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

ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ Издается с 2002 г.

№ 2 2008 г. (УДК 614.2.574)

Учредитель:

Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни Министерства Здравоохранения Республики Казахстан

Решением Коллегии Комитета по контролю в сфере образования и науки МОН РК от 27.02.2008 года (протокол №3) журнал «Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья» включен в перечень научных изданий, рекомендованных Комитетом для публикации основных результатов докторских (кандидатских) диссертаций.

Подписной индекс 75378

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

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

Редакция оставляет за собой право редакторской правки статей. При перепечатке ссылка на журнал обязательна.

Журнал сверстан и отпечатан в типографии НЦ ПФЗОЖ. Адрес редакции: г. Алматы, ул. Кунаева, 86 Тел./факс: 291 61 18, внутр. 126 Заказ № 460. Тираж 1000 экз.

Главный редактор:

Профессор Тулебаев К.А.

Зам. главного редактора: профессор Слажнева Т.И.

Ответственный редактор:

Профессор Хайдарова Т.С.

Технический редактор:

Белоголовцева О.Ю.

Технический секретарь:

Акимбаева А.А.

Редакционная коллегия:

Аканов А.А., Айтмурзаева Г.Т. (Бишкек), Аманжолова З.Д., Булешев М.К (Шымкент), Даленов Е.Д. (Астана), Есова Г.К., Измухамбетов Т.А., Колокина Р.С., Муталова З.Д. (Ташкент), Палтушева Т.П., Рахманов Б.Д., Сейдуманов С.Т., Токмурзиева Г.Ж., Шарипов Т.Ш. Шарманов Т.Ш., Мустафаев С.У., Локшин В.Н.

Научный совет:

Шаймарданов Н.К. (Семипалатинск) Алчинбаев М.К., Арзыкулов Ж.А., Дуйсекеев А.Д., Аскарова Г.К., Биртанов Е.А., Диканбаева С.А., Исмаилов Ш.Ш., Кульжанов М.К., Мамедалиева Н.М., Омарова М.Н., Султаналиев Т.А.

Редакционный совет:

Абдреева Г.У. (Шымкент)

Артющик И.А. (Петропавловск)

Ахмадишин И.М. (Караганда)

Баймаханов Т.Б. (Павлодар)

Жарылгасинов И.Ж. (Актау)

Жаркова Н.В. (Костанай)

Ибраева Р.С. (Актобе)

Исмагамбетова Л.Ж. (Астана)

Кубракова Л.И. (Усть-Каменогорск)

Курмангалиева Э.А. (Алматы)

Мухтарова Г.М. (Алматы)

Мырзахметов К.Т. (Кызылорда)

Умарова Г.Р. (Уральск)

Шаухаров X.C. (Тараз)

Кулушева Г.Е. (Кокшетау)

МАЗМҰНЫ

«ТЕМЕКІ ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҚ: ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ ТЕМЕКІ ШЕГУ ІНДЕТІН Т ЕЖЕУ МЕН ДЕНСАУЛЫҚТЫ САҚТАУДЫҢ КӘЗІРГІ ЗАМАНҒЫ ТӘСІЛДЕРІ» АТТЫ ҒЫЛЫМИ-ТӘЖІРИБЕЛІК КОНФЕРЕНЦИЯ (22 мамыр 2008ж., Қарағанды қ.)	
КӘЗІРГІ ЗАМАНҒЫ КЕЗЕҢДЕ ТЕМЕКІ ШЕГУДІҢ АЛДЫН АЛУДЫҢ ҰЛТТЫҚ САЯСАТЫН ІСКЕ АСЫРУ Қ.А.Төлебаев, А.Ж.Жылқайдарова ҚР ДСМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қ	11
ЫҚПАЛ ЕТУ ТОПТАРЫНДАҒЫ ТЕМЕКІШЕГУШІЛІКТІ ТӨМЕНДЕТУДІҢ ТӘСІЛДЕРІ А.Ж.Жылқайдарова, Г.У.Кулкаева, А.К.Тастанова Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министірлігі, Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қ	14
РЕСЕЙ ТҰРҒЫНДАРЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН КЕҢАУҚЫМДЫ ТЕМЕКІ ҚАТЕРІНЕН ҚОРҒАУ ҮШІН НЕ ІСТЕУ КЕРЕК? А.К.Демин Ресей қоғамдық денсаулық сақтау ассоциациясы, Москва қ	17
РЕСЕЙДЕГІ ТЕМЕКІ ІНДЕТІ: ШЫҒЫНДАР КӨЛЕМІ, СЕБЕПТЕРІ, КҮРЕСУ ЖОЛДАРЫ И.А.Дёмина, А.К.Дёмин Ресей қоғамдық денсаулық сақтау ассоциациясы, Москва қ	22
ТЕМЕКІШЕГУШІЛІКТІҢ ТАРАЛУЫ ЖӘНЕ НИКОТИНГЕ ТӘУЕЛДІЛІК СЕБЕПТЕРІНІҢ ЕРЕКШІЛІКТЕРІ ТУРАЛЫ Э.М.Аймакова ҚР ДСМ Республикалық психиатрия, психотерапия және наркология ғылыми-тәжірибелік орталығы, Алматы қ.	24
ШИЗОФРЕНИЯМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДА ҚЫЛМЫСТЫҚ МІНЕЗ-ҚҰЛЫҚТЫҢ ҚАЛЫПТАСУ ДИНАМИКАСЫНДАҒЫ ТЕМЕКІШЕГУШІЛІК ЖӘНЕ ОНЫҢ АЛДЫН АЛУ Л.Е.Базарбаева, С.С.Бәкирова ҚР ДСМ Республикалық психиатрия, психотерапия және наркология ғылыми-тәжірибелік орталығы, Алматы қ	26
ЖҰМЫС ОРЫНДАРЫНДА ТЕМЕКІШЕГУШІЛІККЕ НЕЛІКТЕН ҮКІМЕТ ТЫЙЫМ САЛУ КЕРЕК? Т.И.Андреева, К.С.Красовский Алкоголь және есірткілік ақпарат орталығы, Киев қ., Украина	28
УКРАИНАДА ҮЙЛЕРДІҢ ТЕМЕКІ ТҮТІНІМЕН ЛАСТАНУЫНЫҢ КОРРЕЛЯЦИЯЛАРЫ Т.И.Андреева Қоғамдық денсаулық сақтау мектебі, Ұлттық университет, Украина	28
МЕДИЦИНА ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРІНІҢ ТЕМЕКІ ШЕГУ СТАТУСЫ ЖӘНЕ ТЕМЕКІШЕГУШІЛІКТІҢ АЛДЫН АЛУДЫҢ БОЛАШАҒЫ А.Ж.Жылқайдарова ҚР ДСМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қ	29
ТЕМЕКІШЕГУШІЛІК – ҚАН МЕТАБОЛИКАЛЫҚ ЗАТТАРЫ ЭЛИМИНАЦИЯСЫНЫҢ ПАТОФИЗИОЛОГИЯЛЫҚ АМАЛЫ Қ.П.Ошақбаев, Т.И.Аманов, З.К.Анаятова ҚР ДСМ Кардиология және ішкі аурулар ғылыми-зерттеу институты, Алматы қ	31
ТЕМЕКІ ШЕГУДІ ТОҚТАТУДЫҢ ЖӘНЕ ТЕМЕКІГЕ ТӘУЕЛДІЛІКТІ ЕМДЕУДІҢ КӘЗІРГІ ЗАМАНҒЫ ТӘСІЛДЕРІ А.Ж.Жылқайдарова, Т.Мамедова, С.С.Өміржанова ҚР ДСМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Шардарин аудандық орталық аурухана, №10 қалалық емхана, Алматы қ	35
ЕГДЕ ЖАСТАҒЫ АДАМДАР АРАСЫНДА ШЫЛЫМШЕГУШІЛІКТІҢ АЛДЫН АЛУ МӘСЕЛЕЛЕРІ С.А. Егеубаева Қоғамдық денсаулық сақтау жоғарғы мектебі, Алматы қ	37
БАЛАЛАР МЕН ЖАСӨСПІРІМДЕР АРАСЫНДА ТЕМЕКІШЕГУШІЛІКТІҢ АЛДЫН АЛУ БАҒДАРЛАМАСЫНДАҒЫ ИННОВАЦИЯЛЫҚ ТЕХНОЛОГИЯЛАР Т.Б.Баймаханов, З.С.Жұматова, К.Г.Шарапатова, В.Н.Даневич, В.А.Колпакова, А.А.Небельцова, А.В.Бала Салауатты өмір салтын қалыптастырудың облыстық орталығы, Тәуелділік туғызатын дерттердің алдын алу және емдеу облыстық орталығы, Павлодар қ.	39
ГРУЗИЯДА ТЕМЕКІНІ БАҚЫЛАУ БОЙЫНША АХУАЛ Г.Бахтуридзе Грузияда темекіні бақылау Альянсы, Тбилиси, Грузия	40
«ТЕМЕКІ ШЕГУДІ ТАСТА ДА, ДЕНСАУЛЫҚ ҰТЫП АЛ» АТТЫ РЕСПУБЛИКАЛЫҚ КОНКУРС, АСТАНАЛЫҚ СӨС ОРТАЛЫҒЫНЫҢ ТӘЖІРИБЕСІ НЕГІЗІНДЕ ТЕМЕКІ ШЕГУДІ ТАСТАУДЫҢ ҮЛГІСІ РЕТІНДЕ Л.Ж. Исмағамбетова, Ж.М. Какенова Салауатты өмір салтын қалыптастырудың қалалық орталығы, Астана қ	41
ЖАСТАРДЫҢ ТЕМЕКІШЕГУШІЛІККЕ КӨЗҚАРАСЫНЫҢ ӘЛЕУМЕТТІК-ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ ТҰСТАРЫ С.Б.Әбдіраимов, Г.Ш.Сейілханова, С.Смағұлұлы, Ә.Мәжитова, Г.Жәкебаева Қызылорда облыстық наркология орталығы, Қызылорда қ	43
ТЕМЕКІ ШЕГУ-БІЗ ҮШІН ДҰРЫС ТАҢДАУ МА? С.Қасым «Мейірбике» медициналық колледжі,	



ТЕМЕКІ ШЕГУ ЖӘНЕ ЖҮРЕК Т.И. Құсманов, Б.С.Есмағанбетова, Ш.С.Биркенова № 1 емхана КҚМК, Павлодар қ	. 46
ТЕМЕКІ ШЕГУДІҢ АЛДЫН АЛУ – САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДЫҢ АЛҒАШҚЫ ҚАДАМЫ. Ж.Х.Темірбай Шымкент медицина колледжі, Шымкент қ	. 48
ТЕМЕКІ ШЕГУ НЕГЕ ЗИЯНДЫ? Л.И.Болтунова №17 Балалар емханасы, Алматы қ	. 51
ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ ҮЗБЕЙ БІЛІМ БЕРУ ЖҮЙЕСІНДЕГІ «ВАЛЕОЛОГИЯ - ҚАЛАЙ ДЕНІ САУ БОЛУ» БАҒДАРЛАМАСЫН ІСКЕ АСЫРУДЫҢ 10-ЖЫЛДЫҒЫНА АРНАЛҒАН «БАЛАЛАРДЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН НЫҒАЙТУ ЖӘНЕ САҚТАУДА БІЛІМ БЕРУ БАҒДАРЛАМАСЫНЫҢ РӨЛІ» АТТЫ РЕСПУБЛИКАЛЫҚ СЕМИНАР (15-16 мамыр 2008ж., Алматы қ.)	
ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ ҮЗІЛІССІЗ ОРТА БІЛІМ БЕРУ ЖҮЙЕСІНДЕГІ «ВАЛЕОЛОГИЯ - ҚАЛАЙ ДЕНІ САУ БОЛУ» БАҒДАРЛАМАСЫН ІСКЕ АСЫРУДЫҢ 10-ЖЫЛДЫҒЫ К.А.Төлебаев, Ш.Е.Қаржаубаева, Л.Н.Шумилина, Р.С.Колокина,Н.Б.Сейтқұлова ҚР ДСМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қ	. 52
ЖАПОНИЯ БІЛІМ БЕРУ ЖҮЙЕСІНДЕГІ РЕФОРМАЛАР ҮЛГІСІНДЕ ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА ОҚУШЫЛАРДЫҢ САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛАПТАСТЫРУЫНЫҢ МІНДЕТТЕРІ Огихара Атсущи Васеда Университеті, адам туралы ғылым факультеті, Жапония	. 55
ОҚУШЫЛАРДЫҢ САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДАҒЫ ОҚЫТУ БАҒДАРЛАМАЛАРЫНЫҢ АТҚАРАТЫН РӨЛІ К.А.Төлебаев, Ш.Е.Қаржаубаева, Л.Н.Шумилина, З.А.Амирханова, Н.Б.Сейтқұлова ҚР ДСМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қ	. 60
МЕКТЕП ОҚЫТАДЫ ЖӘНЕ ДЕНІ САУ БОЛУДЫ ҮЙРЕТЕДІ В.Н.Хобина №16 Орта мектеп	. 63
ЖАСТАР ТӘРБИЕСІНДЕГІ ВАЛЕОЛОГИЯ НЕГІЗДЕРІ Қ У.Х.Колибеков, Ф.Байзахова А.Яссауи атындағы ХҚТУ ШИ Анатомия, физиология және БЭД кафедрасы, ОҚ облыстық салауатты өмір салтын қалыптастыру орталығы, Шымкент қ	. 66
ВАЛЕОЛОГИЯ КЕШЕ, БҮГІН ЖӘНЕ ЕРТЕҢ Л.Н.Шумилина, З.А.Амирханова, Н.Б.Сейтқұлова ҚР ДСМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қ	. 67
САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДЫҢ КЕЙБІР ӘДСТЕМЕЛІК АСПЕКТІЛЕРІ Ш.Н.Ергешбаева ОҚ облыстық ББЖЖТ, ПКБА және ҚД орталығы, Шымкент қ	. 70
«САЛАУАТТЫ УНИВЕРСИТЕТТЕР» АТТЫ ДДҰ ЖОБАСЫН ЕНГІЗУ БОЙЫНША АТҚАРЫЛҒАН ЖҰМЫС ТӘЖІРИБЕСІ Г.К.Қантарбаева, Г.Ш. Нұрахметова, З.С. Жұматова, А.С. Жомартова Салауатты өмір салтын қалыптастырудың облыстық орталығы, Г.Султанов атындағы облыстық клиникалық аурухана, Павлодар қ	. 72
ПАВЛОДАР ҚАЛАСЫНЫҢ №2 ЖАЛПЫ ОРТА БІЛІМ БЕРУ МЕКТЕБІНІҢ БАЗАСЫНДА «ВАЛЕОЛОГИЯ - ҚАЛАЙ ДЕНІ САУ БОЛУ» АТТЫ ОҚЫТУ БАҒДАРЛАМАСЫН ЕНГІЗУ ТӘЖІРИБЕСІ Н.Б.Асылбекова №2 Орта мектеп, Павлодар қ	. 74
ПАВЛОДАР ОБЛЫСЫНЫҢ ОРТА БІЛІМ БЕРУ ҰЙЫМДАРЫНДА «ВАЛЕОЛОГИЯ - ҚАЛАЙ ДЕНІ САУ БОЛУ» ОҚЫТУ БАҒДАРЛАМАСЫН ЕНГІЗУ ТӘЖІРИБЕСІ ЖӘНЕ ПРОБЛЕМАЛАРЫ Г.Ш.Нурахметова Салауатты өмір салтын қалыптастырудың облыстық орталығы, Павлодар қ	. 76
МЕКТЕП МЕДИЦИНАСЫНЫҢ ПРОБЛЕМАЛАРЫ ЖӘНЕ ДАМУ БОЛАШАҒЫ Л.Н.Шумилина ҚР ДСМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қ	. 78
Қазақстан Республикасындағы үзіліссіз білім беру жүйесіндегі «Валеология - қалай дені сау болу» оқыту бағдарламасын іске асырудың 10-жылдығына ұштастырылған «Балалардың денсаулыған сақтау мен нығайтудағы оқуту бағдарламаларының рөлі» атты Республикалық семинар-мәжілісінің РЕЗОЛЮЦИЯСЫ, 15-16 мамыр 2008ж., Алматы қ	. 79
САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДЫҢ ТЕОРИЯЛЫҚ ЖӘНЕ ҒЫЛЫМИ НЕГІЗДЕІ	ΡI
СОЗЫЛМАЛЫ ИНФЕКЦИЯЛЫҚ ЕМЕС АУРУЛАРДЫҢ ПРОФИЛАКТИКАСЫНДА МАРКЕТИНГТІК ТӘСІЛДЕРДІ ҚОЛДАНУ А.А.Аканов,Қ.А.Төлебаев, Б.С.Тұрдалиева ҚР ДСМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қ	. 81
ДЕНСАУЛЫҚҚА ӘСЕР ЕТЕТІН ҚАУІП-ҚАТЕРЛЕРДІ БАСҚАРУДЫҢ ТӘСІЛДЕРІ Б.С.Тұрдалиева ҚР ДСМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қ	. 85
ТУБЕРКУЛЕЗ ДАМУЫНЫҢ ӘЛЕУМЕТТІК-ГИГИЕНАЛЫҚ ҚАУІП-ҚАТЕР ФАКТОРЛАРЫ ЖӘНЕ ТУБЕРКУЛЕЗБЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ ӨМІР САЛТЫ Т.С.Хайдарова, С.А.Сақыбаева Оңтүстік Қазақстан Мемлекеттік медицина академиясы, Шымкент қ	. 87



ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ӨНДІРІСТІК КӘСІПОРЫНДАРЫНДА ЕҢБЕК ЕТЕТІН ӘЙЕЛДЕРДІҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН ҚОРҒАУДАҒЫ НЕГІЗГІ САЯСИ БАҒЫТТАР А.Е.Тажиева	
Қалалық орталық клиникалық ауруханасы	89
ӨРДІРІСТІК КӘСІПОРЫНДАРДАҒЫ ЖҰМЫСШЫ ӘЙЕЛДЕРДІҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН ҚОРҒАУДЫҢ ӘДІСТЕМЕЛІК ТӘСІЛДЕРІ А.Е.Тажиева Қалалық орталық клиникалық ауруханасы	94
ДОНОЗОЛОГИЯ САТЫСЫНДАҒЫ АДАМ ОРГАНИЗМІ ҚЫЗМЕТІНІҢ ВЕГЕТАТИВТІ РЕТТТЕЛУІН ДӘРІ-ДӘРМЕКСІЗ ТҮЗЕТУ Т.П.Палтушева, Г.А.Қуанышбекова, Г.Ж.Габдулина, В.И.Цицурин ҚР ДСМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, ҚР Ғылым және білім министірлігінің адам және жануарлар физиологиясының институты, Алматы қ	96
ДЕНСАУЛЫҚТЫҢ АСПЕКТІЛЕРІ, СӨС ҚҰНДЫЛЫҚТАРЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДАҒЫ ГЕНДЕРЛІК ЕРЕКШЕЛІКТЕР О.М.Ковальчук, Д.А.Жантемірова, М.Ю.Барыбина Облыстық салауатты өмір салтын қалыптастыру орталығы, Көкшетау қ	100
«ДЕНСАУЛЫҚ ЖОЛЫ – 2008» КЕҢАУҚЫМДЫ АКЦИЯСЫН ҰЙЫМДАСТЫРУ ЖӘНЕ ӨТКІЗУ Р.С.Колокина, Н.А.Сулейманова, К.А.Толғанбаева ҚР ДСМ, Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қ	102
ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНЫҢ ҚЫЗМЕТІН ҰЙЫМДАСТЫРУ	
ҚҰС ТҰМАУЫНЫҢ АЛДЫН АЛУ ЖӨНІНДЕ Р.С.Колокина, Н.А.Сулейманова, К.А.Толғанбаева, К.К.Қыраубаев, А.Мендіғали ҚР ДСМ, Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Республикалық Санитарлық-эпидемиялық станциясы, БҰҰ Балалар қоры ЮНИСЕФ, Алматы қ	105
ЕҢБЕК ШАРТТАРЫ БОЙЫНША ӨНДІРІС ОБЪЕКТІЛЕРІНДЕ АТТЕСТАЦИЯ ЖҮРГІЗУДІҢ ЖАҢА ТӘСІЛДЕРІ Ж.Алпысбаева ҚР Еңбек және әлеуметтік қорғау министрлігін қорғау бойынша Республикалық ғылыми зерттеу институты	107
ЖЕДЕЛ МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖӘРДЕМ СТАНЦИЯЛАРЫН ТЕХНИКАЛЫҚ ЖАБДЫҚТАУДЫҢ СТАНДАРТТАРЫН ӘЗІРЛЕУДІ НЕГІЗДЕУ А.А.Берденова, Ә.Э.Игілікова, М.В.Баймағамбетова ҚР ДСМ Денсаулық сақтауды дамыту институты, Алматы қаласы жедел медициналық жәрдем станциясы.	109
МЕДИЦИНА ҰЙЫМДАРЫН МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚҰРАЛ-ЖАБДЫҚТАРМЕН ТЕХНИКАЛЫҚ ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУДІ ЖОСПАРЛАУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ЖАЙЛЫ А.Э.Игликова, М.В.Баймагамбетова, С.Э.Ешова, Е.Сералин ҚР ДСМ «Денсаулық сақтауды дамыту институты» РМК, «Орбита-Дент» ЖШС, Алматы қаласы №7 ҚКА	112
МЕДИЦИНА ҰЙЫМДАРЫН ТЕХНИКАЛЫҚ ЖАБДЫҚТАУ МӘСЕЛЕСІ ТУРАЛЫ ӘРЕКЕТТЕГІ НОРМАТИВТІК-ҚҰҚЫҚТЫҚ БАЗАҒА ӨЗГЕРТУЛЕР МЕН ТОЛЫҚТЫРУЛАР ЕНГІЗУ БОЙЫНША ҰСЫНЫСТАРДЫ НЕГІЗДЕУ М.В.Баймағамбетова, Ә.Э.Игілікова ҚР ДСМ Денсаулық сақтауды дамыту институты	115
СОЗЫЛМАЛЫ ОБСТРУКТИВТІ ӨКПЕ ДЕРТІМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ ЦИТОПРОТЕКТОРЛЫҚ ТЕРАПИЯСЫНЫҢ НӘТИЖЕЛЕРІ Л.М. Төлегенова, Р.С., Бегімбетова, Ш.А. Бейсембаева, Д.О. Карибаева, Л.Н. Шинкаренко С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, Алматы қ	117
БАЛАЛАР ДЕНСАУЛЫҒЫН ҚОРҒАУ МӘСЕЛЕЛЕРІ	
САЛАУАТТЫ ОТБАСЫ – САЛАУАТТЫ ҰЛТ Р.С.Колокина, К.А.Толғанбаева ҚР ДСМ, Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қ	121
БАЛАЛАРДАҒЫ ДИАРЕЯЛЫҚ СИНДРОМДЫ ЕМДЕУДЕ ЭНТЕРО СОРБЕНТТЕРДІ ҚОЛДАНУ Г.Г.Құттықожанова, З.М.Оспанова С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, Алматы қ	123
АНА СҮТІМЕН ҚОРЕКТЕНДІРУ Л.И.Болтунова №17 Балалар емханасы, Алматы қ	125
БАЛАЛАРДАҒЫ ТЕМІРТАПШЫЛЫҚ АНЕМИЯСЫ Л.И.Болтунова, С.Ш.Имангажина, №17 Балалар емханасы, Алматы қ	127
ҚЫЗЫЛОРДА ОБЛЫСЫНДАҒЫ МҮГЕДЕК БАЛАЛАРДЫ ОҢАЛТУ ЖӘНЕ БАЛАЛАР МҮГЕДЕКТІГІНІҢ ЖӘЙ-КҮЙІ Г.Ш. Жалғасбаев, Ж.Г.Жалғасбаев, Ж.Дильжанова, Г.Бихожаева, А.Баймағанбетов, А.Суханберлиев, Г.Алтынбасова, С.Ситалиева ҚР еңбек және халықты әлеуметтік қорғау Министірлігінің Қызылорда облысы бойынша департаменті, Қызылорда қ	
СӨСҚПҰО БАСПАСӨЗ ҚЫЗМЕТІНІҢ ХАБАРЛАРЫ	
, , ,	- 0



СОДЕРЖАНИЕ

МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «ТАБАК И	здоровье:
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ И СДЕРЖИВАНИЯ Т	АБАЧНОЙ
ЭПИДЕМИИ В КАЗАХСТАНЕ» (22 мая 2008 г., г. Караганда)	

