



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ПРОБЛЕМ
ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И
СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

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

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

№4

Алматы, 2015



Пресс- конференция по ВИЧ-СПИД 10.12.2015



Пресс - конференция к Дню отказа от курения 19.12.015

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

МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ISSN 2223-2931

Издается с 2002 г.

№ 4. 2015 г. (УДК 614.2.574)

Подписной индекс 75978

Учредитель:

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

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

Ответственность за содержание публикуемых материалов несут авторы.

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

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

Журнал сверстан и отпечатан в типографии
НЦПФЗОЖ.

Адрес редакции:
г. Алматы, ул. Кунаева, 86
тел. 2911083, внутр. 126
www.hls.kz
Заказ № 53. Тираж 500 экз.

Главный редактор:

д.м.н., профессор Баттакова Ж.Е.

Зам. главного редактора:

д.м.н. Токмурзиева Г.Ж.

Ответственный редактор:

Тунник 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

Ж.Е. Баттақова., С.Б. Мұқашева., Т.И. Слажнева., Т.К. Сайдамарова. 2011-2015 жылдарға арналған Ұлттық скринингтік бағдарламасын жүзеге асыру қорытындылары туралы талдамалық шолу.....	5
Ж.Е. Баттақова., Т.И.Слажнева., Н.Т.Өтембаева. Бұқаралық ақпарат құралдарында және қоғамдық орындарда темекі маркетингі туралы 15 жастан жоғары ересек тұрғындарға хабарлау	11
Ж.Е. Баттақова., Т.И. Слажнева., Н.Т. Өтембаева. Темекі өнімдеріне сұранысты азайту бойынша көп компоненттік іс-шаралар	15
Ж.Е. Баттақова., Т.И. Слажнева., Н.Т. Өтембаева. Қазақстан Республикасының 15 жастан жоғары ересек тұрғындарының темекі сату насихаттау бойынша хабарлау	21
Ж.Е. Баттақова., Т.И. Слажнева., Н.Т. Өтембаева. Тұрғындардың темекі шегудің алдын алу және шектеу жөніндегі бағдарламалардың әсерін бағалау	25
Ж.К. Садвақасова, Д.А. Жантемірова. Ақмола облысындағы Денсаулық мектебі қызметінің қорытындысы	30

СОДЕРЖАНИЕ

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

Баттакова Ж.Е., Мукашева С.Б., Слажнева Т.И., Сайдамарова Т.К. Аналитический обзор	5
Баттакова Ж.Е., Слажнева Т.И., Утембаева Н.Т. Информированность взрослого населения от 15 лет и старше о маркетинге сигарет в СМИ и в общественных местах	11
Баттакова Ж.Е., Слажнева Т.И., Утембаева Н.Т. Многокомпонентные мероприятия по снижению спроса на табачные изделия.....	15
Баттакова Ж.Е., Слажнева Т.И., Утембаева Н.Т. Осведомленность взрослого населения Республики Казахстан от 15 лет и старше о стимулировании сбыта сигарет	21
Баттакова Ж.Е., Слажнева Т.И., Утембаева Н.Т. Оценка воздействия программ по профилактике и ограничению табакокурения на население	25
Садвакасова Ж.К., Жантемирова Д.А. Анализ деятельности школ здоровья	30

CONTENTS

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

Battakova Zh.E., Mukasheva S.B., Slazhneva T.I., Sajdamarova T.K. Analytical review of implementation results of the National Screening Program in 2011- 2015	5
Battakova Zh.E., Slazhneva T.I., Utembaeva N.T. Awareness of the adult population above 15 years of cigarettes marketing in the media and in public places	11
Battakova Zh.E., Slazhneva T.I., Utembaeva N.T. Multi-component measures to reduce the demand for tobacco products.....	15
Battakova Zh.E., Slazhneva T.I., Utembaeva N.T. Awareness of the adult population above 15 years of the Republic of Kazakhstan on the promotion of cigarette sales	21
Battakova Zh.E., Slazhneva T.I., Utembaeva N.T. Assessing the impact on the population of the programs on the prevention and limitation of tobacco smoking.....	25
Sadvakasova Zh.K., Zhantemirova D.A. Analysis of Schools of Health activities in the Akmola region	30

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

УДК:614.2:616.1/8-07-084:303(574)

БАТТАКОВА Ж.Е., д.м.н., профессор, МУКАШЕВА С.Б., к.м.н., СЛАЖНЕВА Т.И., д.м.н., профессор, САЙДАМАРОВА Т.К.

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

АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР РЕЗУЛЬТАТОВ РЕАЛИЗАЦИИ НАЦИОНАЛЬНОЙ СКРИНИНГОВОЙ ПРОГРАММЫ ЗА 2011- 2015 ГОДЫ

АННОТАЦИЯ

В обзорной статье представлен анализ материалов, характеризующих состояние Национальной скрининговой программы за период действия Государственной программы «Саламатты Қазақстан».

Ключевые слова: скрининг-обследования, целевые группы, раннее выявление заболеваний, основные показатели скрининга.

В рамках Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы 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].

В таблице «Расширение скрининговой программы» показаны этапы введения новых видов скрининг – обследований целевых групп населения РК в рамках ГПРЗ «Саламатты Қазақстан».

Таблица 1

Расширение скрининговой программы в РК



В Казахстане вводится вакцинация девочек против вируса папилломы человека в регионах с высоким уровнем заболеваемости раком шейки матки: с 2013 года в Акмолинской, Актюбинской, Атырауской, Костанайской, Павлодарской областях, городах Астана и Алматы, с 2014 года – в Алматинской, Восточно-Казахстанской, Западно-Казахстанской, Карагандинской областях.

Скрининг взрослого населения РК:

За 2011-2015гг. всего по РК было проведено 39 198 547 скрининг – обследований целевых групп взрослого населения [2,3].

В целом, по всем целевым группам взрослого населения за указанный период, выявлено 1 304 689 случаев заболеваний (таблица 2).

Таблица 2

Сведения о проведенных скрининг – обследованиях целевых групп взрослого населения за 2011-2015гг.

Год	Подлежало	Осмотрено		Выявлено		Взято на «Д» учет	
		абс.	%	абс	%	абс	%
2011 г.	8 939 069	8 711 026	97,4	273 568	3,1	163 508	59,8
2012 г.	9 164 585	9 414 467	102,7	305 377	3,2	266 101	87,1
2013 г.	7 044 419	7 119 648	101,1	240 025	3,4	221 931	93,7
2014 г.	7 644 501	7 715 319	100,9	244 653	3,2	232 308	94,9
2015 г.	6 165 908	6 238 087	101,2	244 196	3,9	224 562	91,9
Итого	38 958 482	39 198 547	100,6	1 307 819	3,3	1 108 410	84,9

Из данных таблицы следует, что скрининговые обследования взрослого населения в 2011-2015 годах характеризуются уменьшением числа населения подлежащего осмотру с 8 938 069 в 2011 году до 6 165 908 в 2015 году и осмотренного – с 8 711 026 в 2011 году до 6 238 087 – в 2015. При этом показатель охвата скрининг – обследованиями увеличился на 3,2% (97,4% в 2011 году и 100,6% в 2015 году).

Отмечается небольшой рост выявленных заболеваний – с 273 568 случаев до 244 196 и показателя выявляемости с 3,1% до 3,9%.

Наблюдается увеличение числа лиц, взятых на диспансерный учёт – с 163 508 в 2011 году до 224 562 в 2015 году (с 59,8% до 91,9%) [4].

Количество осмотренных физических лиц свидетельствует, что каждый прошедший скрининг может быть обследован по 2-5 нозологиям (таблица 3).

Таблица 3

Количество осмотренных физических лиц

Год	Физические лица (обследовано) абс.
2011 г.	2 912 566
2012 г.	2 965 343
2013 г.	2 217 338
2014 г.	2 434 891
2015 г.	1 895 773

В разрезе целевых групп скрининга за анализируемый период выявлено 830 064 случая болезней системы кровообращения (7,8%), 121 229 случаев предопухолевых состояний и рака шейки матки (4,8%), 277 063 случая предопухолевых

состояний и рака молочной железы (10,7%), 44 202 случая сахарного диабета (0,4%), 24 750 случаев глаукомы (0,3%), 7 381 случай предопухолевых состояний и рака толстой и прямой кишки (0,2%).

При этом сложившийся уровень еще не достигает показателей, рекомендованных Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) за исключением показателя выявления рака шейки матки. К примеру, уровень выявления колоректального рака (КРР) с 0,02% в 2011 году достиг к 2015 году 0,05%, при том, что уровень положительного гемокульттеста рекомендованный ВОЗ составляет 2-8%, уровень выявления

случаев рака молочной железы (РМЖ) с 0,1% в 2011 году достиг 0,2% при уровне, рекомендованном ВОЗ – 0,3% и только показатель выявления рака шейки матки (РШМ) с 2013 года (0,04% – 0,05% – 0,06% соответственно) превышает уровень рекомендованный ВОЗ – 0,03% [5,6,7,8,9,10].

Уровни выявления случаев заболеваний в разрезе областей РК представлены на рисунке 1.

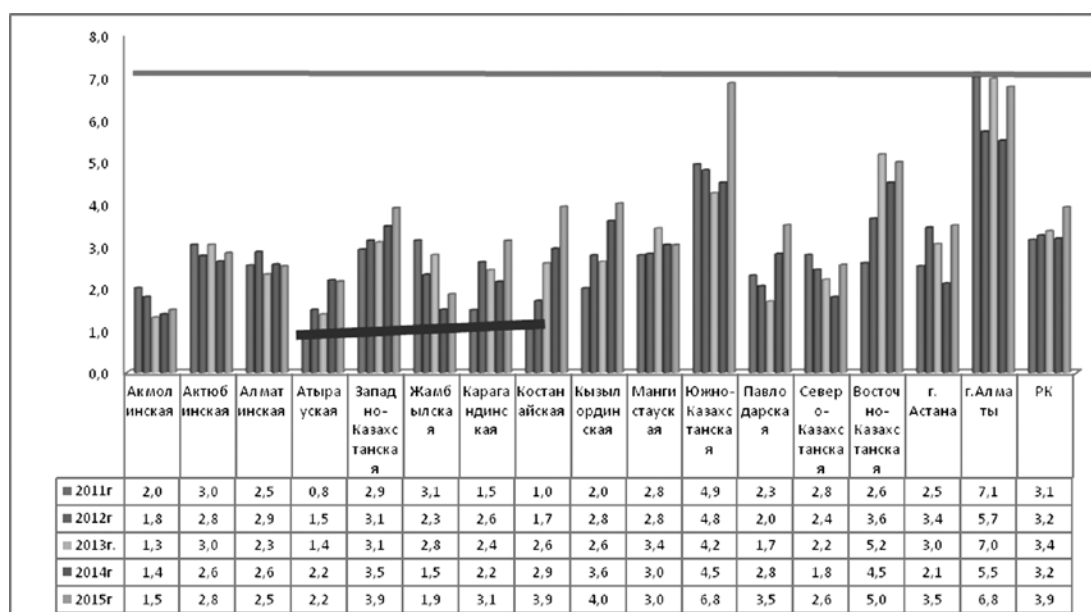


Рисунок 1. Уровни выявления случаев заболеваний в разрезе областей РК, 2011-2015гг.

Как представлено на рисунке, уровни выявления заболеваний по РК повысились в 2015 году до 3,9% с 3,1% в 2011 году. В разрезе регионов, значительно выше республиканских показателей, наблюдаются уровни выявления в 2015 году в г. Алматы и Южно-Казахстанской области – 6,8%, с некоторыми колебаниями по анализируемым годам. Восточно-Казахстанская область в 2015 году достигла уровня выявления с 2,6% в 2011 году до 5,0% в 2015 году. Кызылординская – с 2,0% в 2011 г. до 4,0% в 2015 г., Костанайская – с 1,0% до 3,9%, Западно-Казахстанская – с 2,9% до 3,9%, Карагандинская – с 1,5% до 3,1%. Снижение уровня выявления заболеваний в сравниваемых периодах установлено в Акмолинской – с 2,0% до 1,5%, Актюбинской – с 3,0% до 2,8%, Жамбылской – с 3,1% до 1,9% областях.

Лидирующие позиции по уровням выявления заболеваний занимает во всех анализируемых пе-

риодах г. Алматы. Наиболее высокие уровни, по сравнению с другими областями, определились в Южно-Казахстанской области. В течение трех лет высокие уровни наблюдались в Восточно-Казахстанской области. Низкие уровни, на протяжении всего анализируемого периода, выявлены в Акмолинской и Атырауской областях.

Полнота взятия на диспансерный учет, для дальнейшего динамического наблюдения, за анализируемый период повышена с 59,8% в 2011 году до 92,0% в 2015 году.

Охват диспансерным наблюдением больных целевых групп за 2011 – 2015 годы: болезни системы кровообращения (БСК) – 83,8%, предопухолевые и злокачественные новообразования шейки матки (РШМ) – 86,7%, предопухолевые и злокачественные новообразования молочной железы (РМЖ) – 87,3%, сахарный диабет (СД) – 86,9%, глаукома – 82,9%, предопухолевые и зло-

качественные новообразования толстой и прямой кишки – 93,2%.

При анализе результатов скрининг – обследований населения городской и сельской местности установлено, что уровень показателей по городским населенным пунктам превышает показатели по сельской местности, в среднем, на 7 394 799 человек (24,6%).

Среди городского населения, из 21 934 019 человек подлежащих скрининг – обследованиям, осмотрено 20 099 462 человек (91,6%), по сельской местности – из 18 958 166 сельских жителей, подлежащих скрининговому осмотру, обследовано 12 704 663 человек (67,0%) .

