

Национальный центр общественного здравоохранения
Министерства здравоохранения
Республики Казахстане



ISSN 2223-2931

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

Ғылыми-тәжірибелік журнал

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

Научно-практический журнал

**TOPICAL ISSUES OF HEALTHY LIFESTYLE FORMATION,
PREVENTION OF DISEASES AND PROMOTION OF HEALTH**

Scientific and practical journal

Volume 1. Number 63 (2019)

Нұр-Сұлтан, 2019

РЕДАКЦИЯ /EDITORIAL

Бас редактор
Ахметов Валихан Исаұлы
Редактор
Керуенова Зарина Ибрагимқызы
Қауымдастырылған редактор
Абиљдина Ақбота Сүлейменқызы
Атқарушы редактор
Оразова Ғалия Ұзаққызы
Жауапты хатшы
Тултаева Ботағоз Серіқызы

Главный редактор
Ахметов Валихан Исавич
Редактор
Керуенова Зарина Ибрагимовна
Ассоциированный редактор
Абиљдина Ақбота Сулейменовна
Исполнительный редактор
Оразова Ғалия Узаковна
Ответственный секретарь
Тултаева Ботагоз Сериковна

Editor-in-Chief
Valikhan Akhmetov
Editor
Keruyenova Zarina
Associate Editor
Abildina Akbota
Executive Editor
Galiya Orazova
Executive Secretary
Tultayeva Botagoz

РЕДАКЦИЯЛЫҚ КЕҢЕС/ РЕДАКТОРСКИЙ СОВЕТ/ EDITORIAL BOARD

Байгенжин Абай Кабатайұлы (Қазақстан)
Breda J. (Ресей)
Гаипов Әбдужаппар Эркинович (Қазақстан)
Койков Виталий Викторович (Қазақстан)
Құлжанов Мақсұт Кәрімұлы (Қазақстан)
Слажнева Татьяна Ивановна (Қазақстан)
Malcolm A. Moore (Корея)
Massimo Pignatelli (Қазақстан)
Mohammad Bagher Rokni (Иран)
Шарман Алмаз Төрегелдіұлы (Қазақстан)

Байгенжин Абай Кабатаевич (Казахстан)
Breda J. (Россия)
Гаипов Абдужаппар Эркинович (Казахстан)
Койков Виталий Викторович (Казахстан)
Кульжанов Максұт Каримович (Казахстан)
Слажнева Татьяна Ивановна (Казахстан)
Malcolm A. Moore (Корея)
Massimo Pignatelli (Казахстан)
Mohammad Bagher Rokni (Иран)
Шарман Алмаз Төрегельдиевич (Казахстан)

Abay Baigenzhin (Kazakhstan)
Breda J. (Russia)
Abduzhappar Gaipov (Kazakhstan)
Vitaliy Koikov (Kazakhstan)
Kuzhanov Maksut (Kazakhstan)
Slazhneva Tatyana (Kazakhstan)
Malcolm A. Moore (Korea)
Massimo Pignatelli (Kazakhstan)
Mohammad Bagher Rokni (Iran)
Almaz Sharman (Kazakhstan)

РЕДАКЦИЯЛЫҚ КОЛЛЕГИЯ / РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ / FOUNDING EDITORIAL BOARD

Айқымбаев Әлім Мағсұтұлы (Қазақстан)
Асқаров Альберт Мұхтарұлы (Қазақстан)
Бекенов Жұмабек Елтеқұлы (Қазақстан)
Бекібаева Бибігүл Жамбылқызы (Қазақстан)
Денисова Татьяна Геннадьевна (Қазақстан)
Есімов Дәулетхан Серғазыұлы (Қазақстан)
Каральник Борис Вольфович (Қазақстан)
Көпжасаров Дамир Асланұлы (Қазақстан)
Миянова Гүлрайхан Абдурахманқызы (Қазақстан)
Сүлейменова Жанар Нұрланқызы (Қазақстан)
Текебаев Қанат Өмірбайұлы (Қазақстан)
Тоқмурзиева Гүлнар Жеңісызы (Қазақстан)

Айкимбаев Алим Мағсұтович (Казахстан)
Аскаров Альберт Мухтарович (Казахстан)
Бекенов Жұмабек Ельтекович (Казахстан)
Бекибаева Бибигуль Джамбуловна (Казахстан)
Денисова Татьяна Геннадьевна (Казахстан)
Есимов Даулетхан Сергазиевич (Казахстан)
Каральник Борис Вольфович (Казахстан)
Кобжасаров Дамир Асланович (Казахстан)
Миянова Гулрайхан Абдурахмановна (Казахстан)
Сүлейменова Жанар Нурлановна (Казахстан)
Текебаев Канат Омербаевич (Казахстан)
Токмурзиева Гулнар Женисовна (Казахстан)

Alim Aikimbayev (Kazakhstan)
Albert Askarov (Kazakhstan)
Zhumabek Bekenov (Kazakhstan)
Bibigul Bekibayeva (Kazakhstan)
Tatyana Denisova (Kazakhstan)
Daulet Khan Esimov (Kazakhstan)
Boris Karalnik (Kazakhstan)
Damir Kobzhasarov (Kazakhstan)
Gulraykhan Miyanova (Kazakhstan)
Suleimenova Zhanar (Kazakhstan)
Kanat Tekebayev (Kazakhstan)
Gulnar Tokmurziyeva (Kazakhstan)

Подписано к печати 30 марта 2019 года.

Тираж 300 экз.

Собственником журнала является РГП на ПХВ «Национальный центр общественного здравоохранения» МЗ РК.

Издание зарегистрировано в Министерстве информации и коммуникаций РК.

Свидетельство о постановке на учет средства массовой информации № 2178-Ж от 01.08.2001 г.

Редакцияның мекен-жайы:

010000
Қазақстан, Нұр-Сұлтан қ.
Мәңгілік ел даңғылы, 8
Министрліктер үйі, 18В кіреберіс
Тел.: +7 (7172) 95 41 05
E-mail: publichealth.kaz@gmail.com
Веб-сайт: www.hls.kz

Адрес редакции:

010000
Казахстан, г. Нур-Султан
пр. Мангилик ел, 8
Дом министерств, подъезд 18В
Тел.: +7 (7172) 95 41 05
E-mail: publichealth.kaz@gmail.com
Веб-сайт: www.hls.kz

Editorial Office:

010000
Kazakhstan, Nur-Sultan city
Mangilik El 8 Ave., House of
Ministries, entrance 18B
Tel.: +7 (7172) 95 41 05
E-mail: publichealth.kaz@gmail.com
Website: www.hls.kz



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

Нур-Султан, 2019

Ответственность за достоверность информации, публикуемой в журнале, несут авторы.
Перепечатка статей, опубликованных в данном журнале, без согласия редакции запрещены.
Редакция журнала использует лицензию Creative Commons Attribution 4.0 International License.

Received: 2018-25.03

Accepted: 2018-22-04

UDC 61:001.12/18; 61:001.83(100)



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Primary health care development in Kazakhstan

Valikhan Akhmetov¹, Zhanar Tyulyubayeva², Roza Abzalova³,
Baurzhan Dzhussipov⁴

¹ Director of the National Center for Public Health of the Ministry of Healthcare of the Republic of Kazakhstan,
Nur-Sultan, Kazakhstan

² Director of the Department of prevention of noninfectious diseases, National Center for Public Health of the Ministry of
Healthcare of the Republic of Kazakhstan, Nur-Sultan, Kazakhstan

³ Chairman of the Board of the National Association "Primary Health Care", Nur-Sultan, Kazakhstan

⁴ Head of the outpatient care management, Department of the organization of medical care, Ministry of Healthcare of the
Republic of Kazakhstan, Nur-Sultan, Kazakhstan

Abstract

In this article the authors presented the development of Primary Health Care in Kazakhstan. Kazakhstan and the World Health Organization unites a multi-year partnership of WHO Member States who are committed to innovative approaches to provide integrated Primary Health Care and create a primary care model that is focused on the needs of the population, which will ensure a high quality of life and social well-being.

The Global Conference dedicated to the 40th anniversary of the Almaty Declaration of PHC focuses on "Creating people-centered health systems based on highly effective Primary Health Care: towards universal health coverage 2030".

Key words: Primary Health Care, Declaration of Alma-Ata, universal health coverage, health system.

Corresponding author: Zhanar Tyulyubayeva, Director of the Department of prevention of noninfectious diseases, National Center of Public Health of the Ministry of Healthcare of the Republic of Kazakhstan, Nur-Sultan, Kazakhstan.

Address: Kazakhstan, Nur-Sultan city, Mangilik El 8 Ave., House of Ministries entrance 18B

Tel.: +7 7172 74-32-43

E-mail: zhanar_tyulyubaeva@mail.ru

Қазақстанда медициналық-санитариялық алғашқы көмекті дамыту

Ахметов У.И.¹, Тюлюбаева Ж.С.², Абзалова Р.А.³, Жүсіпов Б.Ә.⁴

¹ Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігінің Қоғамдық денсаулық сақтау ұлттық орталығының директоры, Нұр-Сұлтан, Қазақстан

² Жұқпалы емес аурулардың алдын алу департаментінің директоры, Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігінің Қоғамдық денсаулық сақтау ұлттық орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан

³ «Primary Health Care» Ұлттық қауымдастық басқармасының төрайымы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан

⁴ Медициналық қызметті ұйымдастыру департаментінің амбулаторлық-емханалық қызмет басқармасының жетекшісі, Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау министрлігі, Нұр-Сұлтан, Қазақстан

Түйіндеме

Ұсынылған мақала Қазақстанда медициналық-санитариялық алғашқы көмекті дамыту сұрағын қамтыған. Қазақстан және Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы мүше елдердің көп жылдарды қамтыған серіктестігі негізінде біріге отырып, тұрғындардың әлеуметтік жағдайы мен өмір сапасын жоғарылатуға ықпал ететін қажеттіліктерге

бағытталған медициналық-санитариялық алғашқы көмек жүйесінің интеграциясы мен оның жаңа моделін құруға арналған жаңашыл жолды қолдайды.

Медициналық-санитариялық алғашқы көмек бойынша Алматы декларациясының 40 жылдығына арналған Жаһандық конференция «Түімділігі жоғары медициналық-санитариялық алғашқы көмекке негізделген, тұрғындарға бағытталған денсаулық сақтау жүйесін құруға: денсаулық сақтауды жалпыға ортақ негізде қамту 2030» бағытын көздеген.

Кілтті сөздер: медициналық-санитариялық алғашқы көмек, Алматы Декларациясы, тұрақты даму мақсаттары, денсаулық жүйесі.

Развитие первичной медико-санитарной помощи в Казахстане

Ахметов В.И.¹, Тюлюбаева Ж.С.², Абзалова Р.А.³, Джусипов Б.А.⁴

¹ Директор Национального центра общественного здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан, Нур-Султан, Казахстан

² Директор Департамента профилактики неинфекционных заболеваний, Национального центра общественного здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан, Нур-Султан, Казахстан

³ Председатель правления Национальной Ассоциации «Primary Health Care», Нур-Султан, Казахстан

⁴ Руководитель управления амбулаторно-поликлинической помощи Департамента организации медицинской помощи, Министерство здравоохранения Республики Казахстан, Нур-Султан, Казахстан

Резюме

Статья посвящена вопросу развития первичной медико-санитарной помощи в Казахстане. Казахстан и Всемирная организация здравоохранения, объединяя многолетнее партнерство государств-членов ВОЗ, поддерживают инновационные подходы по обеспечению интеграции и созданию модели ПМСП, которая ориентирована на потребности населения, что обеспечит высокое качество жизни и социальное благополучие.

Глобальная конференция, посвященная 40-летию Алматинской декларации ПМСП, сфокусирована на «Создание систем здравоохранения, ориентированных на людей, основанных на высокоэффективной первичной медико-санитарной помощи: на пути к всеобщему охвату здравоохранения 2030».

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, Алма-Атинская Декларация, цели устойчивого развития, система здравоохранения.

Введение

Казахстан и Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) объединяет многолетнее партнерство государств – членов ВОЗ, которые привержены к инновационным подходам по обеспечению интегрированной первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и созданию модели первичной помощи, ориентированной на нужды и потребности населения, которая обеспечит высокое качество жизни и социальное благополучие [1].

Глобальная конференция, посвященная 40-летию Алматинской декларации ПМСП сфокусирована на «Создание систем здравоохранения, ориентированных на людей, основанных на высокоэффективной первичной медико-санитарной помощи: на пути к всеобщему охвату здравоохранения 2030» [2].

40 лет назад 134 страны мира приняли Алма-атинскую Декларацию ВОЗ «Здоровье для всех», которая расценивается как «Великая Хартия» первичной медико-санитарной помощи, краеугольный камень системы здравоохранения, как основа стратегических документов многих

стран мира.

Наш глубокоуважаемый, выдающийся деятель страны Торегельды Шарманович Шарманов назвал Алматы Меккой Всемирного здравоохранения, а саму Декларацию - Великой хартией мирового здравоохранения.

В декларации впервые были определены инициативы, провозгласившие здоровье основным правом человека, по совместному взаимодействию социальных и экономических секторов общества вместе с сектором здравоохранения, по обеспечению равенства в уровне здоровья людей и поддержке на прогрессивное улучшение всеобъемлющего медико-санитарного обеспечения всех людей [3].

В мировой истории впервые была определена приоритетность развития ПМСП, которая ставит интересы людей в центре внимания, предоставляя комплексные, доступные, непрерывные медицинские услуги, развивая устойчивое партнерство с пациентами, делая акцент не только на лечение, но и на профилактику заболеваний, повышение медицинской

грамотности населения. Квалифицированная ПМСП предотвращает госпитализацию, сокращает необходимость использования специалистов и высокотехнологичных методов диагностики и лечения.

Первичная медицинская помощь определена Государствами-членами ВОЗ как источник достижения цели здоровья для всех. Поэтому пальма первенства по укреплению и консолидации ресурсов здравоохранения принадлежит ПМСП, так как первичная помощь имеет важнейшее и решающее значение по достижению здоровья для всех вне зависимости от его проживания и социального статуса и построению справедливого социально-ориентированного общества.

Сегодня мы все наблюдаем следующие вызовы, отрицательно влияющие на качество здоровья населения: неблагоприятные последствия экономических кризисов, природных и техногенных катастроф, военных столкновений, всевозможных социальных бедствий, связанных с бедностью, социальными различиями, безработицей, миграцией, голодом, распадом семьи, преступностью, появлением новых заболеваний.

Обзор системы ПМСП в Казахстане. Основные достижения

В Казахстане службе ПМСП в течение долгого времени уделялось недостаточно должного внимания, так как приоритет отдавался развитию стационарной и высокоспециализированной помощи. В целом, сектору здравоохранения уделялось меньше внимания по сравнению с другими отраслями экономики. После провозглашения независимости, в 1991 году, в системе здравоохранения не произошло заметных изменений, одна кобыла разрешена частная медицинская практика, открывались первые частные медицинские колледжи и вузы, обсуждались различные варианты реформ. В это время было внедрено несколько пилотных проектов, в ходе которых были опробованы такие новые подходы, как реструктуризация сектора ПМСП, появление первых семейных врачей, семейных врачебных амбулаторий, частной медицинской практики. В 1996 году впервые была введена система обязательного медицинского страхования, которая в дальнейшем была упразднена, новые методы оплаты услуг медицинских организаций и пересмотрен перечень бесплатной медицинской помощи населению и т.д.

В 1997 году в целях реализации долгосрочного приоритета «Здоровье, образование и благополучие граждан» Послания Президента страны народу Казахстана [5], Правительство Республики Казахстан постановило открытие Национального центра проблем формирования здорового образа жизни, основными направлениями которого стали профилактика и борьба с вредными привычками, формирование гигиенического воспитания

Большие города продолжают притягивать население, они будут расти, как и их роль в жизни общества. А с этим будет расти и острота их проблем, частично уже знакомых, и – новых. Это новый вызов для систем общественного здравоохранения. Несмотря на разукрупнение, отмечается острая перегруженность городских поликлиник в связи с потоком иногородних больных.

Как и 40 лет назад, мировое медицинское сообщество сегодня достигнет согласованной политики по дальнейшему прогрессивному развитию, укреплению потенциала первичного звена здравоохранения в поддержании здоровья граждан с учетом современных и будущих вызовов, возможностей и сформирует стратегический документ для целенаправленных мер и действий на последующие годы во всем мире [4].

За эти годы в Казахстане проделан большой путь по развитию и совершенствованию ПМСП. В связи с этим подготовлен краткий обзор основных реформ службы и дальнейших перспектив деятельности первичной помощи в Казахстане.

населения и оздоровления окружающей среды, работа с населением, детскими дошкольными и образовательными учреждениями, коллективами организаций и предприятий и тесное взаимодействие с ПМСП. Это было одно из первых решений на пути к построению здорового общества путем повышения информированности населения страны.

Начиная с 2005 года здравоохранение Казахстана сделало значительный прорыв в реализации мероприятий основополагающих государственных программ по реформированию здравоохранения, где было достигнуто заметное улучшение основных индикаторов здоровья населения. Именно в тот период определили главные ценности: развитие общей врачебной практики, семейной медицины, введение новых экономических методов мотивации персонала, компьютеризация организаций ПМСП, свободный выбор врача, дополнительные выплаты сельским медицинским работникам первичного уровня, реформа в образовании и подготовке кадров в медицинских вузах и колледжах. Ключевой фигурой в системе здравоохранения определен семейный врач.

Основные достижения системы ПМСП в Казахстане имеют следующую иерархическую последовательность:

В период с 2005 по 2015 гг. – период реализации Государственных программ реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан, в которой были сформулированы основные

приоритетные задачи дальнейшего развития системы здравоохранения:

- Проведено комплексное совершенствование, включая разработку и внедрение рациональных форм и методов оказания ПМСП на основе обще врачебной практики;

- Проведено увеличение количества врачей по специальности «Общая врачебная практика» от общего числа врачей ПМСП, в том числе за счет переподготовки. На сегодняшний день свыше 60% первичную медицинскую помощь оказывают населению Казахстана семейные врачи.

- Проведение массового профилактического обследования по основным приоритетным неинфекционным заболеваниям;

- Бесплатная вакцинация всех граждан Казахстана. На сегодняшний день охват вакцинацией составляет 98%;

- Регламентированы свободный выбор медицинской организации и врача, а также право граждан на качественную и своевременную медицинскую помощь;

- Введение в системе здравоохранения гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП);

- Разработан механизм финансирования организаций ПМСП по комплексному подушевому нормативу с учетом результатов деятельности, основанный на принципах фонд одержания, при которой организации ПМСП заведуют бюджетом, предназначенным для оплаты консультативных и диагностических услуг;

- Оптимизирована стимулирующая часть комплексного подушевого норматива, с увеличением размера стимулирующей части для работников ПМСП;

- Пересмотрены индикаторы результата и для обеспечения прозрачности реализована автоматизированная система распределения стимулирующих доплат до уровня каждого участка, что позволило повысить обеспеченность врачами и медицинскими сестрами в ПМСП, привлечь в мульти дисциплинарную команду ПМСП социальных работников и психологов;

- Осуществлен Пилотный проект по внедрению Программ управления заболеваниями;

- Проведена компьютеризация организации ПМСП, разработана Концепция электронного здравоохранения [6].

