки здоровья».

**Ключевые слова:** здоровый образ жизни, профилактика заболеваний, поведенческие факторы риска, уход за ребенком, информационно- образовательные материалы.

Глава государства Нурсултан Назарбаев в Стратегии «Казахстан - 2050» подчеркнул, что «здоровый образ жизни является ключом к здоровью нации. Профилактическая медицина должна стать основным инструментом в предупреждении заболеваний. Необходимо сделать большой упор на информационно-разъяснительной работе с населением страны» [1].

Благодаря усилению профилактических мероприятий, проведению скрининговых исследований, совершенствованию и внедрению новых методов диагностики, лечения и реабилитации основных социально-значимых заболеваний в Казахстане увеличилась средняя ожидаемая продолжительность жизни и составила в 2013 году - 70,3 года.

Укрепление здоровья - это процесс, основным принципом которого является внимательное отношение самого человека к собственному здоровью, его ответственность.

В рамках Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Казахстан», Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни организует и проводит мероприятия, направленные на сохранение и укрепление здоровья, включающие в себя пропаганду здорового образа жизни, повышение знаний

населения по предупреждению заболеваний, их раннему выявлению, а также охране репродуктивного и сексуального здоровья, безопасного материнства и отцовства, профилактике инфекций, передаваемых половым путем, в том числе ВИЧ-инфекции и других социально-значимых заболеваний.

Наряду с освещением в СМИ профилактических мероприятий, разработкой и демонстрацией аудио- и видеопродукции, Центр с 2012 года разрабатывает информационно-обучающий комплекс, состоящий из книги и видеофильма на казахском и русском языках. Комплекс предназначен для повышения уровня знаний и формирования здоровьесберегающих навыков у различных целевых групп населения.

Первый выпуск информационно-обучающего комплекса (далее-ИОК) был посвящен вопросам профилактики факторов риска хронических неинфекционных заболеваний.

**Хронические неинфекционные заболевания** — это длительные и, как правило, медленно прогрессирующие заболевания. Основные **четыре типа неинфекционных заболеваний** — это сердечно-сосудистые заболевания (такие как инфаркт и инсульт), рак, хронические респираторные заболевания (такие как хроническая обструктивная

болезнь легких и астма) и диабет.

Все эти заболевания имеют одни поведенческие и биологические факторы риска, такие как курение, алкоголь, нерациональное питание, низкая физическая активность и др.

В книге описаны основные факторы риска инфекционных заболеваний. Так, первый раздел посвящен *сердечно-сосудистым заболеваниям и их факторам риска* таким, как высокое артериальное давление, высокий уровень сахара крови, избыточная масса тела, низкая физическая активность и другие.

Второй раздел знакомит читателей с понятием **избыточной массы тела**. Здесь мы узнаем как правильно произвести расчет индекса массы тела, или индекса Кетле. Индекс массы тела – это отношение веса тела в килограммах к квадрату роста в метрах ( $\text{кг}/\text{м}^2$ ).

Показатель индекса массы тела от 25 до 28,9 расценивается как наличие избыточной массы тела; 30 и более - как наличие ожирения.

Избыточный вес и ожирение, а также связанные с ними неинфекционные заболевания в значительной мере предотвратимы. Здоровое питание, физическая активность, полноценный сон – главные союзники в борьбе с лишним весом и предотвращении сопутствующих заболеваний.

В третьем разделе представлены 12 принципов **правильного питания**. Учеными доказано, что здоровье человека на 70 процентов зависит от питания. Нерациональное питание, наряду с другими факторами, также может являться причиной большинства хронических неинфекционных заболеваний. Тогда, как рациональное и сбалансированное питание способствует укреплению здоровья и профилактике многих заболеваний.

Разделы 4, 5 и 6 посвящены **артериальной гипертонии и сахарному диабету**. Здесь читатель узнает, как правильно контролировать уровень АД, сахара крови и т.д.

Сегодня широко известно о распространенности заболеваемости и смертности от

болезней системы кровообращения (БСК) и сахарного диабета (СД).

Так, согласно данным Агентства РК по статистике, показатель по заболеваемости БСК Казахстане в 2011 году составил 2277,1 на 100 тыс. населения, а в 2012 году - 2454,0 на 100 тыс. населения.

Вместе с тем, в период с 2005 по 2013 годы показатель смертности от болезней системы кровообращения имеет тенденцию к динамическому снижению с 535,5 до 217,88 на 100 тыс. населения.

К съемкам **видеофильма** были привлечены реальные пациенты, которые на себе испытали воздействие различных факторов риска, и рассказали об установлении у них того или иного заболевания, и о том, как важно своевременно обследоваться и лечиться с целью улучшения качества жизни.

Хронометраж видеофильма - 20 минут.

В 2013 году выпущен второй информационно-обучающий комплекс **«Уроки здоровья по уходу и развитию за детьми раннего возраста»**.

С 1993 года ВОЗ и Детский фонд ООН ЮНИСЕФ приглашают к участию родильные дома, детские отделения, где имеются отделения неонатологии, которые готовы привести свою работу в соответствие с перечнем определенных условий - это **«10 принципов грудного вскармливания»**.

В 2013 году, в соответствии с новым Докладом Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) только 37 стран, или 19% от числа представивших отчетность, приняли законы, отражающие все рекомендации, которые содержатся в Международном кодексе о маркетинге заменителей грудного молока. Только 37 из 199 стран (19%), представляющих ВОЗ отчетность об осуществлении Кодекса, приняли законы, отражающие все его рекомендации. Например, 69 стран (35%) ввели полный запрет на рекламу заменителей грудного молока; 62 (31%) ввели полный запрет на бесплатное распространение образцов или дешевых материалов для служб

здравоохранения; 64 (32%) полностью запретили любые подарки от соответствующих производителей работникам здравоохранения; 83 (42%) требуют сообщать на маркировке заменителей грудного молока о превосходстве грудного вскармливания.

«Уроки здоровья по уходу и развитию за детьми раннего возраста» содержат рекомендации мамам по питанию и купанию, профилактике рахита, список необходимых прививок в определенном возрасте, описание нервно-психического развития ребенка в определенном возрасте.