РЕАЛИЗАЦИЯ НАЦИОНАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ ПРОФИЛАКТИКИ ТАБАКОКУРЕНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ К.А.Тулебаев, А.Ж.Жылкайдарова Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы1	1
ПОДХОДЫ К СНИЖЕНИЮ КУРЕНИЯ В ГРУППАХ ВЛИЯНИЯ А.Ж.Жылкайдарова, Г.У.Кулкаева, А.К.Тастанова Министерство здравоохранения Республики Казахстан, Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни	4
ЧТО ДЕЛАТЬ ДЛЯ ЗАЩИТЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ ОТ ГЛОБАЛЬНОГО ТАБАЧНОГО ЗЛА? А.К.Дёмин Российская ассоциация общественного здоровья, г.Москва1	7
ГАБАЧНАЯ ЭПИДЕМИЯ В РОССИИ: МАСШТАБЫ ПОТЕРЬ, ПРИЧИНЫ, ПУТИ ПРЕОДОЛЕНИЯ И.А.Дёмина, А.К.Дёмин Российская ассоциация общественного здоровья, г. Москва2	2
О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КУРЕНИЯ И ОСОБЕННОСТЯХ МОТИВАЦИИ У ЛИЦ С НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ Э.М.Аймакова Республиканский научно-практический центр психиатрии, психотерапии и наркологии МЗ РК, г. Алматы	4
ГАБАКОКУРЕНИЕ В ДИНАМИКЕ ФОРМИРОВАНИЯ КРИМИНАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ЕГО ПРОФИЛАКТИКА Л.Е.Базарбаева, С.С.Бакирова Республиканский научно-практический центр психиатрии, психотерапии и наркологии МЗ РК г.Алматы	6
ПОЧЕМУ ПРАВИТЕЛЬСТВУ НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ ЗАПРЕТ КУРЕНИЯ НА РАБОЧИХ МЕСТАХ Г.И.Андреева, К.С.Красовский Центр алкогольной и наркотической информации, г.Киев, Украина2	8
КОРРЕЛЯЦИИ ЗАГРЯЗНЕНИЯ ДОМОВ ТАБАЧНЫМ ДЫМОМ В УКРАИНЕ Т.И.Андреева Школа общественного здравоохранения, Национальный университет, Украина	8
КУРИТЕЛЬНЫЙ СТАТУС МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРОФИЛАКТИКИ ГАБАКОКУРЕНИЯ А.Ж.Жылкайдарова Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы	9
ГАБАКОКУРЕНИЕ – ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ СПОСОБ ЭЛИМИНАЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ ИЗ КРОВИ К.П.Ошакбаев, Т.И.Аманов, З.К.Анаятова НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК, г.Алматы	1
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРЕКРАЩЕНИЮ КУРЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЮ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ А.Ж.Жылкайдарова, Т.Мамедова, С.С.Умиржанова Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, Шардаринская ЦРБ, ГП № 10 г.Алматы	5
ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ ТАБАКОКУРЕНИЯ СРЕДИ ЛИЦ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА С.А.Егеубаева Высшая школа общественного здравоохранения, г.Алматы	7
ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОГРАММЕ ПРОФИЛАКТИКИ ТАБАКОКУРЕНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ Т.Б.Баймаханов, З.С.Жуматова, К.Г.Шарапатова, В.Н.Даневич, В.А.Колпакова, А.А.Небельцова, А.В.Бала Областной центр формирования здорового образа жизни, Областной центр профилактики и лечения зависимых заболеваний, г.Павлодар	9
СИТУАЦИЯ ПО КОНТРОЛЮ НАД ТАБАКОМ В ГРУЗИИ Г.Бахтуридзе, Г.Кобешавидзе Альянс контроля над табаком Грузии, Тбилиси, Грузия	0
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ КОНКУРС «БРОСЬ КУРИТЬ И ВЫИГРАЙ ЗДОРОВЬЕ», КАК ОДИН ИЗ МОДЕЛЕЙ В ПРЕКРАЩЕНИИ КУРЕНИЯ ПО ОПЫТУ СТОЛИЧНОГО ЦЕНТРА ЗОЖ Л.Ж.Исмагамбетова, Ж.М.Какенова Городской центр формирования здорового образа жизни, г.Астана 4	1
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОТНОШЕНИЯ МОЛОДЕЖИ К ТАБАКОКУРЕНИЮ С.Б.Абдраимов, Г.Ш.Сеилханова, С.Смагулулы, А.Мажитова, Г.Жакебаева Кызылординский областной центр наркологии, г.Кызылорда	.3
КУРЕНИЕ – ПРАВИЛЬНЫЙ ЛИ ДЛЯ НАС ВЫБОР? С.Касым Медицинский колледж «Меирбике», Мангистауская область, г. Актау4	
КУРЕНИЕ И СЕРДЦЕ Т.И.Кусманов, Б.С.Есмаганбетова, Ш.С.Биркенова ККГП Поликлиника № 1, г. Павлодар	6



ПРОФИЛАКТИКА ТАБАКОКУРЕНИЯ - ПЕРВЫЙ ШАГ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ. Ж.Х.Темірбай Шымкентский медицинский колледж, г.Шымкент	48
ПОЧЕМУ КУРИТЬ ВРЕДНО Л.И.Болтунова Детская поликлиника №17, г.Алматы	51
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СЕМИНАР-СОВЕЩАНИЕ «РОЛЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГІ В СОХРАНЕНИИ И УКРЕПЛЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ», ПРИУРОЧЕННЫЙ К 10-ЛЕТИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ «ВАЛЕОЛОГИЯ – КАК БЫТЬ ЗДОРОВЫМ» В СИСТЕМ НЕПРЕРЫВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН (15-16 мая 2008 г. г.Алм	PAMM HO E
10-ЛЕТИЕ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ «ВАЛЕОЛОГИЯ – КАК БЫТЬ ЗДОРОВЫМ» В СИСТЕМЕ НЕПРЕРЫВНОГО СРЕДНЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН Тулебаев К.А, Шумилина Л.Н., Колокина Р.С., Есова Г.К., Сейткулова Н.Б. Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни	52
ЗАДАЧИ В ОБРАЗОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ШКОЛЬНИКОВ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН НА ПРИМЕРЕ РЕФОРМ СИСТЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ ЯПОНИИ И ФОРМИРОВАНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ В КАЗАХСТАНЕ Огихара Атсущи Университет Васеда, факультет наук о человеке, Япония	55
РОЛЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ, СОХРАНЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ К.А.Тулебаев, Ш.Е.Каржаубаева, Л.Н.Шумилина, З.А.Амирханова, Н.Б.Сейткулова Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы	60
ШКОЛА ДАЕТ ЗНАНИЯ И УЧИТ КАК БЫТЬ ЗДОРОВЫМ Н.В.Хобина ГУСШ №16	63
ОСНОВЫ ВАЛЕОЛОГИИ В ВОСПИТАНИИ МОЛОДЕЖИ У.Х.Колибеков, Ф.Байзахова Государственный Казахско-турецкий университет им.К.А.Яссауи, Шымкентский институт, кафедра анатомии и физиологии, Южно-Казахстанский областной центр формирования здорового образа жизни, г.Шымкент	66
ВАЛЕОЛГИЯ ВЧЕРА, СЕГОДНЯ И ЗАВТРА Л.Н.Шумилина, З.А.Амирханова, Н.Б.Сейткулова Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы	67
НЕКОТОРЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ Ш.Н.Ергешбаева Южно-Казахстанский областной центр повышения квалификации учителей и переподготовки кадров системы образования, г.Шымкент	70
ОПЫТ РАБОТЫ ПО ВНЕДРЕНИЮ ПРОЕКТА ВОЗ «ЗДОРОВЫЕ УНИВЕРСИТЕТЫ» Г.К.Кантарбаева, Г.Ш.Нурахметова, З.С.Жуматова, А.С.Жомартова Областной центр формирования здорового образа жизни, Областная клиническая больница им Г. Султанова, г. Павлодар	72
ОПЫТ РАБОТЫ ПО ВНЕДРЕНИЮ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ «ВАЛЕОЛОГИЯ – КАК БЫТЬ ЗДОРОВЫМ» НА БАЗЕ СРЕДНЕЙ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЫ №2 г. ПАВЛОДАР Н.Б.Асылбекова СШ №2 г.Павлодар	74
«ОПЫТ И ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ «ВАЛЕОЛОГИЯ – КАК БЫТЬ ЗДОРОВЫМ» В ОРГАНИЗАЦИЯХ СРЕДНЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ПАВЛОДАРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 10 ЛЕТ (1998- 2008 гг.) Г.Ш.Нурахметова Центр формирования здорового образа жизни Павлодарской области, г.Павлодар	76
ПРОБЛЕМЫ ШКОЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕЕ РАЗВИТИЯ Л.Н.Шумилина Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы.	78
РЕЗОЛЮЦИЯ Республиканского семинара-совещания «Роль образовательных программ в сохранении и укреплении здоровья детей», приуроченного к 10-летию реализации программы «Валеология – как быть здоровым» в системе непрерывного среднего образования Республики Казахстан, 15-16 мая 2008 г., г. Алматы	79
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И НАУЧНЫЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА Ж	
ПРИМЕНЕНИЕ МАРКЕТИНГОВЫХ ПОДХОДОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ А.А.Аканов, К.А.Тулебаев, Б.С.Турдалиева	
Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.АлматыПодходы К УПРАВЛЕНИЮ РИСКАМИ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ Б.С.Турдалиева Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы	
СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА И ОБРАЗ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ Т.С.Хайдарова, С.А.Сакыбаева Южно-Казахстанская государственная	
медицинская академия, г.Шымкент	87



ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПОЛИТИКИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН, РАБОТАЮЩИХ НА ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЯХ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН А.Е.Тажиева Центральная городская клиническая больница, г.Алматы	89
МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН-РАБОТНИЦ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ А.Е. Тажиева Центральная городская клиническая больница, г.Алматы	94
БЕЗМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ФУНКЦИИ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА НА СТАДИИ ДОНОЗОЛОГИИ Т.П.Палтушева, Г.А.Куанышбекова, Г.Ж.Габдулина, В.И.Цицурин Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, Институт физиологии человека и животных МОН РК, г.Алматы	96
АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ, ФОРМИРОВАНИЕ ЦЕННОСТЕЙ ЗОЖ, ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ЦЕННОСТЕЙ О.М.Ковальчук, Д.А.Жантемирова, М.Ю.Барыбина Акмолинский областной центр формирования здорового образа жизни, г.Кокшетау	100
ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ ШИРОКОМАСШТАБНОЙ АКЦИИ «ДЕНСАУЛЫҚ ЖОЛЫ - 2008» Р.С.Колокина, Н.А.Сулейманова, К.А.Толганбаева Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы	102
ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
К ВОПРОСАМ ПРОФИЛАКТИКИ ПТИЧЬЕГО ГРИППА Р.С.Колокина, Н.А.Сулейманова, К.А.Толганбаева, К.К.Кыраубаев, А.Мендыгали Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, Республиканская Санитарно-эпидемиологическая станция, Детский Фонд ООН ЮНИСЕФ	105
НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОВЕДЕНИЮ АТТЕСТАЦИИ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ОБЪЕКТОВ ПО УСЛОВИЯМ ТРУДА Ж.Алпысбаева Республиканский НИИ по охране труда Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан, г.Астана	107
ОБОСНОВАНИЕ РАЗРАБОТКИ СТАНДАРТОВ ТЕХНИЧЕСКОГО ОСНАЩЕНИЯ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ А.А.Берденова, А.Э.Игликова, М.В. Баймагамбетова Институт развития здравоохранения МЗ РК, Станция скорой медицинской помощи, г.Алматы	109
О ПРОБЛЕМЕ ПЛАНИРОВАНИЯ ТЕХНИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМ ОБОРУДОВАНИЕМ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ А.Э.Игликова, М.В.Баймагамбетова, С.Э.Ешова, Е.Сералин Институт развития здравоохранения МЗ РК, ТОО «Орбита-Дент», ГКБ №7, г.Алматы	112
ОБОСНОВАНИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЙ ПО ВНЕСЕНИЮ ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ В ДЕЙСТВУЮЩУЮ НОРМАТИВНО-ПРАВОВУЮ БАЗУ ПО ВОПРОСУ ТЕХНИЧЕСКОГО ОСНАЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ. М.В.Баймагамбетова, А.Э.Игликова Институт развития здравоохранения МЗ РК, г.Алматы	115
РЕЗУЛЬТАТЫ ЦИТОПРОТЕКТОРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ Л.М.Тулегенова, Р.С.Бегимбетова, Ш.А.Бейсембаева, Д.О.Карибаева, Л.Н.Шинкаренко Казахский Национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова, г. Алматы	117
ВОПРОСЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ	
ЗДОРОВАЯ СЕМЬЯ – ЗДОРОВАЯ НАЦИЯ Р.С.Колокина, К.А.Толганбаева Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы	121
ПРИМЕНЕНИЕ ЭНТЕРО СОРБЕНТОВ В ЛЕЧЕНИИ ДИАРЕЙНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ Г.Г.Куттыкужанова, З.М.Оспанова Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиарова, г.Алматы	123
ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ Л.И.Болтунова Детская поликлиника №17, г.Алматы	125
ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У ДЕТЕЙ Л.И.Болтунова, С.Ш.Имангажина, Детская поликлиника №17, г.Алматы	127
О СОСТОЯНИИ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ПО КЫЗЫЛОРДИНСКОЙ ОБЛАСТИ Г.Ш.Жалгасбаев, Ж.Г.Жалгасбаев, Ж.Дильжанова, Г.Бихожаева, А.Баймаганбетов, А.Суханберлиев, Г.Алтынбасова, С.Ситалиева Департамент Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан по Кызылординской области, г.Кызылорда	128
СООБЩЕНИЯ ПРЕСС-СЛУЖБЫ НЦ ПФЗОЖ	



CONTENTS

INTERNATIONAL SCIENTIFIC-PRACTICAL CONFERENCE "TOBACCO AND HEALTH: MODERN APPROACHES TO HEALTH PROTECTION AND TOBACCO EPIDEMIC CONTROL IN KAZAKHSTAN" (22 may 2008 Karaganda)

REALIZATION OF THE NATIONAL TOBACCO CONTROL POLICY AT THE PRESENT STAGE K.Tulebayev, A.Zhylkaidarova National center for problems of healthy lifestyle development, Almaty	11
APPROACHS TO TOBACCO SMOKING DECREASE IN INFLUENCE GROUPS A.Zhylkaidarova, G.Kulkaeva, A.Tastanova Ministry of Health of the RK, Astana, National center for problems of healthy lifestyle development, Almaty	14
WHAT CAN WE DO FOR HEALTH PROTECTION OF RUSSIA POPULATION FROM GLOBAL T OBACCO HARM? K.Demin Moscow medical Academy name after I.Sechenov, National Coalition "For smokefree Russia!"	17
TOBACCO EPIDEMIC IN RUSSIA: SCOPE OF LOSSES, CAUSES, WAYS OF OVERCOMING I.A.Demina, A.K.Demin Russian public health association	22
ABOUT PREVALENCE OF SMOKING AND PECULIARITIES OF MOTIVATION OF THE MEN WITH NICOTINE DEPENDENCE E.M.Aimakova Republican scientifically-practical centre of psychiatries, psychotherapy and Narcology MH RK, Almaty	24
SMOKING IN SPEAKER OF THE SHAPING OF THE CRIMINAL BEHAVIOUR BESIDE SICK SCHIZOPHRENIC AND IT'S PREVENTIVE MAINTENANCE L.E.Bazarbaeva, S.S.Bakirova Republican scientifically-practical centre of psychiatries, psychotherapy and Narcology MH RK, Almaty	26
WHY THE GOVERNMENT SHOULD BAN SMOKING AT WORKPLACES T.I. Andreeva, K.S. Krasovsky Alcohol and Drug Information Center, Kiev, Ukraine	28
CORRELATES OF TOBACCO SMOKE POLLUTION IN HOMES IN UKRAINE T.I.Andreeva School of Public Health, National University of Kyiv-Mohyla Academy, Ukraine	28
SMOKING STATYS AND PROSPECTS OF TOBACCO CONTROL AMONG MEDICAL PROFESSIONALS A.Zhylkaidarova National center for problems of healthy lifestyle development, Almaty	29
SMOKING – PURIFICATION BLOOD PATHOPHYSIOLOGICAL WAY FROM A METABOLIC SUBSTANCES K.P.Oshakbayev, T.I.Amanov, Z.K.Anajatova Scientific research institute of Cardiology and internal diseases MH RK, Almaty	31
MODERN APPROACHS TO SMOKING CESSATION AND TOBACCO DEPENDENCE TREATMENT A.Zhylkaidarova, T.Mamedova, S.Umirzhanova National center for problems of healthy lifestyle development, Shardara central hospital, Almaty city polyclinic № 10	35
SMOKING PREVENTION ISSUES AMONG ELDER PEOPLE S.A. Yegeubaeva Kazakhstan School of Public Health, Almaty	
INNOVATIVE TECHNOLOGY AT TOBACCO SMOKE PREVENTION AMONG CHILDREN AND TEENAGERS T.B.Baymakhanov, Z.S.Zhumatova, K.G.Sharapatova, V.N.Danevich, V.A. Kolpakova, A.A.Nebeltsova, A.V.Bala Oblast healthy lifestyle development center, Oblast center for dependent diseases prevention and treatment, Pavlodar	39
TOBACCO CONTROL SITUATION ANALYZE IN GEORGIA 2008 Dr. Bakhturidze G., Dr. Kobeshavidze G Tobacco Control Alliance in Georgia, Tbilisi, Georgia	40
REPUBLICAN CONTEST "QUIT SMOKING AND WIN HEALTH" AS ONE OF MODELS IN SMOKING QUIT BY PRACTICE OF CAPITAL HLD CENTER L.G.Ismagambetova, Z.M.Kakenova City healthy lifestyle development center, Astana	41
SOCIAL AND MENTAL ASPECTS OF YOUTH ATTITUDE TO TOBACCO SMOKE S.B. Abdraimov, G.S.Seilkhanova, S.Smagululi, A.Mazhitova, G.Zhakebayeva, Kyzylorda oblast narcology center, Kyzylorda	43
IS SMOKING CORREKT FOR US? Serik Kasym "Meirbike" medical college Mangystau region, Aktau	44
SMOKING AND HEART T.I.Kusmanov, B.S.Esmaganbetova, Sh.S.Birkenova Clinic № 1, Pavlodar c	46
PROPHYLAXIS OF TOBACCO SMOKING IS THE FIRST STEP TO HEALTH WAY OF LIFE Zh.H.Temirbai Shymkent Medical college, Shymkent	48
WHY SMOKING IS INJURIOUS L.I. Boltunova Child polyclinic №17, Almaty	51



REPUBLICAN WORKSHOP "ROLE OF EDUCATIONAL PROGRAMS AT CHILDREN HEALTH PROTECTION AND PROMOTION" CONFINED TO 10 YEAR ANNIVERSARY OF "VALEOL-OGY-HOW TO STAY HEALTHY" PROGRAM IN A CONTINUOUS EDUCATIONAL SYSTEM OF KAZAKHSTAN (15-16 may 2008 Almaty)

10 YEARS OF THE 'VALEOLOGY – HOW BE A HEALTHY' PROGRAM REALIZATION IN A SYSTEM OF CONTINUING SECONDARY EDUCATION OF THE REPULIC OF KAZAKHSTAN K.Tulebayev, L.N.Shumilina, R.S.Kolokina, G.Yesova, N.Seitkulova National Center for problems of healthy lifestyle development, Almaty	52
GOALS OF HEALTHY LIFESTYLE EDUCATION AMONG SCHOOLCHILDREN OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN BY THE EXAMPLE OF JAPAN EDUCATION SYSTEM REFORMS AND EDUCATIONAL PROGRAMS DEVELOPMENT IN KAZAKHSTAN Ogikhara Atsushi, Vaseda University, human sciences faculty, Japan	55
ROLE OF EDUCATIONAL PROGRAMS AT SCHOOLCHILDREN HEALTHY LIFESTYLE DEVELOPMENT AND HEALTH PROTECTION K.A. Tulebayev, S.E. Karzhaubayeva, L.N. Shumilina, Z.A. Amirkhanova, N.B. Seitkulova National Center for problems of healthy lifestyle development under Ministry of health RK, Almaty	60
SCHOOL GIVES KNOWLEDGE AND TEACHES HOW TO BE HEALTHY N.V. Khobina High School №16	63
FUNDAMENTALS OF VALEOLOGY AT YOUTH EDUCATION U.K.Kolibekov, F.Bayzakhova State Kazakh-Turkish university named after K.A. Yassaui, Shymkent institute, anatomy and physiology chair, South-Kazakhstan oblast healthy lifestyle development center, Shymkent	66
VALEOLOGY YESTERDAY, TODAY AND TOMORROW L.N.Shumilina, Z.A.Amirkhanova, N.B.Seitkulova National Center for problems of healthy lifestyle development under Ministry of health RK, Almaty	67
SOME METHODICAL ASPECTS OF HEALTHY LIFESTYLE DEVELOPMENT Sh.N.Ergeshbaeva South-Kazakshtan oblast center of teacher training and retraining of educational system's stuff, Shymkent	70
WORK EXPERIENCE ON WHO "HEALTHY UNIVERSITY" PROJECT INTRODUCTION G.K.Kantarbaeva, G.S.Nurakhmetova, Z.S. Zhumatova, A.S. Zhomartova Oblast healthy lifestyle development center, Oblast clinical hospital named after G.Sultanov, Pavlodar	72
WORK EXPERIENCE ON «VALEOLOGY-HOW TO BE HEALTHY» EDUCATION PROGRAM INTRODUCTION AT THE BASE OF HIGH SCHOOL №2 PAVLODAR CITY N.B. Asylbekova, high school №2, Pavlodar	74
EXPERIENCE AND PROBLEMS OF «VALEOLOGY-HOW TO BE HEALTHY» EDUCATION PROGRAM INTRODUCTION AT HIGH SCHOOL LEVEL INSTITUTIONS OF PAVLODAR OBLAST FOR 10 YEAR PERIOD (1998- 2008) G.Sh.Nurakhmetova, Healthy lifestyle development center of Pavlodar oblast	76
PROBLEMS OD SCHOOL MEDICINE AND DEVELOPMENT PROSPECTS L.N.Shumilina National Center for problems of healthy lifestyle development under Ministry of health RK, Almaty	78
RESOLITION of Republican workshop "Role of educational programs at children health protection and promotion" confined to 10 year anniversary of "valeology-how to stay healthy" program in a continuous educational system of the Republic of Kazakhstan, 15-16 may 2008, Almaty	79
THEORETICAL AND SCIENTIFIC BASES OF HEALTHY LIFESTYLE DEVELOPLENT	
APPLYING MARKETING APPROACHES WITHIN CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES REVENTION A.A. Akanov, K.A.Tulebaev, B.S.Turdalieva National State Medical University, Almaty National Center for the problems of Healthy Lifestyle Development, Almaty	81
HEALTH RISKS MANAGEMENT NEW APPROACHES B.S.Turdalieva National Center for the problems of Healthy Lifestyle Development, Almaty	85
SOCIAL-HYGIENIC RISK FACTORS OF TUBERCULOSIS DEVELOPMENT AND LIFESTYLE OF PATIENTS WITH TUBERCULOSIS T.S.Khaydarova, S.A.Sakybaeva South-Kazakhstan State medical academy, Shymkent	87
MAIN DIRECTIONS OF HEALTH PROTECTION AMONG WOMEN WORKING IN INDUSTRIAL ENTERPRISES IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN A.E.Tazhieva Almaty central municipal clinical hospital	89
TECHNICAL APPROACHES TO PROTECTION OF HEALTH OF WOMEN EMPLOYED IN INDASTRIAL ENTERPRISES A.E. Tazhieva Almaty central municipal clinical hospital	94



AT PRENOSOLOGICAL STAGE T.P. Paltusheva, G.A. Kuanishbekova, G.Zh. Gabdulina, V.I. Citsurin National Center for problems of healthy lifestyle development under Ministry of health RK, Human and animal physiology Institute under Ministry of education and science RK, Almaty	96
ASPECTS OF HEALTH, HWL'S VALUES' FORMATION GENDER DIFFERENCIATIONS IN VALUES' FORMATION O.M.Kovalchuk, D.A.Zhantemirova, M.J.Barybina Oblast Center of healthy lifestyle development, Kokshetau	100
ORGANIZATION AND CARRYING OUT "DENSAULYK ZHOLI-2008" LARGE-SCALE CAMPAIGN R.S.Kolokina, N.A.Suleymanova, K.A.Tolganbaeva National Center for problems of healthy lifestyle development under Ministry of health RK, Almaty	102
PUBLIC HEALTH AND HEALTH CARE MANAGEMENT	
TO ISSUE OF AVIAN INFLUENZA PREVENTION R.S.Kolokina, N.A.Suleymanova, K.A.Tolganbaeva, K.K.Kiraubaev, A.Mendigali National Center for problems of healthy lifestyle development under Ministry of health RK, Republican sanitary-epidemiology station, UNICEF UN fund	105
NEW APPROACHES TO CERTIFICATION OF PRODUCTION UNITS TO CONDITIONS OF WORK Z.Alpisbaeva Republican Scientific-research institute on protection of labour under Ministry of labour and social protection of population of the Republic of Kazakhstan, Astana	107
BASIS FOR DEVELOPMENT OF STSNDARDS OF TECHNICAL EQUIPMENT OF AMBULANCE STATIONS A.A.Berdenova, A.E.Iglikova, M.V.Baimagambetova Healthcare Development Institute, Ministry of Health at the Republic of Kazakhstan, Almaty Ambulance station	109
QUESTIONS ABOUT TECHNICAL SUPPLY PLANNING OF MEDICAL ORGANIZATIONS A.Iglikova, M.V.Baimagambetova, S.Eshova, E.Seralin Institute for Healthcare Development, LLP "Orbita-Dent"	112
BASIS FOR SUGGESTIONS TO INTRODUCING CHANGES AND ADDITIONS TO ACTING NORMS-LEGAL BASE FOR THE QUESTIONS OF TECHNICAL EQUIPMENT OF MEDICAL ORGANIZATIONS M.V.Baimagambetova, A.E.Iglikova Healthcare Development Institute, Ministry of Health at the Republic of Kazakhstan	115
RESULTS CYTOPROTECTOR THERAPIES OF LUNGS IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DIEASES L.M.Tulegenova, R.S.Begimbetova, S.A.Beysembaeva, D.O.Karibaeva, L.N.Shinkarenko Kazakh National medical university named after S.D.Asphendiyarov, Almaty	117
ISSUES OF CHILDREN HEALTH PROTECTION	
HEALTHY FAMILY-HEALTHY NATION R.S.Kolokina, K.A.Tolganbaeva National Center for problems of healthy lifestyle development under Ministry of health RK, Almaty	121
APPLICATION OA ENTEROSORBENTS IN TREATMENT OF DIARRHEA SYNDROME AMONG CHILDREN G.G.Kuttikuzhanova, Z.M.Ospanova Kazakh National medical university named after S.D.Asphendiyarov, Almaty	123
BREAST FEEDING L.I.Boltunova Child polyclinic №17, Almaty	125
IRON-DEFICIENCY ANEMIA AT CHILDREN L.I.Boltunova, S.S.Imangazhina, Child polyclinic №17, Almaty	127
ABOUT SITUATION ON CHILD DISABLILITY AND REHABILITATION OF DISABLED CHILDREN IN KYZYLORDA OBLAST G.S.Zhalgasbaev, Z.G.Zhalgasbaev, Z.Dilzhanova, G.Bikhozhaeva, A.Baymaganbetov, A.Sukhanberliev, G.Altynbasova, S.Sitalieva Department of Ministry of labor and population social defense Republic of Kazakhstan on Kyzylorda	
oblast, Kyzylorda	
NCPHLD PRESS-SERVICE REPORTS	130



КӘЗІРГІ ЗАМАНҒЫ КЕЗЕҢДЕ ТЕМЕКІ ШЕГУДІҢ АЛДЫН АЛУДЫҢ ҰЛТТЫҚ САЯСАТЫН ІСКЕ АСЫРУ

Қ.А.Төлебаев, А.Ж.Жылқайдарова ҚР ДСМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қ.