Далее благодаря реформированию и приоритетному развитию ПМСП, в Казахстане удалось достичь определенных результатов, и на сегодняшний день реализуются следующие мероприятия:

Семейный принцип обслуживания населения:

- Продолжается внедрение семейного принципа обслуживания населения одним врачом ПМСП по принципу непрерывности и предусматривает наблюдение за здоровьем человека в течение всей его жизни от рождения до старческого возраста;

- Для достижения всеобщего охвата и координации клинической помощи на различных уровнях, проводится расширение компетенций ВОП. На сегодняшний день в Казахстане доля ВОП составляет 61% от общего числа врачей ПМСП. В поликлиниках реализуются пилотные проекты по делегированию функций от узких специалистов врачам общей практики, от ВОП медицинской сестре, с контролем доступа к специализированной помощи, который осуществляется семейным врачом, исполняющим роль «привратника» [7];

- Реализуется принцип шаговой доступности населения к организациям ПМСП: в городе Астане реализован проект «Доктор у дома», в рамках которого открыты центры ПМСП, максимально приближенные к месту жительства прикрепленного населения. Для отдаленных территорий производится выезд передвижных медицинских комплексов, запущено курсирование поездов «Денсаулык» и «Саламатты Қазақстан», укомплектованных мобильной медицинской бригадой, предназначенных для как проведения профилактических медицинских осмотров, так и оказания консультативной помощи населению.

- Для справедливого финансового обеспечения всех поставщиков ПМСП государственный заказ получают как государственные, так и негосударственные поставщики услуг, доля которых на сегодняшний день составляет 29%;

- Развивается государственно-частное партнерство: из всех проектов - 62% направлены на развитие организаций ПМСП;

- Объем финансирования ПМСП состоит из: комплексного подушевого норматива, стимулирующего компонента, дорогостоящих консультативно-диагностических услуг (стоматология, КТ, МРТ, ПЦР и другие), расходы на амбулаторное лекарственное обеспечение и проведение скринингов на онкологические заболевания.

- В комплексный подушевой норматив включены расходы на школьную медицину, а также расходы на оказание круглосуточной неотложной медицинской помощи для обслуживания категории сложности не экстренных больных, что позволяет сократить время доезда до места вызова [8].

- Создана уникальная социально-ориентированная модель первичного звена здравоохранения, основанная на укреплении здоровья семьи. Регулярно проводится обучение

сотрудников молодежных центров здоровья и представителей профессиональных ассоциаций по охране репродуктивного здоровья. К примеру, молодежный центр в г. Кызылорде, где молодые люди могут получить бесплатно комплексную медико-психологическую, социальную и правовую помощь с использованием инновационных подходов, направленных на сохранение здоровья. Пилотный проект, созданный общественным фондом «Вместе против рака» - выездная служба мобильных бригад паллиативной помощи, занимающиеся симптоматическим лечением, купированием хронической боли, оказанием психологической поддержки, обучению родственников навыкам ухода. Помогают прожить последние месяцы, дни жизни и уйти достойно [9].

•Усиление роли мультидисциплинарной команды: это позволяет системно подходить к решению проблем пациентов, расширяя возможности ПМСП в оказании комплексной помощи через деятельность команды специалистов: семейный врач, медсестра, социальный работник, психолог, реализация важнейших принципов, определяющих развитие системы охраны здоровья на перспективу - «от болезни к здоровью» и «забота вместо лечения», что подчеркивает более широкий диапазон ее деятельности;

•Масштабная трансформация диспансеризации в программы управления заболеваниями, которые являются современными, основанными на фактических данных программами борьбы с болезнями для НИЗ;

•Лекарственное обеспечение населения осуществляется на бесплатной или льготной основе в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи или на платной основе за счет финансовых средств юридических лиц или самих граждан. Полное обеспечение отдельных категорий граждан необходимыми лекарственными средствами за счет бюджетных средств по 48 нозологиям. Внедрен Казахстанский национальный лекарственный формуляр - перечень лекарственных средств с доказанной клинической эффективностью, являющийся обязательной основой для разработки лекарственных формуляров организаций здравоохранения и формирования списков закупок лекарственных средств в рамках бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования.

Образование и повышение потенциала:

•Реформа сестринского дела: в соответствии с европейскими директивами начата подготовка прикладных бакалавров сестринского дела для ведения расширенной

независимой сестринской практики;

•Внедрение инноваций в типы поставщиков через создание независимых сестринских практик;

•В системе образования внедрены новые специальности на уровне высшего медицинского образования, такие, как общественное здравоохранение, сестринское дело, а также новые уровни подготовки медицинских кадров в прикладном бакалавриате, резидентуре, магистратуре и PhD докторантуре;

•Постоянное повышение уровня квалификации кадров ПМСП путем внедрения накопительной системы знаний и навыков, внедрение модульного подхода к построению программ дополнительного профессионального образования, внедрение гибких программ краткосрочного обучения, ориентированных на актуальные проблемы здравоохранения и потребности специалистов;

•Создан Национальный центр независимой экзаменации с высокотехнологичным учебным симуляционным оборудованием, в котором начато внедрение новых подходов к оценке знаний и навыков в рамках независимой экзаменации выпускников интернатуры, резидентуры и выпускников медицинских колледжей с использованием симуляционных технологий и стандартизованных пациентов [10].

•Создание службы общественного здоровья и развитие межсекторального взаимодействия:

•Для развития семейной медицины и повышения статуса врачей и сестер ПМСП успешно функционируют неправительственные организации, такие как «Ассоциация семейных врачей», Национальная Ассоциация «Primary Health Care» и «Ассоциация медицинских сестер», работающие в направлении профессиональной поддержки врачей и сестер, в создании профессиональной аккредитации и аттестации семейных врачей и медицинских сестер, оказывающих содействие во всеобщей заботе о здоровье населения Казахстана, в формировании качественной, доступной и непрерывной системы здравоохранения страны;

•Создан Национальный центр общественного здравоохранения, который призван сохранять и улучшать общественное здоровье и осуществлять основные оперативные функции общественного здравоохранения, а также обеспечивать услуги по охране общественного здоровья.

•Усилиями межсекторального взаимодействия населению создаются максимально комфортные условия для ведения здорового образа жизни, город Алматы – крупнейший мегаполис страны, стал первым городом в Центрально-азиатском регионе, вступившим в сеть ВОЗ «Здоровые города».

- Создана сеть Комитетов общественного здоровья – состоящая из волонтеров и активистов, которые помогают в выявлении потребностей жителей в повышении грамотности и информированности в вопросах профилактики, сохранения и улучшения своего здоровья [11].

- Проводится скрининг населения на раннее выявление основных НИЗ: злокачественных новообразований, сахарного диабета, болезней системы кровообращения и глаукомы;

Совместные проекты с ВОЗ и ЮНИСЕФ

- Создан географически удаленный офис (ГУО) ВОЗ по ПМСП в г. Алматы - первый крупный офис ООН на территории Европейского региона и Центральной Азии, охватывающий 53 государства-члена ВОЗ. Сегодня ГУО служит центром накопления и передачи знаний, собирает и распространяет примеры передовой практики.

- Совместно с ЮНИСЕФ в Кызылординской области завершено сестринской службы пилотирование универсально-прогрессивной модели патронажной службы, улучшена система мониторинга детского травматизма, достигнут оптимальный уровень охвата вакцинацией, рекомендуемый ВОЗ (не менее 95%), завершено пилотное внедрение новой модели сестринской службы в медицинских организациях.

- Стратегия интегрированного ведения болезней детского возраста (ИББДВ), пилотной областью стала Южно-Казахстанская область.

Перспективы развития ПМСП в Казахстане

В 2018 году усилиями экспертного сообщества по ПМСП в Казахстане до 2022 года разработана Национальная концепция первичной помощи. Концепция направлена на осуществление преобразований системы предоставления интегрированной, комплексной, всеобъемлющей помощи населению, ориентированной на нужды и потребности человека, на модернизацию службы ПМСП, развития человеческих ресурсов и финансовой устойчивости. Наше видение заключается в переориентации первичной медико-санитарной помощи на поддержание здоровья населения и активное участие людей в управлении своим здоровьем.

Основными приоритетными направлениями Концепции ПМСП стали:

1. Создание новой интегрированной модели ПМСП, ориентированной на нужды и потребности населения:

- Будет сформирована доступная и понятная для населения терминология ПМСП,

- Создание в регионах страны Центров передовой практики по первичной медицинской помощи, основанные на семейном принципе обслуживания, эффективных профилактических технологиях, оказаниях качественных социально-психологических услуг, инновационном обучении специалистов и репликации опыта по всей стране. В настоящее время функционируют 16 подобных ресурсных Центров.

Проект реализован совместно с ВОЗ/ЮНИСЕФ и поддержан Правительством Казахстана, и на сегодняшний день центры доказывают свою эффективность и обеспечивают преемственность и выживаемость знаний.

- Цифровизация ПМСП:

- Ведется работа по информатизации системы здравоохранения и созданию единой платформы для интеграции информационных систем.

- Оснащение всех ПМСП медицинскими информационными системами;

- Проект по оказанию в про активном формате услуг по рождению ребенка, оказываются государственные услуги по прикреплению к ПМСП, записи на приём к врачу, вызову врача на дом;

- Успешный опыт информатизации системы ПМСП в Карагандинской области [12].

соответствующая современным реалиям и вызовам населения и главной фигурой станет семейный врач;

- Будет определена новая модель системы оказания медицинской помощи, где первичная помощь станет главным звеном системы;

- Будет сформирован четкий перечень услуг ПМСП;

- Будут сформированы эффективные маршруты пациента в организациях ПМСП при скрининге, динамическом наблюдении хронического заболевания и остром состоянии или обострении хронических заболеваний;

- Будет Создан Национальный научно-практический Центр ПМСП для внедрения современных научно-практических технологий, основанных на доказательствах и передаче прогрессивного опыта с выполнением научной, методической, организационной роли с целью глубоких преобразований в области ПМСП;

- Врачи, оказывающие медицинскую помощь, ориентированную на пациента и

семью, признают жизненно важную роль семьи в обеспечении здоровья и благополучия новорожденных, детей, подростков, а также членов семьи всех возрастов;

- Дальнейшее совершенствование социально-ориентированной ПМСП с улучшением доступности населения к первичной медицинской помощи: трансформация крупных поликлиник через придание самостоятельности Центрам семейного здоровья, организация индивидуальных и групповых семейных практик – усиление роли частного сектора.

2. Улучшение всеобщего охвата населения услугами ПМСП и обеспечение равного доступа

- Удовлетворение потребностей всего населения в услугах ПМСП по принципу единообразия в городской и сельской местности, поэтапное разукрупнение ПМСП с целью обеспечения всеобщего охвата и равного доступа;

- Обеспечение транспортировки пациентов в близлежащие районы по линии санитарной авиации, использования средств телемедицины и коммуникаций;

- Обеспечение предоставления минимальных, базовых медицинских услуг первичной медицинской помощи: сокращение минимальной нормы численности прикрепленного населения для ВОП.

3. Повышение внимания населения к укреплению своего здоровья, профилактике, скринингам и раннему вмешательству

В рамках данного направления запланирована реализация основных оперативных функций общественного здравоохранения на уровне ПМСП с определением функционала команды ПМСП в части воздействия на социальные детерминанты здоровья прикрепленного населения, профилактику болезней, включая раннее выявление нарушений здоровья, проведение информационно-разъяснительной работы и социальной мобилизации в интересах здоровья, обеспечение постоянного контакта команды ПМСП с прикрепленным населением. Обеспечение солидарности, которая поддерживается на самом высоком политическом уровне: более близкое соответствие первичной медико-санитарной помощи с услугами общественного здравоохранения с принятием конкретных мер по продвижению Здоровья для всех (#HealthForAll):

- Внедрение эффективных подходов к ведению хронических неинфекционных заболеваний, поддающихся управлению на уровне ПМСП с участием самих пациентов.

- Обучение медицинских сестер навыкам и умениям здоровье сберегающих технологий, различных оздоровительных практик по формированию здоровой модели поведения у населения.

- Разработка механизмов мотивации и поощрения персонала ПМСП за достижение хороших показателей здоровья населения на участке, за высокопрофессиональные умения в своей практике.

- Разработка механизмов мотивации и поощрения населения за своевременное прохождение профилактических осмотров и скринингов, своевременный учет и наблюдение во время беременности, вакцинацию и иммунопрофилактику (нематериальная бонусная система поощрений);

- Внедрение социальных технологий для оздоровления населения с учетом их индивидуальных потребностей: волонтерство, кружки по интересам, создание инициативных клубов для населения, арт-терапия, трудотерапия, путем межсекторального взаимодействия;

- Совершенствование скрининговых и профилактических осмотров населения с учетом принципов доказательной медицины;

- Совершенствование подходов к определению потребности в оснащении ПМСП;

- Улучшение координации работы в точках соприкосновения совместных компетенций ПМСП со службой общественного здравоохранения по вопросам профилактики заболеваний, укрепления здоровья, коммуникации и социальной мобилизации.

4. Повышение потенциала системы ПМСП

- Укрепление институциональной основы ПМСП;

- Расширение и внедрение независимых сестринских практик, оказываемых специалистами сестринского дела уровня прикладного и академического бакалавриата независимо и автономно от врачей;

- Совершенствование потенциала специалистов ПМСП: делегирование компетенций от профильных специалистов к семейным врачам, внедрение независимых сестринских практик;

- Улучшение подходов в работе профильных служб путем интегрирования профилактических услуг, скрининговых обязательств и раннего вмешательства для основных групп ПМСП;

- Создание системы мотивации специалистов ПМСП по конечному результату труда путем совершенствования профессиональных знаний и навыков;

- Подготовка медико-ориентированных

социальных работников, психологов и социально ориентированных медицинских специалистов первичного звена;

- Внедрение резидентуры по специальности «Общая врачебная практика/ семейная медицина»;

- Внедрение социальных технологий с использованием ключевых инструментов (кейс-менеджмент, супервизия) для улучшения качества жизни и социальной активности населения;

- Усиление межсекторального взаимодействия с применением мультидисциплинарного подхода.

5. Цифровизация ПМСП, ориентированная на потребности пациента

Поддерживая использование технологий для достижения целей устойчивого развития и полного охвата населения медицинским страхованием, мы считаем, что 40-летие должно означать новые технологические возможности и их роль в первичном звене здравоохранения.

Казахстан начал Национальную программу под названием «Цифровой Казахстан». Технологии резко меняют медицинскую практику, четвертая промышленная революция (Industry 4.0) несет с собой большие риски, но и огромные ожидания, и документ 1978 года должен быть обновлен, предсказав огромную роль технологий в общественном здравоохранении и ПМСП:

- Повышение ответственности людей за свое здоровье путем внедрения более пациент ориентированных подходов и инструментов, таких как цифровые технологии (мобильные

приложения, программы и др.), позволяющие пациенту получить полный доступ к медицинской помощи на уровне первичного контакта, а также следить за своим здоровьем [7].

- Улучшение интеграции информационных систем ПМСП на основе создания персонифицированных модулей пациентов (электронный паспорт здоровья, безбумажное ведение медицинской документации, обеспечение прозрачности и качества медицинской помощи, а также взаимобмена информацией (между «врач-врач», «врач-пациент»)

- Справочно: Электронный паспорт здоровья сформирует интегрированную информационную среду, обеспечивающую вовлечение и доступ к необходимой информации всех основных субъектов системы здравоохранения: населения, поставщиков медицинских услуг, органов управления. В 2020 году планируется охват электронными паспортами здоровья до 100%.

- Ведение и управление на уровне ПМСП интегрированной комплексной медицинской информации о здоровье каждого прикрепленного гражданина;

- Обеспечение инфраструктуры для электронного здравоохранения [12].

- Следующим шагом станет разработка Экосистемы здоровья – внедрения цифровых технологий не только для лечения пациентов, но и для поддержания и укрепления здоровья. Эти технологии помогут принимать информированные решения, самим оценивать свое состояние здоровья.

Заключение

Таким образом, за последние два десятилетия Казахстан предпринял значительные усилия в реформировании системы здравоохранения, в том числе и развития системы ПМСП. Изменения были ознаменованы как крупными реформами, кардинальными изменениями, так и постепенным внедрением.

Начиная с 2000 года по сегодняшний день разработаны три программы комплексных реформ в здравоохранении, в рамках которых в Казахстане проведены существенные перемены в финансировании и управлении организаций ПМСП, создании социально-ориентированной ПМСП, отвечающей нуждам и потребностям населения, развитию семейной медицины, цифровизации, направленных на повышение качества и медицинских услуг на уровне ПМСП и профессиональное развитие всех специалистов первичного звена.

Ввиду новых мировых вызовов, оказывающих влияние на здоровье населения Казахстана, равенство в получении услуг здравоохранения, усиление роли ПМСП, расширение мероприятий по формированию здорового образа жизни и профилактике заболеваний, повышение солидарной ответственности граждан и государства за свое здоровье становятся еще более важными задачами здравоохранения.

Мы надеемся, что внедрение в нашей стране обязательного социального медицинского страхования, согласно плана Нации, как продолжение реформ в системе здравоохранения, реализация разработанной Концепции ПМСП, запланированные мероприятия по цифровизации здравоохранения обеспечат эффективную и устойчивую систему здравоохранения, основанную на солидарном

участии государства, работодателей и граждан.

Декларация 1978 года все более актуальна в век всеобщего охвата услугами здравоохранения (УНС) [13].

Цели ООН в области устойчивого развития обеспечивают странам прочную основу для разработки национальной политики, направленной на повышение качества жизни всех граждан.

Придерживаясь ЦУР-17, мы сосредоточим внимание на партнерстве Правительств, НПО, средств массовой информации и общественности. Благодаря межотраслевому и межстрановому сотрудничеству в области здравоохранения, профилактике заболеваний и борьбы с ними, мы надеемся, что спасем не только больше жизней,

но и увеличим здоровые годы и качество жизни.

Мы верим, что сегодня, как и 40 лет назад, мировое медицинское сообщество достигнет согласованной политики по дальнейшему прогрессивному развитию, укреплению потенциала первичного звена здравоохранения в поддержании здоровья граждан с учетом современных и будущих вызовов, возможностей и сформирует стратегический документ для целенаправленных мер и действий на последующие годы во всем мире.