Начало грудного вскармливания в течение первого часа после рождения, исключительное грудное вскармливание на протяжении первых шести месяцев жизни и продолжающееся грудное вскармливание до двухлетнего возраста с введением прикорма в виде свежеприготовленной, богатой питательными веществами пищи с шести месяцев способствует сохранению и укреплению здоровья ребенка.

Родители найдут также ответы на вопросы как кормить ребенка от 2 лет и старше или как ухаживать за ребенком от двух до пяти лет с учетом рекомендаций Всемирной организации здравоохранения и принципов интегрированного ведения болезней детского возраста.

В фильме принимают участие мамы с детьми, которые наглядно демонстрируют, как правильно ухаживать за детьми раннего возраста, как привить здоровые берегающие навыки.

Навыки ответственного, безопасного поведения важно продолжать формировать и у подростков и молодежи, ведь они наиболее подвержены воздействию вредных веществ, включая психоактивные вещества (ПАВ).

С этой целью, в 2014 году выпущен информационно-обучающий комплекс «**Уроки здоровья для подростков и молодежи**», где отражена не только информация об укреплении здоровья, но и представлены здоровые

берегающие навыки.

Книга состоит из 7 уроков: «Здоровый Образ Жизни», «Личная гигиена», «Охрана репродуктивного здоровья», «Планирование семьи», «Инфекции, передающиеся половым путем», «Психоактивные вещества и последствия их употребления».

Главный герой - актер Ануар Нурпеисов, который на примере одного дня показывает подросткам и молодежи как важно знать о самосохранительном поведении и дает советы как предупредить употребление ПАВ и избежать негативных последствий от их приема, заражения ИППП, преждевременной беременности и т.д.

В книге изложена информация о значимости сохранения репродуктивного здоровья, о методах контрацепции, о навыках предупреждения беременности, ИППП, и что следует делать, чтобы избежать негативных последствий.

Как известно, здоровье людей зависит на 50–55 % от образа жизни человека, на 20 % - от окружающей среды, на 18–20 % - от генетической предрасположенности, и лишь на 8–10 % - от здравоохранения. И задача каждого из нас приложить максимум усилий для сохранения и укрепления здоровья, формирования ответственного безопасного поведения, для повышения продолжительности жизни каждого казахстанца.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Послание Президента Республики Казахстан Н.Назарбаева народу Казахстана «Казахстанский путь – 2050: Единая цель, единые интересы, единое будущее», 17 января 2014 г.

#### ТҮЙЫМ

Мақалада ақпараттық-ағартушылық «Денсаулық сабақтары» топтамасының материалдарына шолу жасалған.

Түйін сөздер: салауатты өмір салты, аурулардың алдын-алу, мінез-құлықтық

қауіпті факторлар, балалар күтімі, ақпараттық-ағартушылық материалдар.

#### SUMMARY

«Lessons of health for teenagers and young people»

The article gives an overview of information - educational materials from the series «Lessons in health».

Tags: healthy lifestyle, disease prevention, behavioral risk factors, child care, information and education materials.

УДК: 314.44:616-012-053.2-036.22:629.76(574.31)

**ПОЗДНЯКОВА А.П., д.м.н., ЖУБАТОВ Ж.К., д.т.н.,**

**ГАЛАЕВА А.И., к.м.н., АШИРБЕКОВ Г.К., д.м.н.**

**АДИЛЬГИРЕЙУЛЫ З., к.м.н.**

РҒП «НИЦ «Ғарыш-Экология» НКА РК, г. Алматы, Казахстан

КГП «Карагандинский областной центр формирования здорового образа жизни»,  
г. Караганда, Казахстан

### **ЗАКОНОМЕРНОСТИ ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ НА ТЕРРИТОРИЯХ, ПРИЛЕГАЮЩИХ К МЕСТУ АВАРИИ РН «ПРОТОН-М» В 2007 Г. В КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ**

#### **АННОТАЦИЯ**

В статье приведен анализ динамики уровня и структуры заболеваемости детского населения, проживающего на территориях, прилегающих к месту аварии РН «Протон-М» в 2007 г. в Улытауском районе, г. Жезказган, Сатпаев Карагандинской области.

**Ключевые слова:** техногенные аварии, ракета-носитель, первичная заболеваемость детей, структура патологии, динамика заболеваемости детей.

**Введение.** Вопросы здоровья населения имеют огромное социальное, политическое и экономическое значение. основополагающим фактором, определяющим состояние здоровья, является среда его обитания, качество которой во многом зависит от деятельности человека. Наиболее наглядны эти проявления при чрезвычайных ситуациях техногенного характера. В последние годы увеличилось количество чрезвычайных ситуаций, связанных с деятельностью космодрома «Байконур», которые сопровождались авариями ракет космического назначения, проливами ракетного топлива в значительных количествах (1999, 2006, 2007, 2013 гг.).

При этом происходило загрязнение природной среды и ее экосистем за счет выброса несгоревшего топлива, разброса фрагментов ракет-носителей (РН) и возгорания растительности на месте их падения. 6 сентября 2007 года при пуске РН «Протон-М» с разгонным блоком «Бриз-М» и с космическим аппаратом «ДжейСиСат-11» произошла аварийная ситуация. Связка, состоявшая из второй и третьей ступеней, разгонного блока и космического аппарата, упала на территорию Улытауского района Карагандинской области, в 39- 44 км юго-западнее г. Жезказган, г. Сатпаев. Обследовано состояние среды обитания населенных пунктов: г.г. Жезказ-

ган, Сатпаев, пос. Жезказган, Крестовский, Весовая, с. Талап на прилегающих к месту аварии территориях. Химического загрязнения компонентами ракетного топлива и продуктами их трансформации воздуха, почвы, воды в источниках водоснабжения и природных водоемах, растений сразу после аварии и в результате многолетних последующих наблюдений не выявлено [1,2].

**Цель** настоящей работы – оценить динамику заболеваемости детского населения на территориях, прилегающих к месту аварии РН «Протон-М» в 2007 г. в Улытауском районе Карагандинской области.

**Материалы и методы.**

Для реализации цели проведены сравнительные эпидемиологические исследования состояния здоровья детского населения, проживающего на территориях, прилегающих к районам аварийного падения РН, сельского и городского детского населения Карагандинской области и Республики Казахстан.