Уровень выявления патологий также выше в городской местности (на 0,8%) – 710 302 человека (3,5%) и 348 592 человека (2,7%) в сельской местности.

При анализе структуры обследованного контингента установлено, что по всем основным показателям скрининга, при сравнении между мужчинами и женщинами, мужчин обследовано меньше, чем женщин. К примеру, осмотром охвачено 7 419 685 человек женского населения, мужчин из целевых групп осмотрено 5 687 362, что на 1 732 323 меньше. Такое соотношение наблюдается во всех целевых группах.

Процент выявленных случаев заболеваний у мужчин и женщин не имеет значительной разницы (мужчины – 2,6% в 2013 г., 2,5% в 2014 г., 2,3% в 2015г., женщины – 2,8%, 2,6%, 2,4% соответственно).

За период реализации программы в рамках ГПРЗ «СаламаттыҚазақстан» произошли поло-

жительные изменения в уровнях поведенческих факторов риска, в частности:

- уровень табакокурения снизился с 12,0% в 2011 году до 10,4% в 2015 году;

- уровень распространенности ИМТ за указанный период снизился на 5,5% (31,1% в 2011 г., 25,6% в 2015 г.);

- уровень физической активности повысился на 29,1% (51,4% в 2011 году, 80,5% в 2015 году).

В целевую группу профилактических (скрининговых) осмотров детского населения РК входят дети от 0 до 17 лет включительно, основной задачей которых является раннее выявление заболеваний, характерных для детского возраста.

В Казахстане на первое января 2015 года численность детского населения составила 5 298 500 детей в возрасте от 0 до 17 лет, в том числе дети от 0 до 14 лет – 4 631 600, подростки 15-16-17 лет – 666 900 человек.

Результаты скрининг-обследований в 2011-2015 годах показывают увеличение числа детей, подлежащих обследованию – с 4 479 735 в 2011 году до 4 726 382 в 2015 году и осмотренных – с 4 190 686(93,5%) до 4 587 767(97,1%) к 2015 году.

Вместе с тем, наблюдается снижение уровня выявляемости заболеваний с 992 673 (23,7%) до 593 270 (12,9%) и значительное снижение числа взятых на диспансерный учёт с 528 802 (53,2%) в 2011 году до 133 668 (41,1%) в 2015 году (Таблица 4).

Таблица 4

**Сведения о проведенных скрининг-обследованиях
детей от 0 до 17 лет, РК, 2011-2015 гг.**

Год	Подлежало	Осмотрено	Выявлено	Взято на «Д» учет
2011 г.	4 479 735	4 190 686 (93,5%)	992 673 (23,7%)	528 802 (53,2%)
2012 г.	4 562 560	4 487 445 (97,0%)	739 776 (16,5%)	281 890 (38,1%)
2013 г.	4 514 075	4 398 518 (97,4%)	705 769 (16,0%)	301 440 (42,7%)
2014 г.	4 694 280	4 518 071 (96,2%)	708 568 (15,7%)	291 088 (41,1%)
2015 г.	4 726 382	4 587 767 (97,1%)	593 270 (12,9%)	133 668 (22,5%)

Анализ структуры выявленных патологий в разрезе возрастных групп на примере 2014 года, поскольку данная тенденция наблюдается во всех анализируемых отчетных периодах, показал:

- у детей младенческого периода (от 0 до 1 года) преобладают болезни нервной системы (45,8%), болезни крови и кроветворных органов (21,0%), болезни органов дыхания (19,7%)

- для возрастных групп раннего детства (1-3 года), дошкольного периода первые места занимают болезни крови и кроветворных органов (81,0%, 50,1% соответственно), болезни органов дыхания (34,5%, 36,3% соответственно), нервной системы (25,8% и 14,6%)

- для школьного возраста (8-13 лет) также характерны высокие уровни болезней крови и кроветворных органов (37,0%) и болезней органов дыхания (35,2%). С начала обучения в школе отмечается рост болезней глаза и его придатков (29,2%)

- к 14-17 годам (пубертатный возраст) лидируют болезни глаза и его придатков (70,3%), затем следуют болезни крови и кроветворных органов (40,3%) и болезни органов дыхания (32,5%). Болезни нервной системы составляют 24,3%.

По результатам анализа осмотров детей врачами узких специальностей установлено, что осмотр у педиатра проходят практически все дети, в среднем до 98,4%. Хирургический осмотр осуществляется в 55,7% случаев, в городской местности с превышением в среднем на 18,6% по сравнению с сельскими поселениями. Невропатологи, оториноларингологи и офтальмологи осматривают до 50% детей, при этом также наблюдается значительное превалирование показателя охвата осмотром в городской местности.

Анализ скрининга детского населения республики подтверждает необходимость повышенного внимания к организации и качеству скрининговых осмотров детей в городской и сельской местности РК на уровне первичной медико-санитарной помощи.

Таким образом, мониторинг реализации скрининговой программы дал возможность выявить определенные тенденции структурного распределения скрининг – обследований в разрезе возраста, пола, территориальной принадлежности

и патологической пораженности, характерные для всех целевых групп.

Всесторонний сравнительный анализ результатов проведения скрининговых осмотров за период от начала внедрения этой программы (2008-2015 годы) показал очевидную тенденцию к повышению качественных показателей скрининга во всех целевых группах. Результативность профилактических медицинских осмотров отдельных категорий взрослого населения путем скрининговых обследований (медицинская, экономическая) соответствует данным международных исследований и свидетельствует о необходимости дальнейшего продолжения скрининговой программы в рамках Государственной программы развития здравоохранения «Денсаулык» на 2016 – 2019 годы, утвержденной Указом Президента Республики Казахстан от 15 января 2016 года №176

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы: Указ Президента Республики Казахстан. Астана: Акорда, 2011.
2. О внесении изменений в приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 685 «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения»: Приказ МЗСР РК от 29.12.2014 г. №361
3. Сводные отчеты по результатам скрининг – обследований. – Алматы: НЦПФЗОЖ, 2008-2013 гг.
4. Выходные статистические формы/ ТОО «Мединформ». – Алматы, 2008 – 2015 гг.
5. Здоровье населения республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2014 году /: Статистические сборники. – Астана, 2008-2015 гг.
6. Руководство по профилактике БСК. – European Heart Journal, 2012 г.
7. Руководство по СД, преддиабету и БСК. – European Heart Journal, 2013 г.
8. Краткое практическое руководство ВОЗ по комплексной борьбе и скринингу рака шейки матки, 2004г. – Женева: ВОЗ, 2010 г.

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

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

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

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

13. Здоровье для всех: Европейская база данных [онлайновая база данных]. – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 г.

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

15. Баттакова Ж.Е. и др. Методические рекомендации по здоровому образу жизни, физической активности, правильному питанию на уровне первичной медико-санитарной помощи для работы с населением/. Баттакова Ж.Е., Мукашева С.Б., Токмурзиева Г.Ж и др. – Алматы: НЦПФЗОЖ, 2014 г. – 76 с.

16. Баттакова Ж.Е. и др. Некоторые результаты профилактических обследований детского населения Республики Казахстан. – Алматы: НЦПФЗОЖ, 2015 г. – 5 с.

17. Отчеты по скрининговым осмотрам целевых групп детского населения Национального центра проблем формирования здорового образа жизни, научно-исследовательских институтов и научных центров Республики Казахстан // 2008-2014 гг.

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

ТҮЙЫН

Мақаланың шолуында «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасы кезеңіне арналған ұлттық скринингтік бағдарламаның жай-күйін сипаттайтын материалдарға талдау ұсынады.

Түйінді сөздер: скринингтік-тексеріліп қарау, нысаналы топтар, ауруларды ерте анықтау, скринингтің негізгі көрсеткіштері.

SUMMARY

This review article presents an analysis of materials characterizing the state of the National Screening Program during working period of “SalamatyKazakstan” State program.

Keywords: screening examination, focus groups, early detection of diseases, main screening measures.

УДК: 614.2:303.425:613.84:316.77:339.138

**Ж.Е.БАТТАКОВА, д.м.н., профессор, Т.И.СЛАЖНЕВА, д.м.н., профессор,
Н.Т.УТЕМБАЕВА, PhD****Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни
МЗСР РК, г. Алматы****ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ОТ 15 ЛЕТ И СТАРШЕ
О МАРКЕТИНГЕ СИГАРЕТ В СМИ И В ОБЩЕСТВЕННЫХ МЕСТАХ****АННОТАЦИЯ**

В статье представлены некоторые результаты Глобального опроса взрослого населения о потреблении табака, проведенного в 2014 году в Республике Казахстан. Фактические данные указывают на необходимость усиления законодательной основы по борьбе с табаком в местах, осуществляющих продажу табачных изделий.

Ключевые слова: маркетинг сигарет, СМИ, общественные места, запрет рекламы табака, РКБТ ВОЗ.

Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ) декларирует, что конструктивная борьба против табака должна включать в себя ликвидацию всех форм рекламы, стимулирования продажи и спонсорства табачных изделий. Статья 13 РКБТ ВОЗ является одним из двух положений договора, которые включают в себя обязательные сроки их осуществления. Все Стороны РКБТ ВОЗ должны ввести полный запрет рекламы, стимулирования продажи и спонсорства табачных изделий в течение пяти лет после вступления в силу договора для этой Стороны. Полный запрет рекламы, стимулирования сбыта табачных изделий и спонсорства может существенно снизить потребление табака и защитить население от маркетинговой деятельности табачной промышленности. Для эффективности мер по снижению распространенности табакокурения, запреты должны быть полными и распространяться на все маркетинговые категории. Должна быть запрещена продажа табачных изделий через торговые автоматы, Интернет, расширение бренда и одновременное использование бренда, специальные предложения при покупке сигарет [1-5].

В Республике Казахстан законодательно запрещена реклама табака и табачных изделий, включая рекламу, стимулирующую спрос и интерес к табачным изделиям; запрещено использование элементов товарного знака или названия, известного как наименование табака и табачного

изделия, которые прямо или косвенно предлагают табак и табачное изделие. Информация о случаях рекламы сигарет в различных СМИ и в общественных местах необходима для усиления законодательной основы борьбы с табаком [6].

Цель исследования. Изучение уровня информированности о маркетинге сигарет в различных СМИ и в общественных местах среди взрослого населения 15 лет и старше.

Материалы и методы исследования.

Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака (GATS) был впервые проведен в Республике Казахстан в 2014 году. При опросе использовались индивидуальные анкеты и анкеты для опроса домохозяйств, которые были разработаны на основе базовой анкеты для Глобального опроса взрослого населения о потреблении табака (GATS) с включением вопросов, разработанных ВОЗ и CDC [7]. Анкеты были адаптированы и изменены с учетом особенностей Республики Казахстан. Адаптированная анкета была утверждена Министерством Здравоохранения и социального развития РК, а также комитетом по проверке опросных листов CDC (США).

Среднее количество опрошенных респондентов составило 4425. По полу число опрошенных распределилось следующим образом: мужчин – 47,2%, женщин – 52,8%. По уровню образования, количество респондентов, прошедших опрос, представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение взрослых от 15 лет и старше по уровню образования

Уровень образования	Процентное соотношение	Количество взрослых
Начальное	6,0	266
Среднее	24,0	935
Средне-техническое	30,6	1161
Высшее	39,3	1354

Статистическая обработка полученных данных была произведена в программе SPSS 21 и SAS версия 9.3; стандартные погрешности рассчитаны с использованием линеаризации по рядам Тейлора. Статистические проверки выполнены при сравнении интервалов доверия 95% двух оценок для определения наличия статистических различий.

Результаты исследования.

В целом, несмотря на законодательный запрет рекламы, 25,7% взрослых заметили в течение последних 30 дней (на момент опроса)

популяризацию сигарет через рекламу, спонсорство или стимулирование сбыта сигарет в СМИ, в общественных местах. 14% заметили в течение последних 30 дней пропаганду сигарет в магазинах (рисунок 1). Более низкие показатели подобной рекламы выявлены в Интернете 7%, в общественном транспорте или на остановках общественного транспорта (4,5%), на рекламных щитах (2,8%), по телевидению (2,6%), в газетах или журналах (2,6%), в кино (2,2%), по радио (0,7%), и в других местах (2%).

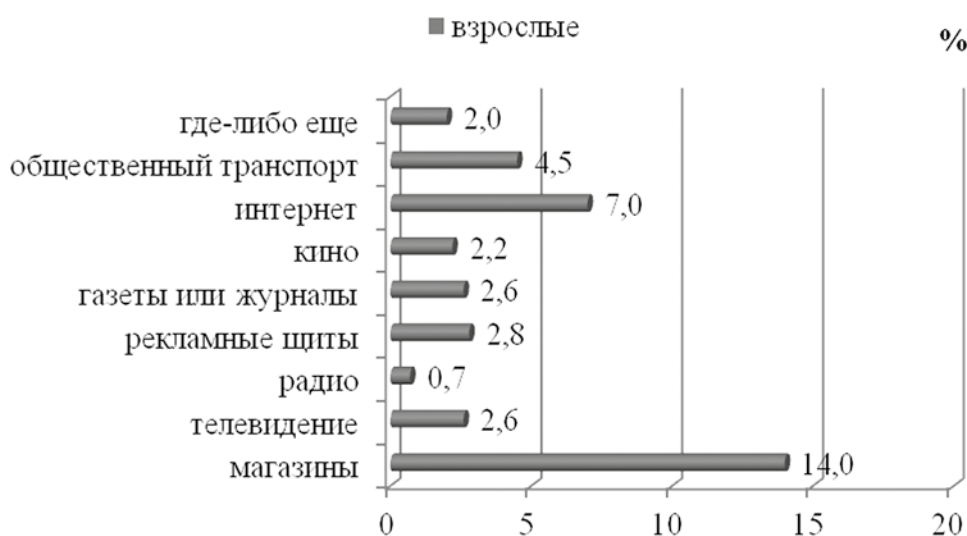


Рисунок 1. Процентное распределение взрослых в возрасте от 15 лет и старше, заметивших маркетинг сигарет за последние 30 дней в различных местах (GATS Казахстан, 2014 г., %)

Воздействие маркетинга сигарет на нынешних курильщиков через рекламу, спонсорство или стимулирования сбыта сигарет было несколько выше (29,1%). Чаще всего они сталкива-

лись с маркетингом сигарет в течение последних 30 дней в магазинах 15,4%, в Интернете – 8,3% (рисунок 2).