Конфликт интересов: коллектив авторов заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. Алма-Атинская Декларация ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи, 1978.-2с.
Alma-Atinskaiia Deklaratsiia VOZ po pervichnoi mediko-sanitarnoi pomoshchi (WHO Alma-Ata Declaration on Primary Health Care) [in Russian], 1978: 2 p.
2. What will the Astana Declaration on Primary Health Care give the world health care. Ted Chayban Interview, 2018. Website. [Cited 10 Oct 2018]. Available from URL: <https://tengrinews.kz/medicine/>.
3. От Алма-Аты к 2000 году - взгляд с половины пути. Сорок первая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения - Рига, СССР, 1988.- 3 с.
Ot Alma-Aty k 2000 godu - vzgliad s poloviny puti (From Alma-Ata to 2000 - a half-way view) [in Russian]. Sorok pervaiia sessiia Vsemirnoi assamblei zdravookhraneniia. Riga, SSSR, 1988: 3 p.
4. О задачах Астанинской декларации по первичной медико-санитарной помощи. Интервью Биртанова Е.А. Электронный ресурс. [Дата обращения: 20 сентября 2018 г.]. URL: <https://informburo.kz/>.
O zadachakh Astaninskoi deklaratsii po pervichnoi mediko-sanitarnoi pomoshchi (On the objectives of the Astana Declaration on Primary Health Care) [in Russian]. Interv'iu Birtanova E.A. Elektronnyi resurs. [Data obrashcheniia: 20 sentiabria 2018 g.]. URL: https://informburo.kz/.
5. Послание Президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаева народу Казахстана. Процветание, безопасность и улучшение благосостояния всех казахстанцев. Алматы. Октябрь, 1997.
Poslanie Prezidenta Respubliki Kazakhstan N.A. Nazarbaeva narodu Kazakhstana. Prosvetanie, bezopasnost' i uluchshenie blagosostoiianiia vsekh kazakhstantsev (Address by the President of the Republic of Kazakhstan NA Nazarbayev to the people of Kazakhstan. Prosperity, security and improving the well-being of all Kazakhstanis) [in Russian]. Almaty. Oktiabr', 1997.
6. Кацага А., Кульжанов М., Караниколов М., Режел В. и др. Системы здравоохранения: время перемен. Европейское региональное бюро ВОЗ / Европейская Обсерватория по системам и политике здравоохранения. - 2012. - 211 с.
Katsaga A., Kul'zhanov M., Karanikolos M., Rechel V. i dr. Sistemy zdravookhraneniia: vremia peremen. Evropeiskoe regional'noe biuro VOZ (Health systems: a time of change. WHO Regional Office for Europe) [in Russian]. Evropeiskaia Observatoriia po sistemam i politike zdravookhraneniia. 2012: 211 p.
7. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении основных направлений развития первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан на 2018-2022 годы: утв. 27 июля 2018 года, №461.
Prikaz Ministra zdravookhraneniia Respubliki Kazakhstan. Ob utverzhdenii osnovnykh napravlenii razvitiia pervichnoi mediko-sanitarnoi pomoshchi v Respublike Kazakhstan na 2018-2022 gody (Order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan. On approval of the main directions of the development of primary health care in the Republic of Kazakhstan for 2018-2022) [in Russian]: utv. 27 iul'ia 2018 goda, №461.
8. Стратулат И.С. Механизм управления организациями первичной медико-санитарной помощи (ПМСП): проблемы и перспективы развития. Алматы, 2009.- 34 с.
Stratulat I.S. Mekhanizm upravleniia organizatsiiami pervichnoi mediko-sanitarnoi pomoshchi (PMSP): problemy i perspektivy razvitiia (The mechanism of management of organizations of primary health care (PHC): problems and development prospects) [in Russian]. Almaty, 2009: 34 p.
9. Абзалова Р.А. Социальное благополучие и здоровье: теория и практика / Монография. Астана, 2006.
Abzalova R.A. Sotsial'noe blagopoluchie i zdorov'e: teoriia i praktika (Social Well-being and Health: Theory and Practice) [in Russian]. Monografiia. Astana, 2006.
10. Обзор развития системы здравоохранения Казахстана. Республиканский центр развития здравоохранения Министерства здравоохранения РК, Астана.- 2018.- 55 с.
Obzor razvitiia sistemy zdravookhraneniia Kazakhstana (Overview of the development of the healthcare system in Kazakhstan) [in Russian]. Respublikanskii tsentr razvitiia zdravookhraneniia Ministerstva zdravookhraneniia RK,

Astana. 2018: 55 p.

11. Измухамбетов Т.А. Итоговый отчет по реализации государственного социального заказа по формированию ЗОЖ на тему: «Создание комитетов общественного здравоохранения» г. Алматы, как механизм дальнейшего развития общественного здравоохранения, Алматы, 2017.

Izmukhambetov T.A. Itogovyi otchet po realizatsii gosudarstvennogo sotsial'nogo zakaza po formirovaniu ZOZh na temu: «Sozдание komitetov obshchestvennogo zdravookhraneniia» g. Almaty, kak mekhanizm dal'neishego razvitiia obshchestvennogo zdravookhraneniia (The final report on the implementation of the state social order on the formation of a healthy lifestyle on the topic: "Creating public health committees" in Almaty, as a mechanism for further development of public health) [in Russian], Almaty, 2017.

12. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении Концепции развития электронного здравоохранения на 2013 – 2020 годы: утв. 03 сентября 2013 года, №498.

Prikaz i.o. Ministra zdravookhraneniia Respubliki Kazakhstan. Ob utverzhdenii Kontseptsii razvitiia elektronного zdravookhraneniia na 2013 – 2020 gody (The order of the acting Minister of Health of the Republic of Kazakhstan. On approval of the e-Health Development Concept for 2013 - 2020) [in Russian]: utv. 03 sentiabria 2013 goda, №498.

13. World Health Organization From primary health care to universal coverage – the «affordable dream», Website. [Cited 10 Sep 2018]. Available from URL: <https://www.who.int/publications/10-year-review/universal-coverage/>.

Received: 2019-02-15

Accepted: 2019-03-12

UDC 616.61; 616.6; 614; 614.2; 614.33



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Medical and social aspects of the incidence of glaucoma (literature review)

Zakira Kerimbayeva¹, Guliya Nurgazina², Taisia Gisemann³

¹ Head of the Department of pharmacology, pharmacotherapy and clinical pharmacology of South Kazakhstan State Academy, Shymkent, Kazakhstan

² Head of the Institute of Public Health, Central Asian University of Public Health, Nur-Sultan, Kazakhstan

³ Ophthalmologist of the Ophthalmological Center of Konovalov, Almaty, Kazakhstan

Abstract

The article presents the trends in the incidence of glaucoma as a medical and social problem of modern health care. The increase in the incidence of glaucoma in the world, leading to disability, significant financial costs of treatment include glaucoma as a socially significant disease. The growing dynamics of the incidence of glaucoma in the Republic of Kazakhstan indicates the need to strengthen measures to prevent glaucoma.

Keywords: glaucoma, disease, blindness, preventive medicine.

Corresponding author: Zakira Kerimbayeva, Head of the Department of Pharmacology, Pharmacotherapy and Clinical Pharmacology, South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent, Kazakhstan.

Postal code: 160000

Address: Al-Farabi Square, 1. Shymkent, Kazakhstan.

Phone: +7 702 979 99 76

E-mail: zakira.k@mail.ru.

Глаукомамен сырқаттанушылықтың медициналық-әлеуметтік аспектілері (әдеби шолу)

Керімбаева З.А.¹, Нұрғазина Г.К.², Гиземан Т.КМ.³

¹ Фармакология, фармакотерапия және клиникалық фармакология кафедрасының меңгерушісі, Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент, Қазақстан Республикасы

² Орталық Азия қоғамдық денсаулық университетінің жанындағы Қоғамдық денсаулық сақтау институтының директоры, Нұр-Сұлтан, Қазақстан

³ Коновалов офтальмологиялық орталығының дәрігер - офтальмологы, Алматы, Қазақстан

Түйіндеме

Мақалада глаукомамен аурушаңдық тенденциялары қазіргі денсаулық сақтаудың медициналық-әлеуметтік мәселесі ретінде берілген. Мүгедектікке, емдеуде қаражаттың едәуір шығынына алып келетін глаукомамен аурушаңдықтың өсуі оны әлеуметтік маңызды ауруларға жатқызады. Қазақстан Республикасында глаукомамен аурушаңдықтың көрсеткіштерінің өсіп келе жатқан серпіні глаукоманың алдын алу жөніндегі шараларды күшейту қажеттігін куәландырады.

Кілтті сөздер: глаукома, аурушаңдық, соқырлық, профилактикалық медицина.

Медико-социальные аспекты заболеваемости населения глаукомой (обзор литературы)

Керимбаева З.А.¹, Нургазина Г.К.², Гиземан Т.КМ.³

¹ Заведующая кафедрой фармакологии, фармакотерапии и клинической фармакологии Южно-Казахстанской медицинской академии, Шымкент, Казахстан

² Директор Института общественного здравоохранения при Центрально - Азиатском университете общественного здравоохранения, Нур-Султан, Казахстан

³ Врач-офтальмолог Офтальмологического центра Коновалова, Алматы, Казахстан

Резюме

В статье представлены тенденции заболеваемости глаукомой как медико-социальная проблема современного здравоохранения. Рост заболеваемости глаукомой в мире, приводящее к инвалидности, значимые финансовые затраты на лечение относят глаукому к социально значимым болезням. Растущая динамика показателей заболеваемости глаукомой в Республике Казахстан свидетельствует о необходимости усиления мер по профилактике глаукомы.

Ключевые слова: глаукома, заболеваемость, слепота, профилактическая медицина.

Введение

Здоровье населения - основа демографического потенциала общества, характеризуется комплексом различных показателей [1]. Установлено, что характеристики факторов заболеваемости и инвалидности по зрению служат одними из показателей, характеризующими здоровье населения и изменений, происходящих в системе здравоохранения. Охрана зрения, борьба со слепотой и слабовидением относятся к числу основных медико-социальных проблем, что обусловлено высокой распространенностью слепоты у людей трудоспособного возраста [2]. В настоящее время глаукома становится одной из значимых медико-социальных проблем современности. По данным Quigley H.A., Broman A.T. глаукома является основной причиной слепоты в мире. В 2010 году согласно оценкам отмечалось

около 60,5 миллионов человек, страдающих глаукомой. Во всем мире в 2013 г. число пациентов в возрасте 40- 80 лет с глаукомой составило 64,3 млн. человек. Количество пациентов глаукомой по прогнозам в 2020 году достигнет 76,0 млн. и в 2040 году - 111,8 млн. [3]. Также тревожным фактором является то, что сегодня более 5 млн. слабовидящие и 1,5 млн. и из них слепые дети. По данным Quigley H.A. et.al. число пациентов в мире с глаукомой составляет 66 млн. человек, кроме того половина из пациентов люди трудоспособного возраста [2]. Либман Е.С. и др. считают, что количество ослепших от глаукомы в мире варьирует от 5,2 до 9,1 млн. человек [4,5].

Цель исследования: изучить тенденции заболеваемости глаукомой в Республике Казахстан.

Проблемы глаукомы в мире и странах СНГ

Общая заболеваемость населения глаукомой увеличивается с возрастом, это связано возрастными изменениями дренажной системы глаза. По данным различных исследований, распространенность первичной открытоугольной глаукомы в возрасте до 59 лет составляет 0,88 на 1000 человек, у людей от 60 до 69 - 6,44. У пациентов 70 лет и старше заболеваемость глаукомой увеличивается до 17,3 [6,7]. В настоящее время среди незрячих лиц старшей возрастной группы, инвалидность вследствие глаукомы находится на первом месте. Неуклонный рост заболеваемости глаукомой, прогрессирующее ухудшение зрительных функций, приводящее

к инвалидности и потере работоспособности, существенные финансовые затраты на лечение относят глаукому к социально значимым болезням, диктуют острую необходимость повышения качества и доступности медицинской помощи населению [8,9].

В Российской Федерации доля глаукомы в нозологической структуре слабовидения и слепоты возросла с 14% до 29% [5]. В 2011 году в России число слабовидящих и слепых составило около 218 тысяч человек, уровень слабовидения и слепоты составил 19,1 на 10 тысяч населения [4]. В других странах содружества независимых государств аналогичные данные свидетельствуют

о положении глаукомы как проблемы общественного здравоохранения.

В Узбекистане заболеваемость глаукомой среди населения старше 40 лет достигала 1,5-2,5%. Джумагулов О.Д. с соавт., проведя анализ 8 тысяч больных с глаукомой всех областей Кыргызской республики за период 1989-2008гг., установили тенденцию роста распространенности

Проблемы глаукомы в Казахстане

По данным казахстанских авторов, распространенность глаукомы в республике колеблется в пределах 1,16-2,47%, в структуре первичной инвалидности по зрению инвалидность составляет 5,9% и занимает пятое ранговое место [11, 12]. В Казахстане, как во всем мире, глаукома является одной из ведущих причин слабовидения и слепоты. Уровень первичной инвалидности вследствие глаукомы неуклонно растет. Также она выходит на первое место среди причин инвалидности по зрению и слепоты [11]. По данным Бекбасовой А.Ж. в основном глаукомой заболевают в возрасте 45-50 лет и заболеваемость составляет 0,1%. В 2016 г. она достигнет 1%, а к 70 годам достигнет 4-5% и к 80 года -12% [13].

В связи с этим борьба с глаукомой является государственной задачей, для решения которой необходимо проведение активных и широких мер по ее своевременной диагностике и лечению. Роль практикующего врача в этом процессе является ключевой.

Сегодня переход экономики Республики Казахстан на рыночные отношения способствовал развитию рынка медицинских услуг, появления в стране медицинских организаций различных правовых форм собственности, также обусловил стремительное развитие сектора офтальмологической помощи. Из литературных данных известно, что патология зрения среди населения в ходе профилактических осмотров выявляется у каждого второго жителя страны [13].

Состояние проблемы глазной инвалидности, изучение, повышение доступности информации о причинах и показателях инвалидности вследствие заболеваний глаз и их придаточного аппарата также является актуальным. В трудах ученых [14,15] отмечено, что отсутствие информации, характеризующей окружающую среду, показатели здоровья населения, образ жизни, не всегда позволяют организовать полноценную работу системы здравоохранения, и эффективное управление здоровьем населения, что и обусловило актуальность нашего исследования.

Нами были изучены показатели заболеваемости глаукомой за период в 2013-2017гг. Показатели заболеваемости рассчитаны на 100 тыс. взрослого населения. Проанализированы статистические материалы статистического сборника здоровья населения РК за исследуемые

годы по общей и первичной заболеваемости населения, удельный вес глаукомы в структуре болезни глаз и его придатков. Нами определены направления тренда изучаемых явлений. Изучение уровней заболеваемости глаукомой были вычленены для углубленного анализа показатели заболеваемости глаукомой взрослого населения (18 лет и старше). Анализ динамики заболеваемости с впервые установленным диагнозом заболеваемости глаукомой за 2013-2017 годы выявил, что в целом по республике и ЮКО отмечается увеличение в 1,0 раза и 1,6 раза соответственно

годы по общей и первичной заболеваемости населения, удельный вес глаукомы в структуре болезни глаз и его придатков. Нами определены направления тренда изучаемых явлений. Изучение уровней заболеваемости глаукомой были вычленены для углубленного анализа показатели заболеваемости глаукомой взрослого населения (18 лет и старше). Анализ динамики заболеваемости с впервые установленным диагнозом заболеваемости глаукомой за 2013-2017 годы выявил, что в целом по республике и ЮКО отмечается увеличение в 1,0 раза и 1,6 раза соответственно

В нашем исследовании в целом по республике заболевания глаукомой взрослого населения с впервые установленным диагнозом было в 2013 г. 101,4 на 100 тыс. населения. При этом, выше среднереспубликанского показателя имело место в Атырауской – 139,5, Кызылординской – 121,5, Южно-Казахстанской – 187,6, Павлодарской – 102,4, Северо-Казахстанской – 118,1 областях и в г. Нур-Султан – 148,0, г. Алматы – 128,2. Ниже среднереспубликанского значения изучаемый показатель был в Акмолинской – 60,3, Актюбинской – 66,3, Алматинской – 48,6, Западно-Казахстанской – 49,8, Жамбылской – 62,1, Карагандинской – 77,6, Костанайской – 98,0, Мангыстауской – 76,0, Восточно-Казахстанской областях – 71,9 на 100 тыс. населения.

Анализ результатов, выявил, что в 2013-2017 гг. показатель заболеваемости глаукомой вырос в среднем по республике на 20,3%, а в ЮКО увеличился на 7,1%, при значении выше республиканского. Изучение динамики заболеваемости глаукомой установило, что имеется место уменьшения показателя в Кустанайской, Павлодарской и Карагандинской областях в динамике на 3,4%, 20,5% и 1,6% соответственно.

Наши данные выявили, что тенденции к повышению показателя имеется в Акмолинской, Актюбинской, Алматинской, Атырауской, Западно-Казахстанской, Жамбылской, Кызылординской, Мангыстауской, Южно-Казахстанской Северо-Казахстанской, Восточно-Казахстанской областях и в городах Астана и Алматы.

Эпидемиологический стабильный и неуклонный рост заболеваемости глаукомой в регионе согласуется с подобной тенденцией по РК. Таким образом, полученные результаты

свидетельствуют о распространенности заболеваний глаукомой и данный показатель всего областного населения региона в динамике вырос на 7,1%.

Таким образом, согласно полученным результатам исследования в Казахстане сформировалась тенденция к увеличению заболеваемости глаукомой. В ходе проведенного исследования нами отмечилось ухудшение эпидемиологической ситуации по глаукоме в Казахстане.

Полученные нами результаты, свидетельствующие о состоянии здоровья всего населения указывают, что одно лишь расширение охвата всего населения медицинской помощью без радикального улучшения ее качества, доступности и эффективного внедрения инновационных организационных и медицинских технологий, не может обеспечить существенных

успехов в борьбе с заболеваемостью глаукомой, что указывает на поиск новых рациональных механизмов организации медицинской помощи. Установленная негативная динамика показателей заболеваемости глаукомой по ЮКО свидетельствует о необходимости усиления мер по первичной и вторичной профилактики глаукомы, также нужна профилактическая работа среди населения, здесь важно использовать средства массовой информации для разъяснения больному сути заболевания и для привлечения внимания к вопросу раннего выявления глаукомы. Таким образом, выявленные тенденции заболеваемости глаукомой должны учитываться при формировании и мониторинговании диспансерных групп наблюдения по поликлинике и профилактика слабосвидения и слепоты от глаукомы должно вестись по направлениям государственном и региональных уровнях.

Выводы

Проблемы офтальмологической помощи населению сегодня продолжают оставаться одной из основных социально-ориентированных задач отечественного здравоохранения. На современном этапе проведение анализа качества организации

и доступности офтальмологической помощи является актуальным исследованием.