Заболеваемость детского населения изучена по данным формы № 12 «Отчет о числе заболеваний, зарегистрированных у

больных, проживающих в районе обслуживания». Сведения предоставлены медицинскими учреждениями Улытауского района, г. Жезказган, г. Сатпаев за 2004-2013 годы. Собранные материалы систематизированы, обобщены и обработаны, классы заболеваний сформированы, согласно классификации болезней и причин смерти ВОЗ 10 пересмотра (МКБ-10). Статистические данные о состоянии здоровья детского населения РК и Карагандинской области в 2000- 2013 гг. взяты из статистических сборников МЗ РК.

Статистическая обработка материала включала расчеты экстенсивных и интенсивных показателей и их ошибок, t-критерия Стьюдента, регрессионный, корреляционный и трендовый анализы динамических рядов, оценку темпов прироста (Т) и значимости коэффициента корреляции [3]. Результаты исследований.

**Результаты исследований.**

Динамика заболеваемости на территориях, прилегающих к району аварийного падения РН «Протон-М», приведена на рисунке 1.

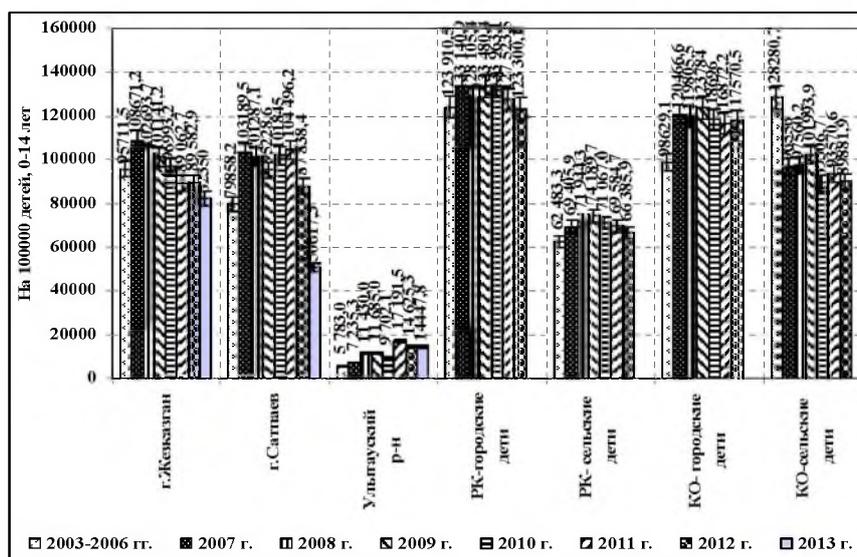


Рисунок 1 – Динамика уровня общей заболеваемости детского населения сравниваемых территорий до и после аварии РН «Протон-М» 6 сентября 2007 г., ‰

Исходные показатели заболеваемости в г. Жезказган и г. Сатпаев были ниже областных и республиканских для городского населения, а в Улытауском районе - ниже областных и республиканских для сельского населения. Низкий уровень заболеваемости по обращаемости в Улытауском районе может быть объяснен малой доступностью медицинской помощи: из 43 сельских населенных пунктов 26 не имеют медицинских работников (данные формы 5 мониторинга развития сельских территорий РК, представляемой областным акиматом в МЗ РК, 2009 г.), в 2012 г. число средних медработников уменьшилось на 1 человека. В связи с этим население часто занимается самолечением, в статистику такие случаи не попадают, т.е. сопоставлять между собой отдельные территории будет некорректно, а анализ динамики заболеваемости внутри каждой территории, при сохранении статус-кво медицинского обслуживания, может дать определенную интересную информацию.

Сразу после аварии, в 2007 г., произошел значительный рост коэффициентов заболеваемости по сравнению с исходными на всех изучаемых территориях: в г. Жезказган с  $95711,5 \pm 141,5\text{‰}$  до  $108671,2 \pm 141,5\text{‰}$  ( $t = 50,4$ ,  $p < 0.001$ ), в г. Сатпаев - с  $79858,2 \pm 304,0\text{‰}$  до  $103189,5 \pm 137,5\text{‰}$  ( $t = 70,4$ ,  $p < 0.001$ ), в Улытауском районе - с  $5783,0 \pm 369,1\text{‰}$  до  $7235,3 \pm 409,6\text{‰}$  ( $t = 2,6$ ,  $p < 0.01$ ).

Темпы прироста заболеваемости составили в г. Жезказган -  $T = +13,5\%$ , в г. Сатпаев -  $T = +29,2\%$ , в Улытауском районе -  $T = +25,1\%$ , у городских детей Карагандинской области -  $T = +22,1\%$ , у сельских детей Карагандинской области -  $T = -24,7\%$ , у городских детей Республики Казахстан -  $T = +7,4\%$ , у сельских детей Республики Казахстан -  $T = +11,1\%$ . Темпы прироста заболеваемости на анализируемых территориях были выше, чем у городских и сельских детей РК, в 2-3 раза.

В поставарийный период в г. Жезказган и в г. Сатпаев уровень заболеваемости по-

степенно устойчиво снижался ( $r = -0.92-0.97$ ), в Улытауском районе рос ( $r = +0.79$ ) на фоне неустойчивого уменьшения показателей у сельских и городских детей по области и в стране ( $r = -0.51-0.63$ ). К 2013 г. в г. Жезказган, г. Сатпаев первичная заболеваемость детей стала ниже, чем до аварии. В Улытауском районе дети в 2013 г. болели в 2,5 раза чаще, чем до аварии. Фактически общереспубликанские тенденции в динамике заболеваемости нашли отражение на изучаемых городских территориях. Иначе дело обстояло с Улытауским районом - общая заболеваемость по обращаемости здесь непрерывно росла.

Далее проанализирована динамика структуры патологии, диагностированной у детей при обращении в медучреждения. Установлено, что до аварии в табели о рангах лидерами были болезни органов дыхания в г. Жезказган и г. Сатпаев, на долю которых приходилось  $2/3$  и  $3/4$  всей патологии, соответственно, и болезни крови и кроветворных органов в Улытауском районе -  $27,9 \pm 0,6\%$ . В г. Жезказган после аварии (2007 г.) статистически значительно уменьшилась доля болезней органов дыхания ( $55,0 \pm 0,3\%$  против  $60,1 \pm 0,16\%$ ,  $t = 15,0$ ,  $p < 0.001$ ) и увеличилась доля болезней крови и кроветворных органов ( $6,0 \pm 0,07\%$  против  $3,4 \pm 0,06\%$ ,  $t = 26,0$ ,  $p < 0.001$ ). К 2013 г. проценты болезней органов дыхания увеличились до исходного уровня, а крови и кроветворных органов остались в пределах показателей 2007 г.