РЕАЛИЗАЦИЯ НАЦИОНАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ ПРОФИЛАКТИКИ ТАБАКОКУРЕНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

К.А.Тулебаев, А.Ж.Жылкайдарова Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы

REALIZATION OF THE NATIONAL TOBACCO CONTROL POLICY AT THE PRESENT STAGE

K. Tulebayev, A. Zhylkaidarova National center for problems of healthy lifestyle development, Almaty

Табак является ведущей предотвратимой причиной смерти в мире. Это единственный узаконенный потребительский товар, который приводит к смерти от одной трети до половины людей, потребляющих его так, как это предусмотрено его производителями. Смертность от последствий, связанных с курением превышает смертность от многих других причин, как СПИД, потребление наркотиков, алкоголя и т.д., вместе взятых (рисунок 1). Курильщики умирают в среднем на 15 лет раньше времени.

Не меньшее беспокойство вызывает тот факт, что сотни тысяч людей, которые никогда не курили, умирают каждый год от болезней, вызванных вдыханием вторичного табачного дыма. Многочисленные исследования показали, что пассивное курение (совместное проживание с курильщиком, воздействие табачного дыма на рабочем месте и т.д.) значительно увеличивает риск развития рака легкого, молочной железы, рака других органов, а также риск развития сердечно-сосудистых, бронхолегочных, других заболеваний.

Особенно уязвимы к токсическому воздействию табачного дыма маленькие дети. Установлено, подвергая ребенка вдыханию табачного дыма, в том числе и внутриутробно, увеличиваются риски рождения ребенка с низким весом и легочной патологией, внезапной смерти младенца, инфекций среднего уха, заболеваний органов дыхания у детей и подростков, в том числе бронхиальной астмы

В 2002 году в Казахстане табак занимал первое место среди факторов, вносящих наибольший вклад в бремя болезни и его доля в бремени DALY составляла 13,4% (для сравнения в Кыргызстане – 6,6%, Узбекистане 3,1%, Украине 12,8%, Российской Федерации – 13,4%, Франции – 12,4%, Германии – 13,7%). Табакокурение признано ведущим

фактором риска преждевременной смертности и служит причиной около 1,6 миллионов смертей в Европейском регионе и 25 тысяч – в Казахстане.

Программа по сокращению потребления табака и табачных изделий как одно из направлений деятельности Национального центра проблем формирования здорового образа жизни реализуется с 1998 года и фактически является национальной политикой контроля над табаком в Казахстане. Одним из достижений этой программы является создание законодательной базы — принят Закон Республики Казахстан «О профилактике и ограничении табакокурения» в 2002 году. Кроме того, аспекты профилактики заложены во многие другие нормативные акты страны.

За последние годы эту проблему удалось включить в число приоритетных для государства и общества.

Что сделано?

- Разработаны и представлены предложения по совершенствованию антитабачного законодательства в соответствии с Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака.
- Совместно с международными экспертами и агентствами (BO3, CDC, UICC, ITEN) проведены исследования по распространенности, экономике табакокурения и оценке ущерба для здоровья с разработкой предложений по совершенствованию профилактической деятельности.
- Стоимость одного случая рака легкого в РК, занимающего первое место в структуре онкозаболеваемости и смертности, составляет около 3000 долларов США.
- Установленный уровень курения среди подростков 13-15 лет (12,7%) в Казахстане в 1,5 раза ниже, чем в Молдове и Украине, в 2 и более раз ниже, чем в Грузии, Словении, Словакии и Венгрии.



- Около 200 организаций образования и здравоохранения объявлены зонами, свободными от курения.
- За 3 года в ежегодных конкурсах «Брось курить и выиграй» приняли участие 98111 курильщиков, из них более 25 тысяч человек оставались некурящими в течение года. Только в Международном конкурсе 2008 года приняло участие 41018 курильщиков (рисунок 2).
- Вмешательство по снижению курения включено в стандарты профилактической деятельности медицинских работников на уровне ПМСП.
- С 2005 года функционирует целевая программа «Алматы город свободный от табачного дыма», которая продлена до 2011 года.
- Разработаны 5 видео, аудиороликов, 3 видеофильма, выпущено более 50 тыс экз плакатов, 100 тыс буклетов для различных целевых групп. Впервые создана обучающая интерактивная игра на основе компьютерных технологий для школьников.

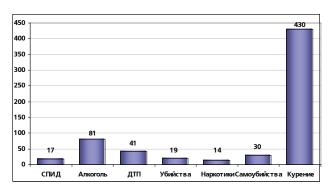


Рисунок 1. Ежегодное число смертей от курения (в тыс.) по сравнению с некоторыми другими причинами, США

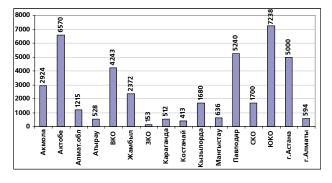


Рисунок 2. Количество участников Международного конкурса «Брось курить и выиграй-2008» в разрезе по регионам

Мировой опыт. В мире накоплен значительный опыт мер контроля над табаком, который позволяет понять, какие меры эффективно снижают потребление табака, а какие нет. Наиболее действенные подходы, доказавших свою эффективность во многих странах, отражены в Рамочной

Конвенции по борьбе против табака, которую Казахстан ратифицировал 26 ноября 2006 г.

К их числу относятся:

- 1. Полный запрет рекламы, стимулирования продажи и спонсорства приведут к сокращению потребления табачных изделий.
- 2. Информация на упаковке. Упаковка табачных изделий фактически является их рекламой, при этом она дезинформирует потребителя относительно реальных свойств табачных изделий и их воздействия на здоровье. Поэтому Конвенция обязывает, чтобы: упаковка и маркировка табачных изделий не стимулировали продажу табачного изделия, исключить термины "с низким содержанием смол", "легкие" и другие, вводящие в заблуждение. Также предписывается введение на упаковке предупреждений, которые периодически меняются и занимают 50% двух наибольших сторон упаковки или более, но ни в коем случае не менее 30% двух наибольших сторон упаковки.
 - 3. Повышение налогов.
- 4. Защита от табачного дыма. Конвенция обязывает каждую страну к принятию мер, обеспечивающих защиту от воздействия табачного дыма на рабочих местах внутри помещений, общественном транспорте и в закрытых общественных местах и в соответствующих случаях в других общественных местах. При этом курение может быть позволено только в том случае, если оно не создает опасности невольной подверженности табачному дыму.
- 5. Содействие прекращению курения. От 40% до 80% курильщиков желают отказаться от курения, но они нуждаются в соответствующей медицинской, психологической и социальной поддержке.
- 6. Противодействие незаконной торговле табачными изделиями.
- 7. Отказ от сотрудничества с финансируемыми табачной промышленностью организациями в таких сферах, как профилактические программы в школах. При разработке и осуществлении программ и стратегий в области борьбы против табака не должны привлекаться частные учреждения и неправительственные организации, связанных с табачной промышленностью

Как показывает опыт последних десятилетий, пропагандистские усилия, направленные на разъяснение всех опасностей, с которыми сопряжено употребление табака, приносят в Израиле свои плоды: процент курящих в стране сократился за 30 лет приблизительно вдвое.

Существующие проблемы:

• Акцизы на табачные изделия составляет менее 20% при рекомендуемых ЕС - 70% и более



- Не проработан механизм наложения штрафов за нарушение запретов курения в общественных местах
- В стране не запрещена косвенная реклама табака
- Не соблюдается запрет продажи табачных изделий до 18 лет
- Только в г.Алматы предпринимаются первые шаги по оказанию помощи желающим бросить курить
- Недостаточный объем выделяемых ресурсов для проведения широкомасштабных информационных кампаний для различных целевых групп
- Отсутствует нормативная база для создания Фонда здоровья, средства которого расходовались бы на усиление информационных кампаний, стимулирования и поддержки отказа от курения.

На современном этапе казахстанская нация нуждается в кардинальном решении задач по формированию здорового образа жизни. Одним из инструментов повышения эффективности системы является комплексное межсекторальное воздействие на улучшение факторов, определяющих и сохранение и развитие потенциала здоровья человека - физических, экономических, социальных, экологических, культурных, с использованием новейших мировых технологий, подходов и методов формирования здорового образа жизни на основе доказательной медицины. Именно усиление межведомственной работы по формированию здорового образа жизни наряду с укреплением материально-технического обеспечения региональных организаций службы ФЗОЖ предусматривает распоряжение Премьер-министра Республики Казахстан об утверждении «Плана мероприятий по комплексному подходу к формированию здорового образа жизни» от 9 августа 2006 года № 225-р.

Согласно данному распоряжению создана рабочая группа по вопросам формирования здорового образа жизни из числа заинтересованных министерств, ведомств, местных исполнительных органов, международных и неправительственных организаций, которая в процессе свое работы разработала и представила на рассмотрение Правительству Республики Казахстан Программу «Здоровый образ жизни» на 2008-2016 годы. Данная программа, одним из приоритетов которой является сокращение табакокурения, была утверждена постановлением Правительства от 21 декабря 2007 года № 1260. Фактически в программе определена национальная стратегия Казахстана по сокращению потребления табака и табачных изделий. Ниже представлены направления реализации этой стратегии.

• Повышение информированности населения о последствиях для здоровья активного и

- пассивного курения. Создание социально неприемлемого имиджа табакокурения в обществе, с привлечением лидеров и знаменитых людей страны в пропаганде образа жизни без курения.
- Снижение доступа к табачным изделиям посредством экономических мер: поэтапного повышения акцизов на табачные изделия с ежегодной индексацией с уровнем дохода; совершенствования правил продажи табачных изделий (место и время продажи, отзыв лицензий в случае нарушения правил продажи). По опыту развитых стран для устойчивости процесса ФЗОЖ в стране желательно формирование специального Фонда оздоровления нации, путем отчисления 1% налога на табачные изделия.
- Запрет на прямую и косвенную рекламу и спонсорство со стороны табачной индустрии.
- Защита прав некурящих на чистый воздух расширение зоны запрета на курение в общественных местах (подъезды домов, остановки общественного транспорта).
- Эффективные предупреждения о вреде табакокурения: увеличение объема площади предупредительной надписи на табачных изделиях; включение графических изображений и пиктограмм; контрастность текста предупредительной надписи; их периодическое изменение.
- Усиление работы медицинских работников по профилактике курения среди населения, выработке мотивации и поддержке желающих отказаться от потребления табачных изделий, особенно на уровне ПМСП. Совершенствование системы медико-психологической помощи желающим бросить курить.
- Содействие снижению табакокурения среди медицинских работников, педагогов и государственных служащих путем стимулирования и формирования льготной системы отказа от курения.

Стратегическими целями этой программы является сокращение распространенности курения среди населения до 19,3% в 2010 году, до 17,8% - в 2013 году и 16,8%;

Следует подчеркнуть высокую заинтересованность реализации данной политики Главы государства, который неоднократно в своих Посланиях народу Казахстана и поручениях Правительству отмечал необходимость формирования культа здорового человека — гражданина, ведущего образ жизни, свободный от курения. Среди последних поручений Президента правительству и акимам — обеспечить постоянный контроль за реализацией закона об ограничении табакокурения, сделанные во время рабочего совещания с Правительством 8 мая 2008 года:



- запретить курение в общественных местах, на территории школ, других учебных заведений, усилить административную ответственность. Эта работа должна быть постоянной заботой акимов всех уровней;
- осуществить жесткий контроль за прямой и косвенной рекламой в СМИ табака;
- повысить налогообложение по табаку и усилить контроль над его оборотом.

Таким образом, в Казахстане созданы сейчас все условия для реализации программы профилактики табакокурения, основными принципами которой являются государственность, межсекторальный подход, использование новых технологий и знаний, направленных на изменение поведения общества к более здоровому образу жизни, реализации положений Павлодарской Декларации «Табачному дыму нет места в будущем Казахстана».

ЫҚПАЛ ЕТУ ТОПТАРЫНДАҒЫ ТЕМЕКІШЕГУШІЛІКТІ ТӨМЕНДЕТУДІҢ ТӘСІЛДЕРІ

А.Ж.Жылқайдарова, Г.У.Кулкаева, А.К.Тастанова Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министірлігі, Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қ.

ПОДХОДЫ К СНИЖЕНИЮ КУРЕНИЯ В ГРУППАХ ВЛИЯНИЯ

А.Ж.Жылкайдарова, Г.У.Кулкаева, А.К.Тастанова Министерство здравоохранения Республики Казахстан, Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни

APPROACHS TO TOBACCO SMOKING DECREASE IN INFLUENCE GROUPS

A.Zhylkaidarova, G.Kulkaeva, A.Tastanova Ministry of Health of the RK, Astana, National center for problems of healthy lifestyle development, Almaty

Одним из факторов, имеющих весомое влияние на распространение курения среди различных целевых групп населения является отношение к курению ролевых моделей, кумиров, лидеров так называемых «групп влияния». Из истории известно, что использование курящих врачей США в качестве ролевых моделей позволило не только продвинуть на рынке сбыта отдельные виды табачной продукции, но и значительно увеличить армию курильщиков среди взрослого населения. В настоящее время табачными компаниями активно используются кумиры молодежи, а также политические и общественные деятели. С этим же успехом ролевые модели используются и в распространении имиджа некурящего человека – человека нового поколения, ведущего образ жизни, свободный от курения.

В Концепции перехода Республики Казахстан к устойчивому развитию на 2007-2024 годы, утвержденной Указом Президента Республики Казахстан от 14 ноября 2006 года № 216 отмечена необходимость снижения курения в группах влияния

– среди работников здравоохранения, образования и государственных служащих. В целях реализации данного положения в План мероприятий по реализации отраслевой программы «Здоровый образ жизни на 2008-2016 годы», утвержденной постановлением Правительства Республики Казахстан от 21 декабря 2007 года № 1260, включен пункт по стимулированию отказа от курения в «группах влияния» среди работников здравоохранения, образования и государственных служащих.

В связи с реализацией этого пункта центральным и местным исполнительным органам необходимо принять меры — приказы центральных исполнительных органов и решения местных исполнительных органов.

В связи с этим, для исполнения нормы вышеназванных нормативных правовых актов, формирования неприятия табакокурения у государственного служащего и проведения мониторинга исполнения, предлагается в приказах предусмотреть следующие механизмы по стимулированию отказа от курения среди государственных служащих:



- 1) назначить ответственное должностное лицо за реализацию национальной политики ограничения табакокурения в государственной организации (ответственный секретарь, заместитель первого руководителя или другие ответственные руководители), который будет являться руководителем создаваемого Координационного совета по профилактике табакокурения в государственном органе (далее Координационный совет);
 - 2) руководитель Координационного совета:
- координирует деятельность по контролю реализации нормативных актов Республики Казахстан по запрету курения в общественных местах,

- в том числе в государственных организациях, в частности, в обеспечении необходимым количеством вывесок и информативных стендов о запрете курения в государственной организации;
- организует проведение проверок в государственном органе исполнения Закона Республики Казахстан «О профилактике и ограничении табакокурения» (далее Закон);
- отвечает за принятие мер к лицам, нарушающим нормы статьи 9 Закона, на которых накладываются штрафные санкции в соответствии со статьей 336-1 Кодекса РК об Административных нарушениях «Нарушение запрета курения в отдельных общественных местах»:

9-бап. ҚР Заңы Темекі шегушіліктің алдын алу және оны шектеу туралы. Жекелген қоғамдық орындарда және қоғамдық көлікте темекі шегуге тыйым салу

- 1. Темекі шегуге:
- 1) білім беру ұымдарында, сондай-ақ кәмелетке толмағандардың демалуына арналған ұымдарда;
- 2) денсаулық сақтау ұымдарында;
- 3) қоғамдық тамақтану орындарында;
- 4) кинотеатрларда, театрларда, цирктерде, концерт, көру және көрме залдарында, спорт ареналарында және көпшілік демалуға арналған басқа да жабық ғимараттарда;
- 5) мұражайларда, кітапханаларда және лекторийлерде;
- 6) жергілікті және алысқа қатынайтын поездардың, әуе, теңіз және өзен көлігі кемелерінің белгіленбеген орындарында, сондай-ақ қалалық, қалааралық автобустардың, маршруттық таксилердің және қалалық электр көлігінің салонларында;
- 7) әуежайлардың, темір жол, автомобиль және су вокзалдарының ғимараттарында;
- 8) мемлекеттік органдарда, сондай-ақ басқа да ұымдарда тыйым салыналы.
- 2. Темекі шегу үшін арнайы жабдықталған орындар бөлінген жағдайда, осы баптың 1-тармағының 3), 6), 7) тармақшаларында көзделген нормалар қолданылмайды.
- 3. Жұмыс берушілер темекі шегу үшін арнайы орыңдар бөлуге, әжетхана бөлмелерінде және осы мақсаттарға арналмаған үйжайларда темекі шегуге тыйым салуға міндетті.
- 4. Темекі шегу үшін арнайы бөлінген орындар санитариялық-гигиеналық ережелер мен нормаларға сәйкес жабдықталуға тиіс.

Статья 9 Закона РК «О профилактике и ограничении табакокурения». Запрещение курения в отдельных общественных местах и общественном транспорте

- 1. Курение запрещается в:
- 1) организациях образования, а также в организациях для отдыха несовершеннолетних;
- 2) организациях здравоохранения;
- 3) пунктах общественного питания;
- 4) кинотеатрах, театрах, цирках, концертных, смотровых и выставочных залах, на спортивных аренах и в других крытых сооружениях, предназначенных для массового отдыха;

- 336-1 бап. Әкімшілік бұзушылық заң жинағынан. Жекеленген қоғамдық орындарда темекі шегуге тиым салуды бұзу
- 1. Жекеленген қоғамдық орындарда темекі шегу, Қазақстан Республикасының заңдылығымен тиым салынған бір айлық есеп көрсеткішіне айыппұл салынады.
- 2. Нағыз баптың бірінші бөлімінде қарастырылған, әкімшілік жазалаудан кейін бір жылдың ішінде қайта жасалған іс-әрекет-екі айдан бес айға дейін айлық есеп көрсеткішіне айыппұл салынады.
- 3. Жұмыс берушінің Қазақстан Республикасының қарастырылған заңдылығын бұзуы, немесе жұмыс берушінің темекі шегуге арнайы орын бөлмеуі немесе темекі шегуге арналмаған орындарда темекі шегетіндерге шара қолданбауы лауазым тұлғаға он айлық есеп көрсеткішіне дейін және заңды тұлғаға қырық айлық есеп қөрсеткішіне дейін айыппұл салынады.

Статья 336-1 Кодекса об Административных нарушениях. Нарушение запрета курения в отдельных общественных местах

1. Курение в отдельных общественных местах, в которых законодательством Республики Казахстан установлен запрет на курение, — влечет штраф в размере одного месячного расчетного показателя.



- 5) музеях, библиотеках и лекториях;
- 6) неустановленных местах в поездах местного и дальнего сообщения, на судах воздушного, морского и речного транспорта, а также в салонах городских, междугородних автобусов, маршрутных такси и городского электротранспорта;
- 7) зданиях аэропортов, железнодорожных, автомобильных и водных вокзалов;
- 8) государственных органах, а также в других организациях.
- 2. Нормы, предусмотренные в подпунктах 3), 6), 7) пункта 1 настоящей статьи, не применяются в тех случаях, если для курения выделены специальные оборудованные места.
- 3. Работодатели обязаны выделять специальные места для курения, запрещать курение в туалетных комнатах и помещениях, не отведенных для этих целей.
- 4. Места, выделенные специально для курения, должны быть оборудованы в соответствии с санитарно-гигиеническими правилами и нормами.
- 2. То же действие, совершенное повторно в течение года после наложения административного взыскания, предусмотренного частью первой настоящей статьи, влечет штраф в размере от двух до пяти месячных расчетных показателей.
- 3. Нарушение работодателем законодательства Республики Казахстан, предусматривающего выделение специальных мест для курения, а также непринятие мер к курящим в не определенных для этого специальных местах влекут штраф на должностное лицо в размере до десяти, на юридических лиц в размере до сорока месячных расчетных показателей.
- инициирует введение запрета курения на территории, прилегающей непосредственно к государственной организации;
- обеспечивает проведение мониторинга профилактики курения в организации;
- обеспечивает представление информации по принимаемым мероприятиям ежеквартально к 10 числу месяца следующего за отчетным периодом министерствами в Министерство здравоохранения Республики Казахстан, ведомствами, акиматами, организациями образования и здравоохранения в региональные центры формирования здорового образа жизни для свода и обобщения;
- 3) профсоюзный комитет совместно с Координационным советом инициирует:
- введение в коллективный трудовой договор и индивидуальные договоры положений о принятии мер к курящим лицам за нарушение запрета курения;

- распределение льгот, преимущественно для некурящих лиц, на приобретение путевок в дома отдыха, билетов, абонементов в организации физической культуры и спорта, материальное стимулирование и другое;
- 4) активизация участия государственных служащих, потребляющих табачные изделия, в Международных и региональных конкурсах «Брось курить и выиграй» (май), Международном Дне отказа от курения (третий четверг ноября), а также других мероприятиях, направленных на отказ от курения и формирование здорового образа жизни;
- 5) оказание помощи желающим бросить курить организация групповых занятий по лечению табачной зависимости, направление в антитабачные кабинеты, на консультацию к специалистам.

В целях мониторинга проводимых мероприятий предлагается следующая отчетная форма:

Отчетная форма по снижению курения

No	Наименование критерия	Оценка
1	Общее количество штатных сотрудников, абс. число	
2	Количество регулярных (ежедневных) курильщиков, всего	
3	- в том числе среди руководящего состава (первый руководитель, заместители, руководители подразделений, отделов)	
4	Количество сотрудников, участвовавших в конкурсе «Брось курить и выиграй», всего	
5	- в том числе среди руководящего состава	
6	- в том числе среди лиц до 30 лет	
7	Количество сотрудников, бросивших курить в течение последних 3месяцев, 12 месяцев	
8	Наличие в коллективном трудовом договоре положений по принятию мер к нарушителям запрета курения	
9	Наличие в коллективном трудовом договоре положений о стимулировании некурильщиков	
	- моральное стимулирование	
	- материальное стимулирование	



- 10 Общее количество мероприятий по профилактике и лечению табачной зависимости для оказания групповых занятий среди сотрудников организации, в том числе:
 - привлечение специалистов
 - направление в антитабачные кабинеты
 - направление на консультации специалистов

Предлагаемый перечень мероприятий, несомненно, будет корректирован и расширяться по ходу внедрения.

Безусловно, снижение уровня курения среди групп влияния позволит поставить антитабачную деятельность на качественно новый уровень и в

дальнейшем использовать этот рычаг для реализации стратегических планов страны — достичь к 2016 году повышения уровня средней продолжительности жизни до 71,3 лет и снизить уровень распространенности табакокурения среди населения старше 12 лет до 16,8%.

РЕСЕЙ ТҰРҒЫНДАРЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН КЕҢАУҚЫМДЫ ТЕМЕКІ ҚАТЕРІНЕН ҚОРҒАУ ҮШІН НЕ ІСТЕУ КЕРЕК?

А.К.Демин

Ресей қоғамдық денсаулық сақтау ассоциациясы, Москва қ.

ЧТО ДЕЛАТЬ ДЛЯ ЗАЩИТЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ ОТ ГЛОБАЛЬНОГО ТАБАЧНОГО ЗЛА?

А.К.Дёмин

Московская медицинская академия им.И.М. Сеченова, Национальная коалиция «За Россию свободную от табака!»

WHAT CAN WE DO FOR HEALTH PROTECTION OF RUSSIA POPULATION FROM GLOBAL TOBACCO HARM?

K.Demin

Moscow medical Academy name after I.Sechenov, National Coalition "For smokefree Russia!"

Объяснения причин убийственной табачной эпидемии, неудовлетворительного развития противотабачной политики и блокады Рамочной Конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ) в России были бы неполными без изучения поведения транснациональной табачной индустрии и ее союзников.

Основой исследования стал анализ документов, находящихся в Гилдфордском Хранилище, а также в Архиве документов Бритиш Америкен Тобакко (БАТ) в сети Интернет http://bat.library.ucsf. edu/guide.html. Использованы также данные международной и отечественной статистики, исследований Российской ассоциации общественного здоровья в сотрудничестве с Всемирной организа-

цией здравоохранения (ВОЗ), Центрами по борьбе с заболеваниями и профилактике США (СDСР), Канадской ассоциацией общественного здоровья, Исследованием в интересах международной борьбы против табака (RITC) и другими организациями. Работа выполнена в рамках Программы посещающих исследователей Центра глобальных изменений и здоровья — Национальных институтов здоровья в Лондонской школе гигиены и тропической медицины Лондонского Университета, май — июль 2006 г.

Цель: Выявить стратегии и деятельность компании Бритиш Америкен Тобакко (БАТ) по «управлению» национальным законодательством в области борьбы против табака и воздействию на



процесс Рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения в России, а также в регионе бывшего СССР и на глобальном уровне.

Гипотеза исследования: БАТ, при участии других транснациональных табачных компаний (ТТК), и их союзники ответственны за ухудшение общественного здоровья в постсоветской России, так как осуществляли стратегии и деятельность, направленные на резкое увеличение производства и потребления табачных изделий в стране, на противодействие эффективной борьбе против табака, в том числе РКБТ ВОЗ.