Конфликт интересов: коллектив авторов заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. Лисицин Ю.П., Улумбекова Г.Э. *Общественное здоровье и здравоохранение*. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2011. - 544 с.
2. Lisicin Yu.P., Ulumbekova G.E. *Obschestvennoe zdorov'e i zdavoohranenie (Public health and healthcare) [in Russian]*. M.: GEOTAR-MED, 2011: 544 p.
3. Quigley N.A., Vitole S., et.al. *Models of open-angle glaucoma prevalence and incidence in the United States. Invest. Ophthalmol.VIS.sCI*. 1997; 38: 83-91.
4. Guigley H.A., Broman A.T. *The number of people with glaucoma worldwide in 2012 and 2020. The British Journal of Ophthalmology*. 2006; 90 (3): 262-267.
5. Либман Е.С., Чумаева У.А. *Комплексная оценка распространенности глаукомы // Матер. Всеросс. Науч-практ.конф. Глаукома на рубеже тысячелетий: итоги и перспективы*. - М.-1999. -С.303-306.
6. Libman E.S., Chumaeva U.A. *Kompleksnaya ocenka rasprostranennosti glaukomy (Comprehensive assessment of the prevalence of glaucoma) [in Russian]. Mater. Vseross. Nauch-prakt.konf. Glaukoma na rubezhe tysyachiletii: itogi i perspektivy*. M.1999: 303-306.
7. Либман Е.С., Шахова Е.В. *Состояние и динамика слепоты и инвалидности вследствие патологии органа зрения в России // Тез. Докладов. 7-ой Съезд офтальмологов*. М. - 2000.-Ч.2. -С. 209-215.
8. Libman E.S., Shahova E.V. *Sostoyanie i dinamika slepoty i invalidnosti vsledstvie patologii organa zreniya v Rossii (The state and dynamics of blindness and disability due to pathology of the organ of vision in Russia) [in Russian]. Tez. Dokladov. 7-oy S'ezd oftal'mologov*. M.2000; 2: 209-215.
9. Глаукома. *Национальное руководство / под редакцией Е.А. Егорова*. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 824 с.
10. Glaukoma. *Nacional'noe rukovodstvo (Glaucoma. National leadership) [in Russian]. pod redakciey E.A. Egorova*. - М.: GEOTAR-Media, 2013. - 824 s .
11. Алексеев В.Н. Мартынова Е.Б., Садков В.И. *Клиникоэкспериментальное изучение глаукомной нейроретинопатии // Клиническая офтальмология*. - 2003. - Т. 4. - №. 2. - С. 73-75.
12. Alekseev V.N. Martynova E.B., Sadkov V.I. *Klinikoeksperimental'noe izuchenie glaukomnoi neuroretinopatii (Clinical and experimental study of glaucoma neuroretinopathy) [in Russian]. Klinicheskaya oftal'mologiya*. 2003; 4 (2): 73-75.
13. Рогачев И.Н. *Клинико-экспериментальное обоснование комбинированного лечения нестабилизированной первичной открытоугольной глаукомы // автореф. дис... канд. мед. наук- Красноярск, 2012. - 26 с.*
14. Rogachev, I.N. *Kliniko-eksperimental'noe obosnovanie kombinirovannogo lecheniya nestabilizirovannoy pervichnoy otkrytougol'noy glaukomy [in Russian]. avtoref. dis... kand. med. nauk- Krasnoyarsk, 2012. - 26 s.*
15. Тугуши О.А., Шляпужникова А.В. *Некоторые социальные проблемы глаукомы // Клиническая геронтология*. - 2004. - № 10. - С. 38-39.
16. Tugushi O.A., Shlyapuzhnikova A.V. *Nekotorye social'nye problemy glaukomy (Some social problems of glaucoma) [in Russian]. Klinicheskaya gerontologiya*. 2004;10: 38-39.

10. Киселева О.А., Робустова О.В., Бессмертный А.М., Захарова Е.К., Авдеев Р.В. Распространенность первичной глаукомы у представителей разных рас и этнических групп в России и странах СНГ // *Офтальмология*, 2013.- Том 10.- №4.- С. 11-15.

Kiseleva O.A., Robustova O.V., Bessmertnyy A.M., Zaharova E.K., Avdeev R.V. Rasprostranennost' pervichnoy glaukomy u predstaviteley raznykh ras i etnicheskikh grupp v Rossii i stranah SNG (The prevalence of primary glaucoma in representatives of different races and ethnic groups in Russia and the CIS countries) [in Russian]. *Oftal'mologiya*, 2013; 10(4): 11-15.

11. Ботабекова Т.К., Краморенко Ю.С., Исламова С.У. Динамика инвалидности вследствие глаукомы в Республике Казахстан // *Мат. Научн. Конгресса офтальмологов, посвященного 75-летию Казахского НИИ глазных болезней Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения глазных болезней. Алматы.- 2008. -25-26 сентябрь. – С. 104-107.*

Botabekova T.K., Kramorenko Yu.S., Islamova S.U. Dinamika invalidnosti vsledstvie glaukomy v Respublike Kazahstan (The dynamics of disability due to glaucoma in the Republic of Kazakhstan) [in Russian]. *Mat. Nauchn. Kongressa oftol'mologov, posvyaschennogo 75-letiyu Kazahskogo NII glaznykh bolezney Aktual'nye voprosy kliniki, diagnostiki i lecheniya glaznykh bolezney. Almaty. 2008: 104-107.*

12. Ботабекова Т.К., Краморенко Ю.С., Алдашева Н.А. Менеджмент качества в офтальмологии // *Қазақстан офтальмологиялық журналы. 2016. – № 3-4. – С. 7-10.*

Botabekova T.K., Kramorenko Yu.S., Aldasheva N.A. Menedzhment kachestva v oftal'mologii (Quality Management in Ophthalmology) [in Russian]. *Kazakstan oftal'mologiyalyk zhurnaly.- 2016; 3-4: 7-10.*

13. Бекбасова А.Ж. Определение частоты выявления больных глаукомой на амбулаторном приеме врачом-офтальмологом // *Мат. Научн. Конгресса офтальмологов, посвященного 75-летию Казахского НИИ глазных болезней Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения глазных болезней. Алматы.- 2008. - 25-26 сентябрь. – С. 81-84.*

Bekbasova A.Zh. Opredelenie chastoty vyyavleniya bol'nykh glaukomoy na ambulatornom prieme vrachom-oftal'mologom (Determining the frequency of detection of patients with glaucoma on an outpatient basis by an ophthalmologist) [in Russian]. *Mat. Nauchn. Kongressa oftol'mologov, posvyaschennogo 75-letiyu Kazahskogo NII glaznykh bolezney Aktual'nye voprosy kliniki, diagnostiki i lecheniya glaznykh bolezney. Almaty. 2008: 81-84.*

14. Курбанов С.А. Особенности качества жизни при первичной открытоугольной глаукоме: дисс. канд. мед. наук: 14.01.07 - Красноярск, 2014.- 128 с.

Kurbanov S.A. Osobennosti kachestva zhizni pri pervichnoy otkrytougol'noy glaukome (Features of the quality of life in primary open-angle glaucoma) [in Russian]: *diss. kand. med. nauk, 2014: 128 p.*

15. Захарова Е.К. Оптимизация медицинской помощи больным первичной глаукомой в Республике Саха (Якутия). Автореф. ... дисс. канд.мед. наук., 2014.- 28 с.

Zaharova E.K. Optimizaciya medicinskoj pomoschi bol'nym pervichnoy glaukomoy v Respublike Saha (Yakutiya) (Optimization of medical care for patients with primary glaucoma in the Republic of Sakha (Yakutia)) [in Russian]. *Avtoref. ...diss.na kan.med. nauk 2014: 28 p.*

Received: 2019-01-14
Accepted: 2019-02-28
UDC: 613.95/.96



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Review of conduction of the national study for School Children's health behavior, its results and prospects

Botagoz Tultaeva

Chief Specialist of the Department of Science and Professional Development, National Center for Public Health, National Center of Public Health of the Ministry of Healthcare of the Republic of Kazakhstan, Nur-Sultan, Kazakhstan

Abstract

The article provides a review of literary sources on conducting a national study of schoolchildren's behavior in relation to their health, considers its results and future prospects, studies the activities of the European Bureau of the World Health Organization in the framework of the "Health Behavior in School-Aged Children" project.

Keywords: health of schoolchildren, adolescent behavior, a survey of schoolchildren, Health Behavior in School-Aged Children, Kazakhstan.

*Corresponding author: Botagoz Tultaeva, Chief Specialist of the Department of Science and Professional Development, National Center of Public Health, National Center for Public Health of the Ministry of Healthcare of the Republic of Kazakhstan, Nur-Sultan, Kazakhstan
Address: Kazakhstan, Astana city, Mangilik El 8 Ave., House of Ministries entrance 18B
Tel.: +7 (7172) 95-41-05
E-mail: bo_nita@mail.ru*

Оқушылардың өз денсаулығына қатысты мінез-құлқын ұлттық зерттеу және оның нәтижелері мен болашағына шолу

Тултаева Б.С.

Ғылым мен кәсіби даму бөлімінің бас маманы, Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігінің Қоғамдық денсаулық сақтау ұлттық орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан

Түйіндеме

Мақалада мектеп оқушыларының өз денсаулығына қатысты мінез-құлқын ұлттық зерттеу және оның нәтижелері мен болашағына шолу жасалды. Сонымен қатар Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының еуропалық бюросының «Health Behaviour in School-Aged Children» жобасының аясында жүргізген жұмысы зерттелді.

Кілтті сөздер: мектеп оқушыларының денсаулығы, жеткіншектердің мінез-құлық, оқушылар арасындағы сауалнама, Health Behaviour in School-Aged Children, Қазақстан.

Обзор проведения национального исследования поведения школьников относительно своего здоровья, его результатов и перспектив

Тултаева Б.С.

Главный специалист отдела науки и профессионального развития, Национальный центр общественного здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан, Нур-Султан, Казахстан

Резюме

В статье проведен обзор литературных источников по проведению национального исследования поведения школьников относительно своего здоровья, рассмотрены его результаты и дальнейшие перспективы, изучена деятельность Европейского бюро Всемирной организации здравоохранения в рамках проекта «Health Behaviour in School-Aged Children».

Ключевые слова: здоровье школьников, поведение подростков, опрос школьников, Health Behaviour in School-Aged Children, Казахстан.

Введение

Здоровье детей и подростков является одной из важных задач для каждого общества. В детском и подростковом. возрасте закладываются основы здоровья и поведения в отношении здоровья, которые влияют на здоровье и развитие заболеваний во взрослом состоянии. За последние десятилетия достигнут большой прогресс в отношении улучшения здоровья и развития детей и подростков [1].

Подростковый возраст, по критериям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), охватывает период жизни от 10 до 19 лет. Дети в период между 11 и 15 годами испытывают множество нагрузок и проблем, в том числе изменяющиеся социальные взаимоотношения в семье и со сверстниками, возрастающие

ожидания от их успеваемости в школе, а также физиологические и эмоциональные перемены, связанные с половым созреванием [2].

Для детального анализа состояния заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами у школьников, а также для принятия адекватных мер на государственном уровне ВОЗ инициировала международное исследование, с 1982 года один раз в 4 года проводимое во многих странах и регионах Восточной и Западной Европы, Азии и Северной Америки «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» («Health Behaviour in School-Aged Children», далее – HBSC) [3].

Основная часть

Международные отчеты предоставляют наиболее всестороннюю из существующих в мировом масштабе картину состояния здоровья и благополучия подростков.

Цель исследования HBSC состоит в том, чтобы, используя данные на национальном и международном уровнях:

- получить более полное представление о состоянии здоровья и благополучии молодого поколения;
- лучше понять социальные детерминанты здоровья;
- предоставить информацию для корректировки политики и практики с целью улучшения жизни подростков.

Данные собираются во всех участвующих

в проекте странах и областях путем проведения исследований на базе школ с использованием общего протокола международного научного исследования [4].

Инструментом обследования является стандартная анкета, разработанная международной научно-исследовательской сетью. Анкета состоит из набора обязательных пунктов, которые каждая страна или область должны использовать для того, чтобы было легче собрать общую для всех совокупность одних и тех же данных [5].

После проведения в 2014 году пилотного исследования HBSC в Актюбинской области и в 2015 году Кызылординской и Мангистауской областях, Казахстан в 2016 году стал 45-й страной - ассоциированным членом исследовательской

сети «Исследование поведения в отношении детей школьного возраста» (HBSC).

Войдя в международную сеть HBSC, Казахстан получил возможность использовать международные стандарты и протоколы по изучению поведения подростков в отношении своего здоровья. Данное исследование было включено в государственный проект программно-целевого финансирования на 2017-2019 годы, и его результаты имеют большое значение для активного выявления неблагоприятных факторов, влияющих на формирование состояния здоровья подрастающего поколения [6].

Исследование, которое проводит РГП на ПХВ «Национальный центр общественного здравоохранения» концентрируется на анализе более 60 показателей, включенных в 4 блока: «социальное окружение» (семья, сверстники, школа), «показатели здоровья» (самооценка здоровья, травмы, требующие медицинского вмешательства, вес тела), «формы поведения в отношении здоровья» (пищевое поведение, гигиена полости рта, энерготраты), «формы поведения, сопряженные с риском» (табакокурение, потребление алкоголя и конопли, сексуальное поведение, агрессивное поведение) [5].

Разработаны национальные показатели мониторинга поведения школьников, связанного со здоровьем и качеством жизни, которые являются индикаторами для измерения исходного состояния и прогресса в достижении согласованных целей укреплению здоровья подростков и профилактики неинфекционных заболеваний.

Несмотря на неоднозначное отношение детей, родителей и преподавателей в силу разных причин (личные, не нравятся вопросы, не видят причин, не хотят, некорректные вопросы, недостаточная поддержка местных исполнительных органов), в целом, школы поддержали опрос. Вопросы о киберзапугивании, ванной, посудомоечной машине, знании своего веса и роста немного смутили детей в силу социальных, экономических, психологических факторов, на помощь приходили учителя и школьные медсестры [7, 8].

Всего в выборке национального исследования было 7472 школьника по РК, в исследовании приняли участие 6548 детей: 48,9% мальчиков и 51,1% девочек; городских респондентов 53,6%, сельских – 46,4%. 508 детей отсутствовало, 416 детей или их родители отказались от участия в исследовании. Доля ответивших составила 87,6%.

Из всех показателей поведения подростков к своему здоровью наиболее важным считается пищевое поведение, гигиена полости рта, энерготраты.

Употребление фруктов, овощей,

регулярность завтраков характеризует более полноценное питание, более высокий уровень потребления питательных веществ, способствует росту и интеллектуальному развитию, к более низкому уровню жировой массы тела и формирует потребность употреблять их во взрослой жизни.

Каждый день недели завтракает только 53,3% подростков, и по мере взросления процент детей ежедневно употребляющих завтрак снижается с 57,3% в 11лет, до 55,1% в 15 лет и до 47,7% в 15 лет.

С возрастом наблюдается и снижение потребления подростками фруктов: среди 11 летних детей только 40,8% (38,8% мальчиков и 42,9% девочек), 40,5% 13 летних (39,0% мальчиков и 42,3% девочек), 33,6% 15 летних подростков (30,3% мальчиков и 36,8% девочек) употребляют фрукты ежедневно. С овощами картина идентична: 43,6% подростков (мальчиков 40,7%, девочек 46,4%).

Совместный прием пищи в совокупности с показателем ежедневного приема пищи в семье составил 92,6%.

Чаще чем один раз в день чистят зубы 49,1%, девочки 53,5%, мальчики 44,8%. С увеличением возраста этот показатель возрастает от 49,0% в 11 лет до 50,5% в 15 лет. 50,4% подростков сообщали, что за последнюю неделю они были физически активными (от умеренной до высокой интенсивности физическая нагрузка) 3-6 дней, 34,0% соответственно 7 дней в неделю. Большинство подростков отмечают, что энергичные (до пота и трудного дыхания) физические нагрузки испытывают чаще три дня в неделю 25,3%, один день 24,5% и два дня 19,7% соответственно [8].

Немаловажный показатель для подростка это внешкольное, внеурочное время. По будням 2 часа и более смотрят телевизор 46,2% подростков, мальчиков 47,7%, девочек 44,2%. С увеличением возраста число детей сидящих у телевизора в будние дни возрастает без различий пола и равняется 52,7% (мальчиков 51,5%, девочек 53,9%). 27,6% подростков играют более 2 часов в день на компьютере, игровой приставке, планшете, смартфоне и т.п. Мальчиков среди них больше 32,9%, чем девочек 22,3%. За компьютером, планшетом, смартфоном или другим электронным устройством более 2 часов в день проводят 25,9% подростков, причем показатель девочек составляет 27,0%, а мальчиков меньше 24,9% [9 - 12].

По данным исследования было выявлено, что табакокурение тесно связано с выбором других форм рискованного поведения: курящие подростки достоверно чаще употребляют спиртные напитки (44,7%), чем некурящие (4,6%), $p < 0,001$. Риски развития фактора табакокурения по результатам

исследования оказались высоки среди детей, подвергающихся пассивному курению [13].

Распространенность еженедельного курения (2,5%) выше среди мальчиков по сравнению с девочками ($p < 0,02$). 6,5% мальчиков употребляли какой-либо алкогольный напиток по крайней мере раз в месяц. Имели два и более случая опьянения 3,1% мальчиков. 44% мальчиков получали травмы, требующие медицинского вмешательства за последние 12 месяцев, что значительно больше, чем среди девочек (30,1%) ($p < 0,001$). Чаще всего дети получали травмы дома или во дворе, в 24,3% случаев. Дралась три раза или чаще за последние 12 месяцев 18,1% мальчиков 11-15 лет, что значительно больше по сравнению с девочками - 2,5% ($p < 0,001$). С возрастом распространенность драк среди мальчиков сокращается, с 24,1% в 11 лет до 13,8% в 15 лет ($p < 0,01$). 9,4% мальчиков подвергались буллингу со стороны сверстников не менее двух раз за последние 2 месяца [14].

Одна из задач исследования заключается в определении показателя субъективного благополучия детей и подростков (индекс общего самочувствия, разработанный Всемирной организацией ВОЗ (ВОЗ-5), составляющими которого являются степень их бодрости и хорошего настроения, чувства спокойствия и расслабленности, активности и энергичности за последние две недели, которые индексируются по шкале Ликерта. Лестница представлена 11 ступенями (от 0 до 10). Респонденты отмечали ту ступень, которая, по их мнению, соответствует их уровню удовлетворенности жизнью. Значительное большинство детей (91,0%) – давали высокую оценку, 9,0% - дали низкую оценку [15].

Изучение вопроса о субъективной оценке массы своего тела показало, что «худым или немного худым» себя считает каждый пятый школьник (20,6%), «нормальным» - 68,4%, «немного полным или очень полным» - 11,0% детей. Дети оценивают себя худыми чаще в возрастной группе 11 лет, чем подростки 15 лет.

Сексуальное здоровье. Вопросы задавались только 15-летним детям. Когда-либо вступали в сексуальные отношения 7,0% подростков, в основном мальчики 13,9%, девочки - 0,5% [8].

Полученные данные на региональном уровне позволят усилить взаимодействие всех заинтересованных сторон по вопросам создания здоровьесберегающей среды в организациях образования и в семье.