У детского населения г. Сатпаев в поставарийный период (2007 г.) значительно увеличился процент травм и отравлений ( $10,0 \pm 0,09\%$  против  $3,3 \pm 0,06\%$ ,  $t = 60,9$ ,  $p < 0.001$ ) и болезней крови ( $2,4 \pm 0,05\%$  против  $2,1 \pm 0,05\%$ ,  $t = 4,3$ ,  $p < 0.001$ ). В последующие годы продолжал расти только процент травм и отравлений, достигнув в 2013 г.  $12,3 \pm 0,3\%$ .

В ранний поставарийный период (2007 г.) в структуре патологии детей Улытауского района увеличился процент не только болезней крови и кроветворных органов ( $40,1 \pm 0,6\%$

против  $27,9 \pm 0,6\%$ ,  $t=14,3$ ,  $p < 0.001$ ), но и органов пищеварения ( $7,3 \pm 0,3\%$  против  $5,9 \pm 0,31\%$ ,  $t=3,3$ ,  $p < 0.001$ ). В годы после аварии продолжался рост процентов болезней органов дыхания и крови и кроветворных органов, но доля болезней органов дыхания к 2013 г. стала больше, чем болезней крови и кроветворных органов, и этот класс болезней занял первое место, вытеснив болезни крови и кроветворных органов на второе место. По остальным классам болезней значимых изменений не произошло.

В структуре патологии у детского городского населения РК в 2007 г. отмечено увеличение процента болезней органов дыхания ( $60,0 \pm 0,13\%$  против  $56,5 \pm 0,14\%$ ,  $t=18,4$ ,  $p < 0.001$ ) и крови и кроветворных органов ( $3,9 \pm 0,05\%$  против  $3,0 \pm 0,05\%$ ,  $t=12,8$ ,  $p < 0.001$ ). После аварии (2007 г.) в структуре патологии сельского детского населения РК отмечено статистически значимое увеличение процентов болезней крови и кроветворных органов ( $9,4 \pm 0,1\%$  против  $7,0 \pm 0,1\%$ ,  $t=17,1$ ,  $p < 0.001$ ). Обращает на себя внимание тот факт, что доля болезней крови и кроветворных органов значительно увеличилась на всех сравниваемых территориях, включая и РК.

Далее проведен анализ динамики заболеваемости самыми распространенными болезнями.

К их числу, во-первых, относятся **болезни органов дыхания**. Доаварийные коэффициенты этой патологии у детей в г. Жезказган ( $57559,4 \pm 169,3$  ‰), г. Сатпаев ( $58259,1 \pm 183,8$  ‰) и Улытауском районе ( $1488,7 \pm 90,3$  ‰) были значительно ниже ( $p < 0.001$ ) соответствующих республиканских городских ( $70042,1 \pm 17,3$  ‰) и сельских ( $35225,8 \pm 17,1$  ‰) показателей.

В год аварии (2007 г.) отмечен рост уровня заболеваемости детей болезнями органов дыхания на всех сравниваемых территориях, кроме Улытауского района. Темп прироста равнялся в г. Жезказган –  $T=+2,9\%$ , в г. Сатпаев –  $T=+28,0\%$ , у городских детей РК

–  $T=+8,5\%$ , у сельских детей РК –  $T=+10,2\%$ , в Улытауском районе темп убыли составил –  $T=-24,7\%$ . В последующий отрезок времени (2007-2013 гг.) в г. Жезказган и г. Сатпаев уровни заболеваемости устойчиво уменьшались ( $r=-0,7$ ), в Улытауском районе увеличивались ( $r=+0,89$ ). Заболевания болезнями органов дыхания сельских детей в целом по стране резко участились ( $r=+0,79$ ), а у городских детей первичная обращаемость за медицинской помощью стабильна ( $r=-0,17$ ). Так что, к 2013 г. показатели заболеваемости болезнями органов дыхания у детей были выше исходного уровня в Улытауском районе, в сельских и городских местностях РК, кроме г. Жезказган ( $50763,5 \pm 356,2$  ‰ против  $57559,4 \pm 169,3$  ‰,  $t=17,2$ ,  $p < 0.001$ ) и г. Сатпаев ( $36449,4 \pm 370,8$  ‰ против  $58259,1 \pm 183,8$  ‰,  $t=52,7$ ,  $p < 0,001$ ).

Далее прослежены закономерности заболеваемости **болезнями органов пищеварения**. У детей, проживающих на территориях, прилегающих к району аварии РН «Протон-М» в 2007 г., частота болезней органов пищеварения в доаварийный период (2003-2006 гг.) была гораздо ниже, чем в целом по стране: г. Жезказган ( $3527,0 \pm 63,1$  ‰ против  $7499,2 \pm 9,9$  ‰,  $t=62,1$ ,  $p < 0,001$ ), г. Сатпаев ( $2758,6 \pm 61,0$  ‰ против  $7499,2 \pm 9,9$  ‰,  $t=76,7$ ,  $p < 0,001$ ), Улытауский район ( $273,5 \pm 19,4$  ‰ против  $5068,0 \pm 7,8$  ‰,  $t=228,3$ ,  $p < 0,001$ ).

В 2007 г. отмечено учащение обращений детей за медицинской помощью по поводу болезней органов пищеварения в г. Жезказган и Улытауском районе, тогда как в г. Сатпаев показатели остались на доаварийном уровне. Темпы прироста заболеваемости составили в г. Жезказган –  $T=+8,9\%$ , в Улытауском районе  $T=+107,9\%$ . У городских детей РК отмечено уменьшение показателей, темп убыли  $T=-8,7\%$ , а у сельских – рост, темп прироста равен  $T=+7,3\%$ . Т.е. темпы прироста у детей Улытауского района были почти в 15 раз выше, чем в целом по стране

В динамике с 2007 по 2013 гг. обнаружено

снижение уровня заболеваемости детей болезнями органов пищеварения выраженное в г. Жезказган ( $r=-0,9$ ), Улытауском районе ( $r=-0,7$ ), неустойчивое в г. Сатпаев ( $r=-0,59$ ), у сельских детей РК ситуация стабильна. У городских детей страны заболеваемость болезнями органов пищеварения неустойчиво росла ( $r=+0,68$ ), у сельских оставалась стабильной ( $r=-0,10$ ). Несмотря на уменьшение показателей в Улытауском районе с 2007 по 2013 гг., в 2013 гг. частота заболеваемости болезнями органов пищеварения у них превышала доаварийную в 1,5 раза.