І. Общая характеристика проблемы

Для улучшения общественного здоровья, Президент Российской Федерации

В.В. Путин 5 сентября 2005 г. инициировал Приоритетный национальный проект по здравоохранению. Одним из главных направлений проекта является укрепление профилактической направленности отечественного здравоохранения. Правительство России указало 17 ноября 2005 г., что "...профилактический подход в здравоохранении почти не развивается, проблема распространения вредных привычек – алкоголизма и курения не решается программно-целевыми методами...".

Согласно оценкам специалистов, потребление табака в России является ведущим предотвратимым фактором риска для жизни и здоровья населения: ежедневно потребление табака убивает 700 человек. Это важнейшая причина демографического кризиса.

Постсоветская Россия открылась на пике политического, социально-экономического кризиса и кризиса общественного здоровья, и с этого времени является скорее объектом, чем субъектом в процессах глобализации. Произошло проникновение в страну «глобального зла», в том числе ТТК. Основная часть местного производства табачных изделий была поглощена ТТК после 1991 г. Производство возросло более, чем в два раза, до 400 миллиардов штук в год, до уровня Японии. Имеется значительный нелегальный сектор. Контрабанда, по оценкам, может достигать 100 млрд. штук в год, в основном в страны бывшего СССР и ЕС.

Растет распространенность курения и потребление табака, особенно среди уязвимых групп: детей и женщин. 72% мужчин, 30% женщин и более 50% подростков курят.

Осознание обществом аспектов табачной эпидемии – социальных, политических, экономических и связанных с здоровьем населения, остается неадекватным. Федеральный закон №87-Ф3, принятый 10 июля 2001 г. "Об ограничении куре-

ния табака" не обеспечивает эффективного регулирования в интересах здоровья. В государственной политике не уделяется должного внимания борьбе против табака. Акцизы и цены на табачные изделия низкие. Правоприменительная практика нуждается в улучшении. Службы помощи в отказе от курения и санитарного просвещения, укрепления здоровья в школах и здравоохранении остаются неразвитыми по причине нехватки ресурсов. Только недавно было изменено законодательство о рекламе, согласно которому наружная реклама табака запрещена с 1 января 2007 г. Сотрудничество между государством, частным бизнесом и гражданским обществом в сфере борьбы против табака недостаточное. При этом табачники имеют в России уже два своих объединения.

II. Основные стратегии ТТК и периоды их деятельности

1. Игнорирование советских законов и осуществление крупномасштабной прямой и непрямой рекламы табачных изделий, в том числе с использованием брендинга, в постсоветской России (с 1991 г. по настоящее время). Реклама направлена в значительной степени на молодежную аудиторию и женщин.

2. Поглощение табачного рынка России (с 1991 г. по настоящее время).

За несколько лет Россия превратилась в бастион ТТК. Страна, практически не производящая табачный лист, т.е., в отличие от многих стран мира, не имеющая экономической зависимости от выращивания табака, стала лидером в плане производства табачных изделий и, соответственно – влияния на табачную политику, в регионе бывшего СССР, а также в Европе – вместе с Германией, и в мире – вместе с США и Японией.

3. Жесткое сопротивление разработке и принятию Государственной Думой Российской Федерации эффективного национального законодательства в области борьбы против табака (с 1991 г. по настоящее время).

Первая фаза: Сопротивление принятию закона (с 1991 по 1999 гг.)

Вторая фаза: Поддержка «своей» редакции закона (2000-2001 гг.)

4. Формирование позитивного имиджа ТТК (наиболее активно с 2000 г. по настоящее время).

Для предупреждения разработки, принятия и осуществления эффективного противотабачного законодательства в России, БАТ активно продвигала суррогатные меры, в том числе:

- разработку и принятие ТТК добровольного кодекса по рекламе;



- осуществление обманных рекламных кампаний. Например, в одном из документов говорится: "...Данный материал для прессы подготовлен БАТ Россия, но распространяется не от лица этой компании..." (Bates no. 760024284);
- осуществление программы предупреждения курения среди молодежи, с привлечением представителей правительства, профессиональных работников здравоохранения и средств массовой информации;
- реализацию программы "социальной ответственности" БАТ.

Например, Предупреждение курения среди несовершеннолетних включает Программу предупреждения доступа в розничной сети, Соревнование «Классов, свободных от курения», Образовательную программу «Мой Выбор» для детей, Образовательную программу для родителей.

- 5. Управление процессом РКБТ, использование суверенной Российской Федерации для формирования глобальной протабачной политики (с 1998 г. по настоящее время). БАТ осуществил глубокое проникновение в процесс РКБТ на глобальном и национальном уровнях. Несмотря на острую конкуренцию между отдельными ТТК, БАТ Россия инициировал выработку общей позиции индустрии и обеспечила лидерство в этом процессе.
- 6. Действия от имени Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Общественной палаты Российской Федерации (с 2006 г. по настоящее время).

В 2006 году сформирована самопровозглашенная "Рабочая группа по проблемам потребления табачной продукции при Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации". Рабочая группа поддерживает РКБТ, но среди членов рабочей группы - официальные представители табачной индустрии, а также сотрудничающих с индустрией организаций. Данная инициатива табачной индустрии направлена на сохранение за собой лидерства в процессе РКБТ в своих интересах, разработку в России выгодного для себя законодательства и повторяет историю разработки действующего законодательства под диктовку табачной индустрии в 2000-2001 гг. Несмотря на протесты общественных организаций, разработанные ТТК документы были одобрены на слушаниях в Общественной палате Российской Федерации 16 октября 2006 г. Смысл этих документов, в нашем понимании, заключается в том, что ТТК от имени гражданского общества формируют координационный механизм исполнения РКБТ в России, и входят в его состав вместе со своими союзниками. Для полноты картины: имена представителей общественных организаций, протестовавших против разработанных ТТК рекомендаций, без какого-либо согласования были включены в число подписантов этих документов.

7. Использование процесса вступления России в ВТО – подготовка технического регламента по табаку (с 2006 г. по настоящее время).

В отличие от всех вышеперечисленных инициатив, лидером которых был БАТ, доминирующий в ассоциации табачников «Табакпром», 6-я и 7-я стратегии возглавлены вновь созданным объединением табачников - «Советом по проблемам табачной промышленности», ведущую роль в котором играет основной конкурент БАТ - Филипп Моррис. Идея табачников заключается в разработке и принятии в качестве Федерального закона Технического регламента (ТР). Только после этого должно произойти присоединение России к РКБТ. В этом случае РКБТ в условиях России будет адаптирована к ТР, разработанному табачниками с технических позиций, без должного учета проблем общественного здоровья и положений РКБТ. Исполнение РКБТ в России будет «подстелено» табачниками под написанный ими ТР. Например, минимальный размер предупредительной надписи согласно РКБТ – 30% от общей площади потребительской тары. Проект ТР предлагает всего 10%.

8. Наращивание легального экспорта сигарет и папирос из России (с 2000 г. по настоящее время).

Смысл этой стратегии понятен. По данным В.В. Стефашина (Ассоциация «Табакпром»), физический объем с 2000 по 2006 гг. прогрессивно увеличивался с 0,924 до 12, 406 млрд. шт. (без учета объемов реэкспорта). За это же время стоимостной объем увеличился с 3,967 до 163,538 млн. долл. США. Интересно сравнить эти цифры с динамикой сбора акциза (сумма уплаченного акцизного налога, нарастающим итогом), поступившего от произведенной табачной продукции – с 2002 г. по 2006 г. наблюдалось увеличение с 11700 до 33755 млн. руб. При этом цены на сигареты «отечественного» производства на мелкооптовом рынке г. Москвы сохраняются чрезвычайно низкими, особенно в международном сопоставлении, что обеспечивает высокую их доступность.

9. Внутривидовая «борьба» (с 2006 г. по настоящее время).

К традиционной конкуренции крупнейшихТТК в России между собой, в последнее время

добавилось соперничество производителей табачных изделий для курения, с «альтернативщиками», включая поставщиков кальянного, трубочного и т.п. табаков.

При этом, для жевательного табака «насвай», сосательного табака «снюс», нюхательного табака – предупреждение о вреде курения для здоровья – рекламный лозунг. По данным В.В. Стефашина (Ассоциация «Табакпром»), динамика развития рынка потребительских табаков, импортируемых в Российскую Федерацию (кг в год), в 1995-2005 гг. характеризуется ростом «насвая» с 20 000 кг до 241950 кг, «снюса» - с 72 кг в 2000 г. до 22395 кг в 2005 г., нюхательного табака – с 100 кг в 1995 г. до 21280 кг в 2004 г., трубочного – с 4500 до 60133. Необходимо должное государственное регулирование в интересах здоровья населения.

Выводы

- 1. Потребление табака препятствует социально-экономическому развитию России: это причина кризиса здоровья населения и материальных потерь на уровне личности, общества и государства. Государственная политика в отношении табака не соответствует угрозе для общественного здоровья, которую представляет собой поощрение потребления табака. БАТ и другие ТТК должны понести ответственность за кризис общественного здоровья в стране.
- 2. ТТК часто называют «глобальным злом». Они ведут себя в России как в развивающейся стране со слабым законодательством, пластичным правительством и неорганизованным гражданским обществом. Имеются признаки мощного воздействия ТТК на политику правительства, участия в разработке законодательства и процессе РКБТ, избегания ответственности и регулирования, формирования общественного мнения, имитации деятельности гражданского общества и охраны здоровья детей, с привлечением государственных, общественных лидеров, работников здравоохранения, образования, культуры и т.д.
- 3. За короткое время после распада СССР Россия превратилась в основной оплот ТТК в регионе СНГ, в Европе вместе с Германией, и в мире вместе с США и Японией. Оседлав страну, ТТК используют Россию для «управления» региональной и глобальной политикой в отношении табака.
- 4. Российское правительство, частный бизнес, ВОЗ и международное противотабачное сообщество не смогли обеспечить адекватную поддержку антитабачных активистов и гражданского общества в России, соответствующую роли нашей страны в глобальной стратегии и деятельности ТТК.

5. Значение проблемы здоровья и табака возрастает в России. Один из признаков — недавнее назначение Т. Махмудова директором по корпоративным отношениям БАТ Россия. Он окончил медико-биологический факультет Российского государственного медицинского университета.

Рекомендации

- 1. Табачная индустрия в Российской Федерации в ее современном виде представляет угрозу национальным интересам страны и должна быть национализирована, либо преобразована в бесприбыльную, ее деятельность должны стать полностью прозрачной и подлежать мониторингу со стороны государства и общества, контролю в интересах общественного здоровья и национальной экономики.
- 2. Для повышения жизненного уровня, продолжительности жизни граждан, развития экономики объявить борьбу против табака приоритетом государственной социально-экономической политики, под патронажем первых лиц государства.
- 3. Включить проблему борьбы против табака в связи с ущербом, наносимым личности, обществу и государству проблемами здоровья населения и демографии в ежегодное Послание Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации и в приоритетный проект по здравоохранению. Это будет способствовать разработке и исполнению эффективного законодательства и национального плана по борьбе против табака.
- 4. Предусмотреть подготовку без участия табачников и их союзников – ежегодного объективного государственного доклада о влиянии потребления табака на здоровье и принимаемых мерах.
- 5. Проблема борьбы против табачного дыма должна стать проблемой обеспечения социально-экономического развития страны, а также охраны окружающей среды и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия, обеспечения права граждан на чистый воздух. Органы государственного санитарно-эпидемиологического надзора и охраны окружающей среды должны стать лидерами в мероприятиях по данному направлению.
- 6. Необходимо создать условия для развития законодательства на уровне субъектов Российской Федерации и муниципалитетов. Определить, что Федеральное законодательство по ограничению курения табака, в связи с социальной значимостью проблемы, устанавливает минимальный уровень и объем требований, который может быть превышен в законотворческой деятельности субъектов Федерации и муниципальных образований.

- 7. Ускорить ратификацию Российской Федерацией РКБТ ВОЗ и исполнение максимального уровня мероприятий, предусмотренных РКБТ, включая прекращение всей рекламы и маркетинга табачный изделий, прекращение использования вводящих потребителя в заблуждение и лживых терминов, таких как «мягкие», «легкие» и «низкие», ввести крупные графические предупреждения об угрозе потребления табака во всех формах для жизни и здоровья.
- 8. Запретить табачной индустрии лоббирование или участие в работе (прямое или косвенное через спонсируемые организации или иным образом) в отношении Федеральных, региональных и муниципальных законодательных органов, ответственных за ратификацию РКБТ и/или осуществление положений РКБТ.
- 9. Запретить табачной индустрии лоббирование или участие в работе (прямое или косвенное через спонсируемые организации или иным образом) в отношении подготовки и осуществления законодательства, требующего создания мест, полностью свободных от курения.
- 10. Исключить табачные изделия из двусторонних и многосторонних торговых и инвестиционных соглашений, так чтобы табачная индустрия не могла использовать положения этих соглашений для подрыва законодательства по борьбе против табака.
- 11. Принять всеобъемлющие меры по борьбе с контрабандой табачных изделий. Подобные меры содержатся в соглашении Евросоюза с Филипп Моррис, посредством которого урегулирован судебный иск ЕС против этой компании.
- 12. Потребовать от табачной индустрии полностью раскрыть обществу все свои взносы в пользу общественных организаций, политических партий, политиков, общественных деятелей, деятелей культуры и т.п., а также свои расходы на лоббирование и благотворительные/образовательные пожертвования.
- 13. Потребовать от табачной индустрии полностью раскрыть обществу все свои расходы на рекламу и маркетинг, как это уже требуется делать в США.

- 14. Запретить участие органов государственного управления, государственных и муниципальных учреждений образования, здравоохранения, культуры, спорта и т.п. в мероприятиях, проводимых и/или финансируемых табачной индустрией.
- 15. Запретить табачной индустрии спонсировать «программы предупреждения курения среди молодежи». Освободить детей в школах от «просветительных» программ, находящихся на содержании табачной индустрии.
- 16. Запретить табачной индустрии осуществлять прямой или косвенный плейсмент табачной продукции или продвижение показа курения в кино и других СМИ.
- 17. Имеется необходимость разоблачения стратегий и деятельности табачной индустрии, направленных на подрыв национальной политики в области борьбы против табака и процесса РКБТ в России. Все документы табачной индустрии, имеющие отношение к России, должны быть открыты для общества на основе судебных решений, и подвергнуты дальнейшему исследованию.
- 18. Необходимо внести в законодательство и рекомендовать для включения в профессиональные этические кодексы, запрет для работников здравоохранения, образования, культуры, спорта, государственных служащих выступать в СМИ с заявлениями о пользе табака или отсутствии вреда от потребления табака, а также участвовать в мероприятиях, организуемых и/или финансируемых табачной индустрией.
- 19. Часть акцизного налога на табачные изделия должна быть направлена, с помощью специального закона, согласно имеющемуся международному опыту, в целевой Фонд по борьбе против табака.
- 20. Государство должно создать мотивацию для участия в работе по борьбе против табака частного бизнеса и гражданского общества.
- 21. Опыт процесса РКБТ в России и других постсоветских странах следует использовать при разработке национальной, региональной и глобальной политики и управления в сфере охраны здоровья.



РЕСЕЙДЕГІ ТЕМЕКІ ІНДЕТІ: ШЫҒЫНДАР КӨЛЕМІ, СЕБЕПТЕРІ, КҮРЕСУ ЖОЛДАРЫ

И.А.Дёмина, А.К.Дёмин Ресей қоғамдық денсаулық сақтау ассоциациясы, Москва қ.

ТАБАЧНАЯ ЭПИДЕМИЯ В РОССИИ: МАСШТАБЫ ПОТЕРЬ, ПРИЧИНЫ, ПУТИ ПРЕОДОЛЕНИЯ

И.А.Дёмина, А.К.Дёмин Российская ассоциация общественного здоровья, Москва

TOBACCO EPIDEMIC IN RUSSIA: SCOPE OF LOSSES, CAUSES, WAYS OF OVERCOMING

I.A.Demina, A.K.Demin Russian public health association

Энергичные меры по борьбе с табакокурением позволят ежегодно предотвращать в России более 400 тысяч смертей (Президент РАМН М. Давыдов, 2008), повысить качество и продолжительность жизни, справиться с демографическими проблемами.

Борьба за жизнь и здоровье против табака, а фактически – против социально безответственной табачной индустрии и ее союзников стала абсолютным приоритетом для всего прогрессивного мирового сообщества.

В 2003 году принято международное законодательство ООН — Рамочная конвенция Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака, объединившая более 150 стран мира. В феврале с.г. законопроект, предусматривающий присоединение России к Конвенции, внесен на рассмотрение в Государственную Думу Российской Федерации. Радость омрачает цена четырехлетнего затягивания принятия Конвенции органами государственного управления страны.

На повестке дня — формирование органа, координирующего исполнение Конвенции в стране, свободного от воздействия табачного и родственного ему бизнеса. Только это позволит реализовать в национальных интересах самые высокие требования, содержащиеся в Конвенции.

Российскими и зарубежными специалистами доказано, что беспрецедентная в мировых масштабах табачная эпидемия в России связана с приватизацией ранее государственной табачной промышленности и агрессивным поведением транснациональных табачных компаний. При этом представители табачной индустрии продвигают свои интересы на самом высоком уровне принятия государственных решений, вплоть до подготовки законопроектов, представляют Рос-

сию в международных организациях. Эти ошибки надо обсудить, осудить, исправить и не совершать в будущем.

Между тем, производство и потребление табака продолжают расти, в некоторых возрастных группах курят уже более 70% мужчин и 50% женщин. Распространенность курения среди подростков выросла по сравнению с периодом до 1991 г. с 20% до 60%. В угоду табачным компаниям сигареты в России остаются крайне дешевыми (от 2,5 рублей!) — для ребенка они дешевле мороженого, ведь акциз составляет мизерную часть от розничной стоимости сигарет, а должен быть, по опыту других стран мира, более 60%.

Фактически сигареты сегодня стоят дешевле, чем стоили в СССР, и являются одним из немногих товаров, который неуклонно дешевеет по отношению к реальным доходам населения.

Нарушаются права граждан на информацию об угрозах здоровью. Табачная реклама все больше направляется на женщин и молодежь.

Не успели мы порадоваться запрету наружной рекламы, как Москва, а за нею и другие города страны необоснованно позволили размещать в метро рекламу табачных изделий. А ведь известно, что полный запрет рекламы снижает уровень курения на 6%. История принятия данного решения нуждается в более подробном изучении для определения ответственности его авторов.

Необходимо безотлагательно ввести полный, повсеместный запрет рекламы табачной продукции (включая рекламу в метро, на транспорте, в жилых и производственных помещениях, в местах продаж, а также скрытую рекламу, в частности, в рамках кинофильмов и телепрограмм Московских каналов телевидения); ввести в течение года полный запрет курения в общественных местах;



ограничить количество торговых точек, реализующих табачную продукцию, запретить торговлю сигаретами в ларьках и киосках, где невозможно осуществлять контроль за продажами несовершеннолетним.

Необходимо запретить «просветительские» программы, проводимые табачными компаниями в школах г. Москвы и других городах России.

Так, в Екатеринбурге по инициативе Русской православной церкви была проведена экспертиза табачных программ в школах, которая показала, что созданные и профинансированные табачной индустрией псевдообщественные организации «Совет по проблеме подросткового курения», «Мой выбор» и т.п. в союзе с некоторыми специалистами сферы государственного управления, образования, здравоохранения, продвигали среди детей несоответствующую информацию, да еще и с использованием бюджетных средств. В настоящее время РПЦ в национальных интересах приняла на себя организацию противотабачной работы в школах Екатеринбурга. Пора бы и Москве последовать примеру Екатеринбурга.

Еще в 2002 году Всемирная организация здравоохранения заявила: «Молодежные программы табачной индустрии приносят больше вреда, чем пользы для борьбы против табака. Табачной индустрии нельзя позволять проводить или напрямую финансировать программы профилактики курения среди молодежи». Организатор программы «Соревнование классов, свободных от курения» в Европе «Европейская сеть по молодежи и табаку» («European Network on Young People and Tobacco») и Европейская Комиссия считают принципиально неприемлемым участие табачной индустрии в организации профилактических программ табакокурения в школах.

Хочется назвать и некоторые достижения России в области борьбы против табака в 2007-2008 гг. Это проведение Первого национального форума с международным участием «Здоровье или табак» при поддержке Государственной Думы Российской Федерации. Оргкомитет Форума возглавил его инициатор — Первый заместитель Председателя Комитета Государственной Думы Российской Федерации по охране здоровья, академик РАМН, профессор Н.Ф. Герасименко.

Оживился процесс присоединения России к Рамочной конвенции BO3.

Россия признана ВОЗ и международными организациями, спонсорами глобальной борьбы против табака, такими как Глобальная инициати-

ва мэра Нью-Йорка М. Блумберга, в качестве приоритетной проблемной страны в мировой борьбе с табаком

Активизировалось гражданское общество, средства массовой информации.

По мере осознания источника и путей решения табачной проблемы, действия противотабачного сообщества, органов государственного управления во все большей мере направляются против переносчика табачной эпидемии – транснациональных табачных компаний и их союзников.

Граждане России готовы поддержать энергичную антитабачную государственную политику. Результаты недавно проведенного опроса Открытого Института Здоровья при содействии АНО «Левада-Центр» показали, что подавляющее большинство (76,9%) россиян ждут от правительства активных действий по борьбе с курением. Большинство взрослых россиян (60,5%) сами не курят. Почти все курильщики (более 80%) хотят, но не могут самостоятельно бросить курить и остро нуждаются в поддержке со стороны государства.

В настоящее время во многих странах мира активно продвигается идея, что эффективно бороться с табачной эпидемией можно, только вырвав у транснациональной табачной индустрии – главного переносчика этой эпидемии – жало сверхприбыльности. Для этого необходимы, в дополнение к осуществлению самых высоких стандартов РКБТ:

- незамедлительная и полная приватизация табачной индустрии, включая производство, дистрибуцию, маркетинг и т.п.,
- обеспечение полной прозрачности действий табачников,
- контроль со стороны органов государственного управления и гражданского общества в интересах здоровья населения, социального и экономического развития.

Остро стоит вопрос и о взаимодействии с зарубежными странами. Развитые страны мира, многие граждане которых являются акционерами транснациональных табачных монстров, должны осознать свою ответственность за кризис общественного здоровья в России, отказаться от финансовой поддержки табачников, и найти себе другие, менее вредные для нас, источники доходов.

Также очевидно, что в условиях слабости гражданского общества мы сможем изменить ситуацию к лучшему только при наличии активной, полноформатной государственной антитабачной политики на базе РКБТ.

ТЕМЕКІШЕГУШІЛІКТІҢ ТАРАЛУЫ ЖӘНЕ НИКОТИНГЕ ТӘУЕЛДІЛІК СЕБЕПТЕРІНІҢ ЕРЕКШІЛІКТЕРІ ТУРАЛЫ

Э.М.Аймакова

КР ДСМ Республикалық психиатрия, психотерапия және наркология ғылыми-тәжірибелік орталығы, Алматы қ.

О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КУРЕНИЯ И ОСОБЕННОСТЯХ МОТИВАЦИИ У ЛИЦ С НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Э.М.Аймакова

Республиканский научно-практический центр психиатрии, психотерапии и наркологии МЗ РК, г. Алматы

ABOUT PREVALENCE OF SMOKING AND PECULIARITIES OF MOTIVATION OF THE MEN WITH NICOTINE DEPENDENCE

E.M.Aimakova

Republican scientifically-practical centre of psychiatries, psychotherapy and Narcology MH RK, Almaty

Табачная зависимость считается самым распространенным заболеванием в мире. Вредное воздействие курения на организм известно человечеству на протяжении многих веков. Несмотря на многие столетия знаний о вреде курения и десятки лет борьбы с этой проблемой, число курящих людей во всем мире неуклонно растет. Ситуация с распространением курения табака во всех странах приняла характер глобальной эпидемии.

В настоящее время во всем мире курят около 1,26 млрд. людей. В Америке курит около 30 % населения, в России - 63 % взрослого населения и распространенность курения среди населения составляет 36,2 %, а никотиновой зависимости – 9,4 %. В настоящее время в Украине насчитывается приблизительно 9 млн. активных курильщиков – треть всего трудоспособного населения страны.

По социологическим исследованиям, в Казахстане табачные изделия употребляет около 4 млн. людей (23,3 %). Поскольку никотинизм не влияет отрицательно на интеллект, не ведет к семейным неприятностям, как другие токсикомании и алкоголизм, он кажется более приемлемым в социальном плане и имеет тенденцию к распространению.

Следует знать, что курение – это не привычка, а НАРКОТИЧЕСКАЯ зависимость.

Табачная зависимость (по Смирнову В.К.) - это клиническая форма патобиологического процесса, который феноменологически характеризуется потерей в сфере мышления контроля «Я» над возникновением и прекращением воспоминаний и представлений, желаний повторного курения табака с одновременным развитием клиники синдрома патологического влечения к курению табака, синдрома отмены, ремиссий и рецидивов. Табачная зависимость по МКБ-10 включена в

раздел F10 — F19 «Психические и поведенческие расстройства в результате употребления табака» - F17. Табак не относится к «Перечню наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю (списки 1, П, III)», а отсутствие в клинике табачной зависимости психоорганической дефицитарной симптоматики и изменений личности, вызванных курением табака, определяет особое место табачной зависимости в ряду расстройств влечений. Табачная зависимость диагностируется у 90 % лиц, которые ежедневно курят табак. Остальные 10 % лиц имеют привычку к курению.