Многочисленные публикации по проведению национального исследования отмечают, что любопытный ум подростка в сочетании с потребностью в проверке гипотез, экспериментировании и особенностями восприятия, требует особого и целенаправленного подхода к подаче информации о вреде курения

и других рисках. Необходимо добиваться максимального привлечения школьников к мероприятиям по пропаганде ЗОЖ, стремиться к тому, чтобы подросток научился адекватно и самостоятельно осознавать значимость проблемы, связанной с рискованной и здоровьеразрушающим поведением. Немаловажное значение имеет и вопрос, касающийся пассивного курения, здесь также необходима эффективная работа с окружением школьника, прежде всего с родителями, так как зачастую имеет место проблема, когда родители курят в присутствии ребенка. Изучение факторов, способствующих приобщению к табакокурению в подростковом возрасте, является особенно важным для организаций, ответственных за разработку профилактических программ, направленных, прежде всего на предотвращение первого опыта курения и, тем более, на предотвращение формирования модели регулярного курения [16].

Результаты исследования нашли свое продолжение в дальнейшем национальном мониторинге по данным показателям. На сегодняшний момент акцент ставится на следующих аспектах:

1. Здоровье и образ жизни детей и подростков в Республике Казахстан вызывают тревогу и требуют повышенного внимания всех заинтересованных министерств, ведомств и общественности.

2. В Казахстане существует проблема детей с девиантным поведением, число которых имеет явную тенденцию к росту.

3. Требуется детальный анализ состояния заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами у школьников для принятия адекватных мер на государственном уровне.

4. Несовершенство законодательной базы, отсутствие программ, направленных на таких детей, необразованность в этой области родителей и учителей диктует необходимость создания совместными усилиями специалистов системы образования, здравоохранения, социальных и юридических служб пакета документов, позволяющих решить проблемы детей с девиантным поведением.

5. Необходимо активное привлечение родителей, учителей, специалистов в области здравоохранения и психологии, общественности к реализации всех совместных мероприятий.

Таким образом, разработанные показатели мониторинга поведения школьников, связанного со здоровьем и качеством жизни, основанные на международных стандартах в данной сфере, могут и должны лечь в основу программ по охране здоровья детей и подростков в Республике Казахстан [8].

Выводы

Резюмируя проведенный обзор литературных источников по данной теме, можно говорить о важности для государства в исследованиях отношения детей и подростков к своему здоровью. На сегодняшний день акцент на привитие здоровьесберегающего поведения, укрепление здоровья и пропаганды здорового образа жизни начиная с подрастающего поколения несет национальный характер и применение международного опыта положительно сказывается на качестве и эффективности внедряемых проектов. Немаловажную роль в этом играет и опыт, влияние, заинтересованность

в практическом применении результатов исследования со стороны организаций службы общественного здравоохранения страны.

Итогом первого исследования поведения школьников в отношении своего здоровья в Республике Казахстан, как и итогом научно-технической программы, должно стать внедрение современных технологий формирования здорового образа жизни и самосохранительного поведения школьников, а также диссеминация результатов в школы.

Конфликт интересов: автор статьи заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. Баттакова Ж.Е., Мукашева С.Б., Абдрахманова Ш.З. Европейская стратегия по охране здоровья детей и подростков – основа для действий по усилению мер здравоохранения и других секторов // Медицина. – 2017. – № 8 (182). – С. 2-5.
1. Battakova Zh.E., Mukasheva S.B., Abdrakhmanova Sh.Z. Evropeiskaia strategiiia po okhrane zdorov'ia detei i podrostkov – osnova dlia deistvii po usileniiu mer zdravookhraneniia i drugikh sektorov (European strategy for child and adolescent health - the basis for action to strengthen health care and other sectors) [in Russian]. Meditsina. 2017; 8 (182): 2-5.
2. Баттакова Ж.Е., Мукашева С.Б., Слажнёва Т.И., Абдрахманова Ш.З. и др. Формирование систем национального мониторинга поведения детей школьного возраста, связанного со здоровьем и качеством жизни, в общественном здравоохранении Казахстана // Медицина. – 2018. -№ 9(195). – С. 2-7.
2. Battakova Zh.E., Mukasheva S.B., Slazhneva T.I., Abdrakhmanova Sh.Z. i dr. Formirovanie sistem natsional'nogo monitoringa povedeniia detei shkol'nogo vozrasta, sviazannogo so zdorov'em i kachestvom zhizni, v obshchestvennom zdravookhraneni Kazakhstana (Formation of systems of national monitoring of the behavior of school-age children related to health and quality of life in public health in Kazakhstan) [in Russian]. Meditsina. 2018; 9(195): 2-7.
3. Неравенства в период взросления: гендерные и социально-экономические различия в показателях здоровья и благополучия детей и подростков. Исследование «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья». (HBSC): Международный отчет по результатам исследования 2013/2014 гг. // Политика здравоохранения в отношении детей и подростков. 2016, -№ 7. - 295 с.
3. Neravenstva v period vzrosleniia: gendernye i sotsial'no-ekonomicheskie razlichiiia v pokazateliakh zdorov'ia i blagopoluchiia detei i podrostkov. Issledovanie «Povedenie detei shkol'nogo vozrasta v otnoshenii zdorov'ia». (HBSC): Mezhdunarodnyi otchet po rezul'tatam issledovaniia 2013/2014 gg (Inequalities during adulthood: gender and socio-economic differences in the health and well-being of children and adolescents. Health Behavior of Schoolchildren Study. (HBSC): 2013/2014 International Study Report) [in Russian]. Politika zdravookhraneniia v otnoshenii detei i podrostkov. 2016; 7: 295 p.
4. Здоровье детей и подростков. Исследование HBSC. Европейское бюро Всемирной организации здравоохранения, 2016 [Интернет-ресурс]. Дата обращения: 03 марта 2019 года. URL: <http://www.euro.who.int/ru/>.
4. Zdorov'e detei i podrostkov. Issledovanie HBSC. Evropeiskoe biuro Vsemirnoi organizatsii zdravookhraneniia, 2016 (The health of children and adolescents. HBSC study. World Health Organization European Bureau, 2016). [Internet-resurs. In Russian]. Data obrashcheniia: 03 marta 2019 goda. URL: <http://www.euro.who.int/ru/>.
5. Кучма В.Р. Основы формирования здоровья детей: учебник для медицинских вузов / Ростов-на-Дону: Феникс, 2016. - 319 с.
5. Kuchma V.R. Osnovy formirovaniia zdorov'ia detei: uchebnik dlia meditsinskikh vuzov (Fundamentals of children's health: a textbook for medical schools) [in Russian]. Rostov-na-Donu: Feniks, 2016: 319 p.
6. Abdrakhmanova Sh. Battakova Zh. HBSC 2017-2018 fieldwork experience in Kazakhstan. HBSC Spring meeting Warsaw, Poland, 2018; 21th-23th June: 27.
7. Abdrakhmanova Sh., Battakova Zh., Adayeva A. An association of the level of life satisfaction with self-rated health, looks and economic well-being of 11-15 year old children in Kazakhstan pilot study. HBSC Spring meeting Warsaw, Poland, 2018; 21th-23th June: 33.
8. Баттакова Ж.Е. и др. Методические рекомендации по методологии проведения национального мониторинга поведения школьников, связанного со здоровьем и качеством жизни / Баттакова Ж.Е., Мукашева С.Б., Слажнёва Т.И., Абдрахманова Ш.З., Адаева А.А., Акимбаева А.А. Астана.- 2018.- 24 с.
8. Battakova Zh.E. i dr. Metodicheskie rekomendatsii po metodologii provedeniia natsional'nogo monitoringa povedeniia shkol'nikov, sviazannogo so zdorov'em i kachestvom zhizni (Methodological recommendations on the methodology of conducting national monitoring of schoolchildren's behavior related to health and quality of life) [in Russian] / Battakova Zh.E., Mukasheva S.B., Slazhneva T.I., Abdrakhmanova Sh.Z., Adayeva A.A., Akimbaeva A.A. Astana.-2018: 24 p.

9. Баттакова Ж.Е., Мукашева С.Б., Слажнева Т.И., Абдрахманова Ш.З., Адаева А.А. Избыточная масса тела и ожирение среди детей 9 лет в Кызылординской области Республики Казахстан // *Естественные и технические науки: опыт, проблемы, перспективы* Издательство: Центр научного знания «Логос» (Ставрополь) - 2016. - С. 117-121.

Battakova Zh.E., Mukasheva S.B., Slazhneva T.I., Abdrakhmanova Sh.Z., Adaeva A.A. Izbytochnaia massa tela i ozhirenie sredi detei 9 let v Kyzylordinskoj oblasti Respubliki Kazakhstan (Overweight and obesity among children 9 years old in the Kyzylorda region of the Republic of Kazakhstan) [in Russian]. *Estestvennye i tekhnicheskie nauki: opyt, problemy, perspektivy* Izdatel'stvo: Tsentr nauchnogo znaniia «Logos» (Stavropol'), 2016: 117-121.

10. Баттакова Ж.Е., Мукашева С.Б., Слажнева Т.И., Абдрахманова Ш.З., Адаева А.А. Изучение факторов образа жизни семьи школьников в исследовании избыточной массы тела и ожирения среди детей // *Естественные и технические науки: опыт, проблемы, перспективы* Издательство: Центр научного знания «Логос» (Ставрополь) - 2016. - С. 127-131.

Battakova Zh.E., Mukasheva S.B., Slazhneva T.I., Abdrakhmanova Sh.Z., Adaeva A.A. Izuchenie faktorov obraza zhizni sem'i shkol'nikov v issledovanii izbytochnoi massy tela i ozhireniia sredi detei (The study of lifestyle factors of a family of schoolchildren in the study of overweight and obesity among children) [in Russian]. *Estestvennye i tekhnicheskie nauki: opyt, problemy, perspektivy* Izdatel'stvo: Tsentr nauchnogo znaniia «Logos» (Stavropol'), 2016: 127-131.

11. Баттакова Ж.Е., Мукашева С.Б., Слажнева Т.И., Абдрахманова Ш.З., Адаева А.А. Изучение распространенности избыточной массы тела и ожирения среди детей 9 лет в г.Астана и Республике Казахстан // *Естественные и технические науки: опыт, проблемы, перспективы* Издательство: Центр научного знания «Логос» (Ставрополь) - 2016. - С. 122-126.

Battakova Zh.E., Mukasheva S.B., Slazhneva T.I., Abdrakhmanova Sh.Z., Adaeva A.A. Izuchenie rasprostranennosti izbytochnoi massy tela i ozhireniia sredi detei 9 let v g.Astana i Respublike Kazakhstan (The study of the prevalence of overweight and obesity among children 9 years old in Astana and the Republic of Kazakhstan) [in Russian]. *Estestvennye i tekhnicheskie nauki: opyt, problemy, perspektivy* Izdatel'stvo: Tsentr nauchnogo znaniia «Logos» (Stavropol'), 2016: 122-126.

12. Баттакова Ж.Е., Мукашева С.Б., Абдрахманова Ш.З. Анализ распространенности избыточной массы тела и ожирения среди детей младшего школьного возраста Карагандинской области Республики Казахстан // *Естественные и технические науки: опыт, проблемы, перспективы* Издательство: Центр научного знания «Логос» (Ставрополь) - 2016. - С. 112-116.

Battakova Zh.E., Mukasheva S.B., Abdrakhmanova Sh.Z. Analiz rasprostranennosti izbytochnoi massy tela i ozhireniia sredi detei mladshogo shkol'nogo vozrasta Karagandinskoj oblasti Respubliki Kazakhstan (Analysis of the prevalence of overweight and obesity among primary school children of the Karaganda region of the Republic of Kazakhstan) [in Russian]. *Estestvennye i tekhnicheskie nauki: opyt, problemy, perspektivy* Izdatel'stvo: Tsentr nauchnogo znaniia «Logos» (Stavropol'), 2016: 112-116.

13. Баттакова Ж.Е., Мукашева С.Б., Абдрахманова Ш.З. Баттакова Ж.Е. Показатели пассивного курения среди школьников 13-15 лет в Республике Казахстан // *Sciences of Europe*. 2016 - № 3 (3).- С. 5-7.

Battakova Zh.E., Mukasheva S.B., Abdrakhmanova Sh.Z. Battakova Zh.E. Pokazateli passivnogo kureniiia sredi shkol'nikov 13-15 let v Respublike Kazakhstan (Passive smoking rates among schoolchildren 13-15 years old in the Republic of Kazakhstan) [in Russian]. *Sciences of Europe*. 2016; 3 (3): 5-7.

14. Оналбай А.Т., Баттакова Ж.Е., Абдрахманова Ш.З., Адаева А.А. Табакокурение и потребление алкоголя, драки и буллинг среди мальчиков 11-15 лет // *International student's journal of medicine*. Сб. тезисов «Акановские чтения: актуальные вопросы медицины и здравоохранения». 2018.- Volume 3.- №1.- С. 130.

Onalbai A.T., Battakova Zh.E., Abdrakhmanova Sh.Z., Adaeva A.A. Tabakokureniiie i potreblenie alkogolia, draki i bullying sredi mal'chikov 11-15 let (Tobacco and alcohol consumption, fights and bullying among boys 11-15 years old) [in Russian]. *International student's journal of medicine*. Sb. tezisov «Akanovskie chteniia: aktual'nye voprosy meditsiny i zdravookhraneniia». 2018; 3(1): 130.

15. Баттакова Ж.Е. Мукашева С.Б., Адаева А.А., Абдрахманова Ш.З., Слажнева Т.И. Оценка субъективного эмоционального благополучия среди детей среднего и старшего школьного возраста // *Медицина*. 2018.- №12 (198). – С. 2-7.

Battakova Zh.E. Mukasheva S.B., Adaeva A.A., Abdrakhmanova Sh.Z., Slazhneva T.I. Otsenka sub'ektivnogo emotsional'nogo blagopoluchiia sredi detei srednego i starshego shkol'nogo vozrasta (Assessment of subjective emotional well-being among children of middle and senior school age) [in Russian]. *Meditsina*. 2018; 12 (198): 2-7.

16. Баттакова Ж.Е., Адаева А.А., Абдрахманова Ш.З., Акимбаева А.А. Анализ взаимосвязи табакокурения подростков с поведенческими факторами риска и пассивным курением // X международная научно-практическая конференция *World science: problems and innovations*.- 2017.- 30 мая.- С. 240-245.

Battakova Zh.E., Adaeva A.A., Abdrakhmanova Sh.Z., Akimbaeva A.A. Analiz vzaimosvii tabakokureniiia podrostkov s povedencheskimi faktorami riska i passivnym kureniiem (Analysis of the relationship of tobacco smoking in adolescents with behavioral risk factors and passive smoking) [in Russian]. X mezhdunarodnaia nauchno-prakticheskaia konferentsiia *World science: problems and innovations*. 2017; 30 maia: 240-245.

Received: 2018-01-24
Accepted: 2019-01-08
UDC: 616-089.23; 616-036.22



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Determination and measurement of the association between injuries and its risk factors in the population of Kazakhstan

Zhanar Tyulyubayeva ¹, Nassima Zhunussova ², Bibigul Bekibaeva ³,
Kuanysh Alimbetov ⁴, Gulnaz Sadykova ⁵, Korlan Samenova ⁶

¹ Director of the Department of prevention of noncommunicable diseases, National Center for Public Health of the Ministry of Healthcare of the Republic of Kazakhstan, Nur-Sultan, Kazakhstan

² Head of the Department of prevention and Monitoring of noncommunicable Diseases, National Center for Public Health of the Ministry of Healthcare of the Republic of Kazakhstan, Nur-Sultan, Kazakhstan

³ Head of the Department of prevention of major chronic noncommunicable Diseases, National Center for Public Health of the Ministry of Healthcare of the Republic of Kazakhstan, Nur-Sultan, Kazakhstan

⁴ Chief Specialist of the Department of prevention and Monitoring of noncommunicable Diseases, National Center for Public Health of the Ministry of Healthcare of the Republic of Kazakhstan, Nur-Sultan, Kazakhstan

⁵ Specialist of the Department of prevention and Monitoring of noncommunicable Diseases, National Center for Public Health of the Ministry of Healthcare of the Republic of Kazakhstan, Nur-Sultan, Kazakhstan

⁶ Specialist of the Department of prevention of major chronic noncommunicable Diseases, National Center for Public Health of the Ministry of Healthcare of the Republic of Kazakhstan, Nur-Sultan, Kazakhstan

Abstract

Purpose of the study. Identify and measure the association between injuries and their risk factors in the population of Kazakhstan.

Methods. This is a cross-sectional study. The total number of respondents participating in this study was 99. The overwhelming majority of respondents were from the city of Nur-Sultan, with a secondary specialized (college) education, married or married, and with an average income of less than 100,000 tenge.

Results. The results showed that when $p < 0.05$, only the following factors showed a statistically significant relationship with injuries: gender, falls, and heart disease. 24.49% of the participants had no types of injuries, 75.51% of the participants received injuries of various types and degrees. The average body mass index among the respondents was 31, which is higher than normal.

Conclusions. The most common types of injuries were injuries of the upper and lower extremities. The contributing factor to the fall, according to most participants, was ice.

Keywords: population survey, demographic variables, injuries, Kazakhstan.

Corresponding author: Korlan Samenova, Specialist of the Department of prevention of major chronic noncommunicable Diseases, National Center for Public Health of the Ministry of Healthcare of the Republic of Kazakhstan, Nur-Sultan, Kazakhstan
Address: Kazakhstan, Nur-Sultan city, Mangilik El 8 Ave., House of Ministries entrance 18B
Tel.: +7 7172 74-32-43
E-mail: korlan.samenova@mail.ru

Қазақстан тұрғындары арасындағы жарақаттануға ұшырау жағдайлары және олардың қауіп-қатер факторларымен байланыс деңгейін анықтау және өлшеу

Тюлюбаева Ж.С.¹, Жүнісова Н.А.², Бекибаева Б.Д.³, Әлімбетов Қ.К.⁴, Садықова Г.Б.⁵, Саменова Қ.С.⁶

¹ Жұқпалы емес аурулардың алдын алу департаментінің директоры, Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігінің Қоғамдық денсаулық сақтау ұлттық орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан

² Жұқпалы емес аурулардың алдын алу департаментінің бөлімінің бастығы, Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігінің Қоғамдық денсаулық сақтау ұлттық орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан

³ Негізгі созылмалы жұқпалы емес аурулардың алдын алу департаменті бөлімінің бастығы, Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігінің Қоғамдық денсаулық сақтау ұлттық орталығы,

Нұр-Сұлтан, Қазақстан

⁴ Жұқпалы емес аурулардың алдын алу департаментінің бөлімінің бас сарапшысы, Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігінің Қоғамдық денсаулық сақтау ұлттық орталығы,

Нұр-Сұлтан, Қазақстан

⁵ Жұқпалы емес аурулардың алдын алу департаментінің бөлімінің сарапшысы, Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігінің Қоғамдық денсаулық сақтау ұлттық орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан

⁶ Негізгі созылмалы жұқпалы емес аурулардың алдын алу департаментінің бөлімінің сарапшысы, Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігінің Қоғамдық денсаулық сақтау ұлттық орталығы,

Нұр-Сұлтан, Қазақстан

Түйіндеме

Зерттеудің мақсаты. Қазақстан тұрғындары арасындағы жарақаттануға ұшырау жағдайларының олардың қауіп-қатер факторларымен байланыс деңгейін анықтау және өлшеу.