На следующем этапе проведен анализ заболеваемости по обращаемости **болезнями мочеполовой системы (МПС)**. После аварии РН «Протон-М» в Улытауском районе Карагандинской области частота обращений по поводу болезней МПС в год аварии уменьшилась на всех изучаемых территориях. В последующие годы показатели заболеваемости стали устойчиво ( $r=+0,77$ ) расти в Улытауском районе – с  $112,8 \pm 53,1\text{‰}$  до  $415,2 \pm 107,0\text{‰}$ , достигнув статистически значимых различий ( $t=2,53$ ,  $p<0,05$ ). В это же время произошло выраженное ( $r=-0,8$ ) снижение уровня заболеваемости сельских (с  $1500,3 \pm 8,7\text{‰}$  до  $1312,8 \pm 7,8\text{‰}$ ,  $t=16,0$   $p<0,001$ ) и городских (с  $1994,5 \pm 10,0\text{‰}$  до  $1715,5 \pm 9,0\text{‰}$ ,  $t=20,7$   $p<0,001$ ) детей страны, тренды снижающиеся устойчивые. Уменьшилась заболеваемость в г. Жезказган (с  $2240,9 \pm 103,3\text{‰}$  до  $1577,8 \pm 88,8\text{‰}$ ,  $t=4,9$   $p<0,001$ ), тренд неустойчивый ( $r=-0,4$ ). В г. Сатпаев ситуация осталась стабильной ( $r=+0,008$ ).

К приоритетной форме патологии отнесены также **болезни крови и кроветворных**

**органов**. Сразу же после аварии (2007 г.) произошел рост числа обращений детей за медицинской помощью по поводу болезней крови и кроветворных органов (рисунок 2). Темп прироста составил в Улытауском районе –  $T=+98,0\%$ , в г. Сатпаев  $T=+54,8\%$ , в г. Жезказган  $T=+65,8\%$ , у городских детей РК  $T=+39,1\%$ , у сельских –  $T=+50,2\%$ . Иными словами, темпы прироста заболеваемости в Улытауском районе были почти в 2 раза выше, чем у сельских детей РК. А в городах на прилегающих к месту аварии территориях – в 1,4-1,7 раз выше, чем у городских детей РК.

В последующие годы показатели заболеваемости устойчиво ( $r=-0,7$ ) уменьшались в г. Жезказган (с  $5510,0 \pm 159,4\text{‰}$  до  $4221,0 \pm 143,3\text{‰}$ ,  $t=6,0$   $p<0,001$ ), как и у их городских сверстников в РК (с  $5213,5 \pm 16,7\text{‰}$  до  $4626,4 \pm 14,5\text{‰}$ ,  $t=26,6$   $p<0,001$ ), но они остались достоверно выше фоновых значений ( $5510,0 \pm 159,4\text{‰}$  против  $3262,4 \pm 124,0\text{‰}$ ,  $t=11,1$   $p<0,001$ ). В г. Сатпаев ситуация была стабильной ( $r=+0,2$ ), но показатели заболеваемости в 2013 г. несколько превышали исходный уровень ( $1912,3 \pm 103,8\text{‰}$  против  $1640,9 \pm 96,3\text{‰}$ ,  $t=1,92$   $p>0,05$ ). В Улытауском районе частота обращений за медицинской помощью по поводу болезней крови и кроветворных органов неустойчиво ( $r=+0,6$ ) увеличивалась, и показатель 2013 г. стал в 3 раза выше исходного ( $4843,6 \pm 339,4\text{‰}$  против  $1578,9 \pm 197,1\text{‰}$ ,  $t=8,3$ ,  $p<0,001$ ). У сельских детей РК отмечено устойчивое ( $r=-0,9$ ) уменьшение коэффициентов заболеваемости.

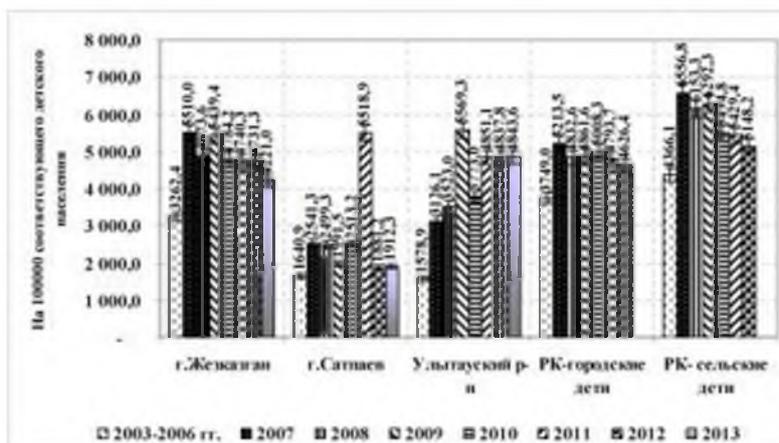


Рисунок 2 – Динамика «грубых» показателей заболеваемости болезнями крови и кроветворных органов детского населения Улытауского района, г. Жезказган, г. Сатпасен, РК, 2003-2013 гг., на 100 000 населения

Резюмируя изложенное выше, можно прийти к следующим выводам:

1. На территориях, прилегающих к району аварийного падения РН «Протон-М» 6 сентября 2007 г., после аварии наблюдалось статистически значимое увеличение общего числа детей, обращающихся за медицинской помощью.

2. Темпы прироста заболеваемости на анализируемых территориях были выше, чем у городских и сельских детей РК, в 2-3 раза.

3. Из патологии, частота которой у детского населения возросла почти повсеместно в изучаемых населенных пунктах, следует указать болезни крови и кроветворных органов и болезни органов дыхания. Заболеваемость ими также увеличивалась большими темпами, чем в целом по стране.