Зависимость к никотину развивается быстро. После выкуривания всего одной сигареты приблизительно 85 % лиц продолжают курить. При анализе страдающих зависимостью от табака важно обнаружить обстоятельства, при которых пациент начал курить. Одной из основных причин начала табакокурения является любопытство. Другая причина начала курения в молодом возрасте - подражание взрослым. В некурящих семьях курящими становятся не более 25 % детей, в курящих семьях это число превышает 50 %. У многих курение объясняется подражанием курящим товарищам. Независимо от характера причин, толкнувших на табакокурение, оно, как правило, повторяется. Желание покурить, вдохнуть аромат табачного дыма и затянуться приходит незаметно, но, к сожалению, становится все более сильным. Со временем курение превращается в привычку. Привычка курить настолько прочно вошла в быт, что внешне приобретает вид необходимой жизненной потребности. Многие и часа не могут обойтись без сигареты. Курят утром после пробуждения, до и после еды, на отдыхе и при напряженном умственном труде, в традиционном



«перекуре» после физической работы и в конце дня, перед сном. Очень быстро вырабатывается своеобразный рефлекс курения, когда вид красиво оформленной пачки сигарет, запах ароматного дыма и другие атрибуты курения делают молодого парня или девушку заядлым курильщиком.

В распространении курения среди девушек немалую роль играют мода, стремление «выглядеть красивой», связано с кокетством, стремлением к оригинальности, желанием нравиться юношам. Часто девушки начинают курить в компаниях.

Причинами начала табакокурения у мужчин являются стремление подражать взрослым, отождествления курения с представлениями о самостоятельности, силе, мужественности. Курильщики демонстрируют: символику автономии, манеру утверждения зрелости, взрослого поведения.

Действия являются сознательными и окрашены положительным образом: сигарета приносит удовольствие, связанное с приятными моментами; сигарета связана с кофе, аперитивом, дружеской встречей; сигарета компенсирует недостаток времени, или между двумя делами; сигарета вызывает ослабление напряжения, ассоциируется с музыкой, которую слушают, с телепередачей, которую смотрят. Сигарета всегда связана с ощущением удовольствия.

Действия носят сознательный характер, но вписывается в негативный контекст: сигарета, маскирующая тревогу к моменту решения проблемы (встреча, телефонный разговор); сигарета – объект социальных отношений; сигарета рациональная – средство компенсации перед определенными трудностями; сигарета поддержки, «сигарета-костыль» во время депрессии.

Движения бессознательные: автоматическое потребление сигареты навязчивого характера. Несколько сигарет зажигают одновременно, пепельница наполняется, а больной этого не замечает. Движения повторяются императивным образом, быстро возникает чувство тревоги и недомогания. Психологический профиль этих больных часто характеризуется элементами тревоги, иногда депрессии. Эта группа состоит из злостных курильщиков.

Основная причина привязанности к курению – частые стрессы, без которых наша жизнь уже немыслима. В моменты любого, даже небольшого стресса, в том числе и эмоционального, курильщик привычно тянется к сигарете.

Пристрастие к курениею может возникнуть у представителей любого из четырех темпераментов. Меланхолики курят из-за своей нервозности, чтобы успокоиться, освободиться от тревоги и волнений. Холерикам и сангвиникам привнесение дополнительного огня в их огненную природу дает ощущение дополнительного прилива сил. Флегматиков привлекает стимулирующее и проясняющее действие табака, что повышает их активность и помогает бороться с вялостью.

В настоящее время курение табака является основной причиной заболеваний и преждевременной смерти людей во многих странах. В США более чем 430 тыс. человек ежегодно умирает от болезней, связанных с курением. Ежегодно от причин, связанных с курением, умирает 4 млн. человек, среди детей и подростков курят 700 млн. 98 % смертей от рака гортани, 96 % смертей от рака легких, 75 % смертей от хронического бронхита и эмфиземы легких обусловленных курением. Если ситуация не будет меняться, то к 2030 году общее число курящих людей составит 1,6 млрд. человек, а количество смертей достигнет 10 млн. в год.

Табачная эпидемия является глобальной проблемой. Казахстан подписал Рамочную Конвенцию ВОЗ по борьбе против Табака. Конвенция является международным юридическим документом, который ограничит глобальное распространение табака и табачных изделий. В Республике Казахстан принимаются меры длы борьбы с табакокурением на государственном уровне: принят закон «О профилактике и ограничении табакокурения», который запрещает продажу табачных изделий лицам до 18-летнего возраста, курение в общественных местах, регулирует общественные отношения, возникающие в процессе производства, реализации и потребления табачных изделий, а также определяет основные меры по профилактике и ограничению табакокурения в целях защиты прав граждан на охрану здоровья. 31 мая объявлен во всем мире Днем отказа от табака.

Никотиновую зависимость следует рассматривать как патологическое состояние, которое необходимо диагностировать, а пациента — лечить. Избавление от никотиновой зависимости — ключевой элемент профилактической медицины, не менее важный, чем коррекция гиперлипидемии, артериальной гипертензии и других факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

ШИЗОФРЕНИЯМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДА ҚЫЛМЫСТЫҚ МІНЕЗ-ҚҰЛЫҚТЫҢ ҚАЛЫПТАСУ ДИНАМИКАСЫНДАҒЫ ТЕМЕКІШЕГУШІЛІК ЖӘНЕ ОНЫҢ АЛДЫН АЛУ

Л.Е.Базарбаева, С.С.Бәкирова

ҚР ДСМ Республикалық психиатрия, психотерапия және наркология ғылыми-тәжірибелік орталығы, Алматы қ.

ТАБАКОКУРЕНИЕ В ДИНАМИКЕ ФОРМИРОВАНИЯ КРИМИНАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ЕГО ПРОФИЛАКТИКА

Л.Е.Базарбаева, С.С.Бакирова

Республиканский научно-практический центр психиатрии, психотерапии и наркологии МЗ РК г.Алматы

SMOKING IN SPEAKER OF THE SHAPING OF THE CRIMINAL BEHAVIOUR BESIDE SICK SCHIZOPHRENIC AND IT'S PREVENTIVE MAINTENANCE

L.E.Bazarbaeva, S.S.Bakirova

Republican scientifically-practical centre of psychiatries, psychotherapy and Narcology MH RK, Almaty

Распространение табачной эпидемии является глобальной проблемой, которая имеет серьёзные последствия для здоровья людей.

В последние годы во всем мире особую тревогу вызывает увеличение потребления и производство сигарет и других табачных изделий, увеличение числа женщин, подростков, употребляющих табак, бремя, которое ложится на семьи бедных людей. Обеспокоенность вызывает тот факт, что потребление табака и воздействие табачного дыма на окружающих являются причиной смерти, болезни и инвалидности. Особую тревогу вызывает осложнения, вызванные табакокурением среди лиц, страдающих психическими и соматическими заболеваниями.

Как отмечают российские психиатры, в последние годы отмечается рост преступности, что увязывается с изменениями социального устройства общества и с такими неблагоприятными тенденциями в обществе, как разрушение традиционных норм межличностных отношений, насаждением культа силы, игнорированием морально-этических и правовых норм поведения. Указанные факторы создают фрустрирующую ситуацию, особенно для лиц с психическими расстройствами вследствие употребления наркотических средств, табака и являются одним из звеньев в цепи причинно-следственных факторов, приводящих к совершению ООД.

Цель исследования. С целью открытого обмена научно-технической информацией в области вопросов борьбы с табакокурением в научном отделе социальной и судебной психиатрии Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии (далее РНПЦ ППН) в рамках научно-технической программы проведен анализ клинико-социальных аспектов у лиц страдающих шизофренией, совершивших об-

щественно-опасные действия, страдающих длительные годы табакокурением.

Материалы исследования. Для проведения данного исследования проанализированы данные о больных шизофренией, прошедших стационарную судебно-психиатрическую экспертизу в РНПЦ ППН с 1998г. по 2006г.

Методы исследования: клинико-статистический, клинико-психопатологический.

Результаты исследования. Всего обследовано 449 подэкспертных, на которых заполнялись «Базисные карты», включающие 353 вопроса, состоящие из 5 блоков. Мужчины составляли 410 человек (91,3%), женщины — 39 человек (8,7%). По национальной принадлежности превалировали лица казахской национальности — 222 человека (49,4%), русские и другие славянские национальности составляли 169 человек (37,6%), иные национальности — 58 человек (13%).

Большинство подэкспертных составляли лица молодого, зрелого, трудоспособного возраста (от 18 до 40 лет) – 335 человек (74,6%), подростки и юноши составляли 11 человек (2,4%). Лиц от 41 до 60 лет было 101 (22,5%). Остальные подэкспертные старше 60 лет составляли 2 человека (0,4%). С городской пропиской – 244 человека (54%), а сельских – 205 человек, что составляло 46%. В 390 случаях (87%) отмечалась высокая наследственная отягощенность у родителей подэкспертных, злоупотреблявших табакокурением, алкоголизмом, с суицидами, перенесших черепно-мозговые травмы, с аномалиями характера и психическими заболеваниями. Отягощенный акушерский анамнез у матерей подэкспертных отмечался в 107 случаях (24%). Большинство подэкспертных родились в семьях, где имелись 1-2 ребенка -278 человек (61,8%), в многодетных семьях (от 3 и больше детей) – 177 человек, что составляет 39,5%.



В полных семьях проживало 236 человек (52,6%), остальные семьи были неполные отцом и матерью, воспитанные у родственников, у дедушки, бабушки, усыновленные, в детском доме – 177 человек (47,3%).

Подэкспертные, выросшие в семьях, где преобладали методы воспитания по типу «принуждения»-подчинения, формальности, безразличия наблюдались в 152 случаях (33,9%). Воспитание в конфликтных семьях при бытовой неустроенности имело место у 121 больного (27%), что способствовало поиску альтернативного сопереживания вне семьи. У 42 больных (33%) в семье отмечалось жестокое обращение, насилие. Агрессия приводила к накоплению негативных эмоций с последующей разрядкой в виде табакокурения, злоупотребления алкоголем, что предшествовало совершению криминальных поступков. Преобладающее влияние неблагоприятного семейного микросоциума являлось причиной безнадзорности детей, подростков. Начиная с 9-12-летнего возраста наблюдались преимущественно внесемейные, отрицательные, социальные влияния (культ силы, табакокурение, эпизодическое употребление алкоголя, хулиганство). Другая группа подэкспертных выросла и воспитывалась в условиях эмоциональной депривации. У них формировались формы поведения с эмоционально- волевой неустойчивостью. В 25% случаев (112) исследуемые переживали ситуацию развода родителей в начале пубертатного периода; в большинстве случаев эта психотравмирующая обстановка имела пролонгированный характер. В этой группе больных с 14-15-летнего возраста отмечалось стойкое влечение к табаку и эпизодическое употребление анаши. Они имели приводы в милицию, совершали мелкие кражи, разбои, грабежи, (делинквентное поведение). С пубертатного возраста наблюдалась антиобщественная направленность жизненных позиций, склонность к закреплению асоциальных установок, снижение познавательной активности, недостаточная глубина эмоционального сопереживания (эмпатическая дефицитарность), нестойкость и инверсия примитивных интересов.

По показателям образовательного уровня: большое число подэкспертных имели среднее специальное образование — 206 человек (45,9%) и неполное среднее — 146 человек (32,5%). Лица, имеющие неполное высшее и высшее образование составили 97 человек (21,6%). Эти данные указывают, что даже лица, страдающие психическими расстройствами, могут получить достаточный образовательный уровень. Однако табакокурение для лиц, имеющих среднее специальное образование, неполное высшее и высшее образование, являются так же как и у здоровых лиц способом

установления коммуникативных способностей и самоутверждения в обществе, хотя они все видели на табачных изделиях предупредительные надписи о вреде курения. Образовательный уровень подэкспертных не влиял на уровень их знаний о вреде курения, его влиянии на психическое и соматическое состояние здоровья.

Из обследованного числа подэкспертных 203 человек (45,3%) были заняты физическим или умственным трудом, являлись учащимися, студентами, военнослужащими. Не работали 245 человек, что составляло 54,6%. Все неработающие страдали табакокурением, злоупотребляли спиртными напитками. Половина из них страдала наркоманией. Из 245 человек инвалидами 2 группы по психическому заболеванию являлись 72 человека (29,4%), 3 группы – 34 (13,9%).

Большинство подэкспертных проживали отдельно от родителей – 258 человек (57,5%).С родителями проживали – 170 человек (37,9%). Это объяснялось тем, что они либо не были женаты, либо вернулись после развода к родителям. Почти 59,7% больных (268 человек) были неудовлетворенны жилищными условиями. Остальные затруднялись ответить на вопрос о качестве жилищных условий, не смотря на то, что имели квартиру, собственный дом или проживали с родителями. Все больные отмечали, что жилище не отвечало их требованиям, что оно отличалось ветхостью, плохими коммунальными условиями (особенно в сельской местности).

Почти 75% из обследованных ранее состояли на диспансерном учете по психиатрическому заболеванию, были многократно госпитализированы. В 12% случаев эти лица состояли на диспансерном учете в наркодиспансере. В 13% случаев обследуемые на диспансерном учете нигде не состояли.

Заключение. Табакокурение является первоначальным звеном в динамике аддиктивного и других форм девиантного поведения, включая криминальное, начиная с подросткового возраста, в частности у больных шизофренией. В цепи сложных этиопатогенетических факторов в динамике формирования девиантного, включая криминальное поведение у больных шизофренией, играют роль биологические (эндогенные и экзогенные), а также микросоциальные (семейно-бытовые) и опосредованно макросоциальные факторы, определяющие социальное функционирование, качество жизни пациентов. Профилактика табакокурения как и других форм аддиктивного поведения определяющих общественно-опасное нередко действие, в частности у больных шизофренией, выходит за рамки медицинской, а является общественной и государственной проблемой, требующей проведения широкомасштабных действий с участием всех форм СМИ и всего населения.

ЖҰМЫС ОРЫНДАРЫНДА ТЕМЕКІШЕГУШІЛІККЕ НЕЛІКТЕН ҮКІМЕТ ТЫЙЫМ САЛУ КЕРЕК?

Т.И.Андреева, К.С.Красовский Алкоголь және есірткілік ақпарат орталығы, Киев қ., Украина

ПОЧЕМУ ПРАВИТЕЛЬСТВУ НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ ЗАПРЕТ КУРЕНИЯ НА РАБОЧИХ МЕСТАХ

Т.И.Андреева, К.С.Красовский Центр алкогольной и наркотической информации, г.Киев, Украина

WHY THE GOVERNMENT SHOULD BAN SMOKING AT WORKPLACES

T.I. Andreeva, K.S. Krasovsky Alcohol and Drug Information Center, Kiev, Ukraine

The objective is to identify determinants of SHS exposure.

Methods. Data from the national survey conducted in June 2005 with 2239 respondents were used.

Outcome measures: Proportion of respondents exposed to SHS on at least daily basis. Data were analyzed by means of logistic regression models.

Results. At workplaces, compared to unrestricted smoking, risk of daily ETS exposure significantly decreased if smoking was totally forbidden (OR=0,504 95% CI 0,335-0,758) or restricted to isolated premises (OR=0,622 95% CI 0,442-0,873). Non-isolated smoking premises at work did not influence ETS exposure significantly (OR=0,806 95% CI 0,544-1,195). If smoking colleagues were specified, risk of tobacco smoke exposure increased (OR=1,546 95% CI 1,033-2,315).

Household smoking restrictions and SHS exposure: Compared to unrestricted smoking only absence of smokers in the household (OR=0,159 95% CI 0,077-0,327) and smokers forced to smoke outdoors (OR=0,461 95% CI 0,222-0,960) significantly decreased the exposure. Smoking at the

stairs, balcony, selected premises of the household did not influence the risk of exposure.

Workplace and household: Chances of household smoking restrictions significantly increased if people reported smoking restricted to isolated premises at their workplaces (OR=1,437 95% CI 1,030-2,005). Thus smoke-free workplace legislation can also decrease smoke exposure at households.

Conclusion. Determinants of ETS exposure:

- Household smoking restrictions
- Workplace smoking restrictions
- Colleagues-smokers

Factors which do NOT influence ETS exposure

- Knowledge about harmful impact of tobacco smoke
 - Perception of rights of non-smokers
 - Active self-protection against tobacco smoke
- Even smoking status is not significantly associated with SHS exposure when the upper determinants are controlled.

Thus the only way to avoid SHS exposure is to enact and to enforce smoke-free policies.

УКРАИНАДА ҮЙЛЕРДІҢ ТЕМЕКІ ТҮТІНІМЕН ЛАСТАНУЫНЫҢ КОРРЕЛЯЦИЯЛАРЫ

Т.И.Андреева Қоғамдық денсаулық сақтау мектебі, Ұлттық университет, Украина

КОРРЕЛЯЦИИ ЗАГРЯЗНЕНИЯ ДОМОВ ТАБАЧНЫМ ДЫМОМ В УКРАИНЕ

Т.Андреева Школа общественного здравоохранения, Национальный университет, Украина

CORRELATES OF TOBACCO SMOKE POLLUTION IN HOMES IN UKRAINE

T.I.Andreeva School of Public Health, National University of Kyiv-Mohyla Academy, Ukraine

Impact of second-hand tobacco smoke (SHS) is known to be a major health hazard.

The aim of this study was to explore factors which predict tobacco smoke presence and amount in the homes in Kiev, Ukraine.

Methods as a part of the international study of exposure to SHS among women and children supported by the Flight Attendants Medical Research Institute.

Results. Household air nicotine concentrations were best predicted by the smoking regulation in the



home. Nicotine concentrations consistently increased in the following continuum of conditions: (1) No smokers in the home; (2) Smoking not allowed in the home; (3) There is separation between smoking sites and the room of measurement; (4) No separation from smoking areas; (5) Smoking is allowed in the room. However, it is noteworthy that the difference of air nicotine concentrations between homes with designated smoking areas and homes where smokers state that they smoke only outside was not significant, and in both cases concentrations were much higher than in non-smoking homes. There was significant difference in air nicotine concentrations only between

nonsmoking homes and homes where smoking is allowed anywhere. The best question to a smoker to predict air pollution was to ask not about smoking in the home, but about smoking around the child.

Conclusions. While only homes with no smokers may guarantee absence of tobacco smoke in the living areas, all levels of smoking restrictions and 'smoking hygiene' may be both effective and ineffective in protecting family members against tobacco smoke. To diagnose the real smoking situation in a home it is more informative to ask smokers not about the places where they smoke, but whether they smoke around their children or other family members.

МЕДИЦИНА ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРІНІҢ ТЕМЕКІ ШЕГУ СТАТУСЫ ЖӘНЕ ТЕМЕКІШЕГУШІЛІКТІҢ АЛДЫН АЛУДЫҢ БОЛАШАҒЫ

А.Ж.Жылқайдарова ҚР ДСМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қ.

КУРИТЕЛЬНЫЙ СТАТУС МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРОФИЛАКТИКИ ТАБАКОКУРЕНИЯ

А.Ж.Жылкайдарова

Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы

SMOKING STATYS AND PROSPECTS OF TOBACCO CONTROL AMONG MEDICAL PROFESSIONALS

A.Zhylkaidarova National center for problems of healthy lifestyle development, Almaty

Исследование посвящено совершенствованию механизмов профилактики и снижения табакокурения

Цель: оценка распространенности курения, уровня информированности, поведения и отношения к курению среди медицинских работников.

Проведен опрос 1570 медицинских работников г.Алматы. Основную массу респондентов составляли женщины (1413). Почти половина опрошенных была в возрасте 30-49 лет - 820 человек (52,2%), до 30 лет - 21,6%, старше 50 лет - 26,2%.

В настоящее время 15,2% респондентов являются курильщиками, в том числе 11,3% женщин и 52,3% мужчин. Среди врачей уровень курения составляет 13,7%, в том числе среди женщин 8,7%, среди мужчин — 44,7%. Каждый третий курильщик когда-либо курил на своем рабочем месте в медицинской организации. 17,8% курили у себя

дома в присутствии домашних, 65,4% - в отсутствии членов семьи. 70,7% респондентов являются пассивными курильщиками. 14,7% опрошенных подвергаются воздействию вторичного табачного дыма дома, 5,4% - на работе, 19,9% - в компании друзей, 30,8% - в общественных местах.

Если дома и мужчины, и женщины-врачи одинаково часто подвергаются воздействию вторичного табачного дыма, то на работе мужчиныврачи подвергаются пассивному курению в 3 раза, в компании друзей — в 1,5 раза чаще. Женщиныврачи в 1,5 раза чаще подвержены пассивному курению в общественных местах.

Следующий блок опроса был посвящен отношению медицинских работников к профилактике табакокурения. На вопрос, как, на Ваш взгляд, должны вести себя медицинские работники в отношении пациентов и их родственников, пот-



ребляющих табак, 69,2% (71% женщин и 53,5% мужчин) считают необходимым задавать вопрос о курении всем пациентам и давать рекомендации по прекращению потребления табачных изделий. 7,3% (6,7% женщин и 10,83% мужчин) считают необходимым лишь задавать вопрос относительно курения. 8,3% респондентов (7,6% женщин и 14,7% мужчин) считают, что работать по снижению уровня курения среди курильщиков-пациентов должны работники специализированных служб, например, наркологи. 5,54% респондентов считают, что это вообще не обязанность медицинских работников (!), причем разницы между врачебным и не врачебным персоналом по данному ответу не было.

В то же время 72,3% опрошенных абсолютно согласны и еще 13,1% в какой-то степени согласны, что медицинские работники должны объяснять пациентам и их родственникам, как нужно не начинать или бросать курить. Врачи согласны с этим утверждением в 96,15% случаев. Интересно, что с возрастом количество так считающих увеличивается: до 30 лет согласны только 60%, от 30 до 50-73,2%, старше 50 лет -77,4%.

Категорически не согласных с данным положением было 1,7% опрошенных, в том числе 2,65% - респонденты 18-29 лет.

С предложением, что медицинские работники должны подавать пример пациентам и их родственникам тем, что не курят сами, согласны 88,8% врачей и 83,4% не врачебного персонала. Категорически не согласны с данным положением 1,8% респондентов, в том числе 1,5% врачей.

В настоящее время многие медицинские организации г.Алматы уж объявили или готовятся объявить себя «Зонами, свободными от табачного дыма». В данных организациях должна осуществляться политика, которая предполагает запрет курения во всех помещениях медицинской организации и на прилегающей территории всему сообществу: пациентам, их родственникам, медицинским работникам и всему персоналу. Результаты опроса показывают, что лишь 53,3% респондентов (57,7% врачей и 50,5% среднего медперсонала) считают необходимым введение такой политики. Почти треть опрошенных (29,8%) считают необходимым запретить курение в медицинских организациях везде, за исключением специально отведенных мест, что противоречит Закону Республики Казахстан «О профилактике и ограничении табакокурения». 6,1% считают, что курение необходимо запретить пациентам и их родственникам, но можно разрешить медицинскому и другому обслуживающему персоналу.

В отношении рабочих мест немедицинских организаций респонденты высказались следую-

щим образом. Почти половина респондентов считает возможным ввести запрет курения везде, за исключением специально отведенных мест. Каждый третий респондент высказался за полный запрет курения на рабочих местах, включая расположенные на открытом воздухе.

Жесткая ценовая политика в отношении табачных изделий считается наиболее эффективным методом снижения уровня табакокурения. В Казахстане цены на табачные изделия являются одними из самых низких на территории стран СНГ. Среди опрошенных 13,7% (18,2% врачей и 10,8% не врачебного персонала) считают, что стоимость табачных изделий необходимо повысить более, чем в 3 раза. В 2-3 раза повысить существующие цены на табачные изделия считают необходимым 5,92% (7,2% и 5,1% врачебного и не врачебного персонала). Всего за повышение цен от 1,5 до 3 и более раз высказались 33,4% опрошенных медиков (41,4% врачей и 28,2% других медработников). В то же время 22,6% респондентов считают оставить стоимость табачных изделий на прежнем уровне, причем за это утверждение высказались 31,2% мужчин и только 21,6% женщин.

Следующий блок опроса был посвящен определению практических навыков медицинских работников в отношении профилактики и снижения уровня курения, которые они проводили в своей деятельности.

56,1% медиков, в том числе 65,4% врачей и 52,8% не врачебного персонала, объясняли своим пациентам, как можно освободиться от курения. Наиболее часто об этом говорили медики со стажем: 58,8% в возрасте 30-49 лет, 60,8% старше 50 лет и лишь 43,7% респондентов до 30 лет.

Лишь 73% врачей говорят своим пациентам, что существуют серьезные последствия курения для здоровья, такие, как сердечно-сосудистые заболевания, рак, эмфизема легких, преждевременные морщины и преждевременная смерть. Об опасностях пассивного курения и необходимости защиты от него говорили 67,6% врачей, в том числе 69,8% женщин и 54,1% мужчин.

Однако относительно высокий уровень профилактической работы по табакокурению вызывает сомнение, так как лишь 45,5% медиков, в том числе 51,1% врачей и 41,8% не врачебного персонала, отметили, что пытались формировать у своих пациентов и их родственников навыки постановки цели отказа от курения, например, выбор даты прекращения курения и т.д. Следует ли отсюда, что все беседы и вмешательства по отказу от курения проводились формально, если только половина врачей делали первые этапы по отказу от курения среди пациентов?



Это подтверждается тем, что менее половины респондентов (48,3%) имели доступ к методическим и обучающим материалам о помощи в прекращении курения. Лишь треть респондентов отметили, что проходили когда-либо подготовку по вопросам профилактики и оказания помощи в отказе от курения. Причем не было отмечено различий ни по полу, возрасту или занимаемым должностям.

72,7% респондентов отметили, что в их организациях используются программы или мероприятия, целью которых является профилактика табакокурения среди пациентов и их родственников. Учитывая тот факт, в г.Алматы реализуется программа «Алматы – город, свободный от табачного дыма» и практически все медицинские организации города участвуют в ее реализации, этот уровень является низким.

Выводы:

1. Уровень регулярного курения среди медработников г.Алматы составляет 15,2%, в том числе 11,3% женщин и 52,3% мужчин. Среди врачей уровень курения составляет 13,7%, в том числе среди женщин 8,7%, среди мужчин – 44,7%. Среди не врачебного персонала уровень курения составляет 16,2% (12,9% женщин и 56,9% мужчин).