Рисунок 2. Процентное распределение курящих в настоящее время взрослых от 15 лет и старше, заметивших маркетинг сигарет за последние 30 дней в различных местах (GATS Казахстан, 2014 г., %)

24,6% некурящих респондентов заметили маркетинг сигарет посредством рекламы, спонсорства или стимулирования сбыта сигарет (рисунок 3). Чаще это происходило в мага-

зинах (13,6%). Более низкие показатели у телевидения (2,6%), рекламных щитов (2,6%), газет или журналов (2,6%), кино (1,9%), радио (0,7%).

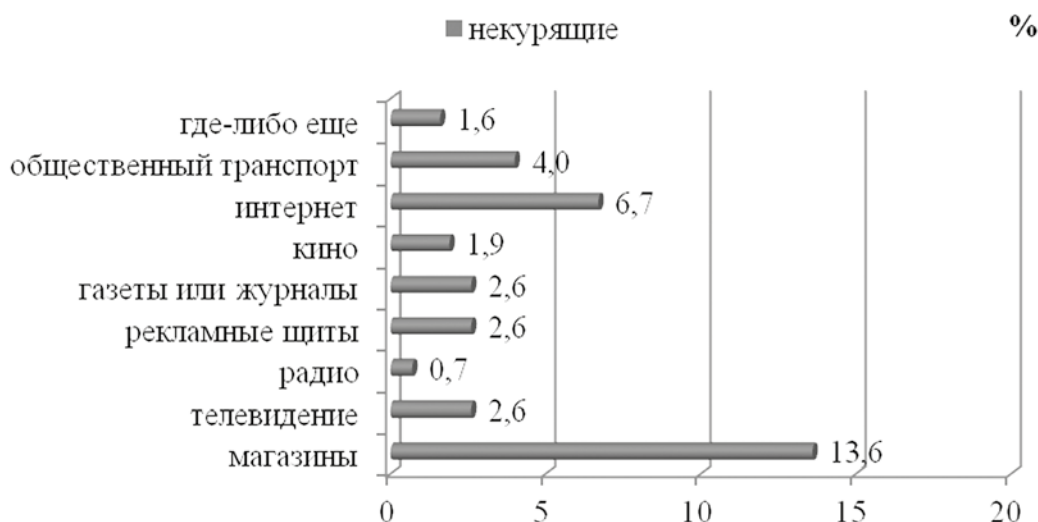


Рисунок 3. Процентное распределение некурящих в настоящее время взрослых от 15 лет и старше, заметивших маркетинг сигарет за последние 30 дней в различных местах (GATS Казахстан, 2014г., %)

При сравнении показателей в странах, осуществивших Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака (GATS), высокие показатели были выявлены в России – 68% взрослых заметили какую-либо рекламу, спонсорство или стимулирование сбыта сигарет [8], в Румынии – 40,5% взрослых [9], в Турции по-

казатели ниже – 15,7% взрослых заметили подобную рекламу [10].

Заключение.

Таким образом, в Республике Казахстан 25,7% взрослых заметили в течение последних 30 дней (на момент опроса) маркетинг сигарет через рекламу, спонсорство или стимулиро-

вание сбыта сигарет в СМИ, в общественных местах. Воздействие маркетинга сигарет на курильщиков было несколько выше, чем на некурящих – 29,1% и 24,6% соответственно. Фактические данные указывают на необходимость усиления законодательной основы борьбы с табаком в местах, осуществляющих продажу табачных изделий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. WHO Report on the global tobacco epidemic. Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. – Geneva: WHO, 2013. – 202 p.
2. Европейский доклад о ситуации в области борьбы против табака/ Всемирная организация здравоохранения. – 2014. – с.48.
3. King B., Pechacek T., et al. Best practices for comprehensive tobacco control programs. – Atlanta, U.S.A, 2014. – 144 p.
4. Nagler R.H., et al. Implementation and research priorities for FCTC articles 13 and 16: tobacco advertising, promotion, and sponsorship and sales to and by minors // Nicotine & Tobacco Research. – 2013. – 15 (4). – P.832-846.
5. Richardson S., et al. The impact of televised tobacco control advertising content on campaign recall: Evidence from the International Tobacco Control (ITC) United Kingdom Survey // BMC Public Health. – 2014. – 14(432). – P.1-7.
6. Закон Республики Казахстан от 19 декабря 2003 года № 508-ІІ «О рекламе» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 29.10.2015 г.).

7. Centers for Disease Control and Prevention. Global adult tobacco survey collaborative group Global adult tobacco survey (GATS): core questionnaire with optional questions, Version 2.0. – Atlanta, GA. – 2010. – 56 p.

8. Country report. Global adult tobacco survey. – Russian federation, 2009. – 145 p.

9. Country report. Global adult tobacco survey. – Romania, 2011. – 140 p.

10. Country report. Global adult tobacco survey. – Turkey, 2012. – 222 p.

ТҮЙІН

Мақалада Қазақстан Республикасында 2014 жылы темекі тұтыну туралы ересек тұрғындарға жүргізілген Ғаламдық сауанаманың қорытындысы ұсынылады. Дәлелдемелер темекі өнімдерін саудуды жүзеге асыратын, осы саладағы темекіге қарсы күрес жөніндегі заңнамалық базаны нығайту қажеттігін көрсетеді.

Түйінді сөздер: маркетинг сигарет, БАҚ, қоғамдық орындар, темекі өнімдерін жарнамауға тиым салу, ТҚКҚДДҰ.

SUMMARY

This article presents some results of Global survey of the adults on Tobacco consumption conducted in the Republic of Kazakhstan in 2014. Factual data indicates the need to strengthen legislative framework for tobacco control in the sale spots.

Keywords: Cigarette marketing, media, public places, tobacco advertising ban, WHO FCTC.

УДК:614.2:613.84:33:34

**Ж.Е.БАТТАКОВА, д.м.н., профессор, Т.И.СЛАЖНЕВА, д.м.н., профессор,
Н.Т.УТЕМБАЕВА, PhD**

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

МНОГОКОМПОНЕНТНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО СНИЖЕНИЮ СПРОСА НА ТАБАЧНЫЕ ИЗДЕЛИЯ

АННОТАЦИЯ

В обзорной статье проанализированы отчеты, руководства ВОЗ, обзорные и экспериментальные статьи, в которых приведена информация о многокомпонентных мероприятиях по снижению спроса на табачные изделия. Проведен анализ международного и казахстанского опыта по борьбе против табака, указывающий на необходимость усиления межсекторального взаимодействия в сфере охраны и укрепления общественного здоровья в Республике Казахстан.

Ключевые слова: бездымная среда, прекращение курения, запрет на рекламу табачных изделий, повышение налогов на табачные изделия, СМИ, РКБТ ВОЗ.

Борьба с распространенностью табакокурения и работа по защите населения от табачного дыма ведется на международном, национальном и региональном уровнях. Для этого многие страны мира ратифицировали Рамочную конвенцию по борьбе против табака (РКБТ), разработанную Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). В этих странах приняты меры, обеспечивающие защиту от воздействия табачного дыма на рабочих местах, в общественном транспорте, и в закрытых общественных помещениях [1].

Создание мест, на 100% свободных от табачного дыма. В период с 2007 по 2012 год 32 страны ввели полный запрет на курение. Среди них 26 стран с низким и средним уровнем доходов, а также страны, где проводился Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака (Таиланд, Греция, Турция, Панама).

С 2007 по 2010 год в 41 стране, в том числе в странах, проводивших Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака, (Аргентине, Греции, Панаме, Таиланде, Турции, Румынии, Мексике, Малайзии) были приняты законы об обеспечении бездымной среды. Осуществление мер MPOWER способствовало предотвращению около 7,5 млн. смертей, связанных с табакокурением. Эти результаты показывают масштаб уже принятых мер и подчеркивают потенциал для сохранения и укрепления здоровья населения благодаря продолжению принятия по-

литик MPOWER [2].

Работодатели обеспечивают работникам условия, при которых никто из них не будет подвергаться воздействию табачного дыма на своем рабочем месте. Для курящих оборудованы специальные места для курения. Усилен контроль соблюдения запрета на курение в медицинских и учебных учреждениях, в закрытых общественных местах, в рабочих помещениях и в общественном транспорте [3].

В общественных местах, в том числе в клубах, в пунктах общественного питания, кинотеатрах, а также в крытых заведениях, предназначенных для массового отдыха, введен запрет на курение кальяна и табака. Нарушители привлекаются к наказанию, административной ответственности за курение в общественных местах [4].

Во многих зарубежных странах установлен запрет на курение в автомобиле [5]. Курение в автомобиле является причиной дорожно-транспортных происшествий, и окружающие в салоне автомобиля подвергаются пассивному курению. Запрет на курение за рулем автомобиля введен и в Казахстане. В Кодексе РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» определены места, в которых должен быть установлен запрет на потребление табачных изделий [6].

Защита детей от воздействия табачного дыма и от табачных изделий. Мероприятия по пропаганде здорового образа жизни и инфор-

мированию о вреде табачных изделий ведутся в организациях, осуществляющие функции воспитания и образования ребенка. Родители также должны создавать среду, свободную от табачного дыма: не курить в присутствии ребенка, дома, в школе, в автомобиле, в пунктах общественного питания.

Государственные органы, в свою очередь, усиливают контроль соблюдения запрета на продажу табака и табачных изделий детям и подросткам моложе 18 лет, вводя запрет на курение и продажу табачных изделий в торговых организациях, реализующих детские товары, в детских и развлекательных учреждениях, а также во время проведения мероприятий для детей. Кроме того, оказывают поддержку желающим бросить курить [7].

В Казахстане, в соответствии со статьей 37 Закона РК «О правах ребенка в Республике Казахстан» от 8 августа 2002 года №345- II, должны выполняться мероприятия по защите ребенка от вредного воздействия табачных изделий [8].

Прекращение курения. С 2009 года 53 страны предоставляют помощь бросающим курить посредством бесплатной национальной телефонной службы. В Таиланде в 2009 году была создана «Телефонная служба помощи 1600». Телефонные службы помощи бросающим курить эффективны в странах, как с низким, так и со средним уровнем доходов [9].

Страны, участвовавшие в Глобальном опросе взрослого населения о потреблении табака успешно предоставляют населению доступ к услугам по прекращению курения с компенсацией их затрат, включая бесплатную национальную телефонную службу помощи бросающим курить [10, 11].

Отказ от курения представляет собой длительный и сложный процесс, часто с неоднократными рецидивами. Стратегия отказа от курения должна быть индивидуальна для каждого пациента, в зависимости от его состояния и степени табачной зависимости.

В ежедневной работе врачи ПМСП, применяют основные стратегии профилактической работы с пациентами по отказу от курения:

1) первичная консультация с рекомендациями по прекращению курения, которые

включают профилактическое консультирование 5 «А», мотивационное консультирование 5 «R», раздачу пациентам информационных материалов [12, 13];

2) повторная консультация или регулярные визиты (в течение 1, 3 и 6 месяцев после первой консультации) для достижения успешных результатов;

3) назначение заместительной терапии в виде таблеток, жевательной резинки и т.д.;

4) назначение немедикаментозных средств, иглорефлексотерапии, увеличение физической активности, соблюдение рекомендаций по питанию;

5) аутогенная тренировка;

6) общеукрепляющее лечение (назначение витаминов группы А, В, С) [14].

Большое значение имеет поощрение людей, бросивших курить и оказание им поддержки в попытках бросить курить, обучение медицинских работников по оказанию помощи в прекращении потребления табака.

В Республике Казахстан ежегодно проводится декадник, приуроченный к Международному дню отказа от курения. В 2015 году такой декадник проводился с 10 по 19 ноября под девизом «Повысить налоги на табачные изделия!» Цель декадника – повышение информированности населения о негативном воздействии табака на организм; привлечение внимания общественности к проблеме доступности и ценовой приемлемости табачной продукции в стране; формирование солидарной ответственности работодателей, работников предприятий всех форм собственности за свое здоровье. В анти табачных центрах и кабинетах, наркологических диспансерах и студенческих поликлиниках были организованы Дни открытых дверей, на которых граждане могли получить консультации специалистов.

Внедрение медицинских предупреждений на пачках сигарет. С 2010 года увеличиваются число стран, которые внедрились графические предупреждения о вреде табака на упаковках табачных изделий. К 2015 году уже 77 стран (50% мирового населения) внедрились графические предупреждения на пачках табачных изделий [15]. Страны, с относительно высокой рас-

пространенностью табакокурения, в которых проводится регулярный мониторинг потребления табака среди населения от 15 лет и старше, соблюдают требования статьи 11 РКБТ ВОЗ (рекомендуемый размер пиктограмм на пачках сигарет 50% и более, не менее 30%) – Таиланд (85%), Уругвай (80%), Турция (65%), Мексика (65%), Малайзия (55%), Аргентина (50%), Египет (50%), Панама (50%), Катар (50%), Украина (50%), Вьетнам (50%), Бразилия (50%), Россия (40%) и Казахстан (40%) [16].