4. В Улытауском районе, кроме того, в год аварии возросли показатели заболеваемости болезнями органов пищеварения, темпы их прироста были почти в 15 раз выше, чем у сельских детей РК.

5. В городах показатели заболеваемости по обращаемости детей пришли к доаварийному уровню только через 4-5 лет. В Улытауском районе уровень заболеваемости непрерывно растет в течение всего периода наблюдения.

6. Исследования состояния среды обитания этих населенных пунктов на присутствие гептила и продуктов его трансформации дали отрицательные результаты.

7. Одно из объяснений описанной картины – тревога родителей за здоровье детей, т.е. влияние психоэмоционального стресса, и увеличившееся внимание медицинской общественности с проведением профилактических осмотров [4,5].

8. Низкий уровень заболеваемости по обращаемости населения Улытауского района связан с тем, что он имеет редкую сеть малочисленных населенных мест при значительных расстояниях до центров квалифицированной и специализированной медицинской помощи, более чем в половине населенных пунктов нет медицинских работников, поэтому население занимается в основном самолечением, и основная масса заболеваний не учитывается в статистических документах. В связи с этим выраженный рост патологии, обнаруживаемый в населенных пунктах Улытауского района, должен привлечь особое внимание медицинской общественности.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Оценка экологических последствий аварии РН «Протон-М» с КА «ДжейСи-

Сат-11», запущенной 06 сентября 007 года с космодрома «Байконур» на территории Карагандинской области Республики Казахстан: Отчет НИР (заключ.)/ДГП «Инфракос-Экос»: рук.Козловский В.А. –Алматы, 2007. -76 с.

2. Экологическая безопасность деятельности космодрома «Байконур»//Под ред. Ж.К.Жубатова. –Алматы: 2011.-С.140-153.

3. Справочник по прикладной статистике. В 2-х т.: Пер с англ. Под ред. Э. Ллойда, У. Ледермана, Ю.Н. Тюрина. М: Финансы и статистика; 1989 (Т.1), 1990 (Т.2).

4. Филиппов В.Л., Криницин Н.В., Филиппова Ю.В., Нечаева Е.Н., Киселев Д.Б.и др. Оценка влияния запусков ракет-носителей с космодрома «Байконур» на здоровье населения // Матер. научно-практ.конф. «Итоги выполнения программ по оценке влияния запусков ракет-носителей с космодрома «Байконур» на окружающую среду и здоровье населения» -Алматы, -Караганда: 2006. –С.336-343.

5. Мешков Н.А. Характер и причинно-следственные связи заболеваемости населения с влиянием последствий ракетно-космической деятельности// Матер. межд. научно-практ.конф. «Обеспечение экологи-

ческой безопасности ракетно-космической деятельности» -М.: Географический факультет МГУ, 2011.-С.46-51.

### ТҮЙІН

Мақалада 2007 жылы Протон-М зымыран тасығышы авариясының орны маңыны жақын орналасқан Қараганды облысының Жезказған, Сәтбаев қалалары мен Ұлытау ауданы аумағында тұратын балалар ауруы деңгейінің өсу динамикасы мен құрылымына талдау жасалған

**Түйін сөздер:** техногендік авариялар, зымырын-тасығыш, балалардың бастапқы аурулары, патология лұрыдымы, балалар ауруының динамикасы

### SUMMARY

The article provides an analysis of the dynamics of the level and structure of child morbidity, living in areas adjacent to the scene of the accident launch vehicle «Proton-M» in 2007 in Ulytau area, Zhezkazgan, Satpayev Karaganda region.

**Keywords:** technogenic accidents, launch vehicles, the primary disease of children, the structure of the pathology, the dynamics of morbidity in children.

УДК: 614.:378.046.4- 039.32

**А. САГЫНДЫКОВА**

АО «Казахский медицинский университет непрерывного образования»  
г. Астана

## **АНАЛИЗ НЕПРЕРЫВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ПМСП В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН**

### **АННОТАЦИЯ**

В статье рассмотрены вопросы и проблемы медицинского образования медицинских работников первичной медико-санитарной помощи в Казахстане.

**Ключевые слова:** медицинское образование, непрерывное профессиональное развитие, здравоохранение,

**Актуальность исследования.** В соответствии с Государственной программой развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы непрерывное профессиональное развитие-дополнительного медицинского образования является одной из главных задач системы здравоохранения Казахстана. В современных условиях непрерывное профессиональное развитие является одним из обязательных компонентов для повышения престижа, как врача, так и медицинской организации и их соответствия международным требованиям к безопасности и качеству медицинских услуг.

Медицинское образование в Казахстане осуществляется в государственных и частных высших учебных заведениях, средних специальных учебных заведениях, научно-исследовательских институтах и научных центрах.

**Материал и методы исследования.** Анализ состояния непрерывного повышения квалификации специалистов здравоохранения проведен на основании оперативной информации и данных отчетов (ф. 30) по непрерывному образованию от Управлений здравоохранения областей и городов Астаны и Алматы. При проведении исследования показателей системы непрерывного образования были использованы статистические и

аналитические методы. Всего проанализировано 32 показателя, характеризующих непрерывное образование специалистов: доля обученных в течение последних пяти лет среди врачей в АО «Казахский медицинский университет непрерывного образования» (КазМУНО); в других университетах; доля обученных врачей общей практики (ВОП); участковых терапевтов; участковых педиатров; доля обученных в течение пяти лет средних медицинских работников, доля обученных на семинарах, тренингах по всем регионам РК.

**Результаты исследования.** Проведенный анализ показывает, что в обучении врачей участвуют не только государственные высшие учебные заведения, но и негосударственные (частные) учебные заведения.

Благодаря предусмотренным трем бюджетным программам дополнительного образования (005 - оплата за счет республиканского бюджета по конкретным приоритетным специальностям, 036 и 010 - оплата через стационарные организации и организации первичной медико-санитарной помощи) количество обученных медицинских работников ежегодно растет. Так, если в 2010 году их количество составляло 13 700, то в 2013 году эта цифра увеличилась до 34 687 человек. При этом, следует отметить, что в рамках бюджетных программ имеют воз-

возможность обучаться как врачи, так и средние медицинские работники. Кроме того, разработаны и внедрены образовательные программы для лиц с немедицинским образованием, в частности -парамедиков. Так, за 3 года обучено свыше 300 человек.