- 2. 70,7% медицинских работников являются пассивными курильщиками, в том числе 30% подвергаются пассивному курению в общественных местах.
- 3. 85% медработников считают необходимым проведение профилактических мероприятий по курению среди пациентов и их родственников.
- 4. Почти половина респондентов считает возможным ввести запрет курения везде, за исключением специально отведенных мест. Каждый третий респондент высказался за полный запрет курения на рабочих местах, включая расположенные на открытом воздухе.
- 5. Отмечены низкий уровень навыков профилактической работы по курению среди медицинских работников (45,5%) и низкий доступ к методическим и обучающим материалам о помощи в прекращении курения (48,3%).
- 6. Имеется большой потенциал медицинских работников по проведению профилактической работы по снижению табакокурения, однако для этого необходимо повысить их информированность, навыки и обеспечить методическими материалами.

ТЕМЕКІШЕГУШІЛІК – ҚАН МЕТАБОЛИКАЛЫҚ ЗАТТАРЫ ЭЛИМИНАЦИЯСЫНЫҢ ПАТОФИЗИОЛОГИЯЛЫҚ АМАЛЫ

Қ.П.Ошақбаев, Т.И.Аманов, З.К.Анаятова ҚР ДСМ Кардиология және ішкі аурулар ғылымизерттеу институты, Алматы қ.

ТАБАКОКУРЕНИЕ – ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ СПОСОБ ЭЛИМИНАЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ ИЗ КРОВИ

К.П.Ошакбаев, Т.И.Аманов, З.К.Анаятова НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК, г.Алматы

SMOKING – PURIFICATION BLOOD PATHOPHYSIOLOGICAL WAY FROM A METABOLIC SUBSTANCES

K.P.Oshakbayev, T.I.Amanov, Z.K.Anajatova Scientific research institute of Cardiology and internal diseases MH RK, Almaty

Хроническая табачная интоксикация, обусловленная табакокурением (ТК), приводит к развитию атеросклероза, опухолевых заболеваний дыхательных путей, что являются одной из главных причин преждевременной смерти. Атеросклероз — основная причина расстройств и заболеваний, приводящие к нарушению кровоснабжения

тканей и органов. Курение оказывает существенное влияние на жировой обмен. Курение вызывает склероз сосудов и становится одним из важнейших факторов, повышающих риск инфаркта миокарда, инсульта, заболеваний артерий сердечной мышцы и мозга. Установлено, что при ограничении или отказе от курения у курящих исследуемых начи-



нался процесс прибавки избыточного веса. Особенно, женщины свое нежелание отказываться от курения мотивировали тем, что их отказ от курения приводит к нежелательному прибавлению массы тела.

Цель исследования. Изучение характера влияния ТК на уровень органических веществ крови.

Материалы и методы. Для исследования методом рандомизации выбраны 28 клинически здоровых курильщиков (основная группа) в возрасте 22-48 лет, из них 18 мужского и 10 женского пола со стажем курения от 3-х до 15 лет в количестве не менее 1 пачки табака в день. Для сравнительной оценки выбрана «некурящая» группа, состоящей из 20 практически здоровых лиц без избыточной массой тела с индексом массы тела 18,5-22,9 кг/м². Забор крови производилось из локтевой вены.

В качестве органических веществ крови выбраны анаболические вещества – глюкоза, холестерин, триглицериды; катаболические вещества – креатинин, мочевина; показатели эндогенной интоксикаций (ЭИ).

Изучаемые показатели ЭИ у лиц основной группы проверяли трижды: до приема табака – перед появлением так называемого желания закурить; при воздержании от курения на 6-7 часов; и после ТК через 10-15 минут.

Уровень ЭИ оценивали по содержанию среднемолекулярных пептидов (СМП) в сыворотке крови по методу Габриэлян Н.И. и др. (1984), в следующих спектрофотометрических длинах волн: 238, 254, 260, 280, 282 и 286 нм. Оценку процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) осуществляли путем определения в сыворот-

ке крови содержания вторичного продукта ПОЛ - малонового диальдегида (МДА) и двух антиоксидативных ферментов: супероксиддисмутазы, катализирующей переход супероксида в перекись водорода; и каталазы, участвующей в превращении образовавшегося пероксида водорода в воду.

Уровень эндогенной метаболической интоксикации оценивали также по состоянию адсорбционно-транспортной функции эритроцитов (АТФЭ) (технология «смывов» эритроцитов), которая проводилась дифференцированно по различным продуктам обмена веществ: по анаболическим веществам — белок, глюкоза, холестерин; по катаболическим веществам — креатинин, мочевина; а также «смывы» проводились по СМП. Концентрацию белка, глюкозы, холестерина, мочевины, креатинина в плазме устанавливали с помощью общепринятых методов исследований. АТФЭ определяли с помощью эритроцитарных «смывов» получаемых по методике Гареева Р.А.

Распределение вариаций в группах характеризовалось как «нормальное», полученные результаты обработаны методами вариационной статистики с использованием следующих статистических методов исследования: t-критерий Стьюдента, принцип «таблица сопряженности типа $2\times K$ » и формулы Брандта-Снедекора (χ^2). Использован статистический пакет Microsoft Excel-2000 в модификации С.Н.Лапач и соавт.

Результаты и обсуждение. Результаты изучения показателей ЭИ по СМП и ПОЛ у исследуемых курильщиков перед возникновением желания закурить, при воздержании от курения до 6-7 часов и после выкуривания табака представлены в таблице 1.

	Среднемолекулярные пептиды, нм МДА							СОД	Ката-		
	238	254	260	280	282	286	Общ	Эрит-	Плаз-		лаза
							СМП	роцит	ма		
До курения	0,134±	0,140±	0,166±	0,315±	0,317±	0,301±	0,229±	39,08±	3,34±	54,18±	254,9±
	0,015#	0,007#	0,007#	0,017#	0,017#	0,017#	0,011#	1,4#	0,2	1,52#	2,06#
Воздержание от курения	0,155±	0,228±	0,264±	0,359±	0,365±	0,329±	0,283±	39,92±	3,52±	57,31±	269,3±
	0,013	0,011*	0,009*	0,012*	0,013*	0,013	0,008*	1,15	0,16	1,22	1,7*
После	0,083±	0,122±	0,146±	0,28±	0,280±	0,256±	0,196±	43,9±	3,78±	70,84±	278,1±
курения	0,01*	0,008*	0,008*	0,013*	0,013*	0,013*	0,01*	1,83*	0,1*	1,9*	3,27*
Контрольная	0,080±	0,111±	0,128±	0,260±	0,262±	0,243±	0,181±	48,6±	3,54±	66,76±	264,0±
группа	0,015	0,009	0,007	0,014	0,013	0,013	0,011	1,7	0,13	1,4	2,6**

Таблица 1. Влияние ТК на показатели СМП и ПОЛ.

^{* -} достоверное отличие показателей от состояния «до курения» (p<0,01).

^{** -} достоверное отличие показателей от состояния «после курения» (p<0,01).

^{# -} достоверное отличие показателей состояния «до курения» от контрольной группы (p<0,01).

Как видно по таблице 1, по всем спектрофотометрическим длинам волн имеется достоверное увеличение показателей СМП (p<0,01) у исследуемых лиц в сравнении состояния перед курением табака с состоянием после ТК.

Отличие по показателям ПОЛ в двух исследуемых состояниях также различались достоверно (p<0,01). Вторичный продукт ПОЛ – МДА увеличивался после курения, что показывает об увеличении интенсивности ПОЛ. Также наблюдается увеличение активности ферментов ПОЛ: СОД и каталазы. Из этих данных наглядно прослеживается обратно пропорциональная взаимосвязь между показателями СМП и ПОЛ (МДА, СОД, каталаза) до и после курения. Например, показатели СМП до курения достоверно повышены, чем после курения, а показатели ПОЛ, наоборот, — до курения достоверно снижены, чем после.

При временном воздержании и оттягивании процесса курения до 6-7 часов по сравнению с предыдущим состоянием приводило к достоверному повышению СМП в фотометрических спектрах 254, 260, 280 и 282 нм, и визуально имеется тенденция к увеличению показателей ПОЛ, однако, данное увеличение статистически не достоверно (р>0,05) кроме каталазы, уровень которой достоверно увеличивался (р<0,01).

У лиц основной группы показатели СМП и ПОЛ (кроме каталазы) после курения приравнивались с аналогичными показателями контрольной группы – не было достоверного различия (р>0,05)

между сравниваемыми группами, то есть, можно сказать, что фактор ТК приводил показатели ЭИ к норме.

Полученные данные, видимо, следует интерпретировать так, что желание ТК возникает при возникновении в организме ЭИ. А вещества, находящиеся в дыме табака являются факторами, активизирующими процесс ПОЛ. В результате ТК относительно снижается уровень ЭИ.

При изучении анамнеза исследуемых отмечено следующее. Привычкой при употреблении пищи было использование всякого-рода специи, такие как черный/красный перец, горчица, лук, чеснок, то есть, пища употреблялась без реального чувства аппетита (аппетит к пище специально часто возбуждался). ТК предшествуют такие симптомы интоксикации организма, как головная боль, слабость в мышцах, снижение трудоспособности, сонливость или беспокойство, заторможенность или тревожность. После закуривания симптомы интоксикации исчезали. Можно сказать, ТК было вынужденной мерой для избавления от симптомов интоксикации.

Изучение концентрации веществ метаболизма в составе плазмы и на поверхности эритроцитов (далее просто на эритроцитах) показало, что суммарное содержание, как анаболических (холестерина, триглицеридов, глюкозы), так и катаболических веществ (мочевины, креатинина) в группе курящих по сравнению с контрольной достоверно (р<0,01) увеличено за счет их адсорбции на поверхности эритроцитов.

Таблица 2. Содержание холестерина, триглицеридов, глюкозы, мочевины, креатинина в плазме и эритроцитарных смывах в сравниваемых группах.

Группы срав- нения	Место исследов.	Глюкоза ммоль/л	Холестерин ммоль/л	Триглицери- ды, г/л	Креатинин ммоль/л	Мочевина, ммоль/л
Основ. группа (n=28)	В плазме	5,3±0,4	4,0±0,2	1,73±0,15	85,9±3,0	6,2±0,3*
	В смывах	2,7±0,2*	3,3±0,2**	2,15±0,13**	71,9±6,2**	3,2±0,3**
	В сумме	8,0±0,5**	7,3±0,3	3,88±0,18**	157,9±4,8**	9,4±0,5**
Контр. группа (n=20)	В плазме	4,8±0,1	4,3±0,2	1,72±0,14	89,6±2,0	5,5±0,2
	В смывах	2,3±0,1	2,5±0,2	1,43±0,13	39,7±1,8	2,2±0,2
	В сумме	7,1±0,2	6,8±0,3	3,15±0,17	129,4±2,3	7,5±0,3

^{* -} достоверное отличие от контрольной группы (р<0,05);

По данным литературы известно, что при сахарном диабете и (или) артериальной гипертонии возрастает экскреция мочевины. Концентрация мочевины в моче при диабете может достигать 50 ммоль/сут, то есть примерно в 5 раз превышать уровень нормы (10-12 ммоль/сут),

тогда как повышение уровня её в плазме крови не наблюдается. Разумеется, при данном случае транспортную функцию по выведению мочевины из организма берет на себя мембрана эритроцитов, вследствие чего уровень мочевины в плазме компенсируется. Также известно, что



^{** -} достоверное отличие от контрольной группы (p<0,01).

при анемиях повышается средняя концентрация креатина в эритроцитах.

Из данных таблицы 2 заметно, что по содержанию анализируемых веществ в плазме крови нет достоверных различий в сравниваемых группах, тогда как суммарное увеличение концентрации органических веществ в крови происходит за счет её эритроцитарного компонента.

На поверхности эритроцитов у курильщиков сравнительно больше обнаруживается количество органических веществ. В крови курильщиков повышена концентрация продуктов обмена веществ.

Из 28 исследуемых 22 (78,5%) отметили, что начало желания к табаку или увеличение количества выкуриваемых сигарет возникало при тенденции к набору избыточной массы тела веса. С началом стабильного курения табака, динамика массы тела имела тенденцию к снижению до определенного веса, после которого вес стабилизировался. Определенно, табак играет важную роль в стабилизации веса.

Обсуждение. Данные проведенного исследования свидетельствуют о взаимосвязи между избыточным уровнем органических веществ крови и ТК. Если процесс переваривания пищи происходит порционно, то при патологии обмена веществ на каком-то этапе переваривания организм может оказаться неспособным выделить необходимую порцию пищеварительных ферментов на переваривание очередной порции пищи. Видимо поэтому, организм курильщика производит поиск внешнего стимулятора пищеварения.

Вследствие постоянного течения в организме процессов анаболизма и катаболизма присутствие шлаков в крови естественно. В случаях, когда увеличивается скорость обмена веществ (например, в результате избыточного приема пищи) и повышается нагрузка на дезинтоксикационные органы уровень шлаков в крови начинает повышаться. Возникает нужда в биохимических стимуляторах извне. ТК – один из патофизиологических спосо-

бов организма бороться с избыточными органическими веществами в крови.

Действительно, процесс курения активизирует резервную ферментную систему организма, курение играет роль своего рода стимулятора на уровне ферментов и гормонов, повышает уровень основного обмена. «Вынужденная» гиперфункция дезинтоксикационных органов, рано или поздно, приводит к декомпенсации внутренних органов. По принципу обратной связи, чем продолжительнее опыт курения, тем сложнее организму без стимулятора извне (курение) бороться с эндотоксикозом. Поэтому через определенное время организму будет трудно справляться с эндотоксикозом без ТК.

Увеличить эффективность борьбы с ТК возможно, если бороться с факторами риска, приводящих к ТК. В таком случае для лечения и профилактики зависимости от табака целесообразно и более эффективно использование принципа борьбы с избыточными органическими веществами в крови, что связано с наличием индивидуальной избыточной массы тела.

Заключение и выводы. Таким образом, проведенное исследование показало взаимосвязь между повышением уровня органических веществ крови и ТК. Желание закурить табак у человека возникает при создании эндогенной метаболической интоксикации в крови. ТК активизирует процесс ПОЛ, в результате чего относительно снижается уровень эндогенной метаболической интоксикации. Временное воздержание от процесса курения (до 6-7 часов) у курильщиков приводит к достоверному повышению эндотоксинов в крови.

У курильщиков суммарное содержание анаболических (холестерин, триглицериды, глюкоза), катаболических (мочевина, креатинин) веществ достоверно (p<0,01) увеличено за счет их адсорбции на эритроцитах. Избыточные органические вещества на поверхности эритроцитов могут явиться независимым фактором эндогенной метаболической интоксикации.



ТЕМЕКІ ШЕГУДІ ТОҚТАТУДЫҢ ЖӘНЕ ТЕМЕКІГЕ ТӘУЕЛДІЛІКТІ ЕМДЕУДІҢ КӘЗІРГІ ЗАМАНҒЫ ТӘСІЛДЕРІ

А.Ж.Жылқайдарова, Т.Мамедова, С.С.Өміржанова ҚР ДСМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Шардарин аудандық орталық аурухана, №10 қалалық емхана, Алматы қ.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРЕКРАЩЕНИЮ КУРЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЮ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

А.Ж.Жылкайдарова, Т.Мамедова, С.С.Умиржанова Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, Шардаринская ЦРБ, ГП № 10 г.Алматы

MODERN APPROACHS TO SMOKING CESSATION AND TOBACCO DEPENDENCE TREATMENT

A.Zhylkaidarova, T.Mamedova, S.Umirzhanova National center for problems of healthy lifestyle development, Shardara central hospital, Almaty city polyclinic № 10

В 20 веке курение вызывало систематический рост заболеваемости и смертности от рака лёгкого, стенокардии и хронических обструктивных заболеваний лёгкого. В Казахстане ежегодно от последствий курения, в том числе пассивного, умирает 20-25 тысяч человек.

Положительное влияние отказа от курения табака на состояние здоровья и уменьшение риска заболеваний, этиологически связанных с курением табака, доказано рядом исследований и не зависит возраста и пола лиц, отказавшихся от табакокурения.

Различают три вида табачной зависимости: социальную (зависимость от курящего окружения), психологическая (зависимость от стереотипа курительного поведения, который формируется и закрепляется на основе условно-рефлекторной связи) и фармакологическую зависимость Сила фармакологической зависимости от никотина очень велика, поэтому многие курящие люди не могут бросить курить самостоятельно, даже в тех случаях, когда они твердо приходят к данному решению. В связи с этим роль врача в лечении табачной зависимости очень велика. Поскольку курение табака вызывает заболевания различных физиологических систем организма (дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, нервной и др.), принципами лечения табачной зависимости должны овладеть врачи различных специальностей.

По сути, табачная зависимость (F.17) – хроническое рецидивирующее заболевание. Лечение табачной зависимости, как и любого другого заболевания, должно стать интегральной частью каждодневной медицинской работы.

Как и всякое заболевание, табачная зависимость характеризуется симптомами. Основные симптомы: сильное желание или непреодолимая тяга употребить табак, упорное употребление табака, несмотря на явные доказательства пагубных последствий, признаки эффекта толерантности к никотину, сложности в контроле манеры курения, а также синдром отмены, состоящий из следующих основных симптомов:

- Тяга к табаку
- Симптомы депрессии
- Раздражительность, нетерпеливость, чувство голода
 - Тревога
 - Нарушение концентрации
 - Беспокойство
 - Бессонница
 - Учащённое сердцебиение
- Повышенный аппетит и увеличение массы тела

Развитие табачной зависимости – это процесс формирования, развития и закрепления привычки табакокурения и перехода ее в синдром патологического влечения. Этот процесс хронический и прогрессирующий, в котором выделяется несколько стадий:

- Стадия I: экспериментальное курение / употребление табака (отсутствие симптомов серьёзного пристрастия)
- Стадия II: контролируемое курение / употребление табака (поведенческое пристрастие)
- Стадия III: Неконтролируемое курение / употребление табака (фармакологическая зависимость)

В диагностике табачной зависимости рекомендуются следующие шаги:

1) Оценка воздействия табачного дыма – определяется путем сбора курительного анамнеза (стаж, количество выкуриваемых сигарет, курящее окружение).



- 2) Измерение табачной зависимости. Основные показатели табачной зависимости: прерывание ночного сна для курения; закуривание сигареты в первые минуты после пробуждения; выкуривание большого количества сигарет в сутки (>20).
- 3) Оценка стадии прекращения курения. Самый простой, доступный способ задать курильщику всего один вопрос: «Хотели бы Вы бросить курить?». По характеру ответов все курильщики подразделяются на три основные группы:
- 1. убежденные или «злостные», не желающие бросать или даже как-то менять свою привычку;
- 2. сомневающиеся, не уверенные в целесообразности отказа от курения или своих возможностях избавиться от привычки, ставшей «второй натурой»;
- 3. желающие бросить курить, принявшие для себя решение о целесообразности избавления от вредной и опасной привычки.

В зависимости от того, к какой группе относится пациент, определяется характер помощи в отказе от курения, делается акцент на психологической мотивации, никотинзаместительной терапии или знаниях.

- 4) Измерение стимула к прекращению курения. Основными показателями стимула (мотивации) к прекращению курения являются:
 - Знание причин для курения и прекращения
- Знание симптомов отмены и принципов совладания с ними
- Предыдущие попытки прекращения (Сколько? Как долго?)
- Окружение, свободное от табачного дыма (в основном дом и рабочее место)

Национальным центром проблем формирования здорового образа жизни совместно с ведущими НИИ и НЦ страны разработаны Алгоритмы пропаганды здорового образа жизни и профилактики факторов риска основных социально значимых заболеваний на уровне ПМСП. При разработке алгоритма профилактики и сокращения табакокурения использован опыт международных руководств, основанных на принципе «Пяти «А»:

- Ask спрашивайте пациента о курении при каждой возможности
- Advise советуйте курящим пациентам прекратить
- Assess оцените готовность пациента к прекращению
- Assist помогите в выборе эффективного метода прекращения
- Arrange наметьте последующие визиты и спросите об отношении к курению

При всем многообразии лекарственных средств только препараты никотинзаместительной терапии и имитаторы действия никотина доказали свою эффективность в специальных рандомизированных исследованиях и соответствие принципам доказательной медицины. В то же время нельзя не дооценивать использование других медикаментозных средств. Дополнительными медикаментозными средствами, способными помочь в лечении табачной зависимости, являются препараты аверсионной терапии и общеукрепляющей терапии (антиоксиданты и адаптогены).

Окончательное избавление от табачной зависимости невозможно без перестройки поведения, определенных жизненных стереотипов и условных рефлексов курильщика. Многие даже мотивированные на отказ от табакокурения курильщики исключают свое активное участие в борьбе с привычкой, у них может присутствовать страх перед необходимостью каких-то усилий и их безуспешности. Поэтому изначально следует настроить и подготовить курильщика на самостоятельную работу, что необходимо приложить значительные усилия по перестройке своего поведения. Важно вдохновить пациента на собственные усилия по избавлению от табакокурения.

Профилактика рецидива табакокурения требует контроля и поддержки лиц, бросивших курить, а именно своевременной корректировке процесса отказа и лечении синдрома отмены, адекватных объяснений в изменении самочувствия на фоне отказа от курения и поддержке мотивации на окончательное избавление от табачной зависимости.



ЕГДЕ ЖАСТАҒЫ АДАМДАР АРАСЫНДА ШЫЛЫМШЕГУШІЛІКТІҢ АЛДЫН АЛУ МӘСЕЛЕРІ

С.А. Егеубаева Қоғамдық денсаулық сақтау жоғарғы мектебі, Алматы қ.

ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ ТАБАКОКУРЕНИЯ СРЕДИ ЛИЦ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

С.А.Егеубаева Высшая школа общественного здравоохранения, г.Алматы

SMOKING PREVENTION ISSUES AMONG ELDER PEOPLE

S.A. Yegeubaeva Kazakhstan School of Public Health, Almaty

В настоящее время главной задачей укрепления здоровья является развитие потребности в здоровье. Забота о своем здоровье должна определяться не столько ухудшением состояния здоровья, сколько отношением к своему состоянию здоровья. Говоря о здоровье пожилых, следует отметить, что стареющий организм накапливает с годами различную патологию, следовательно, привычки, приобретенные в молодости могут привести к негативным последствиям в более старшем возрасте.

В мире практически 1,3 миллиарда курильщиков, и курение является одной из лидирующих причин смертности, как в развитых, так и в развивающихся странах и одной из главнейших социальных проблем, ведущих к различным заболеваниям всех возрастов.

Курение ассоциируется с риском, который в некоторых случаях в 10-20 раз выше в возникновении 40 и более заболеваний. Курение является причиной рака, хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), различных легочных заболеваний, сосудистых заболеваний, заболеваний желудочно-кишечного тракта, остеопороза и многих других патологий. Эффект влияния курения на возникновение различной патологии описано в многих литературных источниках.

В среднем курильщик теряет около 13 лет ожидаемой здоровой жизни и каждую секунду преждевременно умирает один курильщик. Эпидемиологические исследования показали, что курильщики бросившие курить в возрасте 65-70 лет наполовину сократили риск преждевременной смертности.

Обзор литературных источников показывает, что уровень заболеваемости и смертности вследствие курения неуклонно растет с возрастом и стажем курения. Сердечно-сосудистые заболевания находятся на первом месте по смертности среди

курильщиков более молодого возраста, в возрасте 60 и старше причинами смертности наряду с сердечно-сосудистыми заболеваниями выступают рак легкого и ХОБЛ. Более старшему поколению тяжелее расстаться со своей вредной привычкой – бросить курить, но в случае успеха, результаты их действий более успешны и эффективны.

Страны, в которых ведется политика здорового старения, нацелены на улучшение качества жизни лиц старшего возраста, в связи с чем, ведется систематический мониторинг за влиянием поведенческих детерминант, включая курение. Сочетание позитивного поведения в отношении здоровья, высокая физическая активность и отсутствие привычки курения повышает шансы здорового старения. Люди, бросившие курить и те, кто никогда не курил, более того всегда были физически активны, в 2,5 раза более успешны в старшем возрасте, чем их ровесники.

Исследования, проведенные среди старшего поколения трудоспособного возраста в отношении влияния различных факторов здоровья как негативных (курение, алкоголь), так и позитивных (диета, физическая активность), доказывают эффективность программ по отказу от курения и последовавшее снижение уровня сердечно-сосудистых заболеваний.

Для достижения большего успеха необходим множественный подход в работе с населением, в отношении нескольких факторов. Многофакторное влияние на здоровье приводит к более эффективным результатам, к более результативному улучшению здоровья.

Цель исследования:

Одной из задач проводимого исследования по выявлению особенностей старения в Казахстане была характеристика, анализ и коррекция поведенческих факторов риска среди лиц старшего возраста с целью профилактики табакокурения.



Социологический опрос, проведенный среди 600 человек в возрасте 50 лет и старше, дал возможность оценить поведенческие факторы риска, влияющие на состояние здоровья, выявить влияние программ по санитарному просвещению на изменение привычек в данной возрастной категории, а также особенности и пути воздействия (каналы), по которым могут проводиться мероприятия по вопросам здоровья и санитарного просвещения среди исследуемой целевой группы населения.

Результаты и их обсуждение:

В результате исследования выявлено, что в возрастных категориях от 50 лет и старше, женщины курят меньше, чем мужчины. Так среди женщин 50-59 лет курят 18%, среди возрастной группы 60-69 лет – 20%, а в возрастной группе 70 и старше – лишь 10% женщин. Тогда как среди мужчин данные показатели значительно выше – среди возрастной группы 50-59 лет – 60%, в возрастной группе 60-69 лет – 52%, в группе 70 и старше – 56% соответственно. Кроме того, женщины в отличие от мужчин курят эпизодически, 1-2 раза в месяц, мужчины же наоборот, особенно в возрастной группе 50-59 лет, курят ежедневно до 15 сигарет в день. С возрастом количество потребляемых сигарет среди мужчин уменьшается, более того, около 20% мужчин начинают курить от случая к случаю, что свидетельствует о том, что люди старшего возраста стараются избавиться от вредной привычки. Заболевания, которые отмечали респонденты, среди мужчин по уровню убывания были заболевания органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистые заболевания и заболевания опорно-двигательного аппарата; среди женщин - сердечно-сосудистые заболевания, заболевания опорно-двигательного аппарата и мочеполовой системы.