Усиление контроля соблюдения запрета на рекламу табака и табачных изделий. В 2012 году 24 страны ратифицировали полный запрет на рекламу, стимулирование продаж и спонсорство табачных изделий. Усиливается контроль соблюдения запрета на рекламу табака и табачных изделий на телевизионных каналах, радио, в печатных СМИ. В 2015 году более 100 стран поддерживали полный запрет на рекламу, стимулирование продаж и спонсорство табачных изделий (TAPS) [17]. В статье 13 Закона РК «О рекламе» от 19 декабря 2003 года № 508-III (с изменениями и дополнениями по состоянию на 29.10.2015 г.) прописан запрет на рекламу табака и табачных изделий в ходе проведения различных мероприятий (в том числе розыгрышей призов, лотерей, направленных на стимулирование спроса и интереса к табаку и табачным изделиям); запрет на использование в рекламе элементов товарного знака или названия, известного как наименование табака и табачного изделия, которые прямо или косвенно предлагают табак и табачное изделие [18].

Контроль табачной продукции. В соответствии со статьей 10 РКБТ ВОЗ, каждая Страна подписавшая Конвенцию, должна принимать и осуществлять эффективные меры по информированию общественности о токсичных составляющих табачных изделий и продуктах, которые они выделяют. Необходимо размещать сведения о составе, об уровне содержания смолистых веществ, никотина и о системных ядах, канцерогенных и мутагенных веществах согласно нормативно-правовым документам [19]. В РК действует нормативно-правовая база, регламентирующая сокращение спроса на табак. Обязательно размещение на пачках табачных изде-

лий графических изображений о вреде курения для здоровья. Всего их 12. [20].

В мире все более ужесточают требования к уровню содержания вредных веществ в сигаретах. Прилагают усилия по достижению норм Европейской Директивы 2014/40/ЕС от 3 апреля 2014 г. о сближении законов, правил и административных положений государств-членов, касающихся производства, презентации и продажи табачных и связанных с ними продуктов. Согласно этой директиве, максимально допустимое содержание смол ограничено до 10 мг на сигарету, содержание никотина – до 1 мг [21].

Контроль ввоза табачной продукции. Ввоз табака и табачных изделий допускается только физическими лицами, достигшими 18-летнего возраста в пределах норм. Усиливается контроль качества производимых табачных изделий, соблюдения запрета на ввоз, производство и обращение некурительных табачных изделий [22, 23]. В РК разрабатываются и внедряются эффективные механизмы борьбы с ввозом, экспортом табачной продукции [24].

Налогообложение табачных изделий. Повышение ставок акцизов на табачные изделия осуществляется поэтапно. Государства Европейского региона прилагают усилия по достижению требований 2011/64/ЕС от 21 июня 2011 г. о структуре и ставках акцизных сборов на производимый табак, которые обязывают страны с 2014 года устанавливать размер акциза не менее 60% и не менее 90 евро на 1000 сигарет от розничной цены на сигареты [25]. А налоги на табачные изделия, в соответствии с требованиями ВОЗ, должны составлять не менее 75% от их розничной цены [26]. В РК ставки акцизов на табачные изделия ежегодно увеличиваются. На 2015 год ставка акцизов на 1000 штук сигарет с фильтром установлена в размере 3900 тенге, на 2016 год – 5000 тенге.

Профилактика. Первоочередная задача в борьбе с табаком – предотвращение начала курения. Работа по повышению информированности населения о последствиях курения ведется на отечественных телевизионных каналах, на радио, в печатных СМИ. Поддерживается и совершенствуется система информирования населения по борьбе против табака [27]. Вовле-

чение СМИ в профилактическую работу может способствовать предотвращению начала курения, сокращению потребления табака, снижению распространенности курения среди населения, оказанию помощи курильщикам в их желании бросить курить, содействию в мероприятиях по борьбе против табака и формированию ответственности за свое здоровье [28].

В Америке, Австралии, Великобритании широко распространены антитабачные просветительские кампании в СМИ. И они приносят весомый результат: за достаточно короткое время люди меняют образ жизни, отказываются от курения, растет число людей, стремящихся бросить курить. [29].

Телефонные службы помощи желающим бросить курить оказывают помощь населению в отказе от курения. Долгосрочная работа по прекращению курения была эффективна среди тех, кто получал профилактическую помощь. По телевидению осуществляется работа телефонных служб помощи в отказе от курения, что позволяет достичь большего числа лиц, пытающихся бросить курить и бросивших курить [30].

Информация о вреде курения для здоровья содержится и в фильмах по пропаганде здорового образа жизни, и по профилактике и ограничению табакокурения. Такие фильмы содействуют предотвращению потребления табака [31, 32]. Более обширна и разнообразна информация по профилактике и ограничению табакокурения в Интернете, так посредством него большее число людей получает информацию о последствиях курения для здоровья [33].

Немаловажную роль в борьбе против табака играют печатные материалы. Особенно они актуальны для жителей сельских районов, где слабо развита сеть электронных средств массовой информации. Поэтому информацию о разрушительных последствиях курения для здоровья сельчане черпают из газет и журналов, других печатных материалов (плакаты, листовки, брошюры). Печатные материалы, размещенные в доступных местах, содействуют снижению распространенности табакокурения [34, 35].

О разрушительных последствиях курения СМИ транслируют кинофильмы, сообщения по радио, антитабачные просветительские кам-

пании. Антитабачные центры оказывают лечебно-профилактическую помощь всем желающим избавиться от табачной зависимости, проводят информационную работу с населением по профилактике табакокурения. Симуляционные центры проводят тренинги с использованием моделей/муляжей. В мире ежегодно проходит Всемирный день без табака, Международный день отказа от курения и посвященные им месячники [36-38].

В соответствии с планом мероприятий Государственной программы развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы [39], в РК на телеканалах и радиостанциях республиканского значения продолжается работа по информированию населения о вреде табакокурения посредством трансляции видео- и аудиороликов, фильмов, пропагандирующих здоровый образ жизни и распространения информационно-образовательных материалов.

Таким образом, в странах, поддерживающих меры РКБТ ВОЗ и MPOWER осуществляются многокомпонентные мероприятия по снижению спроса на табачные изделия. В Казахстане предстоит дальнейшее совершенствование нормативно-правовой базы борьбы с табаком: планируется расширение зоны запрета на потребление табачных изделий в общественных местах, будет продолжена работа по информированию населения о вреде табакокурения, усиливается работа медицинских работников по профилактике курения среди населения, усиливается работа региональных и национальной телефонных линий для желающих бросить курить.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Mbulo L., et al. The process of cessation among current tobacco smokers: a cross-sectional data analysis from 21 countries, Global adult tobacco survey, 2009–2013 // *Prev chronic dis.* – 2015. – 12. – P.1-5.
2. Levy D.T., et al. Smoking-related deaths averted due to three years of policy progress // *Bull world health organ.* – 2013. – 91. – P. 509-518.
3. Iglesias V., et al. Occupational secondhand smoke is the main determinant of hair nicotine concentrations in bar and restaurant workers // *Environ Res.* – 2014. – 132. – P.206-211.

4. Gathuru I.M., et al. Review of hookah tobacco smoking among college students: policy implications and research recommendations // *Am J Drug alcohol abuse*. – 2015. – 41(4). – P.272-280.
5. Wan X., et al. Development of policy performance indicators to assess the implementation of protection from exposure to secondhand smoke in China // *Tob Control*. – 2013. – 0. – P. 1-7.
6. О здоровье народа и системе здравоохранения: Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV ЗРК (с изменениями и дополнениями по состоянию на 16.11.2015 г.).
7. Surgeon general's report on smoking and health let's make the next generation tobacco-free your guide to the 50th anniversary surgeon general's report on smoking and health. – USA, 2015. – 20 p.
8. Закон Республики Казахстан от 8 августа 2002 года № 345-III «О правах ребенка в Республике Казахстан» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 16.11.2015 г.).
9. Meeyai A., et al. An evaluation of usage patterns, effectiveness and cost of the national smoking cessation quitline in Thailand // *Tob Control*. – 2015. – 24. – P.481-488.
10. West R. and Shiffman S. Fast facts: smoking cessation. – 2015. – 87 p.
11. Leon M.E., et al. European code against cancer, 4th edition: tobacco and cancer // *Cancer Epidemiology*. – 2015. – P.1-14.
12. World health organization. Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions in primary care. – Geneva, 2014. – 16 p.
13. Cerimele J.M., et al. Tobacco use treatment in primary care patients with psychiatric illness // *J Am Board Fam Med*. – 2014. – 27. – P.399-410.
14. Тулегалиева А.Г., Баттакова Ж.Е., Мукашева С.Б., Шумилина Л.Н. Организация деятельности антитабачных центров в Казахстане: Методические рекомендации. – Алматы, 2013. – 38 стр.
15. Smith K., et al. The tobacco pack surveillance system: a protocol for assessing health warning compliance, design features, and appeals of tobacco packs sold in low- and middle-income countries // *JMIR Public health and surveillance*. – 2015. – 1(2). – P.1-14.
16. Canadian cancer society. Cigarette package health warnings: international status report. – 2014. – 16 p.
17. Nagler R.H., et al. Implementation and research priorities for FCTC articles 13 and 16: tobacco advertising, promotion, and sponsorship and sales to and by minors // *Nicotine & Tobacco Research*. – 2013. – 15 (4). – P.832-846.
18. Закон РК от 19 декабря 2003 года № 508-III «О рекламе» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 29.10.2015 г.).
19. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака. – 2005. – 39 с.
20. Постановление Правительства Республики Казахстан от 2 октября 2015 года № 814 «Правила размещения на пачке табачного изделия, упаковке табачного изделия сведений о составе, об уровне содержания смолистых веществ, никотина и о системных ядах, канцерогенных и мутагенных веществах и предупреждения о вреде курения».
21. Directive 2014/40/EU of the European Parliament and of the council of 3 April 2014 «On the approximation of the laws, regulations and administrative provisions of the Member States concerning the manufacture, presentation and sale of tobacco and related products and repealing Directive 2001/37/EC». – 2014. – 38 p.
22. Об определении размеров сумм обеспечения исполнения обязательства организации, осуществляющей ввоз (импорт) в Российскую Федерацию алкогольной продукции, об использовании приобретаемых акцизных марок в соответствии их назначением, и обеспечения исполнения обязательства импортера, осуществляющего ввоз в Российскую Федерацию табачной продукции, об использовании им акцизных марок в соответствии с их назначением: Приказ ФТС России от 11.02.2015 № 232
23. Gupta P.C., Ray C.S. and Singh A.. Smokeless tobacco in South-East Asia in relation to the WHO FCTC. – 2013. – 46 p.
24. Правила маркировки алкогольной продукции и табачных изделий акцизными марками утвержденные Приказом Министра финансов Республики Казахстан от 27 февраля 2015 года № 144.
25. Directive 2011/64/EU of 21 June 2011 «On the structure and rates of excise duty applied to manufactured tobacco». – 2011. – 13 p.
26. WHO (2015). WHO report on the global tobacco epidemic. Raising taxes on tobacco. – Geneva, 2015. – 198 p.

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

28. Atusingwize E., Lewis S., et al. Economic evaluations of tobacco control mass media campaigns: a systematic review // *Tob Control.* – 2015. – 24. – P.320-327.

29. Brown J., Kotz D., et al. How effective and cost-effective was the national mass media smoking cessation campaign ‘Stoptober’? // *Drug and Alcohol Dependence.* – 2014. – 135. – P.52-58.

30. Duke J.C., et al. Impact of a U.S. antismoking national media campaign on beliefs, cognitions and quit intentions // *Health Educ Res.* – 2015. – 30(3). – P.466-483.

31. Hong Y.H. et al. Effectiveness of anti-smoking advertising: the roles of message and media // *International journal of business and management.* – 2013. – 8(19). – P.55-62.

32. Huang L.-L., Thrasher J.F., et al. The U.S. National tips from former smokers antismoking campaign: promoting awareness of smoking-related risks, cessation resources, and cessation behaviors // *Health educ behav.* – 2015. – 42(4). – P.480-486.

33. Herbec A., et al. Pilot randomized controlled trial of an internet-based smoking cessation intervention for pregnant smokers (‘MumsQuit’) // *Drug and alcohol dependence.* – 2014. – 140. – P.130-136.

34. Leatherdale S.T. and Cole A. Examining the impact of changes in school tobacco control policies and programs on current smoking and susceptibility to future smoking among youth in the first two years of the COMPASS study: looking back to move forward // *Tobacco induced diseases.* – 2015. – 13(8). – 13 p.

35. Sims M., et al. Effectiveness of tobacco control television advertising in changing tobacco use in England: a population-based cross-sectional study // *Addiction.* – 2014. – 109. – P.986-994.

36. Vickerman K.A., Zhang L., et al. Cessation outcomes among quitline callers in three states during a national tobacco education campaign // *Prev chronic dis.* – 2015. – Vol. 12 (110). –P.1-9.

37. Ekpu V.U. and Brown A.K. The economic impact of smoking and of reducing smoking

prevalence: review of evidence // *Tobacco use insights.* – 2015. – 8. – P.1-35.

38. Chang C.M., Corey C.G. et al. Systematic review of cigar smoking and all cause and smoking related mortality // *BMC public health.* – 2015. – P.1-20.

39. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы от 29 ноября 2010 года № 1113. – с.56.