Во исполнение приказа Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 19 марта 2014 года № 149 «Об организации обучения специалистов организаций первичной медико-санитарной помощи» организациями первичной медико-санитарной помощи (далее-ПМСП) республики проводится обучение специалистов (ВОП, участковых терапевтов, участковых педиатров).

Проведенный мониторинг обучения врачей ПМСП показал, что за 9 месяцев 2014 года обучено 4377 человек, что составляет 61,1 % из общего числа ВОП, участковых

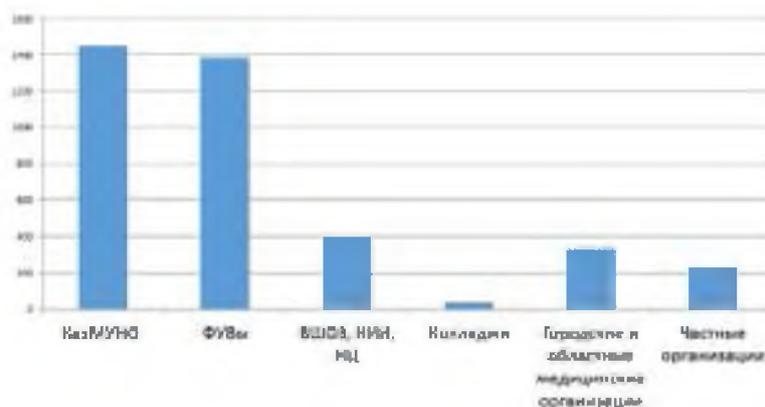
терапевтов, участковых педиатров (по состоянию на 1 января 2014 года их количество составило - 7806 человек согласно отчетно-статистической форме №30).

Ведущими медицинскими ВУЗами республики обучено 3010 специалистов (66%). В структуре ВУЗов - Каз МУНО (43%), ГМУ г. Семей (26%), ЗКГМУ (9%), МУА г. Астана (8%), Южно-Казахстанская ГФА (7%),КГМУ (4%), КазНМУ (3%). При этом, обучение проводилось как самостоятельно, так и совместно с НИИ, НЦ и организациями здравоохранения областного и городского уровней(таблица).

НИИ,НЦ и организациями здравоохранения областного и городского уровней обучено 900 врачей (21%).

Кроме того, негосударственными учебными организациями обучено 350 врачей (8%).

Таблица



**Заключение.** Таким образом, можно отметить, что повышение квалификации специалистов ПМСП требует дальнейшего улучшения. В соответствии с основными направлениями Государственной программы «Саламатты Казахстан» в 2015 году доля специалистов общеврачебной практики (врачей общей практики) должна составить 30% от общего количества специалистов ПМСП, поэтому необходимо проводить переподготовку специалистов ПМСП – участковых терапевтов и педиатров в ВОП. В целях повы-

шения качества непрерывного образования необходимо, чтобы переподготовка и повышение квалификации ВОП проводилось в Каз МУНО.

Кроме того, в связи с особенностями сегодняшней ситуации в области непрерывного профессионального развития врачей и средних медицинских работников назрела необходимость поиска более совершенных форм и методов оценки качества медицинского образования, а также разработки квалификационных требований к организациям,

проводящих курсы повышения квалификации медицинских работников. Для решения указанных проблем КазМУНО инициировал внесение изменений в Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» в части разработки нового порядка повышения квалификации и переподготовки медицинских и фармацевтических кадров, а также квалификационных требований к организациям, реализующим программы дополнительного медицинского и фармацевтического образования.

### ТҮЙІН

Мақалада Қазақстан Республикасында медико-санитариялық алғашқы көмектің

медициналық қызметкерлеріне медициналық білім беру сұрақтары және мәселелері туралы қарастырылған

**Түйін сөздер:** медициналық білім, үздіксіз кәсіби даму, денсаулық сақтау.

### SUMMARY

This paper considers questions and problems of medical education for primary medical care specialists in the Republic of Kazakhstan.

**Keywords:** medical education, continuing education, public health.

УДК: 613.2/8:614.2:371.69

### СУЛЕЙМАНОВА Н.А

Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ и СР РК  
г. Алматы

### ВНЕДРЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ОБУЧАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПО ПРОПАГАНДЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ, ПРОФИЛАКТИКЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА И СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН.

### АННОТАЦИЯ

В статье рассматривается деятельность отдела симуляционного обучения Национального центра проблем формирования здорового образа жизни, подчеркивается важность, актуальность и эффективность обучения с помощью муляжей, интерактивных пособий и другого оборудования. Такой опыт будет полезен работникам ПМСП, специалистам Молодежных центров здоровья и Школ здоровья.

**Ключевые слова:** симуляционное обучение, Молодежные центры здоровья, Школы здоровья, профилактика заболеваний и факторов риска.

### Вступление.

Симуляционное обучение имеет высокую образовательную ценность – это не просто обучение на тренажерах и муляжах, а вне-

дрение инновационных обучающих технологий в работу по пропаганде здорового образа жизни, профилактике поведенческих факторов риска и социально-значимых забо-

леваний, выработке мотивации и привитию здоровые сберегающих навыков у населения, с использованием определенных педагогических технологий.

Всплеск интереса к использованию симуляторов и тренажеров для подготовки специалистов, работающих в области профилактической медицины, обусловлен абсолютно объективными причинами. К подготовке специалистов оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в частности, в отделениях профилактики и социально-психологической помощи, предъявляются современные требования, вызванные широким внедрением Школ здоровья. И использование симуляционного оборудования здесь играет заметную роль.

#### **Материалы и методы:**

В Национальном центре проблем формирования здорового образа жизни, в рамках Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 годы, был создан отдел симуляционного обучения методам профилактики поведенческих факторов риска, хронических неинфекционных заболеваний по 7 направлениям с использованием технологий инновационного обучающего центра Health Edco:

◆ профилактика табакокурения; профилактика алкоголизма; профилактика наркомании; пропаганда рационального питания; охрана репродуктивного здоровья;

◆ профилактика сердечно-сосудистых заболеваний; профилактика онкологических заболеваний.

Симуляционный центр оснащён 50 единицами учебного оборудования - тренажерами, муляжами, анатомическими моделями, интерактивными играми по профилактике наркомании, табакокурения, злоупотребления алкоголем, профилактике социально-значимых заболеваний (сердечно-сосудистых и онкологических), охране репродуктивного здоровья и внедрению принципов рационального питания и физической активности.