В свое свободное время лица старше 65 лет обоих полов смотрят телевизор, наряду с художественными фильмами выявлен интерес к передачам, посвященным здоровью и здоровому образу жизни. При этом, о программах санитарного

просвещения знают лишь 15% населения исследуемой возрастной категории, и только в 2% эти программы изменили отношение целевой группы к своему здоровью. Вероятно на сегодняшний день недостаточно программ по формированию здорового образа жизни для лиц старшего возраста. Выявлена также степень доверия лиц старшего возраста к информации о здоровье, исходящей из различных источников. Оказалось, что наивысшая степень доверия пришлась на врачей, на втором месте были народные целители, имеющие определенный авторитет и широко публикуемые в печати, таким источникам информации как газеты, журналы, реклама на телевидении нет никакого доверия, а такой источник информации как буклеты, информационные листы лицами старшего возраста просто не принимаются во внимание, то есть не читаются. Получается, что соратниками в проведении профилактических мероприятий среди лиц старшего возраста могут стать лечащие врачи и народные целители.

Заключение. Мировой опыт показывает, что, несмотря на устоявшееся мнение о высокой необходимости проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни и профилактике вредных привычек среди молодежи, поскольку именно они являются будущим потенциалом человеческих ресурсов страны, работа по укреплению здоровья среди лиц старшего возраста также является немаловажной, а по некоторым параметрам даже успешнее и эффективнее в отношении здоровья, чем среди лиц более молодого возраста. В возрастных категориях 50 лет и старше, женщины курят меньше, чем мужчины, с возрастом люди стараются избавиться от вредной привычки. В то же время, результаты проведенного исследования доказывают недостаточность проводимых мероприятий по профилактике вредных привычек и формированию здорового образа жизни среди лиц старшего возраста и необходимость их проведения как неотъемлемого направления программ по здоровому старению в стране.



БАЛАЛАР МЕН ЖАСӨСПІРІМДЕР АРАСЫНДА ТЕМЕКІШЕГУШІЛІКТІҢ АЛДЫН АЛУ БАҒДАРЛАМАСЫНДАҒЫ ИННОВАЦИЯЛЫҚ ТЕХНОЛОГИЯЛАР

Т.Б.Баймаханов, З.С.Жұматова, К.Г.Шарапатова, В.Н.Даневич, В.А.Колпакова, А.А.Небельцова, А.В.Бала Салауатты өмір салтын қалыптастырудың облыстық орталығы, Тәуелділік туғызатын дерттердің алдын алу және емдеу облыстық орталығы, Павлодар қ.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОГРАММЕ ПРОФИЛАКТИКИ ТАБАКОКУРЕНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Т.Б.Баймаханов, З.С.Жуматова, К.Г.Шарапатова, В.Н.Даневич, В.А.Колпакова, А.А.Небельцова, А.В.Бала Областной центр формирования здорового образа жизни, Областной центр профилактики и лечения зависимых заболеваний, г.Павлодар

INNOVATIVE TECHNOLOGY AT TOBACCO SMOKE PREVENTION AMONG CHILDREN AND TEENAGERS

T.B.Baymakhanov, Z.S.Zhumatova, K.G.Sharapatova, V.N.Danevich, V.A. Kolpakova, A.A.Nebeltsova, A.V.Bala Oblast healthy lifestyle development center, Oblast center for dependent diseases prevention and treatment. Pavlodar

Основные усилия, предпринимаемые сегодня, направлены на профилактику алкоголизма и наркомании — зависимости приносящий — человеку и обществу ощутимый вред. Но не меньшую угрозу для здоровья представляет и табакокурение.

Исследование, проведенное в рамках Глобального опроса потребления табака молодежи в Павлодарской области методом случайной выборки среди школьников, выявило регулярных курильщиков из числа опрошенных - 8,3%. Каждый четвертый школьник пробовал курить (24,3%). Готовы были изменить образ жизни и отказаться от курения 70,7%, почти столько же (68,7%) желают бросить курить. По другим данным исследования Областного центра формирования здорового образа жизни среди подростков курят – 7,12%. Наиболее сильное социальное давление испытывают подростки, и пик взрыва интереса к курению происходит в среднем звене школьников 5-7 классов. Так если в 12-15 лет курят 3,6%, то в старших классах этот показатель уже составляет 22,1%, рост в 7 раз.

Существует достоверные различия среди школьников, подверженных табакокурения и некурящих в плане предрасположенности к употреблению и других психоактивных веществ, так опыт употребления алкоголя было в 2 раза чаще в группе курящих, чем не курящих.

Одними из главных причин подросткового курения – стремление «быть как все», «курить это модно», самый простой способ установить контакт.

В связи с выше сказанным представляется целесообразным проведение массовой профилактической работы на предмет табакокурения именно в младшем и среднем звене школы.

Областным центром профилактики и лечения зависимых заболеваний (ОЦПЛЗЗ) внедрен в общеобразовательных школах города пилотный проект

«Соревнование классов свободных от курения». За основу взят опыт Финляндии «SMOKEFREECLASS COMPETITION» и адаптирован к местным условиям.

Целью проекта является: предотвратить, или отстрочить начало курения, развить умение принимать собственные решения и сопротивляться социальному давлению, помогать учащимся, видеть преимущества не курения.

В начале проекта при поддержке департамента образования на базе ОЦПЛЗЗ специалистами Центра социальной реадапатации проведен двухдневный обучающий семинар тренинг «Психосоциальная модель реабилитации подростков с химической зависимостью в общеобразовательных учреждениях» для психологов школ области. Участники семинары были ознакомлены с проектом.

В работе над проектом были привлечены и приняли деятельное участие ведущие специалисты врачи, психологи, научные работники Республиканского центра медико-социальных проблем наркомании. По окончанию семинара участники получили сертификаты.

На следующем этапе обученные школьные психологи дали полную информацию о целях и задачах проекта в своих школах. Классы, выразившие готовность к участию в проекте подписали «Личное обязательство участников соревнования классов, свободных от курения». Данное обязательство предполагает отказ участников от курения на 3, 6, 12 месяцев. Психологом школы среди старшеклассников были подготовлены кураторы.

В рамках проекта проводился конкурс по трем номинациям: «Лучший логотип класса свободного от курения», «Лучшее сочинение «Суд над сигаретой», Конвенция прав некурящих. Кураторы под руководством психологов в подшефных классах систематический организовывали в рамках классных



часов различные мероприятия, такие как занятия: «Пошаговая система отказа от курения», «Медицина против табака», «Курение и здоровье женщины», «Как охраняются законом в цивилизованных странах, права не курящих», «Окружающая среда и курение»; ролевые игры: «Суд над сигаретой», «Как сказать — нет», «Что будет с миром, если все будут курить?»: тренинги: «Развитие личной мотивации здорового образа жизни», «Личные стандарты поведения», беседы направленные на профилактику табакокурения.

Весь класс в течении указанного срока в обязательстве вел поисковую работу по проведению конкурса, поддержку школьникам оказывают окружающие и семья. В поисковую работу привлекались родители, классные руководители и другие, обеспечивая помощь в подборке информации в библиотеках научно-популярной литературы, поиск в сети «Интернет», красочное оформление работы. Таким образом, кроме школьников вовлекаются в процесс пропаганды профилактике и взрослые. Кроме основной цели проект способствует организации досуга, повышения активности учащихся, а также более полное усвоение знаний получаемых на уроках валеологии.

Данный проект стартовал в 2007 году в школе №17 г. Павлодара. В настоящее время в проекте работают девять общеобразовательных школ и интернатных учреждений области.

По предварительным проведенным данным анкетирования среди школьников проекта: у большинства изменилось в форме негативного или резко негативного отношение к табакокурению; все указали на полученные новые знания; как указывалось, в личном обязательстве проект предполагал участие в течение 3-х и более месяцев, многие высказались за продление проекта не менее 6 месяцев. Следовательно у детей вызвал интерес данный проект и не оставил ни кого равнодушным к проблеме табакокурения.

Проект получил одобрение и поддержку, как среди участников, так и руководства департамента образования, ОЦПЛЗЗ, ОЦПЗОЖ.

Так спонсором конкурса проведенного в школе №17 г. Павлодара явилась администрация ОЦПЛЗЗ. Отмечены грамотами и призами конкурсанты по номинациям, лучшие кураторы. Классы за активное участие в проекте отмечены руководством и администрацией школы.

Предполагается в дальнейшем расширения данного опыта в сельские регионы области.

ГРУЗИЯДА ТЕМЕКІНІ БАҚЫЛАУ БОЙЫНША АХУАЛ

Г.Бахтуридзе Грузияда темекіні бақылау Альянсы, Тбилиси, Грузия

СИТУАЦИЯ ПО КОНТРОЛЮ НАД ТАБАКОМ В ГРУЗИИ

Г.Бахтуридзе, Г.Кобешавидзе Альянс контроля над табаком Грузии, Тбилиси, Грузия

TOBACCO CONTROL SITUATION ANALYZE IN GEORGIA

2008 Dr. Bakhturidze G., Dr. Kobeshavidze G Tobacco Control Alliance in Georgia, Tbilisi, Georgia

The purpose of study is to learn current situation in Georgia in tobacco control.

Methods. We were using results of epidemiological researches, law regulation acts and statistics.

A summary of **the results** obtained in sufficient detail.

Epidemiological picture. On our researches in 1998-99 years in Georgia consumed tobacco 1.700.000 persons, among them 1.200.000 men and 500.000 women. It is 37% of our population. The data of 2001 shows that tobacco consumed 51,1% men and 20,4% women. Each year from smoking die 11.000, among them 3.000 from passive smoking, and fall ill 240.000.

Prices and taxation. On such volumetric expansions of using tobacco on the first stage

operates low prices, which on the average makes 1,4 Lari (approximately 0.9 US dollars) on a pack of cigarettes. Since March 2006 the new law on taxation of tobacco products has come into force, on which on import cigarettes is a fixing tax at a rate of 70 tetri (approximately 0.45 US dollars) on a pack of cigarettes and 50 tetri (0,3) on local manufacture; and on local without filter cigarettes it is imposed on 15 tetri (approximately 0.1 US dollars).

Smuggling. On low prices operates also high level of smuggling 55-60%. The basic part of smuggling penetrates into Georgia through Russia and gets in those regions of Georgia where our jurisdiction (Abkhazia and Tskinvali Regions) is not distributed yet. Usually tobacco cargo is imported in



Georgia through Turkey or Russia, formed as transit, crosses the board, and then without any of State Taxes is imported back to Georgia. The level of smuggling in Georgia is caused by a high level of corruption in customs and tax bodies (as a whole country) and weakness of administration.

Advertising. As to advertising tobacco products, which influence on the growth of height very much, now in Georgia, operate some restrictions on advertising in means of mass information, which is ineffective (the Law on Advertising from 18 February 1998). First was planned to forbid of all kinds of advertising tobacco products since January 1, 2000, but on diligence of the tobacco industry this date has transferred till January 1, 2002. Parliament prolonged this term only up to 1 April 2003 and with the clause, that up to this period the Parliament should pass the Law about Tobacco Control, which will regulate almost all the questions to this direction. In April 1, 2003 canceled advertisement in TV and Radio, but there are advertisements on the billboards and in newspapers.

Economy of tobacco. In economic view of a problem a situation is as follows: one smoker citizens

of Georgia on purchases of cigarettes per year on the average spends 450 Lari (approximately 300 US dollars) which makes 510 million American dollars on all smokers part of the population, and in the budget of the country from tax should income approximately USD 150 million, but actual level of income in treasury of taxes is only USD 60 million – 40%.

Conclusion. As you see a situation in Georgia under the tobacco control is the hardest. Against the effort of transnational companies and the governmental lobbyists it is unavoidable to accept a strong Framework Convention on Tobacco Control.

Recommendations. 1. Acceptance of the new changes in national law on the tobacco control on principles of Framework Convention on Tobacco Control; 2. Implementation and enforcement of FCTC; 3. The statement of the special tax on tobacco in the interests of public health services and granting of legal support injured from smoking in courts of Georgia; 4. Creation and realization of multidisciplinary programs under the tobacco control; 5. Monitoring all processes of tobacco control in Georgia.

«ТЕМЕКІ ШЕГУДІ ТАСТА ДА, ДЕНСАУЛЫҚ ҰТЫП АЛ» АТТЫ РЕСПУБЛИКАЛЫҚ КОНКУРС, АСТАНАЛЫҚ СӨС ОРТАЛЫҒЫНЫҢ ТӘЖІРИБЕСІ НЕГІЗІНДЕ ТЕМЕКІ ШЕГУДІ ТАСТАУДЫҢ ҮЛГІСІ РЕТІНДЕ

Л.Ж. Исмагамбетова, Ж.М. Какенова Салауатты өмір салтын қалыптастырудың қалалық орталығы, Астана қ.

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ КОНКУРС «БРОСЬ КУРИТЬ И ВЫИГРАЙ ЗДОРОВЬЕ», КАК ОДИН ИЗ МОДЕЛЕЙ В ПРЕКРАЩЕНИИ КУРЕНИЯ ПО ОПЫТУ СТОЛИЧНОГО ЦЕНТРА ЗОЖ

Л.Ж.Исмагамбетова, Ж.М.Какенова Городской центр формирования здорового образа жизни, г.Астана.

REPUBLICAN CONTEST "QUIT SMOKING AND WIN HEALTH" AS ONE OF MODELS IN SMOKING QUIT BY PRACTICE OF CAPITAL HLD CENTER

L.G.Ismagambetova, Z.M.Kakenova City healthy lifestyle development center, Astana

Табакокурение является важной проблемой общественного здоровья, социальной и экономической проблемой для всего мира и, особенно – для Казахстана. По данным ВОЗ в мире курят около миллиарда человек – каждый третий взрос-

лый на планете. В Казахстане курит, одна четверть взрослого населения, от причин, связанных с курением ежегодно умирает 25 тысяч человек.

С целью предотвращения табакокурения среди населения, а также ограничения рекламы



табачных изделий 10 июля 2002 года был принят Закон Республики Казахстан «О профилактике и ограничении табакокурения», в 2003 году ратифицирована рамочная конвенция по табаку.

Конкурс «Брось курить и выиграй!» объединяет все страны Европы и СНГ и проходит, как на местном уровне, так и на международном.

Казахстан впервые принял участие в антитабачном конкурсе «Брось курить и выиграй!» в 1998 году. В Астана стало традиционным принимать ежегодное участие в данном конкурсе с 1999 г. с количеством участников 450 человек. Об эффективности конкурса можно судить по ежегодному количеству участников в конкурсе: 2002 год — 1237 человек, 2004 г. — 4556 человек и 2007г. - 5905 человек.

В числе участников конкурса — депутаты, государственные служащие, рабочие, строители, работники образования, медицины, предприятий и организаций города. Для участия в конкурсе «Брось курить и выиграй здоровье» конкурсант должен заполнить регистрационную форму с указанием Ф.И.О., стажа курения и свидетеля. Одним из условий конкурса — не курить в течение месяца. По опыту предыдущих конкурсов из числа участников выдерживают условия конкурса около 10 -15 % конкурсантов. Поощрением для победителей конкурса — прежде всего, является здоровье и от организаторов ценный подарок.

Наряду с конкурсом проводятся мероприятия, пропагандирующие отказ от курения, как основного фактора риска неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистых, онкологических и др.) - чтение лекций, проведение круглых столов, тренингов, семинаров, проведение социологических исследований, организация городских акций. В средствах массовой информации размещаются информационные материалы, транслируются видеоролики.

Организовываются и проводятся рейды по общественным местам (магазины, рестораны, кафе и др.) по соблюдению Закона РК «Об ограничении и профилактике табакокурения».

В высших и средних учебных заведениях проводятся акции, конференции. Так, к примеру в Евразийском национальном университете им

Л.Гумилева проведена акция «Мы не курим» совместно с Центром здорового образа жизни Евразийского университета. В акции приняло участие около 1500 тысяч студентов университета. В рамках акции была создана Ассоциация некурящей молодежи, зарегистрировано 560 человек.

В ходе акции была организована медиа-выставка «Курению- нет!», организованного учащимися Казахско-турецкого лицея г. Астана, был продемонстрирован видеофильм о действии табака на организм человека. В этот день во всех спортивных залах ЕНУ им. Л.Н. Гумилева были проведены спортивные мероприятия, где преподаватели и студенты, а также гости университета могли участвовать в соревнованиях по волейболу, тогыз - кумалаку, настольному теннису, гиревому спорту, шахматам и принять участие в лёгкоатлетическом забеге. Гости акции - Рок-группа «Зеркало». Проведено зондовое исследование по табаку среди студентов эотого же ВУЗа, где приняло участие 432 респондентов – 8,1% курят. Стаж курения 1 год составляет – 2,7%, 3 года – 3,8%, 5 лет - 1,6%, при этом из общего числа курящих 1,4% считают, что у них есть зависимость от табакокурения. 38,4% из числа респондентов считают, что их здоровью угрожает табачный дым (пассивное курение). Все респонденты подтвердили, что табачный дым опасен для окружающих.

Волонтерами здравоохранения, молодежным движением «Жас Жігер», НПО «Матери против курения» ежегодно на улицах города организовывается и проводится акция «Витамин на никотин», где в качестве обмена сигареты на яблоко. По итогам этой акции на летней площадке Дворца «Жастар» совершается церемония сожжения табачных изделий, собранных движением.

Среди учащихся школ организовываются и проводятся тренинги на тему: «Почему вредно курить?», пишутся сочинения, изложения о вреде курения, конкурсы плакатов, открытые уроки, диспуты, дебаты. Для отслеживания ситуации табаку среди конкурсантов ежегодно проводится мониторинг, составляется база данных. В течение года проводится определенная работа с курящим населением из числа конкурсантов (беседа с врачами специалистами с рекомендациями).



ЖАСТАРДЫҢ ТЕМЕКІШЕГУШІЛІККЕ КӨЗҚАРАСЫНЫҢ ӘЛЕУМЕТТІК-ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ ТҰСТАРЫ

С.Б.Әбдіраимов, Г.Ш.Сейілханова, С.Смағұлұлы, Ә.Мәжитова, Г.Жәкебаева Қызылорда облыстық наркология орталығы, Қызылорда қ.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОТНОШЕНИЯ МОЛОДЕЖИ К ТАБАКОКУРЕНИЮ

С.Б.Абдраимов, Г.Ш.Сеилханова, С.Смагулулы, А.Мажитова, Г.Жакебаева К ызылординский областной центр наркологии, г.Кызылорда

SOCIAL AND MENTAL ASPECTS OF YOUTH ATTITUDE TO TOBACCO SMOKE

S.B. Abdraimov, G.S.Seilkhanova, S.Smagululi, A.Mazhitova, G.Zhakebayeva, Kyzylorda oblast narcology center, Kyzylorda

Үстіміздегі жылдың сәуір айында облыстық наркологиялық орталық, облыстық салауатты өмір салтын қалыптастыру орталығы «Арылу» қоғамдық қоры бірлесіп Қызылорда қаласындағы мектептердің 9-10 сынып оқушылары арасында ПБЗ (психикалық белсенді заттарға) тәуелділік деңгейін анықтау мақсатында сыр шашпай (анономдік) сауалнама жүргізілді.

Сауалнамаға барлығы 14-16 жастағы 678 респондент қатысып, олардың 40% – ер бала, 60% – қыз бала болды. Сауалнамада ПБЗ, оның ішінде шылымқорлыққа байланысты сауалдарға ПБЗ-тәуелділігінің әлеуметтік- психологиялық тұстарын қамтитын сұрақтар енгізілді.

Зерттеу нәтижесі мынаны көрсетті. Сауалнамаға қатысқандардың арасында толық — 76%, толық емес — 22 % отбасыларда, туыстарының қамқорлығында — 2% тұрады. 80%-ның ата-аналары жұмыс істейді. Тұрғын үй жағдайы бойынша 59% өз жеке үйлерінде, 40% өз жеке пәтерлерінде, 1% — жатақхана және жеке үйі жоқ жағдайда болды.

Оқу үлгерімі бойынша 6% өте жақсы, 43% жақсы, 49% қанағаттанарлық және 2% нашар оқиды.

Психологиялық қолайсыздық тұрғысында психикалық ауытқулардың бір түрі 87%-інде, екі

түрі 8%-інде, 3 және одан да көп түрі 5%-інде тіркелді. Респонденттердің 17% -і туыстары тарапынан негативтік әрекет бастан кешіретінін жасырмады. Олар «бейжайлық, көңіл бөлмеу» – 14%, «озбырлық, денелік зорлық» – 7%, «психологиялық қысым» – 20%, «ренжу, балағаттау» – 52% болды деп мәлімдеді.

19%-інде өз құрбылары тарапынан негативтік ықпалды байқайтынын жеткізді. Атап айтқанда «озбырлық, денелік зорлық » — 11%, «психологиялық қысым» 20%, және «ренжу, балағаттау» — 69% болды. Жасөспірімдердің 50%-нің әкесі, 7%-нің шешесі шылым тартады. Өздерінің тек 8% ғана темекі шегетінін мойындады.

Тұжырым:

- 1. Мектеп оқушылары арасында сыр шашпай (анонимдік) сауалнама жүргізу кезінде сұрақтардың қатарына психологиялық тұрғыдағы сауалдарды қосу зерттелетін нысандарды түрлендіріп, жан жақты етеді, зерттеу материалының құндылығын арттырады.
- 2. Темекі шегудің алдын алу шараларында баланың жеке бас проблемасын шешуін жеңілдететін тренингтер қосу, психологиялық сауалдардың әлппесін үйрету, тұлғааралық қатынас құпиясынан мәлімет беру жақсы нәтиже береді деп батыл айтуға болады.



ТЕМЕКІ ШЕГУ-БІЗ ҮШІН ДҰРЫС ТАҢДАУ МА?

С.Қасым «Мейірбике» медициналық колледжі, Маңғыстау облысы, Ақтау қ.

КУРЕНИЕ – ПРАВИЛЬНЫЙ ЛИ ДЛЯ НАС ВЫБОР?

С.Касым Медицинский колледж «Меирбике», Мангистауская область, г. Актау

IS SMOKING CORREKT FOR US?

S.Kasym "Meirbike" medical college Mangystau region, Aktau

Қазақтың ел алдында абыройы, беделі, қадірқасиетінің жақсылығы дәулетінен ғана емес, ұрпақтарының өнегелі өмірімен өлшенген.

Бүгінгі жастар арасында темекі мен ішімдікке әуестенушілер көбейіп барады. Елбасы Н. Ә. Назарбаев Қазақстан халқына жолдауын да «Адамдар неліктен өз денсаулықтарын құртып, оны улайтындарға төзіммен қарауға тиіс. Мен барлықтарыңызды шылым, есірткі, ішімдік сияқты денсаулыққа зиян келтіретін әдеттерге қарсы күресуге шақырамын. Жаман әдет-жұқпалы аурудай, сол жаман әдет-қылықтарымызды бойымызға жұқтырмауымыз үшін күресуіміз керек».

Үнді халқының тамаша бір мақалы бар: «Жақсы мен жаманның айырмасы, сиыр мен жыланның айырмасындай, бірі – шөпті сүтке айналдырса, бірі – шөпті уға айналдырады», - деген.

Әр түрлі елдердің статистикалық деректері бойынша, қазіргі кезде жер тұрғындарының ішінде ерлердің 60%, әйелдерің 20% ұдайы шылым шегеді. Қазақстанда 3000200, яғни 33% адам темекі тартады. Жүректің ауруынан болатын өлім 20%, қатерлі ісік 30%, өкпе рагы 90%, шылым зардабынан болады екен. Бұл тек статистикалық деректер бойынша, ал шын мәнісіне келгенде ол тіпті көп екені айдан анық емес пе?

Ия, тарихтан белгілі, адам баласы өз қолымен жасаған зиянды нәрсені тоқтату мүмкін емес ол әлемді тегістей жаулайды екен. Ал осы темекінің негізгі тарихы үндестерден басталған. 1492 жылы Христофор Колумбтың әйгілі «Пинта» кемесінің матросы Родриго Гриана «Алда жер көрінді» -деп айқайлайды. Ол бейтаныс құрлыққа келгенде Колумб бұл жерді ғажайып Үндістанның шығыс жағалауы деп ойлайды. Осы жерде жергілікті тұрғындар Колумбқа басқа сыйлықтар мен қатар «петум» деген шөптің кептірілген жапырақтарын ұсынады. Олар күнге кептірілген осы жапырақты түтікше тәрізді етіп орап, шегеді екен. Сөйтіп, еуропалықтарға темекі шегуді үндістер үйреткен деген сөз бар.

Міне осылай басталған темекі тарту ауруы – тартқан адамға өзіндік сезім, бизнес бастаушыларға

– теңдесіз ақша, ал әлемге – дерті қайтпас ауру болып отыр. «Өтірік айтып жұбатқанша, шындықты айтып бір жылат» - демейме қазақ халқым. Шындық әрқашанда шындық бола бермек.

Темекі денеге зиян келтіреді, ақыл-ойды бұзады,бүкіл ұлттарды топастандырады. О.Бальзак.

Ең бірінші темекі түтіні жұту мектепте сабақ арасындағы үзілістерден басталады. Жөтелу, жүрек айну, бас айналу – мұның барлығы бірінің алдында бірі әдейі рахат сезімге еліктеп, бұл істер «тәжірибелі» құрдастарының қолпаштау сөздерімен өтеді. Әрине, барлығы өтірік айтады, өтірік айтатынын барлығы да біледі, бірақ ойын ережесі осындай. Шамасы, әуестенудің оң сезімі ағзаның қауіп тудыратын ескертпелерінен де күшті болғаны.

Сіз айтасыз, себебі әлеуметтік тәртіптен? – деп, шындап қарасақ тіпті бұлай емес, әлеуметтік факторлар тек оған жұмсалатын жағдай, орта. Басым қажеттілік – сезім (эмоция), және ол биологиялық негізде шартталған. Әрине санадан жоғары деңгейде. Әзірше...