ТҮЙІН

Мақалада темекі бұйымдарына сұранысын төмендету көп компонентті шаралар туралы ақпарат бар Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының есептемелеріне, нұсқауларына, шолу және эксперименттік мақалаларына, Қазақстан Республикасының нормативтік-құқықтық документтеріне әдеби шолу жүргізілген. Темекі шегумен күрес халықаралық және қазақстандық тәжірибеге әдеби шолу Қазақстан Республикасында секторлардың өзара іс-әрекеттерін қоғамдық денсаулықты қорғау және нығайту қажеттілігін көрсетеді.

Түйін сөздер: түтінсіз орта, темекі шегушілікті тоқтату, темекі өнімдерін жарнамалауға тыйм салу, темекі өнімдеріне салықты көбейту, БАҚ, ДДҰ Темекіге қарсыкүресжөніндегінегіздемелік конвенция.

SUMMARY

In review article analyzed the reports, WHO guidelines, review and experimental articles, regulatory and legal framework of the Republic of Kazakhstan which provides information on the multi-measures to reduce the demand for tobacco products. The analysis of international and Kazakhstan experience on tobacco control indicates the need to strengthen inter-sectoral cooperation on the protection and promotion of public health in the Republic of Kazakhstan.

Key words: smokeless environment, smoking cessation, ban on tobacco products advertising, supplementary taxation on tobacco products, Media, WHO FCTC.

УДК: 614.2:303.425:613.84:316.77:339.138

**Ж.Е.БАТТАКОВА, д.м.н., профессор, Т.И.СЛАЖНЕВА, д.м.н., профессор,
Н.Т.УТЕМБАЕВА, PhD****Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни
МЗСР РК, г. Алматы****ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
ОТ 15 ЛЕТ И СТАРШЕ О СТИМУЛИРОВАНИИ
СБЫТА СИГАРЕТ****АННОТАЦИЯ**

В статье представлены некоторые результаты Глобального опроса взрослого населения о потреблении табака, проведенного в 2014 году в Республике Казахстан. Фактические данные указывают на необходимость усиления законодательной основы по борьбе с табаком в местах, осуществляющих продажу табачных изделий.

Ключевые слова: спонсорство спортивных мероприятий, стимулирование сбыта сигарет, бесплатные образцы.

Табакокурение – это предотвратимая причина заболеваемости, инвалидизации и смертности. Страны, принимающие меры по борьбе с табакокурением поддерживают полный запрет на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий в соответствии статьей 13 Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака [1, 2]. Полный запрет на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий должен охватывать все формы косвенной табачной рекламы, включая бесплатное распространение табачных изделий, рекламные скидки, расширение бренда, спонсорские мероприятия и другое [3, 4].

В Республике Казахстан для защиты здоровья граждан от воздействия табачного дыма действует Закон РК № 508-III «О рекламе» [5]. Согласно статье 13 данного закона во всех регионах страны осуществляется полный запрет рекламы табачных изделий.

Цель исследования. Изучение уровня осведомленности взрослого населения от 15 лет и старше о способах стимулирования сбыта сигарет в Республике Казахстан.

Материалы и методы исследования.

В 2014 году в Республике Казахстан впервые проведен Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака (GATS). Для проведения опроса применялись индивидуальная анкета и анкета для опроса домохозяйств, основанные на базовом опроснике GATS утвержденном CDC и дополненные вопросами, с учетом особенностей Республики Казахстан [6]. Для сбора данных использовались специально предназначенные для этого исследования компактные персональные компьютеры «iPAQ».

Статистическая обработка полученных данных была произведена с помощью программ SPSS 21 и SAS версия 9.3. Статистические проверки выполнены при сравнении интервалов доверия 95% двух оценок для определения наличия статистических различий.

Количество опрошенных респондентов составило 4425. По месту проживания число опрошенных городских составило 56,6%, а сельских – 43,4%. По возрастным группам, количество респондентов, прошедших опрос, представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение взрослых 15 лет и старше по возрастным группам

Возрастные группы	Процентное соотношение	Количество взрослых
15-24	22,9	701
25-44	40,6	1876
45-64	27,6	1327
65 лет и старше	8,9	521

Результаты исследования.

В целом, 1,3% заметили спонсорство спортивных мероприятий в течение 30 дней, предшествующих опросу (рисунок 1). Стимулирование сбыта сигарет чаще замечено на предметах одежды и потребительских това-

рах с торговой маркой или логотипом сигарет 2,2%. Подарки и специальные предложения при покупке сигарет составили 1,9%, бесплатные образцы – 1,4%, реклама сигарет по почте – 0,5%, купоны – 0,5%, снижение цен на сигареты – 0,3%.

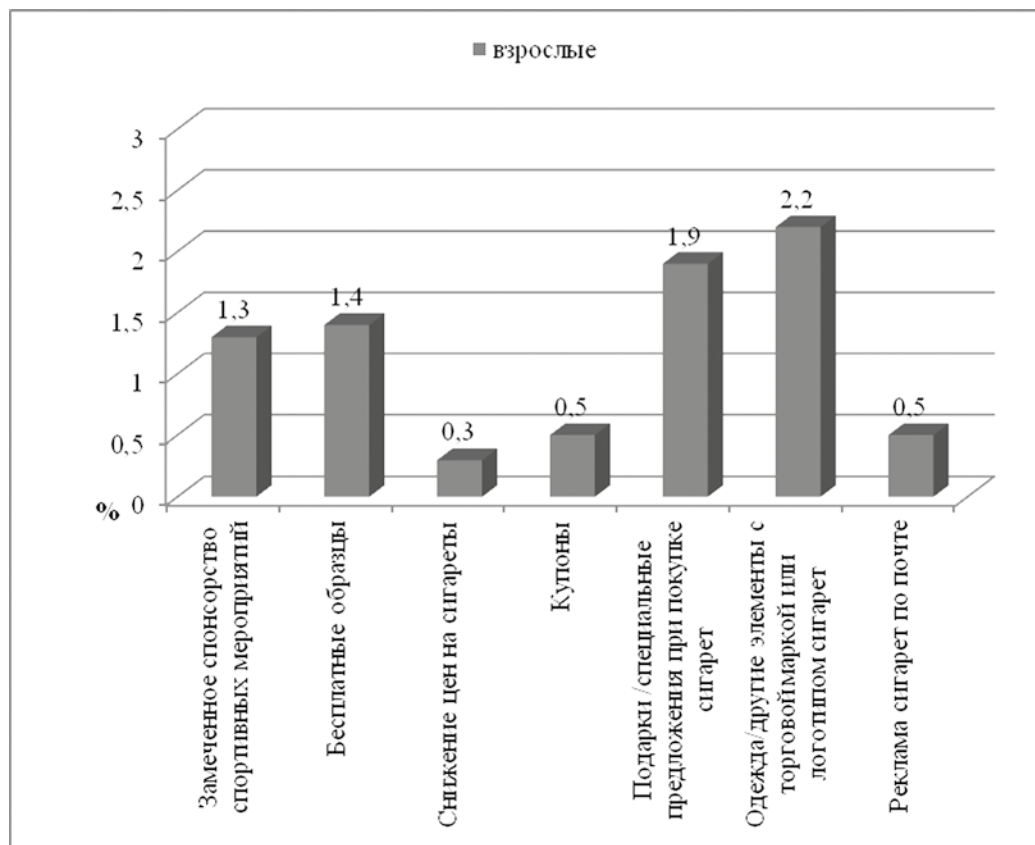


Рисунок 1. Процентное распределение взрослых в возрасте от 15 лет и старше, заметивших стимулирование сбыта сигарет за 30 дней до опроса (GATS Казахстан, 2014 г., %)

Рисунок 2 показывает, на какие виды стимулирования продажи сигарет обратили внимание курящие люди.

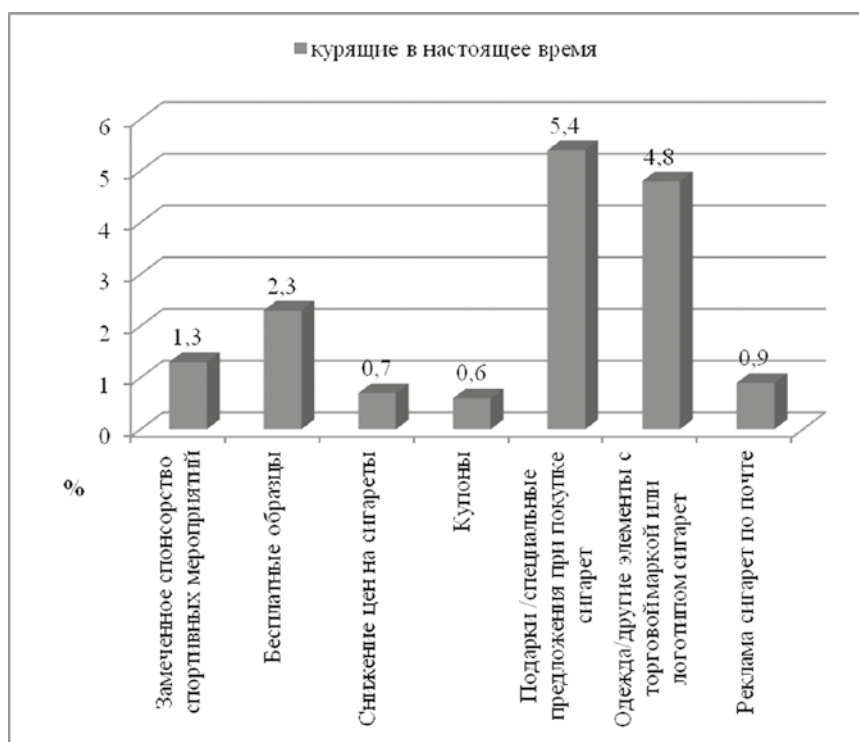


Рисунок 2. Процентное распределение курящих в настоящее время в возрасте от 15 лет и старше, заметивших стимулирование сбыта сигарет за 30 дней до опроса (GATS Казахстан, 2014 г., %)

То, как распределились наблюдения некурящих людей показано на рисунке 3.

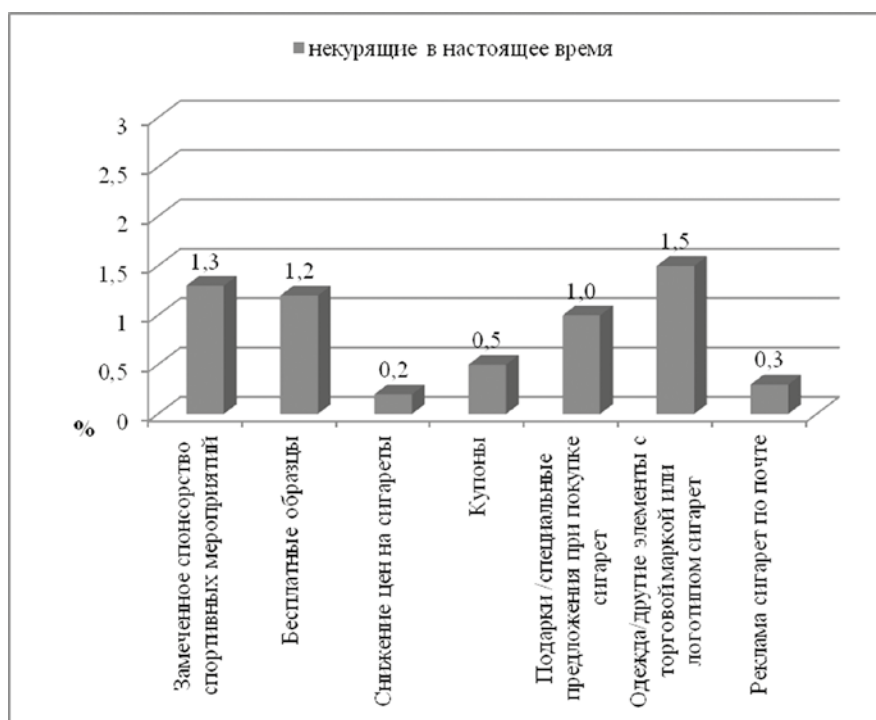


Рисунок 3. Процентное распределение некурящих в настоящее время в возрасте от 15 лет и старше, заметивших стимулирование сбыта сигарет за 30 дней до опроса (GATS Казахстан, 2014 г., %)

В других странах, осуществивших GATS, наиболее высокий процент взрослых, заметивших маркетинг сигарет через спонсорство спортивных мероприятий, в течение 30 дней до опроса, был выявлен в Индонезии -32,1%, наименьший процент данного показателя определен в Нигерии 1,1%. Стимулирование сбыта сигарет посредством подарков /специальных предложений при покупке сигарет отмечен в Индонезии 2,5%, в Нигерии - 1,2%; посредством бесплатных образцов в Индонезии -5,6%, в Нигерии - 1,1%; посредством одежды и других элементов с торговой маркой или логотипом сигарет в Индонезии - 29,6%, в Нигерии - 7,8% [7, 8].

Заключение.