#### **Результаты:**

В 2014 году проведено обучение специалистов ПМСП и стационарной помощи на базе НЦПФЗОЖ, с целью повышения профессиональных навыков с применением моделей и муляжей, интерактивных игр симуляционного центра по обучению населения принципам здорового образа жизни и профилактике социально-значимых заболеваний. В рамках выездных семинаров обучены медицинские специалисты ПМСП, психологи, соцработники с применением мобильного оборудования. Всего обучение прошли 2238 специалистов ПМСП из 14 областей и городов Астана, Алматы.

В целях внедрения инновационных технологий привития здоровые сберегающих навыков, выработки мотивации к ведению здорового образа жизни и профилактики поведенческих факторов риска социально-значимых заболеваний в соответствии с наилучшей международной практикой, проведены мастер – классы в рамках семинаров-тренингов:

- для специалистов Молодежных центров здоровья, Антитабачных центров (кабинетов) был проведен семинар – тренинг по подготовке волонтеров по принципу «равный-равному», с применением симуляционного оборудования, в ходе которого были смоделированы ситуации, проведены «мозговые атаки», с имитацией поведенческих факторов риска таких, как табакокурение, алкоголизм, наркомания.

-для региональных специалистов, координирующих деятельность Школ здоровья, проведены семинары – тренинги в рамках «Летней школы» и «Зимней школы», в которых принял участие 61 человек из 14 регионов республики Казахстан. В программу семинара – тренинга с демонстрацией моделей, муляжей, интерактивными играми были включены следующие блоки:

1. «Рациональное питание – основа формирования здорового образа жизни» - теоре-

тические аспекты формирования здорового образа жизни и пропаганда рационального питания;

2. «Профилактика табакокурения, алкоголизма, наркомании», «Репродуктивное здоровье».

Участникам была представлена возможность практического применения моделей и муляжей для решения ситуационных задач, связанных с поведенческими факторами риска, для поиска путей повышения эффективности профилактических мероприятий и помощи в выработке мотиваций у населения к ведению здорового образа жизни.

Семинар - тренинг получил высокую оценку участников, предложения и пожелания которых о проведении аналогичных мероприятий в дальнейшем, были занесены в книгу отзывов.

-проведен Республиканский семинар по профилактике детского травматизма «Основы и принципы предупреждения детского травматизма, контроль и повышение безопасности» для координаторов школ республики, участвующих в проекте ВОЗ «Школы способствующие укреплению здоровья». Участники семинара: специалисты службы формирования ЗОЖ. В программу семинара - тренинга были включены следующие блоки: снижение табакокурения, профилактика алкоголизма, наркомании, репродуктивное здоровье.

-в рамках Республиканского семинара по вопросам профилактики ВИЧ/СПИД, ИППП специалистам службы формирования ЗОЖ, была представлена возможность практического применения моделей и муляжей учебно-тренингового центра в решении ситуационных задач, связанных с поведенческими факторами риска, для повышения эффективности профилактических мероприятий и выработки мотивации у населения к ведению здорового образа жизни.

- проведен мастер - класс для специалистов ПМСП в рамках первого Республиканского съезда ПМСП, на тему «Профилактика

табакокурения» с применением симуляционного оснащения.

- Состоялось открытие регионального отдела симуляционного обучения на базе Жамбылского областного ЦФЗОЖ, для которого было приобретено 30 наименований моделей и муляжей, проведен мастер-класс с демонстрацией практического применения моделей и муляжей, для специалистов ПМСП и стационарной службы области, обучено 99 специалистов.

В рамках межсекторального взаимодействия и сотрудничества с акиматом г.Алматы на базе Национального центра проблем формирования здорового образа жизни проведен тренинг для подростков и молодежи в центрах досуга г. Алматы по вопросам профилактики поведенческих факторов риска. Участникам тренинга продемонстрировано практическое применение моделей и муляжей по профилактике поведенческих факторов риска, практическое применение, которых позволит повлиять на изменение поведения человека, выработку мотивации к ведению здорового образа жизни, привитию здоровьесберегающих навыков. Тренинг прошел в активной, продуктивной обстановке, что помогло участникам тренинга лучше понять и усвоить предоставленный материал. Информация о проведенных мероприятиях размещена на вебсайте службы.

В целях внедрения инновационных технологий привития здоровьесберегающих навыков, выработки мотивации к ведению здорового образа жизни и профилактики поведенческих факторов риска социально-значимых заболеваний в соответствии с наилучшей международной практикой разработаны «Методические рекомендации по проведению тренинговых занятий по профилактике табакокурения с применением симуляционного оборудования» для специалистов ПМСП.

Регулярно публикуются статьи в журналах - «Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики забо-

леваний и укрепления здоровья». №1 2014г., «Валеология» Журнал №3, 2014 г.

**Выводы:** Интеграция симуляционных технологий в профилактическое обучение позволит максимально повысить эффективность профилактических вмешательств, позволит обучать и тренировать медицинских специалистов, волонтеров, специалистов различного уровня с целью формирования устойчивых навыков проведения профилактического вмешательства в Школах здоровья, в Молодежных центрах здоровья, в Антитабачных кабинетах и др.

### ТҮЙІН

Мақалада Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемалары ұлттық орталығының симуляциялық оқыту бөлімінің қызметі қарастырылған, муляждарды көрсету, интерактивті құралдарды және басқа да жабдықтарды қолдану арқылы оқытып-үйретудің тиімділігі және өзектілігі, маңыздылығы көрсетілген. Осындай

тәжірибие алмасу МСАК қызметкерлеріне, Жастар денсаулығы орталығының және Денсаулық мектептерінің мамандарына пайдалы.

**Түйін сөздер:** симуляциялық оқытып-үйрету, Жастар денсаулығы орталығы, Денсаулық мектептері, аурулардың және қауіп-қатер факторларының алдын алу.

### SUMMARY

The article discusses the activities of a simulation training of the National Center for Healthy lifestyle development, stresses the importance, relevance and effectiveness of training with the help of training models, interactive aids and other equipment. This experience will be useful to workers PHC, Youth Health Centres and Schools Health professionals.

**Keywords:** simulation training, youth health centers, health schools, prevention of diseases and risk factors.