Әдістері. Бұл кросс-секциялы зерттеу жұмысы. Зерттеуге қатысқан респонденттердің жалпы саны 99 адамды құрады. Респонденттердің басым көпшілігі Нұр-Сұлтан қаласының тұрғыны, білімі арнайы орта (колледж), тұрмыс құрған және орташа табыс мөлшері 100,000 теңгеден төмен болды.

Нәтижесі. Зерттеудің нәтижесі бойынша жарақаттанушылықпен $p < 0.05$ деңгейінде статистикалық маңызы бар келесі қауіп-қатер факторлары анықталды: жынысы, құлау және жүрек-қан тамыр жүйесінің аурулары. Қатысушылардың 24,49%-ында ешқандай жарақаттанушылық болмаған, ал 75,51%-ы әр түрлі ауырлық деңгейіндегі жарақаттар алып көрген. Сауалнамаға қатысқандардың дене салмағының орташа индексі - 31, яғни нормадан жоғары болды.

Қорытынды. Жарақат түрлерінің ішіндегі ең жиі кездесетіні – аяқ-қолдың жарақаты екені анықталды. Қатысушылардың басым көпшілігінің тұжырымы бойынша тайғанақ ауа райы жарақаттануға алып келу жағынан жиі кездесетін фактор болып табылады.

Кілтті сөздер: тұрғындарды сауалнамалау, ауыспалы-демографиялық факторлар, жарақаттанушылық, Қазақстан.

Определение и измерение ассоциации между травматизмом и его факторами риска у населения Казахстана

Тюлюбаева Ж.С.¹, Жунусова Н.А.², Бекибаева Б.Д.³, Алимбетов К.К.⁴, Садыкова Г.Б.⁵, Саменова К.С.⁶

¹ Директор Департамента профилактики неинфекционных заболеваний, Национальный центр общественного здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан, Нур-Султан, Казахстан

² Руководитель отдела профилактики и мониторингу неинфекционных заболеваний, Национальный центр общественного здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан, Нур-Султан, Казахстан

³ Руководитель отдела профилактики основных хронических неинфекционных заболеваний, Национальный центр общественного здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан,

Нур-Султан, Казахстан

⁴ Главный специалист отдела профилактики и мониторингу неинфекционных заболеваний, Национальный центр общественного здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан,

Нур-Султан, Казахстан

⁵ Специалист отдела профилактики и мониторингу неинфекционных заболеваний, Национальный центр общественного здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан, Нур-Султан, Казахстан

⁶ Специалист отдела основных хронических неинфекционных заболеваний, Национальный центр общественного здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан, Нур-Султан, Казахстан

Резюме

Цель исследования. Определить и измерить ассоциацию между травматизмом и его риск факторами у населения Казахстана.

Методы. Это кросс-секционного исследование. Общее количество респондентов, участвовавших в данном исследовании составило 99 человек. Превалирующая часть респондентов были из города Нур-Султан, со средним специальным (колледж) образованием, замужем или женаты и со средним доходом меньше 100,000 тенге.

Результаты. Результаты показали, что при значении $p < 0.05$ только следующие факторы показали статистически значимую взаимосвязь с травматизмом: пол, падения и заболевания сердца. У 24,49% участников не было никаких видов травм, 75,51% участников получили травму разных видов и степеней. Среднее значение индекса массы тела среди прошедших опрос составил 31, что является выше нормы.

Выводы. Самыми распространенными видами травм были травмы верхней и нижней конечностей. Фактором, способствующему падению, по мнению большинства участников, был гололед.

Ключевые слова: анкетирование населения, переменные-демографические факторы, травматизм, Казахстан.

Введение

Несмотря на высокую социальную значимость, проблеме травматизма долгие годы проявлено относительно скудное внимание со стороны медицинского сообщества. Об этом свидетельствует отсутствие данной темы в учебных планах большинства медицинских школ и даже школ общественного здравоохранения. Со временем, в результате изучения Глобального бремени болезней, травматизм был включен в глобальную повестку дня общественного здравоохранения в виде одной из основных групп по причинам смертности и инвалидности у населения всего мира [1-3].

По официальным данным Всемирной организации здравоохранения в странах Европы каждый год случается более 80 млн. несчастных случаев, в результате которых люди трудоспособного возраста получают различные

травмы [4].

Урбанизация и автомобилизация серьезно повлияли на уровень травматизма в Казахстане. В результате травм в стране ежегодно более 600 тысяч человек получают различные повреждения, из них 22% - дети, 78% - подростки и взрослые. По мнению некоторых ученых Казахстана, дорожно-транспортные происшествия являются одной из основных причин травматизма [5-7].

Учитывая тяжесть медико-социальных последствий, таких как временная/стойкая утрата трудоспособности, инвалидность и смертность в результате травм, следует детально изучить наиболее распространенные факторы риска травматизма в Казахстане.

Цель исследования. Определить и измерить ассоциацию между травматизмом и его риск факторами у населения Казахстана.

Материалы и методы исследования

Кросс-секционный дизайн исследования был применен для того, чтобы определить и измерить ассоциацию между травматизмом и его риск факторами. Пациенты разных возрастов, пришедшие на прием к травматологу с жалобами на определённый вид травмы, прошли опросник из 30 вопросов, занимающий 7-8 минут.

Форма согласия, информирующая о правах и правилах участия, была предоставлена всем пациентам перед прохождением опроса.

Опросник включал следующие независимые переменные – демографические факторы (возраст, пол, образование, доход, семейный статус и т.д.), показатели статуса здоровья (наличие сердечно-сосудистых заболеваний, проблемы со зрением, виды травм и т.д.), поведенческие факторы (падение, вождение в нетрезвом состоянии, использование ремней безопасности и т.д.), зависимым переменным было наличие травмы, которое определялось ответами «да» или «нет» на вопрос о наличии у участника какого-либо вида травмы. Вопросы в опроснике были использованы со

стандартизированного международного опросника по риск факторам травматизма с несколькими изменениями и добавлениями вопросов.

Средний возраст участников опроса составил 41, среди которых 50,51% женщины и 49,49% мужчины. В общем, количество участников, прошедших опрос, составило 99, из которых у 24,49% участников не было никаких видов травм, 75,51% участников получили травму разных видов и степеней. В дополнение, превалирующая часть респондентов были из города Астана, со средним специальным (колледж) образованием, замужем или женаты и со средним доходом меньше 100,000 тенге. Также стоит отметить, что среднее значение индекса массы тела среди прошедших опрос составил 31, что является выше нормы.

Анализ данных был проведен на программном обеспечении STATA 12 и включал такие виды тестов как одномерный анализ (для описательных показателей), двумерный анализ с помощью теста хи-квадрат (для определения взаимосвязи между двумя факторами – зависимой и независимой) и

многомерный анализ с помощью логистической регрессии (для корректировки нескольких факторов).

В таблице 1 представлена описательная

Таблица 1 - Описательная статистика факторов

Факторы	N, количество (доля, %)
Возраст	41 (среднее)
Пол	
Мужской	49 (49,49%)
Женский	50 (50,51%)
Город	
Нур-Султан	65 (65,66%)
Акмолинская область	13 (13,13%)
Другие	21 (21,21%)
Образование	
Среднее	25 (25,25%)
Среднее специальное	41 (41,41%)
Неоконченное высшее	8 (8,08%)
Высшее	25 (25,25%)
Сфера деятельности	
Строительство/транспорт	12 (13,04%)
З д р а в о о х р а н е н и е / образование/наука	31 (33,70%)
Производство	6 (6,52%)
Другие	12 (13,04%)
Не работают	36 (39,13%)
Доход	
Меньше 100,000 тг	58 (60,42%)
100,000-199,000 тг	30 (31,25%)
200,000-299,000 тг	6 (6,25%)
300,000-399,000 тг	1 (1,04%)
Больше 500,000 тг	1 (1,04%)
Семейное положение	
Замужем/женат	42 (43,75%)
Не замужем/не женат	25 (26,04%)
Разведен/а	7 (7,29%)
Вдовец/а	16 (16,67%)
Сожительство	6 (6,25%)
Травма	
Да	74 (75,51%)
Нет	24 (24,49%)
Травма головы	
Легкая степень	5 (50%)
Средняя степень	3 (30%)
Тяжелая степень	1 (10%)
Травма груди	
Легкая степень	2 (50%)
Средняя степень	1 (25%)
Тяжелая степень	1 (25%)
Травма верхней конечностей	
Легкая степень	14 (38,89%)
Средняя степень	15 (41,67%)
Тяжелая степень	7 (19,44%)
Травма нижней конечности	
Легкая степень	15 (36,59%)
Средняя степень	13 (31,71%)
Тяжелая степень	13 (31,71%)
Ремень безопасности	
Всегда	78 (80,41%)
Иногда	9 (9,28%)
Не ездят	10 (10,31%)
Падения	
Падали за последний месяц	38 (40,43%)
Не падали	56 (59,57%)
Количество падений за месяц	3 (среднее)
Индекс массы тела	31 (среднее)

статистика по таким демографическим показателям как возраст, пол, уровень образования, по поведенческим факторам, по факторам статуса здоровья, а также по видам травм среди прошедших опрос.

Результаты

Тест хи-квадрат определил, что такие факторы как пол, семейное положение не замужем или не женат, падения, заболевания сердца, проблемы со зрением и наличие департамента по безопасности труда на работе являются статистически значимыми риск факторами для травматизма при пороге значимости $p < 0.20$. Для проведения многомерной логистической регрессии, такие факторы как пол, падения и заболевания сердца были выбраны корректирующими факторами. Результаты логистической регрессии показали, что при значении $p < 0.05$ только следующие факторы показали статистически значимую взаимосвязь с травматизмом: пол, падения и заболевания сердца. Близкими к статистической значимости был фактор наличие хронических заболеваний ($p = 0.10$) (Таблица 2).

У мужчин соотношение шансов развития травматизма больше, в среднем, на 4,36 чем у женщин, скорректированный на падения и заболевания сердца.

У тех, кто падал несколько раз за последний месяц, больше шансов, в среднем, на 3,04 чем у тех, кто не падал вообще, скорректированный на пол и заболевания сердца.

Люди с заболеваниями сердца имеют, в среднем, на 5,91 больше шансов получить травму по сравнению с теми, у кого отсутствуют какие-либо заболевания сердца, скорректированные на пол и падения.

Обсуждение

Таким образом, распространенными факторами получения травмы являются падения, заболевания сердца, что соответствует предыдущим исследованиям, проведенных в странах Европы [8-10]. Также фактор хронические заболевания был на пороге статистической значимости (возможно, при большей выборке этот фактор может показать значимость). В дополнение, мужчины больше подвержены получению травмы, чем женщины. Наличие департамента по безопасности труда является защищающим фактором от получения травмы (у тех, у кого на рабочем месте есть департамент безопасности труда имеют шанс, в среднем, на 0,35 шансов меньше, чем у тех, у кого он отсутствует), хотя этот фактор не показал статистическую значимость.

Таблица 2 - Двухмерная и многомерная логистическая регрессия на определение взаимосвязи между зависимым (травма=да/нет) и независимыми факторами

	Травма	Без травм	P-value	P-value _{adj} ¹	СШ (95% CI) ²
Пол					
Женский	31 (41,89%)	19 (79,17%)	реф ³	реф	реф
Мужской	43 (58,11%)	5 (20,83%)	0,005*	0,011*	4,36 (1,40-13,53)
Город					
Акмолинская область	9 (12,16%)	3 (12,50%)	0,437	0,378	0,43 (0,06-2,79)
Астана	48 (64,86%)	17 (70,83%)	0,512	0,566	0,64 (0,14-2,88) реф
Другие	17 (22,97%)	4 (16,67%)	реф	реф	
Образование					
Среднее	18 (24,32%)	7 (29,17%)	0,917	0,943	1,06 (0,20-5,39)
Среднее специальное	30 (40,54%)	10 (41,67%)	реф	реф	реф
Неоконченное высшее	5 (6,76%)	3 (12,50%)	0,544	0,128	0,22 (0,03-1,53)
Высшее	21 (28,38%)	4 (16,67%)	0,313	0,241	0,44 (0,11-1,72)
Сфера деятельности					
Строительство/транспорт	7 (10,45%)	-	-	-	-
Здравоохранение/образование/наука	21 (31,34%)	9 (37,50%)	0,643	0,478	0,49 (0,07-3,42)
Производство	4 (5,97%)	2 (8,33%)	0,711	0,273	0,24 (0,01-3,06)
Другие	9 (13,43%)	3 (12,50%)	реф	реф	реф
Не работают	26 (38,81%)	10 (41,67%)	0,851	0,493	0,52 (0,08-3,33)
Доход					
Меньше 100,000 тг.	42 (58,33%)	16 (68,57%)	0,438	0,914	0,93 (0,28-3,11)
100,000-199,000 тг.	24 (33,33%)	5 (21,74%)	реф	реф	реф
200,000-299,000 тг.	5 (6,94%)	1 (4,35%)	0,851	0,848	1,27 (0,10-15,45)
300,000-399,000 тг.	-	1 (4,35%)	-	-	-
Больше 500,000 тг.	1 (1,39%)	-	-	-	-
Семейное положение					
Замужем/женат	32 (44,44%)	9 (39,13%)	0,680	0,530	3,84 (0,24-60,49)
Не замужем/не женат	15 (20,83%)	10 (43,48%)	0,163*	0,122	0,22 (0,03-1,47)
Разведен/а	6 (8,33%)	1 (4,35%)	0,796	0,530	0,57 (0,10-3,24)
Вдовец/а	13 (18,06%)	3 (13,04%)	-	-	-
Сожительство	6 (8,33%)	-	-	-	-
Хронические заболевания					
Есть	20 (27,40%)	5 (20,83%)	0,466	0,10	3,41 (0,77-15,00)
Нет	53 (72,60%)	19 (79,17%)	реф	реф	реф
Ремни безопасности					
Всегда	60 (82,19%)	17 (73,91%)	0,954	0,96	0,95 (0,14-6,11)
Иногда	7 (9,59%)	2 (8,70%)	реф	реф	реф
Не ездят	6 (8,22%)	4 (17,39%)	0,410	0,428	0,40 (0,04-3,73)
Падения					
Пали за последний месяц	32 (45,71%)	6 (26,09%)	0,080*	0,05*	3,04 (0,97-9,49)
Не падали	38 (54,29%)	17 (73,91%)	реф	реф	
Заболевания сердца					
Да	17 (23,94%)	2 (10%)	0,168*	0,05*	5,91 (0,98-35,36)
Нет	54 (76,06%)	18 (90%)	реф	реф	реф
Проблемы со зрением					
Да	17 (25%)	9 (42,86%)	0,073*	0,310	0,56 (0,19-1,69)
Нет	51 (75%)	12 (57,14%)	реф	реф	реф
Употребление лекарств					
Ежедневно	13 (19,40%)	3 (15%)	реф	реф	реф
Несколько раз в месяц	5 (7,46%)	1 (5%)	0,910	0,689	0,56 (0,03-9,60)
Не употребляют	49 (73,13%)	16 (80%)	0,560	0,087	0,22 (0,04-1,24)
Департамент безопасности труда					
Есть	33 (57,89%)	12 (75%)	0,173*	0,149	0,35 (0,08-1,44)
Нет	24 (42,11%)	4 (25%)	реф	реф	реф

*p-value_{adj}*1= скорректированное на пол, заболевания сердца и падения значение *p*;

*СШ, (95% CI)*2 = соотношение шансов и доверительный интервал 95%;

*реф*3= референс (сравнительная) группа;

* статистическая значимость

Выводы

Самыми распространенными видами травм были травмы верхней и нижней конечностей. Фактором, способствующему падению, по мнению большинства участников, был гололед.

Необходимы меры по устранению вышеперечисленных риск факторов для профилактики травматизма, а также дальнейшее проведение исследований по определению

специфических риск факторов для падений, для подвидов травм таких как дорожно-транспортные, производственные, бытовые и другие.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. Norton R., Kobusingye O. *Injuries* // *New England Journal of Medicine*. – 2013. – Т. 368. – №. 18. – С. 1723-1730.
2. Krug E.G., Mercy J.A., Dahlberg L.L., Zwi A.B. *The world report on violence and health. The lancet*. 2002; 360(9339): 1083-1088.
3. *World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update*. 2008: 160 p.
4. Амеросов Д.Э., Клименко Г.Я. Травматизм как медико-социальная проблема // *Прикладные информационные аспекты медицины*. – 2008. – Т. 11. – №. 2. – С. 121-125.
5. Сергалиев Т.С., Рахимбаева Н.Р., Турсумбекова А.Е., Баязитова М.К. и др. *Медико-социальные проблемы травматизма в Республике Казахстан* // *Клиническая медицина Казахстана*. – 2011. – №. 3, 4 (22, 23).-С. 79-80.
Sergaliev T.S., Rakhimbaeva N.R., Tursumbekova A.E., Baiazitova M.K. i dr. *Mediko-sotsial'nye problemy travmatizma v Respublike Kazakhstan (Medical and social problems of injuries in the Republic of Kazakhstan) [in Russian]. Klinicheskaja meditsina Kazakhstana*. 2011; 3-4 (22,23): 79-80.
6. Булешова А.М., Булешов М.А., Кудрявцев А.В., Куандыкова А.К. и др. *Эпидемиология травматизма в г. Шымкент Южно-Казахстанской области Республики Казахстан: обоснование необходимости создания муниципального регистра травм* // *Экология человека*. – 2016. – №. 6.-С. 55-61.
Buleshova A.M., Buleshov M.A., Kudriavtsev A.V., Kuandykova A.K. i dr. *Epidemiologija travmatizma v g. Shymkent luzhno-Kazakhstanskoi oblasti Respubliki Kazakhstan: obosnovanie neobkhodimosti sozdaniia munitsipal'nogo registra travm (Epidemiology of injuries in the city of Shymkent, South Kazakhstan region of the Republic of Kazakhstan: justification of the need to create a municipal injury register) [in Russian]. Ekologija cheloveka*. 2016; 6: 55-61.
7. Аубакирова А.С., Ким С.В., Искаков Е.С. *Время болезни по преждевременной смертности от дорожно-транспортного травматизма в Казахстане* // *Астана медициналық журналы*. – 2012. – №.2. – С. 70.
Aubakirova A.S., Kim S.V., Iskakov E.S. *Bremia bolezni po prezhdevremennoi smertnosti ot dorozhno-transportnogo travmatizma v Kazakhstane (Burden of disease due to premature mortality from road traffic injuries in Kazakhstan) [in Russian]. Astana meditsinalyk zhurnaly*. 2012; 2: 70.
8. Majdan M., Plancikova D., Brazinova A., Rusnak M., et al. *Epidemiology of traumatic brain injuries in Europe: a cross-sectional analysis. The Lancet Public Health*. 2016; 1(2): e76-e83.
9. Majdan M., Plancikova D., Nemcovska E., Krajcovicova L., et al. *Mortality due to traumatic spinal cord injuries in Europe: a cross-sectional and pooled analysis of population-wide data from 22 countries. Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*. 2017; 25(1): 64.
10. Brazinova A., Rehorcikova V., Taylor M.S., Buckova V., et al. *Epidemiology of traumatic brain injury in Europe: a living systematic review. Journal of neurotrauma*. 2016; 33:1-30.