Таким образом, 1,3% взрослых заметили в течение 30 дней перед опросом маркетинг сигарет через спонсорство спортивных мероприятий. Процент заметивших маркетинг сигарет через спонсорство спортивных мероприятий был одинаков среди курящих и некурящих (1,3%). Стимулирование сбыта сигарет посредством бесплатных образцов заметили 1,4% опрошенных. Курящие чаще замечали стимулирование сбыта сигарет посредством бесплатных образцов 2,3%, чем некурящие 1,2%; посредством одежды и других элементов с торговой маркой или логотипом сигарет - 2,2% (4,8% курящих и 1,5% некурящих). Полученные данные указывают на необходимость дальнейшего совершенствования законодательства для борьбы с табакокурением, включая запрет рекламы табачных изделий, и продажу табачных изделий детям, не достигшим 18 лет, запрет распространения бесплатных образцов табачной продукции с целью привлечения новых потребителей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Nagler R.H., et al. Implementation and research priorities for FCTC articles 13 and 16: tobacco advertising, promotion, and sponsorship and sales to and by minors // *Nicotine & Tobacco Research*. – 2013. – Vol.15(4). – P.832-846.
2. WHO report on the global tobacco epidemic. Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship/ World health organization. – Geneva, 2013. – 202 p.
3. Caixeta R.B., et al. Adult awareness of tobacco advertising, promotion, and sponsorship – 14

Countries // *Morbidity and mortality weekly report*. – 2012. – Vol.61(20). – P.365-369.

4. Sardana M., et al. Is exposure to tobacco advertising, promotion and sponsorship associated with initiation of tobacco use among current tobacco users in youth in India. – 2015. – *Asian pacific journal of cancer prevention*. – Vol. 16(15). – P.6299-6302.

5. О рекламе: Закон Республики Казахстан от 19 декабря 2003 года № 508-III (с изменениями и дополнениями по состоянию на 29.10.2015 г.).

6. Global adult tobacco survey collaborative group Global adult tobacco survey (GATS): Core questionnaire with optional questions, Version 2.0. /Centers for Disease Control and Prevention. – Atlanta, GA. –2010. – 56 p.

7. Global adult tobacco survey: Country report. – Indonesia, 2011. –162 p.

8. Global adult tobacco survey: Country report. – Nigeria, 2012. –184 p.

SUMMARY

This article presents some results of Global survey of the adults on Tobacco consumption conducted in the Republic of Kazakhstan in 2014. Analyses the cigarette promotion by the means of sports events sponsorship, distribution of free samples, gifts or special offers for buying cigarettes, clothing and household items with cigarette brand name or logo. The findings point to the need to control the execution of legislative measures to tobacco consumption control.

Keywords: sports sponsorship, noticed cigarette promotions, free samples.

ТҮЙІН

Мақалада Қазақстан Республикасында 2014 жылы темекі тұтыну туралы ересек тұрғындарға жүргізілген Ғаламдық сауанаманың қорытындысы ұсынылады. демеушілік арқылы спорттық іс-шаралар темекі насихаттауды талдау арқылы, тегін үлгілерін тарату арқылы, темекі сатып алу кезінде сыйлықтар / арнайы ұсыныстар арқылы бойынша темекі логотипі бар элементтер қолдану арқылы қорытынды жүргізілді. Алынған мәліметтер темекі қарсы күрес заңнамалық шараларын орындалуын бақылау қажеттігін көрсетеді.

Кілт сөздер: спорт демеушілік, темекі сату насихаттау, тегін үлгілері.

УДК:614.2:613.84:316.77:303.7

**Ж.Е.БАТТАКОВА, д.м.н., профессор, Т.И.СЛАЖНЕВА, д.м.н., профессор,
Н.Т.УТЕМБАЕВА, PhD****Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни
МЗСР РК, г. Алматы****ОЦЕНКА ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРОГРАММ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И ОГРАНИЧЕНИЮ
ТАБАКОКУРЕНИЯ НА НАСЕЛЕНИЕ****АННОТАЦИЯ**

В обзорной статье проанализированы руководства ВОЗ и отчеты CDC, обзорные и экспериментальные статьи по изучению степени воздействия программ по профилактике и ограничению табакокурения на население. Описан международный опыт проведения программ по борьбе против табака. Осуществление в стране широкомасштабных акций по прекращению курения позволит снизить распространенность табакокурения.

Ключевые слова: профилактика табакокурения, прекращение курения, снижение распространенности курения.

Дефицит времени у населения на посещение мероприятий по профилактике и ограничению табакокурения и недостаточность знаний о профилактических программах по предотвращению курения обуславливает необходимость проведения таких мероприятий, как декадни и месячники, посвященные Международному дню отказа от курения и Всемирному дню без табака и других широкомасштабных акций по профилактике и ограничению курения, поддержанных наглядными информационными материалами. Информирование через СМИ и беседы с медицинскими работниками занимают ключевые позиции в борьбе против табака и способствуют предотвращению и прекращению курения [1-3].

Телефонные службы для желающих бросить курить, информационно-образовательные материалы, профилактическое вмешательство, мотивационное консультирование, медикаментозное лечение оказывают содействие в помощи в прекращении курения. По ранее проведенным исследованиям, программы по профилактике и ограничению табакокурения позволяют за короткое время увеличить количество лиц, посещающих медицинские учреждения для получения консультаций по прекращению курения, сократить распространенность курения [4, 5].

Повышение уровня знаний по профилактике и ограничению табакокурения помогает предотвратить начало курения, уменьшить потре-

ние табака и увеличить число людей отказавшихся от курения [6].

Страны Европейского региона ВОЗ признают право каждого человека на здоровье и привержены принципам солидарности и всеобщего, равного доступа к услугам системы здравоохранения. Их цель – достижение людьми наивысшего уровня здоровья вне зависимости от их этнической принадлежности, пола, возраста, социального положения или платежеспособности.

В 2012 году представители 53 стран Европейского региона, собравшиеся на сессии Европейского регионального комитета ВОЗ, утвердили основы новой региональной политики здравоохранения – Здоровье-2020. Здоровье-2020 – это стратегия по поддержанию здоровья и благополучия жителей Европейского региона ВОЗ, основанная на общечеловеческих ценностях и фактических данных. В Уставе ВОЗ сказано: «Обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав всякого человека» [7].

К сожалению, социальное неравенство в отношении здоровья в странах и между странами по-прежнему сохраняется, а в большинстве случаев и увеличивается. Крайние проявления неравенства в области здоровья существуют также и внутри стран. Это неравенство обусловлено и отношением людей к собственному здоровью, в том числе употреблением табака.

Страны Европейского региона должны все-сторонне развивать и усиливать программу по борьбе против табака методами, включая налогообложение, запрет на курение в общественных местах, информационные и обучающие программы для населения до того, как они организуют комплексные службы по лечению табачной зависимости.

Когда лечебные службы будут организованы, им будет нужна поддержка посредством просветительских кампаний в средствах массовой информации, которые «подтолкнут» курильщиков к помощи, которую они смогут получить в таких службах.

Информационные и обучающие программы по профилактике и ограничению табакокурения повышают уровень знаний о последствиях воздействия табака на здоровье и преимуществах отказа от курения. Они содействуют изменению отношения к курению. С их помощью можно усилить политическую поддержку стратегических мер (таких как налогообложение и запрет на курение в общественных местах) и обеспечить стимулы к действиям. Кампании в средствах массовой информации также помогают пропагандировать и поддерживать создание служб, направленных на прекращение курения и доступа к табачным изделиям. Конкурсы «Брось курить и победи!», направленные на мотивацию бросить курить, проходят в большинстве странах мира. Конкурс «Брось курить и победи!» поддерживается ВОЗ и международными партнерами [8].

В г. Алматы под руководством Национального центра проблем формирования здорового образа жизни МЗСР РК (далее НЦПФЗОЖ) с 2006 по 2011 год проводилась целевая программа «Алматы – город, свободный от табачного дыма». С 2011 года по настоящее время реализуется целевая программа «Астана – город, свободный от табачного дыма». В рамках данной программы НЦПФЗОЖ и региональные центры проводят Международный конкурс «Брось курить и выиграй», направленный на сокращение табакокурения и стимулирование отказа от курения, продвижение «Политики чистого воздуха» [9-11].

Симуляционный центр при НЦПФЗОЖ проводит семинары-тренинги по профилактике та-

бакокурения и социально-значимых заболеваний, связанных с табакокурением и повышению уровня ответственности за сохранение здоровья с помощью демонстрации моделей, муляжей, интерактивных игр.

В РК осуществляется компания по распространению информационно-образовательных материалов, посредством трансляции видео- и аудиороликов, фильмов по пропаганде здорового образа жизни, по профилактике и ограничению табакокурения. В настоящее время идет процесс создания эффективной системы помощи в прекращении курения.

Казахстан поддерживает Европейскую программу «Европа против рака», в которой было инициировано принятие серии законодательных мер в области профилактики курения, которые помогли улучшить контроль потребления табака внутри региона [12, 13].

Ежегодно в ноябре по инициативе Международного общества онкологов и при поддержке ВОЗ, в РК отмечается Международный день отказа от курения. Его цель - способствовать снижению распространенности табачной зависимости; вовлекать в борьбу против курения все слои населения и врачей всех специальностей; профилактика табакокурения и информирование общества о пагубном воздействии табака на здоровье; убеждение современных молодых людей, что курение – это показатель невежества.

Создание среды, свободной от табачного дыма – одна из 10 стратегий проекта «Европа без табака» [14, 15]. В рамках Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 г.г., с 1 по 30 мая 2015 года в регионах республики, проводился месячник, приуроченный Всемирному дню без табака, с призывом «Прекратить незаконную торговлю табачными изделиями!».

Ежегодно, в рамках месячника, во всех регионах РК проводятся мероприятия по информированию населения об отрицательном воздействии табакокурения, о деятельности Школ здоровья с привлечением социальных работников и психологов для проведения профилактической работы и оказания помощи пациентам в период отказа от курения.

Кроме того, в рамках месячника во всех регионах страны проводятся рейды по выявлению точек реализации табачных изделий несовершеннолетним; семинары-тренинги для медицинских и социальных работников, психологов в организациях первичной медико-санитарной помощи (далее ПМСП); дни «открытых дверей» в организациях ПМСП, наркодиспансерах и студенческих поликлиниках с консультациями врачей-наркологов, соцработников, психологов; круглые столы и дебаты по проблемам табакокурения.

Такой месячник проводится ежегодно в мае, привлекая внимание к опасностям для здоровья, связанным с употреблением табака, и призывая проводить эффективную политику по уменьшению масштабов табачной эпидемии.

В мире большая часть бюджета здравоохранения тратится на лечение хронических заболеваний и пациенты, страдающие хроническими заболеваниями, являются интенсивными потребителями медицинских услуг. Экономическая оценка показывает, что профилактические программы и наглядно-информационные материалы по профилактике и ограничению табакокурения, по снижению спроса на табачные изделия, по снижению распространенности табакокурения являются экономически эффективными по сокращению затрат на медицинские услуги. Данные профилактические программы во многих странах позволили уменьшить распространенность сердечно-сосудистых заболеваний и снизить смертность от них [16 – 22].

Целями профилактических программ, направленных на формирование здорового стиля жизни является достоверное информирование, формирование мотивации к сохранению здоровья и здоровому образу жизни, формирование поведенческих навыков и солидарной ответственности за сохранение своего здоровья.

Повышение налогов или цен на табачные изделия снижает уровень потребления табака среди населения в РК. Снижение потребления табака происходит в результате 3-х основных поведенческих реакций людей:

- отказ от курения;
- предотвращение начало курения;
- снижение интенсивности курения среди постоянных курильщиков.

Мониторинг изменения образа жизни людей в динамике является одним из «быстрых» критериев оценки результативности профилактических программ.

В соответствии со статьей 20 РКБТ ВОЗ на страновом уровне государства должны создавать национальную систему эпиднадзора за употреблением табака, изучать и оценивать новые данные эпидемиологических программ. Научные исследования, эпиднадзор и обмен информацией необходимы для практической деятельности врачей, специалистов службы здорового образа жизни. Лицам, занимающимся обработкой данных они необходимы для поддержания эффективной системы мониторинга потребления табака, разработки, реализации и оценки комплексной политики по борьбе против табака. Кроме того, эти данные позволяют оценить степень воздействия профилактических программ и наглядно-информационных материалов на население.

Тенденции распространенности табакокурения необходимо анализировать, сравнивать и оценивать с показателями других стран, где меры, направленные на снижение спроса на табачные изделия, дали наилучшие результаты. Страны с высоким и средним уровнями доходов достигли примерно 1-процентного абсолютного годового снижения распространенности табакокурения. На основании этого достижения в Европейском регионе была поставлена цель 30-процентного относительного снижения распространенности табакокурения к 2025 году [23].

В РК к 2016 году предполагают добиться сокращения распространенности курения до 16,8% в рамках национальных исследований [24]. По результатам 5-го национального исследования распространенность табакокурения среди взрослого населения в 2012 году составила 26,5%, и имеет тенденцию к снижению, по результатам 4-го национального исследования в 2007 году – 27,0% [25]. Полученные показатели свидетельствуют об активной деятельности медицинских работников ПМСП, социальных работников и работников СМИ по профилактике и ограничению табакокурения, об успешном осуществлении мероприятий плана Государственной

программы развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.

При этом необходим комплексный, непрерывный подход – усиление контроля поведенческих факторов риска, содействие снижению распространенности табакокурения, разработка профилактических вмешательств и оценка степени воздействия на население профилактических программ и наглядно-информационных материалов.

Снижение распространенности курения среди населения достигается при полном выполнении требований Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака, и комплекса мер по снижению спроса на табачные изделия. В их числе – ценообразование и налогообложение; создание среды без табачного дыма; размещение графических предупреждений о вреде курения на пачках сигарет; запрет на рекламу, продвижение на рынок и спонсорство табачных изделий; подготовка кадров и просвещение общественности; прекращение курения; контроль качества табачных изделий; информирование потребителей, запрет на незаконную торговлю этими продуктами; ограничение их доступности для несовершеннолетних [26, 27].

Таким образом, оценка ключевых показателей о степени воздействия информации о вреде табака на население характеризуется наличием желаемых результатов: количеством людей бросивших курить после просмотра графических предупреждений о вреде курения для здоровья на пачках сигарет, отказом от курения, созданием среды свободной от табачного дыма, осведомленностью о заболеваниях, вызываемых курением, частым посещением медицинских учреждений в течение последних 12 месяцев, одобрением населения нормативно-правовых документов на полный запрет на курение во всех рабочих помещениях и в помещениях общественных мест, и на запрет рекламы табака и табачных изделий, стимулирования продажи и спонсорства табачных изделий, одобрением повышения налогов на табачную продукцию, одобрением запрета незаконной торговли табачных изделий и одобрением запрета продажи детям моложе 18 лет [28, 29].

Степень воздействия профилактических программ и наглядно-информационных материалов

определяют количеству полученной информации о пассивном курении и лечении табакокурения; по числу звонков, поступивших на телефон «горячая линия»; по активному участию в международных и национальных конкурсах «Брось курить и выиграй»; по увеличению количества лиц, отказавшихся от курения после проведения конкурса; по активному участию в месячниках и декадах, приуроченных к Всемирному дню без табака, Международному дню отказа от курения; по вовлечению широких слоев населения в деятельность по защите здоровья населения от воздействия табачного дыма [30, 31].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Konfino J., et al. Tobacco use among youths. – Argentina, 2007 and 2012 // Morbidity and mortality weekly report – 2014. – Vol.63 (27). – P.588-590.
2. Johns Hopkins Bloomberg school of public health. Assessing compliance with tobacco advertising, promotion, and sponsorship (TAPS) bans: A «How-to» guide for conducting compliance studies of point of sale advertising & product display; outdoor advertising; and product packaging. – Baltimore, 2013. – 19 p.
3. Juarez B.S.M., et al. Tax, price and cigarette brand preferences: a longitudinal study of adult smokers from the ITC Mexico Survey // Tob Control. –2013. – 0. – P.1-6.
4. World health organization. Raising tax on tobacco – what you need to know. – Geneva, 2014. – 14 p.
5. Gigliotti A., et al. How smokers may react to cigarette taxes and price increases in Brazil: data from a national survey // BMC Public Health. – 2014. – 14 (327). – P.1-9.
6. Glover M., et al. The WERO group stop smoking competition: main outcomes of a pre- and post- study // BMC Public Health. – 2014. – 14 (599). – P.1-10.
7. Всемирная организация здравоохранения. Здоровье – 2020: основы политики и стратегия. – Мальта, 2012. – 187 с.
8. World health organization. Part I: Training for policy-makers: developing and implementing health systems policy to improve the delivery of brief tobacco interventions. – Geneva, 2013. – 75 p.

9. World health organization. WHO smoke-free city case study. Almaty – the first smoke-free city in the post Soviet region. – Kobe, 2011. – 16 p.
10. Сейдуманов С.Т., Телибаева А.А. О мерах по борьбе с табакокурением // Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2011. – 2 с.
11. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы от 29 ноября 2010 года № 1113. – с.56.
12. World health organization. European code against cancer. – 2015. – 1 p.
13. Armaroli P., et al. European code against cancer, 4th Edition: Cancer screening // Cancer Epidemiology. – 2015. – 945. – P.1-14.
14. European commission. World no tobacco day: eurobarometer reveals that tobacco use is down by 2 percentage points in the EU since 2012, but 26% of Europeans are still smokers. – Brussels, 2015. – 2 p.
15. Binns C., et al. The APJPH Supports «World no tobacco day» // Asia-Pacific Journal of Public Health. – 2015. – Vol. 27(4). – P.372-374.
16. Gazdek D., et al. Croatian smoke-free law and smoking habits among employees of health care facilities in Koprivnica-Križevci County // Croat Med J. – 2013. – 54. – P.407-410.
17. Richardson S., et al. The impact of televised tobacco control advertising content on campaign recall: evidence from the international tobacco control (ITC) United Kingdom Survey // BMC Public Health. – 2014. – 14(432). – P.1-7.
18. Childers N. EU has duty to protect public health from tobacco. – 2015. – 3 p.
19. Thrasher J.F., et al. Are movies with tobacco, alcohol, drugs, sex, and violence rated for youth? A comparison of rating systems in Argentina, Brazil, Mexico, and the United States // International Journal of Drug Policy. – 2014. – 25 (2). – P.267-275.
20. Richardson S., Langley T., et al. How does the emotive content of televised anti-smoking mass media campaigns influence monthly calls to the NHS Stop Smoking helpline in England? // Preventive Medicine. – 2014. – 69. – P.43-48.
21. King B., Pechacek T., et al. Best practices for comprehensive tobacco control programs. – Atlanta, U.S.A., 2014. – 144 p.
22. Thomas R.E., et al. School-based programmes for preventing smoking (Review) // The Cochrane library. – Canada, 2013. – 4. – 422 p.
23. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable disease 2013-2020. – Geneva, 2013. – 103 p.
24. Аканов А.А., Тулебаев К.А., Слажнева Т.И., Хайдарова Т.С., Сейдуманов С.Т. Политика формирования здорового образа жизни в Республике Казахстан: становление и развитие. – Алматы, 2010. – 296 с.
25. Баттакова Ж.Е., Хайдарова Т.С. Мониторинг и сравнительный анализ показателей образа жизни населения и распространенности факторов риска развития неинфекционных заболеваний среди населения РК // Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья. – 2014. – №1. – С.19-25.
26. Chaloupka F.J. The Demand for Cigarettes in Ireland. – Chicago, 2011. – 22 p.
27. Kaleta D., et al. Smoke-free workplaces are associated with protection from second-hand smoke at homes in Nigeria: evidence for population-level decisions // Biomed research international. – 2015. – P.1-8.
28. Mbulo L., et al. The process of cessation among current tobacco smokers: a cross-sectional data analysis from 21 countries, Global adult tobacco survey, 2009–2013 // Prev Chronic Dis. – 2015. – 12. – P.1-5.
29. Caixeta R.B., et al. Health-care provider screening for tobacco smoking and advice to quit-17 countries, 2008–2011 // Morbidity and Mortality Weekly Report. – 2013. – Vol.62. – No.46 –P.920-927.
30. Оценка эффективности реализации государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на первом этапе (2011-2013гг.). – Алматы, 2014. – 75 с.
31. Rose S.W., et al. Public support for family smoking prevention and tobacco control act point-of-sale provisions: results of a national study // American journal of public health. – 2015. – Vol.105 (10). – P.60-67.

ТҮЙІН

Мақалада темекі шегуді алдын алу мен шектеу алдын алу бағдарламаларының халыққа әсер ету дәрежесін бағалауды зерттеу ДДСҰ және CDC нұсқаулары мен есептемелері, әдеби шолу мен эксперименталді мақалаларға әдеби шолу жүргізілген. Темекі шегумен қарсы күрес бағдарламаларды жүргізу халықаралық тәжірибе сипатталған. Елде темекі шегудің тоқтатылуы кең ауқымды акцияларын жүзеге асыру темекі шегудің таралуын төмендеуге мүмкіндік береді.

Түйін сөздер: темекі шегушіліктің алдын алу, темекі шегушілікті тоқтату, темекішегушілікті азайтудың таралуы.

УДК:614.39:616-084:37(574.23)

Садвакасова Ж.К., Жантемирова Д.А.

**Акмолинский областной центр формирования здорового образа жизни
г. Кокшетау**

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ШКОЛ ЗДОРОВЬЯ В АКМОЛИНКОЙ ОБЛАСТИ

АННОТАЦИЯ

В статье приведены примеры из практики работы Школ здоровья в Акмолинской области, а также анализ деятельности Школ здоровья и эффективности их деятельности по опыту внедрения дополнительных отчетных форм.

Ключевые слова: школа здоровья, профилактика социально-значимых заболеваний, поведенческие факторы риска, эффективность деятельности.

Мировая практика по сохранению, укреплению и развитию здоровья показывает, что наиболее эффективными методами борьбы с заболеваниями являются те программы, основной целью которых является обучение здоровых граждан сохранению и укреплению ресурсов здоровья, а также обучение больных самоконтролю и самоуправлению своим заболеванием.

Таким образом, с относительно минимальными вложениями, возможно изменить подход к укреплению здоровья граждан через профилактическое консультирование, обучение и изменение навыков образа жизни.

Профилактика, в свою очередь, должна действовать не только на популяционном, но и на индивидуальном уровне, что может значительно повысить эффективность работы.

SUMMARY

In a review article the WHO guidelines and reports CDC, reviews and articles on experimental study assessing the impact on the population prevention programs for the prevention and tobacco control. Described international experience in conducting programs on tobacco control. Implementation of large-scale actions to stop smoking in the country will reduce the prevalence of smoking in the country.

Key words: tobacco prevention, smoking cessation, lowering prevalence of smoking.

информированности пациентов о поведенческих факторах риска развития заболеваний; формирование у пациентов навыков и умений по снижению неблагоприятного влияния на их здоровье поведенческих факторов риска и формирование рационального, активного отношения пациента к своему здоровью, приверженности к выполнению рекомендаций медицинских работников; формирование у пациентов умений и навыков по самоконтролю состояния здоровья.

Организация работы Школ здоровья в Республике начата несколько лет назад, и сегодня эта деятельность остается актуальной и важной частью как профилактической службы, так и лечебной работы ПМСП.

Однако, наряду с существующими организационными проблемами Школ здоровья, существует вопрос оценки эффективности данного метода профилактической работы.

Акмолинским ОЦФЗОЖ была разработана отчетная форма, которая может отразить некоторые результаты, а главное – позволит проанализировать эффективность деятельности Школ здоровья в регионе.

В целом по области на сегодняшний день функционируют 156 Школ здоровья. Количество школ здоровья по профилактике социально-значимых неинфекционных заболеваний, факторов риска и вопросам репродуктивного здоровья составило 142. Стоит отметить, что больше всего Школ здоровья работают по профилактике диабета (20), артериальной гипертензии (21), факторов риска (23), кабинетов здорового ребенка – 17, а также по иным профилям – 14. Наименьшее количество составили Школы для пожилых – всего 5 по области. Таким образом, Школы здоровья по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, поведенческих факторов риска, а также кабинеты здорового ребенка имеют 90% от общего числа поликлиник.

Отдельно стоит коснуться темы Школ здоровья, имеющих различный профиль, организация которых стала инициативой отдельных медицинских организаций. Так, в г. Степногорск, в Ерейментауском районе работают Школы молодых отцов, которые выполняют задачи Школы планирования семьи для молодых родителей. В Аршалынском районе, наряду со Школой по

профилактике сахарного диабета, ведет работу школа «Диабетическая стопа».

Стоит отметить, что не только организации ПМСП реализуют деятельность Школ здоровья, так как сегодня есть необходимость организации ШЗ и в стационарах. Так, например, с 2013 года в областном противотуберкулезном диспансере действует Школа пациента. Цель работы Школы — повышение мотивации и приверженности пациента к выполнению врачебных рекомендаций, соблюдению режима, формированию партнерских отношений с лечащим врачом. Занятия ведутся по таким направлениям, как «Лечение туберкулеза и профилактика рецидивов», «Проблема вредных привычек», «Туберкулез и сопутствующие заболевания» и пр. Кроме того, в Школе консультируют психолог, социальный работник, юрист. Занятия проводят различные специалисты, которые обучают пациента таким навыкам, как этикет кашля, соблюдение норм личной гигиены. Проводятся также аутогенные тренинги, индивидуальные консультирования. Курирует Школу пациента специалист службы ЗОЖ. Эффективность школы — повышение уровня знаний о проблеме туберкулеза до 89 %.

В перинатальном центре с 2003 года работает Школа грудного вскармливания. Занятия ведутся по программе ВОЗ «10 принципов успешного грудного вскармливания». В послеродовом отделении персонал обучает рожениц, оказывает практическую помощь в прикладывании ребенка к груди и его правильном расположении при кормлении. Уровень информированности и навыков обучаемых повышается с 20% до 92%, что говорит об эффективности проводимой работы.

В городской поликлинике № 1 г. Кокшетау действует Школа мужского здоровья, цель которой – обучение навыкам сохранения и укрепления здоровья, в т.ч. и репродуктивного. Пациенты, помимо бесед и занятий с узкими специалистами, получают консультацию психолога и специалиста ЗОЖ по интересующим вопросам. Как результат – на 48% повышен уровень информированности мужчин о мерах профилактики заболеваний и вредных привычек, у 50% обученных улучшено самочувствие благодаря соблюдению рекомендаций специалистов.

В среднем, до 68% населения, направленного в ту или иную Школу здоровья, посещают занятия согласно рекомендациям, из них чуть более 66% проходят полный курс занятий ШЗ. Наиболее заинтересованными остаются пациенты Школ молодой матери и подготовки к родам, т.е. до 98% обучаемых полностью проходят курс Школы. Наименее активными являются пациенты Школы сахарного диабета (лишь 41% пациентов, посетивших школы, проходят обучение в полном объеме).

В целом, уровень информированности по проблеме повышается на 40-50%, что указывает на важность работы школы, как главного источника достоверной и необходимой информации. Эффективность деятельности ШЗ наиболее заметна в таких школах, как Школа профилактики гипертонии, Школа планирования семьи, Кабинет здорового ребенка (КЗР). С повышением информированности, пациенты активнее применяют приобретенные навыки в жизни. Так, например, благодаря работе КЗР удалось убедить 25 человек, ранее отказывавшихся от вакцинации, участвовать в программе иммунизации детей. Женщины, посетившие Школы молодой матери, стали более ответственно выполнять рекомендации врачей и встали на учет в женской консультации. Среди пациентов ШЗ АГ регистрируются случаи снижения частоты приступов, вызовов скорой медицинской службы. Кроме того, благодаря самоконтролю артериального давления, у 40% пациентов наблюдается тенденция снижения АД и его нормализации, уменьшается количество приступов, реже регистрируются случаи вызова скорой медицинской службы, до 20% пациентов корректируют свой образ жизни, например, отказываются от вредных привычек.