Received: 2018-03-21
Accepted: 2018-03-23
UDC: 616-089.23; 616-036.22



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Different types of injuries and issues for prevention

Zhanar Tyulyubayeva ¹, Nassima Zhunussova ², Bibigul Bekibaeva ³,
Kuanysh Alimbetov ⁴, Gulnaz Sadykova ⁵, Korlan Samenova ⁶

¹ Director of the Department of prevention of noncommunicable diseases, National Center for Public Health of the Ministry of Healthcare of the Republic of Kazakhstan, Nur-Sultan, Kazakhstan

² Head of the Department of prevention and Monitoring of noncommunicable Diseases, National Center for Public Health of the Ministry of Healthcare of the Republic of Kazakhstan, Nur-Sultan, Kazakhstan

³ Head of the Department of prevention of major chronic noncommunicable Diseases, National Center for Public Health of the Ministry of Healthcare of the Republic of Kazakhstan, Nur-Sultan, Kazakhstan

⁴ Chief Specialist of the Department of prevention and Monitoring of noncommunicable Diseases, National Center for Public Health of the Ministry of Healthcare of the Republic of Kazakhstan, Nur-Sultan, Kazakhstan

⁵ Specialist of the Department of prevention and Monitoring of noncommunicable Diseases, National Center for Public Health of the Ministry of Healthcare of the Republic of Kazakhstan, Nur-Sultan, Kazakhstan

⁶ Specialist of the Department of prevention of major chronic noncommunicable Diseases, National Center for Public Health of the Ministry of Healthcare of the Republic of Kazakhstan, Nur-Sultan, Kazakhstan

Corresponding author: Korlan Samenova, Specialist of the Department of prevention of major chronic noncommunicable Diseases, National Center for Public Health of the Ministry of Healthcare of the Republic of Kazakhstan, Astana, Kazakhstan
Address: Kazakhstan, Astana city, Mangilik El 8 Ave., House of Ministries entrance 18B
Tel.: +7 7172 74-32-43
E-mail: korlan.samenova@mail.ru

Жарақаттанушылықтың түрлері мен олардың алдын алу сұрақтары

Тюлюбаева Ж.С.¹, Жүнісова Н.А.², Бекібаева Б.Д.³, Әлімбетов Қ.К.⁴, Садықова Г.Б.⁵, Саменова Қ.С.⁶

¹ Жұқпалы емес аурулардың алдын алу департаментінің директоры, Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігінің Қоғамдық денсаулық сақтау ұлттық орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан

² Жұқпалы емес аурулардың алдын алу департаментінің бөлімінің бастығы, Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігінің Қоғамдық денсаулық сақтау ұлттық орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан

³ Негізгі созылмалы жұқпалы емес аурулардың алдын алу департаменті бөлімінің бастығы, Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігінің Қоғамдық денсаулық сақтау ұлттық орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан

⁴ Жұқпалы емес аурулардың алдын алу департаментінің бөлімінің бас сарапшысы, Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігінің Қоғамдық денсаулық сақтау ұлттық орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан

⁵ Жұқпалы емес аурулардың алдын алу департаментінің бөлімінің сарапшысы, Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігінің Қоғамдық денсаулық сақтау ұлттық орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан

⁶ Негізгі созылмалы жұқпалы емес аурулардың алдын алу департаментінің бөлімінің сарапшысы, Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігінің Қоғамдық денсаулық сақтау ұлттық орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан

Различные виды травматизма и вопросы профилактики

Тюлюбаева Ж.С.¹, Жунусова Н.А.², Бекибаева Б.Д.³, Алимбетов К.К.⁴, Садыкова Г.Б.⁵, Саменова К.С.⁶

¹ Директор Департамента профилактики неинфекционных заболеваний, Национальный центр общественного здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан, Нур-Султан, Казахстан

² Руководитель отдела профилактики и мониторингу неинфекционных заболеваний, Национальный центр общественного здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан, Нур-Султан, Казахстан

³ Руководитель отдела профилактики основных хронических неинфекционных заболеваний, Национальный центр общественного здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан, Нур-Султан, Казахстан

⁴ Главный специалист отдела профилактики и мониторингу неинфекционных заболеваний, Национальный центр общественного здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан, Нур-Султан, Казахстан

⁵ Специалист отдела профилактики и мониторингу неинфекционных заболеваний, Национальный центр общественного здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан, Нур-Султан, Казахстан

⁶ Специалист отдела основных хронических неинфекционных заболеваний, Национальный центр общественного здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан, Нур-Султан, Казахстан

Введение

Согласно данным доклада Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) «О состоянии безопасности дорожного движения в мире», наиболее эффективной мерой в снижении травматизма и смертности от ДТП является усиление законодательства в области безопасности дорожного движения, особенно в отношении пяти ключевых факторов риска, таких как скорость, управление транспортом в нетрезвом состоянии, использование мотоциклетных шлемов, пристяжных ремней и детских удерживающих средств [1].

•Снижение скорости - установление национальных скоростных ограничений. В соответствии с наилучшей практикой, максимальная скорость в городских пределах не должна превышать 50 км/ час. Также введение дополнительных скоростных ограничений с учетом местных обстоятельств, таких как наличие школ или большого числа уязвимых пользователей дорог.

Для взрослого пешехода риск гибели составляет менее 20% при наезде автомобиля на скорости 50 км/час и почти 60% при ударе на скорости 80 км/час.

•Принятие и соблюдение законов, ограничивающих содержание алкоголя в крови на уровне 0,05 г/дл (для молодых лиц и начинающих водителей $\leq 0,02$ г/дл).

Только 34 страны в мире имеют законы в отношении управления транспортными средствами в нетрезвом состоянии, соответствующие наилучшей практике.

•Улучшение использования и качества мотоциклетных шлемов.

•Расширение масштабов использования

ремней безопасности.

•Улучшение использования детских удерживающих устройств.

•Принятие во внимание потребностей незащищенных пользователей дорог (велосипедистов, пешеходы, мотоциклистов). Если немоторизованные виды транспортных средств станут более популярными, повышение безопасности для пешеходов и велосипедистов будет иметь и другие преимущества, включая повышение уровней физической активности, снижение выбросов и т.д.

49% всех случаев смерти на дорогах в мире происходит среди наименее защищенных пользователей дорог.

•Повышение безопасности автомобилей. В 80% стран - преимущественно с низким и средним уровнем дохода - до сих пор не соблюдаются самые базовые международные стандарты безопасности транспортных средств. Отсутствие таких стандартов в странах со средним уровнем дохода (которые становятся основными производителями автомобилей) также создает угрозу для глобальных усилий по повышению безопасности дорожного движения. Правительства должны незамедлительно обеспечить, чтобы производители и сборщики соблюдали минимальные международные стандарты в отношении транспортных средств, и ограничить импорт продажу не отвечающих стандартам транспортных средств своих странах.

Основываясь на мировом опыте, можно отметить, что и в Республике Казахстан основными проблемами, которые могут снизить уровень травматизма и гибель людей при ДТП, являются следующие.

- Во-первых, обеспечение безопасности дорожного движения: соблюдение правил и повышение мер ответственности за их нарушение (особенно при несоблюдении скоростного режима и вождении в нетрезвом состоянии).

- Во-вторых, умение оказать первую помощь всеми участниками дорожного движения, т.е. лицами «первого контакта».

Как известно, своевременная остановка наружного кровотечения, прибывшими работниками дорожной полиции и находящимися рядом водителями и другими лицами может спасти до 29,4% пострадавших. Своевременная

иммобилизация, даже подручными средствами, может предотвратить у 25,0% пострадавших развитие травматического шока.

Необходимо провести обучение и подготовка парамедиков из числа работников дорожной инфраструктуры, дорожной полиции и волонтеров из числа населения, проживающего вблизи аварийно опасных участков автодорог.

В третьих, увеличить количество и максимально приблизить трассовые медико-спасательные пункты наиболее аварийным участкам автодорог.

Производственный травматизм

Производственный травматизм – это травмы, полученные работниками на производстве и вызванные, как правило, несоблюдением требований охраны труда. Причиной производственных травм являются:

1. Организационные, связанные с недостатками в организации и содержании рабочего места, применением неправильных приемов работы, недостаточный надзор за работой и соблюдением правил техники безопасности, допуск к работе неподготовленных рабочих; плохая организация трудового процесса, отсутствие или неисправность индивидуальных защитных приспособлений.

2. Санитарно-гигиенические: отсутствие специальной одежды и обуви или их дефекты; неправильное освещение рабочих мест; чрезмерно высокая или низкая температура воздуха в рабочих помещениях; производственная пыль, недостаточная вентиляция, захламленность и загрязненность производственной территории.

3. Личного характера: заболевание или утомление рабочего; недостаточная квалификация; неудовлетворительные бытовые условия; алкогольное опьянение.

Меры предупреждения производственного травматизма сводятся к устранению непосредственных или способствующих причин:

- механизация и автоматизация технологических процессов, ликвидация ручных операций и сокращение перекрещивающихся грузопотоков, ручной переноски изделий и подъем грузов и т.д.;

- наличие специальных безопасных мест

для складирования изделий и полуфабрикатов, а также запасных частей и оборудования, чтобы не загромождать ими рабочие площадки и проходы;

- соответствие технологического оборудования и инструментов своему назначению, и нахождение их в исправном состоянии;

- ограждение движущихся и вращающихся деталей машин и агрегатов, а также мест возможного соприкосновения с горячими поверхностями, едкими жидкостями и другими веществами;

- заземление всего электрооборудования в цехах и его периодический контроль;

- ограждение мест открытых контактов защитными щитками или кожухами;

- периодический контроль состояния подъемно-транспортного оборудования и аппаратов, находящихся под давлением;

- хорошее освещение, поддержание чистоты и порядка на рабочем месте и в цехе.

Для снижения производственного травматизма необходимо строго соблюдать правила охраны труда, рабочие должны обеспечиваться исправными средствами индивидуальной защиты и спецодеждой. Для оказания первой медицинской помощи должны быть в наличии аптечки с набором медикаментов, перевязочного материала, шин и др. Все вновь принимаемые на работу проходят медицинский осмотр и обязательный инструктаж по охране труда. Повышение компетентности и пополнение знаний в этой области и их проверка должны быть постоянными.

приходится основной удельный вес всех травм. Ведущей причиной этих травм (около трети случаев) является выполнение домашней работы: уборка и ремонт помещений, приготовление пищи и т.д. В последнее время все чаще стали отмечаться

Бытовые травмы

Бытовые травмы включают несчастные случаи, возникшие вне связи с производственной деятельностью пострадавшего – в домашней обстановке, во дворе, на даче и т.д.

На бытовой травматизм, как правило,

травмы, полученные на даче, приусадебном участке.

Среди бытовых травм преобладают ушибы, ранения, ожоги и другие. Наиболее часто повреждается кисть. Около четверти бытовых травм возникает при падении во дворе и квартире и т.д.

В целом профилактика бытовых травм включает:

- улучшение условий быта;
- организацию досуга и проведение разнообразных культурно-массовых мероприятий;
- антиалкогольную пропаганду;
- пропаганду здорового образа жизни и быта;
- расширение коммунальных услуг населению;
- организацию местных комиссий по борьбе

Уличные травмы

Одной из важных мер по профилактике уличного травматизма является борьба с бытовым пьянством, поскольку уличные травмы часто получают лица в состоянии алкогольного опьянения. Профилактика травматизма при пешеходном движении предусматривает:

- планирование и благоустройство улиц и мостовых, надлежащий уход за ними (применение песка во время гололеда, заделка рытвин и т.д.), освещение улиц и площадей, ограждение строящихся и ремонтируемых зданий;
- организацию и регулирование уличного движения, строгий контроль за соблюдением правил дорожного движения;
- обеспечение надлежащего технического состояния уличного транспорта, его безопасность, например, исправность автоматических дверей в автобусах);
- постоянный надзор за детьми и их досугом;
- проведение воспитательной и разъяснительной работы с населением (печать, радио, телевидение, лекции, доклады и др.).

В зимнее время особую озабоченность вызывает гололедная травма. Главное правило – быть предельно внимательным и осторожным и во избежание опасности необходимо:

- внимательно смотреть под ноги;
- ступать не широко, шагать медленно;

Детский бытовой травматизм

Особое внимание в последние годы в нашей стране уделяется профилактике детского бытового травматизма. Основными видами травм, которые дети могут получить дома, и их

с бытовым травматизмом;

- широкое привлечение общественности.

Реже травмы получают в различных бытовых конфликтах. В их возникновении значительная роль принадлежит алкогольному опьянению, особенно в праздничные и выходные дни. Бытовые травмы у мужчин встречаются в 3-4 раза чаще, чем у женщин, причем у лиц 18-25 лет они возникают в 4-5 раз чаще, чем у людей 45-50 лет.

В последние годы мы стали выделять травмы, полученные в результате насилия и жестокого обращения в отдельный вид травматизма. Причем, о таких случаях, в соответствии с действующим законодательством медицинские работники обязаны сообщать в правоохранительные органы.

- наступать на всю подошву, но не на носок, не на стопу;
- сторониться неочищенных улиц и обходить скользкие места;
- ходить там, где тротуары посыпаны песком;
- прикрепить к подошве обуви полоску наждачной бумаги или обычного лейкопластыря;
- пользоваться обувью с рифленой подошвой;
- девушкам стоит забыть о высоких каблуках.

При падении очень важно правильно оценить свое состояние. Главные признаки перелома или вывиха: резкая боль, нарастающий отек, укорочение поврежденной конечности и невозможность ею нормально двигать. Сотрясение мозга проявляется – потерей сознания (иногда буквально на несколько мгновений), тошнотой, головной болью.

Пострадавший, во что бы то ни стало, должен привлечь внимание прохожих, попросить помощи. Надо вызвать скорую помощь или помочь добраться до ближайшего травм пункта. Обойтись без помощи врача можно только в случае легкого ушиба: просто приложите к больному месту что-нибудь холодное, это уменьшит отек и боль, и обработайте его мазью или гелем, рассасывающим синяки. Греть больное место нельзя, эффект будет прямо противоположным.

причинами являются:

- ожоги от горячей плиты, посуды, пищи, кипятка, пара, утюга, электроприборов и даже открытого огня;

- падение с кровати, окна, стола и ступенек;
- удушье от мелких предметов (монет, пуговиц, гаек и др.);
- отравление бытовыми химическими веществами (инсектицидами, моющими средствами, отбеливателями и др.);

Ожоги

Ожоги, включая ожоги паром, – это наиболее распространенные травмы у детей. Сильные ожоги оставляют шрамы, а иногда могут привести к смертельному исходу. Ожогов можно избежать, если:

- держать детей подальше от горячей плиты, пищи и утюга;
- устанавливать плиты достаточно высоко или откручивать ручки конфорок, чтобы дети не

Падения

Падения – распространенная причина ушибов, переломов костей и серьезных травм головы. Их можно предотвратить, если не разрешать детям играть в опасных местах; устанавливать ограждения на ступеньках, окнах и балконах.

Разбитое стекло может стать причиной порезов, потери крови и заражения. Стекланные бутылки нужно держать подальше от детей и младенцев. Нужно учить маленьких детей не прикасаться к разбитому стеклу. Ножи, лезвия

Удушье от малых предметов

Маленьким детям не следует давать еду с маленькими косточками или семечками. За детьми всегда нужно присматривать во время еды. Кормите ребенка измельченной пищей. В последнее время одной из распространенных причин попадания инородного тела в дыхательные пути стали монеты. Очень опасны маленькие отработанные батарейки, при проглатывании которых могут возникнуть тяжелые осложнения.

Кашель, шумное частое дыхание или

Отравление бытовыми химическими веществами

Ядовитые вещества, медикаменты, отбеливатели, кислоты и горючее, например керосин, нельзя хранить в бутылках для пищевых продуктов – дети могут по ошибке выпить их. Такие вещества следует держать в плотно закрытых маркированных контейнерах, в недоступном для детей месте. Яды для крыс и насекомых, керосин, кислоты и щелочные растворы, другие ядовитые вещества могут вызвать тяжелое отравление, поражение мозга, слепоту и смерть. Яд опасен не только при заглатывании, но и при вдыхании, попадании на кожу, в глаза и даже на одежду.

поражение электрическим током от неисправных электроприборов, обнаженных проводов, от втыкания игл, ножей и других металлических предметов в розетки и настенную проводку.

могли до них достать;

- держать детей подальше от открытого огня, пламени свечи, костров, взрывов петард;
- прятать от детей легковоспламеняющиеся жидкости, такие как бензин, керосин, а также спички, свечи, зажигалки, бенгальские огни, петарды.

и ножницы необходимо держать в недоступных для детей местах. Старших детей надо научить осторожному обращению с этими предметами.

Можно избежать многих травм, если объяснять детям, что бросаться камнями и другими острыми предметами, играть с ножами или ножницами очень опасно. Острые металлические предметы, ржавые банки могут стать источником заражения ран. Таких предметов не должно быть на детских игровых площадках.

невозможность издавать звуки – это признаки проблем с дыханием и, возможно, удушья, которое может привести к смерти. Следует убедиться, что с ребенком все обстоит благополучно. Если у него затруднено дыхание, нельзя исключить возможность попадания мелких предметов в дыхательные пути ребенка, даже если никто не видел, как ребенок взял что-нибудь в рот.

Лекарства, предназначенные для взрослых, могут оказаться смертельными для детей. Медикаменты ребенку нужно давать только по назначению врача и ни в коем случае не давать ему лекарства, предназначенные для взрослых или детей другого возраста. Хранить медикаменты необходимо в местах недоступных для детей. Неправильное применение и передозировка антибиотиков могут привести у маленьких детей к глухоте.

Поражение электрическим током

Дети могут получить серьезные повреждения, воткнув пальцы или какие-либо предметы в электрические розетки; их необходимо закрывать, чтобы предотвратить поражение

электрическим током. Электрические провода должны быть недоступны детям – обнаженные провода представляют для них особую опасность.

Умышленный травматизм

Существует еще такое понятие как умышленный травматизм.

Один из его видов — терроризм. Террористические организации для совершения актов умышленно избирают места с большим скоплением людей (торговые центры, рынки, здания вокзалов, метро, воздушные суда). Умышленный травматизм можно наблюдать также в местах лишения свободы. Практически в половине случаев лица, отбывающие наказание, получают повреждения в процессе конфликтов с сокамерниками или по причине личной неосторожности. Иногда причины травматизма людей в тюрьме бывают связаны с умышленным причинением вреда собственному здоровью.

Еще один пример умышленного травматизма — самоубийства, попытки суицида. Специалисты подсчитали, что ежегодно более 800 тысяч человек сводят счеты с жизнью. Гораздо большее число людей совершают суицидальные

попытки. На самоубийство решаются люди разных возрастов. Среди них есть даже дети. Единого объяснения тому, почему люди совершают самоубийства и суицидальные попытки, не существует. Во многих случаях все это делается импульсивно при наличии легкого доступа к препаратам, ядохимикатам, огнестрельному оружию. Взрослых к самоубийствам подталкивают сложные жизненные обстоятельства, неразделенная любовь, а детей — издевательства сверстников, попадание в группы, которые оказывают психологическое, гипнотическое воздействие.

Мерами профилактики при умышленном травматизме являются борьба с преступностью и террористическими организациями, проведение воспитательной и разъяснительной работы с населением.

Выводы

Травматизм может и должен быть предотвращен. Существует множество данных, свидетельствующих о том, что путь вперед лежит через принятие комплекса различных подходов и конкретных мер: изменение окружающей среды, проектирование и производство безопасной продукции, принятие законодательства, требующего осуществлять эти изменения, просвещение.

Успешное решение проблемы по снижению травматизма и смертности от внешних причин возможно только при условии совместных действий государственных структур на межведомственном уровне, поддержке проводимых мероприятий (по формированию здорового и безопасного образа жизни) общественными организациями и, очень важно, широкими массами населения.

Литература

1. *Всемирный доклад о предупреждении дорожно-транспортного травматизма* / Пер. с англ. – М.: Издательство «Весь Мир», 2004. – 280 с.
Vsemirnyj doklad o preduprezhdenii dorozhno-transportnogo travmatizma. (World Report on Road Traffic Injury Prevention) [in Russian]. Per. s angl. – M.: Izdatel'stvo «Ves' Mir», 2004: 280 p.

INSTRUCTION FOR PREPARING ARTICLES

The manuscript must be submitted in Word document (doc or docx extensions). First document (main) must contain a title of an article, abstract, key words, main text, list of literature and tables. Please, do not include into the main document your personal data. It is necessary for providing of "blind" reviewing of the manuscript.

All articles must be presented in WORD typed in Arial 12, by 1 interval with fields 2 cm from all sides.

Volume of articles has no limits.

General requirements:

1. Title page

Title page includes a title of an article, data (full name, place of work, title of subdivision, functional position, science degree/status (if available)) of all participants indicated as an author. Information about author for a contact with the editorial staff, postal address, phone number, e-mail address must be in the lower part of the title page. The title page must be prepared in Kazakh, Russian and English.

2. Abstract

Volume of the abstract must not exceed 300 words. Abstract of original articles has an objective, methods, results, conclusions and key words. The abstract of review articles is made in the form of a single paragraph which contains information about the relevance of a chosen topic. Contracted words should not be used in the abstract. When selection the key words authors must use Medical Subject Headings (MeSH) and list of Index Medicus.

Abstract must be prepared in Kazakh, Russian and English.

3. Text of the article

Text of review articles has such parts as an introduction, materials and methods, results, discussions, conclusions and list of literature.

The core and objective of the research must be well-defined in the Introduction. This part must provide opportunity for the research. It is necessary to prove and point out specific goals or hypothesis of the research.

Materials and methods: they must include research design, description of participants or a type of material being used during the work and also type of a statistic analysis. In this part the author should declare about the compliance of the research with the basic ethical principles.

Results: This part should contain data received and outcomes of statistic analysis. The results should be presented in logical sequence in the form of text, tables and figures.

Discussion: This part should include interpretation of research outcomes. These data should be discussed within the context of other research results described in the literature.

Conclusions: Conclusions should be connected with objectives of the research and drawn up in the form of a single paragraph. Conclusions should not include unqualified statements and conclusions that are not proved by the data you received.

Text of review articles has an introduction as well as the main part, structured into subsections with titles and conclusions.

4. List of literature

The list of literature should be listed separately with a double interval. The used literature should be numbered in order in which it appears in the text. Reference number must be placed in brackets at the end of the sentence before the full point. The link should include: authors, article title, journal title, year, volume, first and last pages of the article. Book references should include only the year, first and last pages of the article.

A literary source published in Kazakh or Russian languages should be translated into Latin (transliteration).

5. Tables

Tables must be listed separately with a double interval. Each table should include a title and table numeration

in order in which it appears in the text. All contractions used in the table should be listed alphabetically in the table key.

6. Figures

Figures must be titled and numbered. They must be clear and at least 300 DPI in JPEG format.

Images and figures in the form of files embedded to the WORD document are not accepted.

The editorial staff has the right to make any changes if they do not downplay the value of academic data presented in the material.

АВТОРЛАРҒА АРНАЛҒАН НҰСҚАУЛЫҚ

Қолжазбаны Word форматындағы (doc немесе docx файлы) екі файл түрінде ұсыну қажет. Бірінші файлда (негізгі) мақаланың атауы, абстракт, түйін сөздер, негізгі мәтін, әдебиеттер тізімі мен кестелер (суреттер) ұсынылады. Өтінеміз, негізгі файлға өзіңіз туралы жеке ақпаратты жазбаңыз. Бұл «жасырын» рецензиялау рәсімін қамтамасыз ету үшін қажет. Екінші файлда (басты бет)

Барлық мақалалар Arial 12 штрифтымен, жоларалық бір интервалмен, барлық жақтағы жиек 2 см WORD форматында ұсынылады.

Мақаланың көлемі бойынша шектеу жоқ.

Жалпы талаптар:

1. Бастапқы бет

Бастапқы бетте мақаланың атауы, авторлар туралы толық мәлімет (аты-жөні, лауазымы, жұмыс орны, қаланың атауы, елдің атауы, ғылыми дәрежесі (бар болған жағдайда)), редакциямен хат алмасатын автор туралы толық мәлімет (аты-жөні, лауазымы, жұмыс орны, қаланың атауы, елдің атауы, пошталық мекен-жайы, телефон нөмірі, электронды мекен-жайы) беріледі.

Бастапқы бет қазақ, орыс және ағылшын тілдерінде толтырылады.

2. Абстракт

Абстракттың көлемі 300 сөзден аспауы керек. Төл мақалалардың абстракттында зерттеудің мақсаты, әдістері, нәтижесі, қорытынды және түйінді сөздер болады. Шолу мақалалардың абстрактты бір абзацтан тұрып, мақала тақырыбының өзектілігіне арналады. Абстрактта қысқартылған сөздер қолданылмайды. Автор түйінді сөздер үшін тек медициналық тақырыптық айдарларды (MeSH) және Index Medicus тізімін қолдануы керек.

Абстракт қазақ, орыс және ағылшын тілдерінде толтырылады.

3. Мақаланың мәтіні

Төл мақаланың мәтіні кіріспе, зерттеудің материалдары мен әдістері, нәтижесі, талқылау, қорытынды мен қолданылған әдебиеттер тізімінен тұрады.

Кіріспеде зерттеудің негізгі маңызы нақты жазылуы керек. Бұл бөлім зерттеудің алғышарттарын қамтамасыз етуі тиіс. Зерттеудің нақты мақсаты немесе гипотезасы көрсетілуі керек.

Материалдар мен әдістері: зерттеудің дизайны, зерттеуге қатысушылар туралы, жұмыста қолданылған материалдың типі, барлық жүргізілген іс-шараның сипаттамасы және статистикалық әдістердің түрлері жазылады. Бұл бөлімде автор зерттеу жұмысының негізгі этикалық принциптерге сәйкестігін мәлімдейді.

Нәтижесі: бұл бөлімде зерттеудің негізгі нәтижелері мен статистикалық анализдің нәтижелері беріледі. Зерттеудің нәтижелері логикалық ретте мәтін, кесте немесе сурет түрінде ұсынылуы керек.

Талқылау: Бұл бөлім зерттеудің негізгі нәтижелерінің интерпретациясынан тұрады. Бұл мәліметтер қолданылған әдебиеттер тізіміндегі ұсынылған зерттеулердің нәтижелері контекстінде талқыланады.

Қорытынды: Қорытынды зерттеудің мақсатына жауап беретін бір абзацты мәтін түрінде жазылады. Қорытындыда зерттеудің тікелей нәтижесіне жатпайтын немесе дәлелденбеген бекітулер болмауы тиіс.

Шолу мақалалардың мәтіні кіріспеден (мақсаты айқындалған) және атауы бар жүйеленген бөлімдерден тұратын құрылымы мен қорытындысы болуы керек.

4. Қолданылған әдебиеттер тізімі.

Қолданылған әдебиеттер бөлек бетте екі жоларалық интервалмен ұсынылады. Әдебиеттер тізімі мақаланың мәтінде кездескен тәртіпте арап әріптерімен нөмірленген ретте рәсімделеді. Сілтеменің нөмірі мәтіндегі сөйлемнің соңында, нүктенің алдында орналастырылады. Сілтеме келесі ақпараттан тұрады: авторлар, мақаланың атауы, журналдың атауы, шыққан жылы, томы/нөмірі, мақаланың бірінші және соңғы беттері. Кітапқа сілтеме шыққан жылы мен мақаланың бірінші және соңғы беттерінен тұрады.

Қазақ және орыс тілдерінде басылып шыққан әдебиет көзі латын тіліне аударылуы тиіс (транслитерация).

5. Кестелер

Кестелер қосарланған жоларалық интервалмен бөлек бетте ұсынылады. Әр кестенің атауы мен нөмір оның мәтінде кездескен ретіне сәйкес рәсімделуі керек. Кестеде қолданылған қысқартылған сөздер алфавитке сәйкес нөмірленіп, кестенің түсіндірмесінде жазылады.

6. Суреттер

Суреттердің де атауы мен нөмірі болуы тиіс. Суреттер сапалы әрі анық көрінуі, бір дюймде (DPI) 300 нүктеден кем емес, JPEG форматында берілуі тиіс.

Редакция мақалаға онда ұсынылған материалдың ғылыми құндылығын кемітпейтін кез келген өзгерістер енгізе алады.

ИНСТРУКЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

Рукопись для рассмотрения нужно подать в двух файлах Word документа (doc или docx файл). Первый файл (основной) должен включать название статьи, абстракт, ключевые слова, основной текст, список литературы и таблицы. Пожалуйста, не включайте в основной файл статьи ваши личные данные, это необходимо для обеспечения «слепого» рецензирования рукописи.

Все статьи должны быть представлены в формате WORD с использованием шрифта Arial 12, через 1 интервал с полями по 2 см со всех сторон.

Объем статей не ограничивается.

Общие требования:

1. Титульный лист

Титульный лист содержит название статьи, данные (ФИО, место работы, название подразделения, должность, ученая степень/звание (если имеются)) всех участников, обозначенных в качестве автора. Данные автора для контакта с редакцией, а также почтовый адрес, номер телефона, адрес электронной почты должны быть приведены в нижней части титульного листа. Титульный лист оформляется на казахском, русском и английском языках.

2. Абстракт

Объем абстракта не должен превышать 300 слов. Абстракт оригинальных статей имеет цель, методы, результаты, выводы и ключевые слова. Абстракт обзорных статей оформляется в виде одного абзаца, который содержит информацию об актуальности выбранной темы. В абстракте не должны использоваться сокращенные слова. При выборе ключевых слов, авторы должны строго использовать медицинские предметные рубрики (MeSH) и список Index Medicus.

Абстракт также оформляется на казахском, русском и английском языках.

3. Текст статьи

Текст оригинальной статьи должен включать в себя такие разделы, как введение, материалы и методы, результаты, обсуждение, выводы и список литературы.

Во введении суть и цель исследования должны быть четко определены. Этот раздел должен обеспечить предпосылки для исследования. Необходимо обосновать и указать конкретные цели или же гипотезу исследования.

Материалы и методы: они должны включать в себя дизайн исследования, описание участников или типа материала, используемых в работе, описание всех проведенных мероприятий и вид статистического анализа. В данном разделе автор должен заявить о соответствии данного исследования основным этическим принципам.

Результаты: в этом разделе должны быть изложены полученные данные и результаты статистического анализа. Результаты должны быть представлены в логической последовательности в виде текста, таблиц и рисунков.

Обсуждение: Данный раздел должен включать в себя интерпретацию результатов исследования. Эти данные необходимо обсуждать в контексте результатов других исследований, описанных в литературе.

Выводы: Выводы должны быть связаны с целями исследования и оформлены в виде одного абзаца. Выводы не должны содержать невалифицированных утверждений и выводы, которые не подтверждены полученными вами данными.

Текст обзорных статей имеет введение, а также основную часть, структурированную на подразделы с названиями и выводы.

4. Список литературы

Список литературы должен быть приведен на отдельном листе с двойным интервалом. Используемая литература должна быть последовательно пронумерована арабскими цифрами в том порядке, в котором она впервые упоминается в тексте. Номер ссылки должен быть размещен в скобках в конце предложения перед точкой. Ссылка должна содержать следующую информацию: авторы, название статьи, название журнала, год, том, первая и последняя страницы статьи. Ссылки на книгу должны включать в себя только год, первую и последнюю страницы статьи.

Литературный источник, опубликованный на казахском или русском языках должен быть переведен на латиницу (транслитерация).

5. Таблицы

Таблицы должны быть напечатаны на отдельном листе с двойным интервалом. Каждая таблица должна содержать название и нумерацию таблицы в том порядке, в котором она впервые упоминается в тексте. Все сокращения, используемые в таблице, следует в алфавитном порядке представить в пояснении к таблице.

6. Рисунки

Рисунки также должны иметь название и нумерацию. Рисунки должны быть четкие и представлены как минимум 300 точек на дюйм (DPI) в формате JPEG.

Изображения и рисунки в виде встроенных в WORD документе файлов не принимаются.

Редакция имеет право вносить любые изменения в статью, если такие изменения не умаляют ценность научных данных, представленных в материале.

CONTENT

<i>Valikhan Akhmetov, Zhanar Tyulyubayeva, Roza Abzalova, Baurzhan Dzhussipov</i> PRIMARY HEALTH CARE DEVELOPMENT IN KAZAKHSTAN	4
<i>Zakira Kerimbayeva, Guliya Nurgazina, Taisia Gisemann</i> MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF THE INCIDENCE OF GLAUCOMA (LITERATURE REVIEW)	14
<i>Botagoz Tultaeva</i> REVIEW OF CONDUCTION OF THE NATIONAL STUDY FOR SCHOOL CHILDREN'S HEALTH BEHAVIOR, ITS RESULTS AND PROSPECTS	19
<i>Zhanar Tyulyubayeva, Nassima Zhunussova, Bibigul Bekibaeva, Kuanysh Alimbetov, Gulnaz Sadykova, Korlan Samenova</i> DETERMINATION AND MEASUREMENT OF THE ASSOCIATION BETWEEN INJURIES AND ITS RISK FACTORS IN THE POPULATION OF KAZAKHSTAN	25
<i>Zhanar Tyulyubayeva, Nassima Zhunussova, Bibigul Bekibaeva, Kuanysh Alimbetov, Gulnaz Sadykova, Korlan Samenova</i> DIFFERENT TYPES OF INJURIES AND ISSUES FOR PREVENTION	31
INSTRUCTION FOR PREPARING ARTICLES	37

МАЗМҰНЫ

<i>Ахметов У.И., Тюлюбаева Ж.С., Абзалова Р.А., Жүсіпов Б.Ә.</i> ҚАЗАҚСТАНДА МЕДИЦИНАЛЫҚ-САНИТАРИЯЛЫҚ АЛҒАШҚЫ КӨМЕКТІ ДАМУ	4
<i>Керімбаева З.А., Нұрғазина Г.К., Гиземан Т.КМ.</i> ГЛАУКОМАМЕН СЫРҚАТТАНУШЫЛЫҚТЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК АСПЕКТІЛЕРІ (ӘДЕБИ ШОЛУ)	14
<i>Тултаева Б.С.</i> ОҚУШЫЛАРДЫҢ ӨЗ ДЕНСАУЛЫҒЫНА ҚАТЫСТЫ МІНЕЗ-ҚҰЛҚЫН ҰЛТТЫҚ ЗЕРТТЕУ ЖӘНЕ ОНЫҢ НӘТИЖЕЛЕРІ МЕН БОЛАШАҒЫНА ШОЛУ	19
<i>Тюлюбаева Ж.С., Жүнісова Н.А., Бекібаева Б.Д., Әлімбетов ҚК., Садықова Г.Б., Саменова Қ.С.</i> ҚАЗАҚСТАН ТҰРҒЫНДАРЫ АРАСЫНДАҒЫ ЖАРАҚАТТАНУҒА ҰШЫРАУ ЖАҒДАЙЛАРЫ ЖӘНЕ ОЛАРДЫҢ ҚАУІП-ҚАТЕР ФАКТОРЛАРЫМЕН БАЙЛАНЫС ДЕҢГЕЙІН АНЫҚТАУ ЖӘНЕ ӨЛШЕУ	25
<i>Тюлюбаева Ж.С., Жүнісова Н.А., Бекібаева Б.Д., Әлімбетов ҚК., Садықова Г.Б., Саменова Қ.С.</i> ЖАРАҚАТТАНУШЫЛЫҚТЫҢ ТҮРЛЕРІ МЕН ОЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ СҰРАҚТАРЫ	31
АВТОРЛАРҒА АРНАЛҒАН НҰСҚАУЛЫҚ	38

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Ахметов В.И., Тюлюбаева Ж.С., Абзалова Р.А., Джусупов Б.А.</i> РАЗВИТИЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В КАЗАХСТАНЕ	4
<i>Керимбаева З.А., Нургазина Г.К., Гиземан Т.КМ.</i> МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ГЛАУКОМОЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	14
<i>Тултаева Б.С.</i> ОБЗОР ПРОВЕДЕНИЯ НАЦИОНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПОВЕДЕНИЯ ШКОЛЬНИКОВ ОТНОСИТЕЛЬНО СВОЕГО ЗДОРОВЬЯ, ЕГО РЕЗУЛЬТАТОВ И ПЕРСПЕКТИВ	19
<i>Тюлюбаева Ж.С., Жунусова Н.А., Бекибаева Б.Д., Алимбетов К.К., Садыкова Г.Б., Саменова К.С.</i> ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ИЗМЕРЕНИЕ АССОЦИАЦИИ МЕЖДУ ТРАВМАТИЗМОМ И ЕГО ФАКТОРАМИ РИСКА У НАСЕЛЕНИЯ КАЗАХСТАНА	25
<i>Тюлюбаева Ж.С., Жунусова Н.А., Бекибаева Б.Д., Алимбетов К.К., Садыкова Г.Б., Саменова К.С.</i> РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ ТРАВМАТИЗМА И ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ	31
ИНСТРУКЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ	39

ДЛЯ ЗАМЕТОК

A series of horizontal dotted lines for taking notes.

ДЛЯ ЗАМЕТОК