Среди пациентов Школы по профилактике бронхиальной астмы зарегистрировано снижение частоты приступов на 10%. У пациентов Школы диабета – в 10-20% случаев происходит коррекция веса, снижение количества ком.

В области работают 23 школы здоровья по поведенческим факторам риска, куда пациенты направляются после прохождения скрининг – осмотра. Ретроспективный анализ деятельности 13 школ здоровья по ФР показал следующее.

В среднем, до 51% населения, направленного в Школы здоровья по поведенческим факторам

риска, посещают занятия согласно рекомендациям. 50% из них в 2015 году прошли полный курс занятий, что на 16% больше, чем в 2014 году. Основные проблемы, по которым направляются пациенты, связаны с избыточной массой тела (29%) и низкой физической активностью (24%). С проблемами табакокурения и злоупотребления алкоголем — 12% и 3,5% соответственно. К слову, нельзя не отметить снижение показателей распространенности вредных привычек среди пациентов при сравнении показателей 2014 и 2015 годов: на 12% меньше выявлено курящих табак и на 2% меньше — злоупотребляющих алкоголем. Вместе с тем, отмечен рост числа лиц с избыточной массой тела — показатель возрос на 1,2%.

Наряду с медицинскими работниками, занятия в Школах здоровья ведут также психологи, специалисты службы ЗОЖ. Консультации данных специалистов получили более 55% обученных пациентов. В работе используются методические рекомендации НЦПФЗОЖ «7 уроков здоровья». Уровень информированности слушателей о факторах риска развития заболеваний повышен, в среднем, с 31% до 65%. По этому показателю также наблюдается рост: уровень информированности стал повышаться на 20% в сравнении с аналогичным периодом предыдущих лет.

В итоге проведенных занятий, среди прошедших обучение, достигнуты следующие результаты: у 4% пациентов с избыточной массой тела наблюдается тенденция к снижению веса; 8,7% курящих бросили курить; 22 человека сократили потребление алкоголя, что составило 3,3% от числа злоупотребляющих; 980 человек (22% от лиц с низкой физической активностью) стали поддерживать физическую форму.

Проведенный анализ не может дать полную объективную оценку деятельности школ здоровья в области, однако доказывает необходимость дальнейшей реализации программы и важность данного направления в профилактике, отражая некоторые важные показатели. Например, повышение уровня знаний пациентов по профилактике и приобретение навыков сохранения здоровья, на что указывает положительная динамика результатов работы.

таблица 1
Анализ деятельности школ здоровья

№	Наименование ШЗ /кол-во	Кол-во направленных с нач.года	Кол-во Обученных	Из них впервые выявленные	Прошли курс полностью	Получили консультацию психолога. Спец.ЗОЖ	Повышения уровня информированностью	Положительная динамика
1	Профилактика АГ и ИБС пример 12 школ	11903	10571 – 90% от общего числа направленных	1987 – 18,6% от числа обученных	5923 – 56% от числа обученных	2955 – 28%	До занятий — 32,3% после — 72,3%	У 40% пациентов нормализация и снижение АД, до 20% бросают вредные привычки, до 50% случаев снижения приступов
2	Профилактика Бронхиальной астмы пример 7 школ	1896	1374 – 72,5%	676 – 50%	1099- 80%	484 – 35%	До — 25% после — 64%	Снижены приступы у 10% пациентов
3	Профилактика сахарного диабета пример 11 школ	9263	6707 – 72%	745 – 11%	2608 – 39%	2850 – 42,5%	До — 26% после — 77%	Коррекция веса — 10-20% пациентов, тенденция снижения уровня сахара в крови
4	Молодой матери /на примере 6 школ/	4615	4074 88%	-	3213 78,8%	1303 32%	До курса— 30% после — 88%	До 98% женщин начинают посещать женскую консультацию обязательно, выполняют рекомендации врачей
5	КЗР /на примере 8 школ/	6140	4386 71,4%	-	2593 59%	763 17,4%	До курса— 23% после — 75%	Повышается информированность о профилактике, уходе за ребенком до 75%; более 15 % обучаемых осваивают навыки по уходу за ребенком полностью / 25 человек-ранее отказывавшихся, согласились на вакцинацию ребенка,

Таблица 2

Информация о деятельности Школы здоровья по профилактике Факторов Риска

ШЗ ФР	Кол-во направленных с нач. года (абс. чис)	Кол-во обученных в ШЗ (кол,%)	Из них с ФР				Получили кон-сульт. психолога, спец.ЗОЖ	Прошли курс полностью	Эффективность	
			ИМТ кол, %	Табак кол, %	Алкоголь кол, %	НФА кол, %			Повыш. уровня информированности в %	Решена проблема ФР %
На примере 13 школ	36 752	18 751 – 51% от общего числа направленных	у 29%	у 12%	у 3,5%	у 24%	55% от числа обученных	52%	До курса – 31% после – 65%	Занялись физкультурой – 980 чел., бросили курить – 204 чел., снижение веса – 204 чел., сократили потребление алкоголя – 22 чел.

ТҮЙЫН

Мақалада Ақмола облысының Денсаулық мектебінің жұмыс тәжірибелері туралы мысалдар келтірілген, сонымен қатар Денсаулық мектебі қызметінің талдау және қосымша есептік нысандарын енгізу тәжірибесі, олардың орындалу қорытынды туралы айтылады.

Түйінді сөздер: денсаулық мектебі, әлеуметтік маңызы бар аурулар профилактикасы, мінез құлықтық қауіп-қатер факторлары, қызметтің тиімділігі.

SUMMARY

The article gives examples of Schools of Health work in the Akmola region, as well as Health Schools activity analysis and efficiency of their experience of additional reporting forms introduction.

Keywords: School of Health, prevention of socially significant diseases, behavioral risk factors, working efficiency.

ТРЕБОВАНИЯ

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

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

ПОРЯДОК ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЬИ

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

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

В разделе «Материал и методы» укажите использованные методики, аппаратуру (с уточнением названия и адреса фирмы-производителя) и процедуры настолько подробно, насколько это необходимо, чтобы другие исследователи могли воспроизвести полученные результаты. Все используемые лекарственные препараты и химические вещества, включая названия дженериков, дозы и пути введения, должны быть чётко указаны. Авторы обзорных статей должны включать раздел, описывающий методы, которые были использованы при поиске, отборе, выделении и обобщении данных. Эти методы также должны быть вкратце описаны в резюме.

Раздел «Результаты» должен быть представлен в логической последовательности, в виде текста, таблиц и иллюстраций. В первую очередь следует описывать наиболее важные результаты. При обобщении данных в разделе «Результаты» следует представлять численную информацию не только в виде производных (например, процентов), но также в виде абсолютных значений, на основании которых были рассчитаны эти производные. Кроме того, необходимо указать статистические методы,

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

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

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

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

Образец:

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

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

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

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

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

Иностранная литература оформляется по тем же правилам.

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

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

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

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

АДРЕС РЕДАКЦИИ:

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

БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ (оплата за статьи):

ИИК № KZ616010131000121747
РНН 600500055870
БИК HSBKZZKX
АОФ Народный Банк Казахстана
КБЕ 16 КНП 859
БИН 930840000646

ПРИМЕР ОФОРМЛЕНИЯ

УДК 616.65-002-007.61

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

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

Аннотация

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

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

Текст статьи

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

Литература:

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

Түйін

Перевод: Новые подходы в консервативной терапии доброкачественной гиперплазии предстательной железы

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

Түйін сөздер: _____

Summary

Перевод: Новые подходы в консервативной терапии доброкачественной гиперплазии предстательной железы

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

Место работы

Keywords: _____



Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі
Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемалары ұлттық орталығы
ЖИТС-тың алдын алу және оған қарсы күрес республикалық орталығы

АИТВ қалай беріледі?

Қан арқылы:

- ауру жұқтырған донор қанын құйғанда немесе донор мүшесін ауыстырғанда;
- инъекцияға арналған зарарсыздандырылмаған құралдарды қолданғанда;
- зарарсыздандырылмаған құралдармен татуировка және пирсинг жасатқанда;
- ортақ ұстара және тіс щеткасын қолданғанда;
- инъекциялық есірткіні бірге қолданғанда ортақ шприц, ине және есірткі мөлшерін дайындауға арналған ыдысты қолданғанда;

Жыныстық қатынас кезінде:

- қорғанбай (мүшеқапсыз) жыныстық, оның ішінде ауыз және анустық қатынасқа түскен кезде жұғады.

АИТВ жұқтырған анадан балаға:

- жүктілік және босану кезінде;
- ана емізгенде сүт арқылы жұғады.

АИТВ ЖӘНЕ ЖИТС дегеніміз **не**

АИТВ қалай берілмейді?

- ауа арқылы;
- бассейнде, душта, саунада, дәретханада;
- құшақтасқанда, қол алысқанда, сүйіскенде;
- ыдыс және асүйлік аспаптар арқылы;
- маса, басқа жәндіктер шаққанда мен жануарлардан;
- АИТВ жұқтырған адаммен бір үйде тұрғанда жұқпайды.

АИТВ – адамдағы иммунтапшылығы вирусы

ЖИТС – АИТВ салдарынан болған жұқтырылған иммунтапшылығы синдромы

АУРУ ЖҰҚТЫРҒАНЫН НЕМЕСЕ ЖҰҚТЫРМАҒАНЫН ҚАЛАЙ БІЛУГЕ БОЛАДЫ?

- АИТВ-ға тексеруден (тестілеуден) өту қажет. АИТВ-ға ТЕСТІЛЕУДЕН ӨТУ – вирустың өзін емес, арнайы нәруыздар – АИТВ-ға антиденелерді анықтауға негізделген қан талдау әдісі. Тестілеу нәтижелері мынандай:
- оң нәтиже – бұл қан құрамында АИТВ-ға антиделер бар, яғни адам АИТВ жұқтырған және басқа адамдарға жұқтыруы мүмкін екендігін білдіреді;
- теріс нәтиже – бұл қан құрамында қазір АИТВ-ға антиденелер жоқ, яғни адам АИТВ жұқтырмаған және жасырын кезеңде «аралықта» қалуда.
- **Есте сақтау қажет...**
- серіктеске жұқтыру қылмыстық жазаға тартылады;
- Қазақстанның әр азаматы (мемлекеттік мекемеде) АИТВ-ға тегін және құпия тексеруден өтуге құқылы;
- күштеп тексеруден өткізуге ешкімнің құқы жоқ;
- АИТВ-ға тестілеу тесталды және тесттен кейін кеңес беріледі;
- тестілеу нәтижесі туралы мәлімет құпия ақпарат болып табылады. Ондай ақпаратты жариялау қылмыспен жазаланады.

**БІЛУ ЖӘНЕ
ҚОРЫҚПАУ!**

Салауатты өмір салтын ұстан!



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

7 ТЕМЕКІНІ ТҰТЫНУДЫ ТОҚТАТУ ЖӨНІНДЕ КЕҢЕС:



- 1** Темекіні тастаудың қиындығы туралы ойлан
- 2** Темекіні тастауға тұрарлық себептердің тізбесін дайындаңыз, мысалы:
 - денсаулыққа байланысты артықшылық
 - ақшаны үнемдеу
 - уақытты үнемдеу
- 3** Өз ағзанды дайында (жаттығу жасауды баста, сұйықтықты көп іш, көп демалып, шаршаудан аулақ бол)
- 4** 10 күн немесе екі апта аралығында темекіні тастайтын уақытты белгілеңіз
- 5** Темекіні тастағың келетінін жақындарың мен достарыңа айт – олар сенің орныңа тастай алмайды, бірақ сен болған жерде темекі шекпей, саған темекі ұсынбай және қабылдаған шешіміңді орындауға қолдау жасай алады.
- 6** Темекіні жұмысқа/серуендеуге шыққанда алма. Барлық темекіні, сіріңкені, оттықты, күлсалғышты тастап, темекіге жетуді қиындатуға тырыс
- 7** Өзіңді темекі шекпейтін адам секілді ұстауға дайында: мысалы, үйде жалғыз болғанда, зеріккенде немесе көлікпен жүргенде, демалыс кезінде

7 ТЕМЕКІНІ ҚАЙТА ТҰТЫНҒЫҢ КЕЛСЕ, КЕЛЕСІ АҚЫЛ-КЕҢЕС ЕСІНДЕ БОЛСЫН:

- 1** Бір-екі минутқа уақытты соз, сонда темекі шеккің келмей қалады
- 2** Суды көп ішуге тырыс
- 3** Жағдайды өзгертіп, айналысатын қызықты іс тап (киноға бар, жаяу немесе велосипедпен серуенге шық, кітап оқы, достарыңа хабарлас)
- 4** Көзіңді жұмып, 10 рет терең тыныс ал, ол сені босаңсытады
- 5** Темекіні тастағың келетін негізгі себептерді есіңде сақта
- 6** Айналаңдағы темекі шекпейтін адамдарға қара, оның жақсы көрінетінін және өзіңнің деніңнің саулығын сезінетініңді, темекіні қажет етпейтініңді ойла
- 7** **ЖАҒЫМДЫ ОЙ ОЙЛА!** МІНДЕТІҢ жеңіл емес, бірақ **ОРЫНДАУҒА БОЛАТЫНЫН** есіңнен шығарма!



Сенің
ТЕМЕКІСІЗ
сау өмірің!