Сырттан түскен никотин бұл құрылымдармен эрекеттесе отырып, олардың әсерінен бұрмалайды. Ағза никотин түсуіне біртіндеп бейімделеді және никотиннің түсуіне байланысты қадағалауымен қызмет етудің жаңа тәртібіне өтеді. Никотин, енді ерекшелікті БИОЛОГИЯЛЫҚ роль атқаратын қызметті жүйе қалыптастырады. Мұндағы айтып кететін жағдай, холиненергиялық талшық – бұл бұлшық еттер иннервациясы және анализаторларда жиналған сыртқы ортадан келетін сигналдар, оның ішінде өсу, даму және жыныстық жетілу процестері де бар. Балалық және жеткіншек жаста сырттан енгізілген никотин бұл процестерге араласып, адамның өсуі, жетілуінің кідіруіне экеп соқтырады. Никотин неғұрлым көп енгізілсе, соғұрлым қатерлірек көбейеді. Сонымен қатар шылым тартатын еркектің жыныстық потенциясы



темекі шекпейтіндермен салыстырғанда 2,5 есе төмен болатыны дәлелденген. Бірақ, бұл осылай жай ғана, ойландыратын ақпарат.

А.П. Чехов «Мен темекі шегуді тастаған соң, менде жабыңқы көңіл және мазасыз ойлар болған емес» - деген, және Гете «Темекіден топастанасың» - деп айтып кеткен екен. Никотиннің биологиялық алдамшылығымен қатар, никотин, темекі түтіні әр түрлі ауруларды шақыратын зиянды заттардың бүкіл жиынтығы. Атап айтқанда 3,4 бензпирен 95% жағдайда қоян құлақтарының қатерлі ісігін туғызған, және де мышьяктың үшасқан тотығын жұтқанда немесе енгізілген өкпенің және жоғарғы тыныс жолдарының қатерлі ісігін туғызған. Темекінің тағы бір қолайсыз қасиеті – қан тамырларын тарылтады, соның әсерінен: ишемиялық аурулар, инфарктқа дейін, аяқтарының қолайсыздыққа ұшырауына әкелетін облитерацияланған эндартерит; асқазан жарасы және гастриттер; бауыр, бүйрек, жыныс мүшелерінің ауруы болады. Әсіресе, темекілік интоксикация құрсақ ішілік даму кезеңінде ұрыққа өте қауіпті, себебі – бұл туа пайда болған ақыл-есі кемтар болып туылудың тіке жолы.

Темекі шегудің барлық зиянды нәтижесін жаза берудің де реті жоқ, бұл негізде санитарлықағарту жұмыстары жеткілікті. Кейде антиникотинді үгіт жүргізу өте келбетсіз және немқұрайлы сипатта болады, соған ұқсас фраза: «Тамшы никотин жылқыны өлтіреді» - дегенге толықтай қисынды жауап: « Мен жылқы емеспін ғой». Мұндағы адам психикасының қасиеті – бір жағынан алдын ала белгілі ақпаратты меңгере алмаса, ал екінші жағынан – осы қайғы – қасірет мені айналып өтеді – деп үміттенеді. Біз сіздерге санитарлықағарту рухында үгіт жүргізбейміз. Биологиялық қажеттілікті билік ететін санаға тоқталу керек, ең алдымен осы сананы дайындау керек.

Ғылыми зерттеулер нәтижесінде, темекі түтінінде 4000-нан астам химиялық зат барлығы, сонымен бірге мұның ешбіреуі адам денесіне пайдасыз, керісінше, зиянды екендігі анықталды. Никотин — емдеу мақсатында қолданылмайды. Ол цианмин салыстыратын өредегі бір у. 100-120 милиграмм никотин бір мәрте тамырына құйылатын болса, адам өледі. Мұндай мөлшердегі никотин екі қорап темекінің құрамында бар.

Олай болса, күніне екі қорап темекі шегетін адамдар неге тез уланып өлмейді (?) деген сауал туындайды. Іс жүзінде темекі шеккендер баяу уланады. Себебі, олар темекіні отқа жағып қолданғандықтан, ондағы никотин ауаға тарап, белгілі бір бөлігі ғана денеге енеді. Бір тал темекі шеккен адамның денесіне 1,5-2 милиграмм шамасында никотин енеді. Мұның үстіне

екі қорап темекіні адам бірден емес, күні бойы шегеді. Темекі тартқанда никотин тыныс жолымен қабылданатындықтан, ол қанға төте жолмен бармайды. Сол себепті, темекі уы адамды бірден өлтірмейді.

Шегілген бір тал темекідегі никотиннің өзі бүйрек үстіндегі бездерден адреналин және норадреналин деп аталатын гормондардың бұзылуына себепші болады. Осының ықпалымен асқазанның қышқыл сұйықтығы (запыран) артады. Уақыты өте келе үнемі темекі тартқандарда асқазан гастриті (асқазанның қабынуы) және жара пайда болады. Бір тал темекімен-ақ адамның тыныс алуы тездейді. Себебі, адамның тамырына 1,5-2 милиграмм никотин құйылса (бір темекі мөлшеріндегі никотин), жүрек бір минутта әдеттегіден 15 рет артық соғады. Жүректен шығатын қан мөлшері минутына 10 литрден 12 литрге артады. Осыдан келіп, темекі шеккен адамның отырса да, журегі ауыр жұмыс істегендей соғады. Темекі түтінінің құрамындағы төрт мыңнан астам зиянды заттың біреуі – көміртегі тотығы (СО). Бұл – автокөліктерден бөлініп шыққан улы газдың бір түрі. Темекімен бірге мұның белгілі мөлшері денегі енеді.

Темекі тартқандардың қан түйіршіктерінің 5-8 пайызы көміртегі тотығының қысымында қалады да, олар ауа жеткізе алмай шеттеп қалады. Сол себепті, темекі тартушы, темекі тартпаған адамнан әлдеқайда әлсіз келеді. Темекінің зиянына еркектерден гөрі әйелдер тезірек ұшырайды. Екіқабат кезінде темекі тартқан аналар босанарда қауіпті жағдайға душар болып, көп жағдайда олардан арық, нәзік сырқат, тіпті өлі нәресте тууы мүмкін.

Мәселен, 17 мың балаға зерттеу жүргізгенде, олардың ішінде темекікұмар шешелерінің нәрестесіне әсерлері байқалған. Нәтижесі, шынында, жан түршігерлік. Жүктіліктің төртінші айынан бастап, үнемі күніне он тал темекі тартқан аналдарда босану мезгілінде өлім мөлшері



30 пайызға артқан. Әрі темекі шегетін анадан туған сәбидің салмағы қалыпты жағдайдан төмен болған. Мұндай аналардың түсік тастау және өлі бала туу жағдайлары өте жоғары екені байқалған. Темекікұмар аналардан ауру, кембағал нәрестелер туылуы көрсеткіші де жиелеп кетті. Әдетте, екіқабат әйелдердегі қалыпты жағдайда 15-20 пайыз түсік тастау мөлшері 28 пайыз. Темекі тартқан 100 мың екіқабат әйел мен темекі тартпаған 100 мың екіқабат әйелге салыстыра зерттеу жүргізгенде, темекі тартқан 4000-нан астамының түсік тастағаны байқалған.

Америкада темекі тұқылынан шыққан өрттен

эр жылы 1700 адам өледі. Түркияда әр жылы мыңдаған гектар орман темекі тұқылынан күлге айналуда. Мөлшермен, дүниеде әр жылы үш миллион адам темекіден пайда болған аурудан өледі. Айта берсек, бәлкім, темекінің мыңнан артық зияны бар шығар, ал күні бүгінге дейін темекінің денсаулыққа ешқандай пайдасы бар дегенді естімедім.

Темекі қорабының сыртындағы «Шылым шегу сіздің денсаулығынызға өте зиян, темекі шекпейтіндердің өмірі ұзақ» деген ескертпені әлем дәрігерлері бекерден-бекер жаздырып отырған жоқ. Ес-ақылы дұрыс адамға осыдан артық жанашыр кеңес, әрі қатаң ескерту болмас.

ТЕМЕКІ ШЕГУ ЖӘНЕ ЖҮРЕК

Т.И. Құсманов, Б.С.Есмағанбетова, Ш.С.Биркенова № 1 емхана КҚМК, Павлодар қ.

КУРЕНИЕ И СЕРДЦЕ

Т.И.Кусманов, Б.С.Есмаганбетова, Ш.С.Биркенова ККГП Поликлиника № 1, г. Павлодар

SMOKING AND HEART

T.I.Kusmanov, B.S.Esmaganbetova, Sh.S.Birkenova Clinic № 1, Pavlodar c.

Из общего количества живущих на Земле людей курят 60 мужчин и 20 женщин. Установлено, что реже курят мужчины с высшим образованием. Среди обычных рабочих этот процент значительно выше, чем среди технических, а также людей, занятых умственным трудом.

Неслучайно в нашей стране принят Закон "О профилактике и ограничении табакокурения", а также имеется законодательная база по ограничению табакокурения в РК. Основные статьи этого закона направлены на ограничение табакокурения в РК, запрет рекламы табака на радио и телевидении, во время проведения культурно-зрелищных и спортивных мероприятий; запрет продажи табачных изделий лицам, не достигшим 18 лет и др.

В 2003 году ВОЗ в первый раз использовала статью 19 своего Устава и утвердила окончательный текст Рамочной конвенции по борьбе против табака. Причиной такой инициативы ВОЗ послужили научные данные о реальных масштабах воздействия потребления табака на здоровье людей.

Курение табака является самой распространенной из всех вредных привычек населения, самой массовой хронической бытовой интоксикацией. Особенно тревожен факт распространения

курения в подростковом и юношеском возрасте. Большая часть молодежи начинает курить "из интереса", из любопытства. Известно, что дети любят подражать. Когда они видят курящих родителей, педагогов, старших товарищей, им, естественно, хочется повторить то, что со столь большим удовольствием делают другие.

В процессе выкуривания папиросы происходит сухая перегонка табака, сопровождающаяся образованием никотина, окиси углевода, синильной кислоты, аммиака, углеводов, масляной, уксусной, муравьиной кислот, эфирных масел, сероводорода, сажи, канцерогенных веществ, формальдегида пирадина и др. Наиболее опасной составной частью является никотин. Он действует на центральную нервную систему. При поступлении в организм малых доз никотина преобладает возбуждение, больших — торможение. Под влиянием никотина наблюдается сначала урежение, а затем учащение сердечных сокращений. При этом артериальное давление увеличивается.

При остром отравлении никотином возникают обильное слюноотделение, тошнота, рвота, учащение пульса, иногда наблюдается расстройство зрения, слуха, появление судорог. При хрони-



ческом отравлении развиваются воспалительные процессы дыхательных путей, снижается кислотность желудочного сока.

Сложно и многообразно действие табака на сердечно-сосудистую систему. При курении учащается сердцебиение – от одной сигареты на 18-20 ударов в минуту. Увеличивается нагрузка на сердце. В крови, вследствие вдыхания окиси углевода, увеличивается содержание карбоксигемоглобина, что ухудшает снабжение кислородом сердечной мышцы. Систематическое курение способствует формированию атеросклероза, а распространение атеросклероза ведет к учащению случаев заболеваемости ишемической болезнью сердца, которую нередко называют сейчас "болезнью века".

В последние годы заметно увеличилось число курящих женщин. Хотя риск развития ишемической болезни сердца у женщин ниже, чем у мужчин, но так же, как и у мужчин, это заболевание развивается у курящих женщин чаще, чем у некурящих. Риск развития различных сосудистых расстройств особенно возрастает именно у первых. Исследованиями, проведенными в Великобритании, было доказано, что у женщин, выкуривавших в день по 25 сигарет, риск развития инфаркта миокарда был в 11 раз выше, чем у некурящих.

Сигарета оказывает повреждающий эффект на сердечно-сосудистую систему посредством нескольких механизмов. Ее дым содержит 26 окиси углевода, которая, попадая в кровь, связывается с гемоглобином (основной переносчик кислорода), тем самым нарушая способность гемоглобина связывать и транспортировать кислород к тканям, в том числе к миокарду. Кроме того, окись углерода оказывает повреждающий эффект непосредственно на клетки сосудистой системы, способствуя развитию атеросклероза и тромбоза.

Проведенными исследованиями в США выявлено, что у умерших, куривших при жизни 40 и более сигарет в день, атеросклероз коронарных артерии был в 4,4 раза более выраженным, чем у не куривших. Никотин повышает активность симпатической нервной системы и в эксперименте приводит к тромбозу, повреждению сосудистой стенки, нарушениям ритма сердца.

Наблюдение, проведенное в г. Каунасе в течение шести лет за смертностью мужчин 45-49-летнего возраста, показало, что общая смертность регулярно куривших была а 2,7 раза выше, чем у некурящих, и почти в полтора раза выше, чем у куривших в прошлом. Смертность от ишемической болезни сердца в первой группе превышала аналогичный показатель у бросивших курить в полтора раза, а у никогда не куривших – в 5,5 раза. По данным американских ученых, в США куре-

ние сигарет способствует ежегодно 325 тыс. преждевременных смертей. В этой же стране среднее число случаев сердечно-сосудистых заболеваний в год на 1000 человек в возрасте 45-54 лет у некурящих ровно 8,1, при выкуривании в день до 20 сигарет -11,2, а при выкуривании более 20 сигарет -16,2.

Особенно четкая связь наблюдается между курением сигарет и наступлением внезапной смерти. Если курение прекращено, риск снижается, и через десять лет смертность от ишемической болезни сердца у этой группы людей не отличается от той, которая бывает у никогда не куривших. Смертельные сердечные приступы случаются чаще у курильщиков. При их возникновении велика возможность внезапной смерти.

Человек, вводящий ежедневно в свой организм одну смертельную дозу никотина, не погибает только потому, что эта доза поступает не сразу, а постепенно. Однако систематическое курение заметно отражается на продолжительности жизни населения. Повышенная смертность среди курильщиков вызвана увеличением количества некоторых заболеваний. Около 80 смертности вызываются раком легких, бронхитом, эмфиземой легких, ишемической болезнью сердца.

Зло, приносимое курением, столь сильно, что борьба с ним приобрела значение важнейшей социальной задачи. И не только органы здравоохранения, но и весь народ должен включится в борьбу против этой пагубной привычки.

Борьба с курением имеет два аспекта, во-первых, предотвращение самого возникновения привычки, во-вторых — прекращения курения людьми, уже втянувшимися.

Надо убедить молодых людей не начинать курить. Широко проводить разъяснительную работу о вреде курения.

Большую роль в борьбе с курением должны играть педагоги, медицинские работники.

Молодые люди должны понять, что здоровье – это большое благо и, что оно во многом зависит от поведения человека; они могут сами определить стоит ли удовольствие, которое приносит курение, связанного с ним риска для здоровья.

Желающий отвыкнуть от курения должен

- 1. преисполненным решимости сразу же полностью прекратить курение;
- 2. знать о вредном действии никотина на организм;
- 3. выбрать подходящий момент для отвыкания (воскресные дни, отпуск, путешествия);
- 4. ему должны помогать окружающие по работе, дома.



Широкое распространение, этой вредной привычки привело к почти полному игнорированию права некурящих дышать чистым воздухом. У них дым вызывает раздражение слизистой оболочки глаз, верхних дыхательных путей, головную боль. Он может заметно снижать работоспособность. Поэтому надо добиваться того, чтобы в комнате не курили, особенно если в ней находятся дети. Подсчитано, что некурящие, пребывая в течение часа в накуренной комнате, вдыхают такое количество угарного газа, которое эквивалентно четырем сигаретам.

Для успешной профилактики атеросклероза, ишемической болезни сердца, гипертонической болезни необходимо отказаться от курения, запретить курить в общественных местах. Только

совместными усилиями можно покончить с этой вредной привычкой, которую называют "чумой XXI века".

Известно, что в ряде случаев у лиц, бросивших курить, развивается так называемый абстинентный синдром — это совокупность необычных и неприятных реакций организма, "привыкшего к табаку".

Может отмечаться раздражительность, подавленность. Чаще всего появляется вялость, слабость, быстрая утомляемость, нарушение сна, снижение работоспособности. Все эти явления не опасны для здоровья и через 1-3 недели проходят.

Каждый, кто решил расстаться со своей вредной привычкой, но не способен побороть её своими силами, может обратиться к врачу. Врач даст необходимые советы и указания.

ТЕМЕКІ ШЕГУДІҢ АЛДЫН АЛУ – САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДЫҢ АЛҒАШҚЫ ҚАДАМЫ

Ж.Х.Темірбай Шымкент медицина колледжі, Шымкент қ.

ПРОФИЛАКТИКА ТАБАКОКУРЕНИЯ - ПЕРВЫЙ ШАГ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ

Ж.Х.Темірбай Шымкентский медицинский колледж, г.Шымкент

PROPHYLAXIS OF TOBACCO SMOKING IS THE FIRST STEP TO HEALTH WAY OF LIFE

Zh.H.Temirbai Shymkent Medical college, Shymkent

Шылым шегу – жастар денсаулығы үшін жалпыға мәлім қауіп-қатер факторы. Соған қарамастан темекі шегетіндер саны көбеюде, сонымен бірге бұл зиянды әдеттің ауыр зардаптары өсуде.

Жұмыстың мақсаты: Шымкент медицина колледжі оқушыларында денсаулық үшін қауіпқатердің негізгі факторларының бірі – темекі шегуді анықтау; темекіге тәуелділіктің дамуының алдын алу; студенттерде салауатты өмір салтты түсінуді қалыптастыру.

Оқушылар арасында шылым шегудің кең таралуының себебін іздеуде ғалымдар, оларда темекі шегуге деген ықылас негізінен әуестенумен, ата-аналарына және құрбыларына еліктеумен, ересек болып көрінуге тырысумен еріксіз қабылданған деген шешімге келді. Шылым шегудің таралуына сән қуу да кінәлі. Сондай-ақ, еліктеу

– есейгендіктің, өзін-өзі билей алмаушылықтың белгісі. Кез келген сән өтеді, ал шылым шегу ағзада өзінің зардапты ізін қалдырады.

Әдетте, адамдар шылым шегуді әлі бұл қадамның дәл, анық зардаптарын бағалай алмайтын жаста бастайды. Ал жас шылым шегушілердің болашағы аландатады. Барлық жағдайда да жүйке және жүрек-қантамыры жүйесінің зақымдануы сөзсіз. Шегілген шылымдар тек темекі құмардың ғана емес, сондай-ақ темекі түтіні қоршап тұрған адамның да ағзасының ең жасырын бұрыштарына кіріп кетеді.

Шылым шегу – бұл кейбір бықсып жатқан өсімдік өнімдерінің (темекі, апиын және т.б.) түтінін ішке тартып демалу, токсикоманияның бір формасы.

Темекі түтінінде рак ісіктерінің дамуына итермелеуге қабілетті көмірсулар, сондай-ақ



өкпе мен адамның тыныс алу жолдарынан алыста орналасқан басқа да ағзаларының қуық, асқазан, бүйрек және т.б. қатерлі ісігінің, созылмалы бронхиттің пайда болуында басты рөл ойнайтын радиоактивті элементтердің, көбіне полоний - 210-ның болатыны дәлелденді.

Шылым шеккенде қоршаған ортаға үш мыңнан химиялық қосылыстар астам бөлінеді, олардың көбі – канцерогенді заттар (қалыпты жасушаларды қатерлі ісік жасушаларына айналдыруға қабілетті заттар) мен канцерогендердің тізімі (мкг): никотин 678 - есірткі сияқты тәуелділікке әкелетін күшті у, көміртек оксиді 5606 (тұншықтыратын газ) – иіс тигізетін, өте улы газ, акридин 11 – бояғыштар өнімінде қолданылады, аммиак 23 – канцергенді зат, ацетон 3,7 – уландыратын органикалық еріткіш, бензопирен 18 – күшті канцерогенді зат, кадмий 23,1 - канцерогенді ауыр металл, нафталин 12,4 – күйеге қарсы зат, метанол 32 – соқырлыққа экелетін спирт, мышьяк 1,9 – уландыратын ауыр металл, пирет 5 - күшті канцерогенді зат, полоний 45,2 – радиоактивті элемент, поливинилхлорид 3,3 – пластик өндірістері қолданылады, толуидин 9 – уландыратын химиялық еріткіш, толуол 16,9 – канцерогенді өндірістік еріткіш, фенол 23 – уландыратын дезинфекциялаушы зат.

Никотиннің уытты әсері негізінен жүйке жүйесінің (есте сақтауды әлсіретеді, зейінді нашарлатады, ашуланшақтық күшейеді), жүрек-қантамыр мен тыныс алу жүйесінің (жүрек қантамырларының түйілуі, күре тамыр қысымының жоғарылауы, жүрек соғуының жиілеуі және т.б.), асқорыту жүйесінің (гастриттің, асқазан мен он екі елі ішектің ойық жара ауруының дамуы) қызметіне әсер етеді. әсіресе шылым шегудің жасөспірімнің жас ағзасына теріс әсері жоғары. Никотин – бұл тұтынушысы токсикоман болып табылатын, психикалық тәуелділікті шақыратын есірткі.

Темекі әлемде әр сағатта 560 адамды, күніне 13400 адамды, жылына шамамен 5 миллионға жуық адамды өлтіреді. Мұндай қарқында 2030жылға темекіден 10 миллион адам өледі (олардың 50 - 35-39 жастағылар), ал ағымдағы жүз жылдықта барлығы шамамен миллиард адам.

Қоғамның негізгі мақсаты – бұл салауатты өмір салтын қалыптастыру үшін тұрғындарда есірткіге қарсы иммунитетті жасап, дағдыландыру.

Темекімен қиянат етудің әлеуметтік және медициналық зардаптары онкологиялық (90 өкпе рагі) және жүрек қантамыр ауруларының (25 жүректің ишемиялық аурулары) өсуіне әкеледі,

темекі адамның өнімді іс-әрекеттеріне аса зиянды әсер етеді.

Шылым шегу жүктілік кезінде аса қауіпті, өйткені ана құрсағында жатқан нәресте анасымен бірге шегеді. Никотин бала жолдасы кедергісінің өткізгіштігінің жоғарылауына қабілеттендіреді, іштегі нәрестеге тікелей уытты әсер етеді, жаңа туған сәбидің гипотрофиясына әкеледі, өздігінен болатын түсіктер мен мерзімінен бұрын босанудың санын көбейтеді, одан келіп іштегі нәрестенің опат болу ықтималдығын 20-30-ға арттырады.

Никотин ана сүтімен бірге бөлінеді, сондықтан емізулі ана шылым шеккенде өз баласын уландырады, бала әлсіз, жүдеу және түрлі ауруларға анағұрлым шалдыққыш болып өседі. Темекі түтіні тек шылым шегушілер үшін ғана емес, сондайақ оны ішке тартып демалуға шарасыз қоршаған адамдарға да зиян (пассивті темекі шегушілер). түтінінің уыттылығының жиынтық Темекі көрсеткіші, автомобильдердің пайдаланылған газдарының аналогиялық көрсеткішінен 4 есе көп. Адам күніне 20 сигарет шеккенде, құрамы гигиеналық нормативтердің ластануы бойынша 580-1100 есе артық ауамен демалады.

Алғаш темекі шеккендерде уланудың айқын белгілері пайда болады: бас айналу, жүрек айну, құсу, жүрек соғу, бозғылттану, мұздай тер. Алғашқы сигаретпен байланысты жағымсыз сезімдер кездейсоқ емес. Бұл белгілер ағзаның қорғаныс реакциясы болып табылады, яғни бұл – сигареттен мүлдем бас тарту керек.

Дені сау жеке тұлғаны тәрбиелеу мәселесі әрдайым өзекті болып келгені белгілі. Салауатты өмір салтын қалыптастыру процессіне алғы шарттар болып табылады:

- оқушылар ағзасы саулығының жетістіктері;
- оқушылардың толық дене еңбегі саулығы жағдайынан қанағаттануға мұқтаждығы және өз ағзасының қалыпты жұмыс істеуі туралы қажетті ақпаратпен байыту;
- дені сау шығармашылық әрекеті аясында іздену белсенділігінің жүзеге асырылуы.

Әр түрлі зерттеулер мәліметтері шылым шегудің өзекті эпидемияға айналғанын көрсетеді. Көптеген адамдар үшін темекі қолданудан бас тарту жай ғана шешім қабылдау мен мерзім белгілеу емес. Өзіне өзі түрткі болу анағұрлым маңызды болып табылады. Шылым шегушілер шылым шегуден бас тарту үшін өзінің дәлелдерін анықтаумен көрсетіп, білдіруді үйренуі керек. Мұнда өз өмірінің жауапкершілік сезіміне тәрбиелену, денсаулықтың маңызды көрсеткіштеріне елеулі әсер ететін факторлар мен өз денсаулығы

жағдайының ерекшеліктері туралы оқушылардың білімімен қалыптасқан нық сенімдерге негізделген сенімді белсенділік.

Шымкент медицина колледжінде салауатты өмір салтын қалыптастыруға бағытталған жүйелі тәсіл жүзеге асырылады. Оқушылармен жұмыс істегенде денсаулығын, өз-өзіне жеткілікті қатысты қалыптастыруға, сабақта және сабақтан тыс уақытта да оқушылардың белсенділігін арттыруға бастапқы рөл беріледі. Колледж облыстық және қалалық салауатты өмір салтын қалыптастыру жөніндегі орталықтармен, емдеу-алдын алу ұйымдарымен тығыз байланыста жұмыс істейді. Бұл ұйымдардың өкілдерімен темекі шегудің алдын алу бойынша бірлескен іс-шаралар өткізіледі. Көптеген жылдар бойы салауатты өмір салтын қалыптастыру орталығы жемісті еңбек етіп келеді, ол оқушыларда мінез-құлықтың темекі шегуге альтернативті моделін жасау мақсатына бағытталған жұмыс жүргізеді. Темекіге қарсы күресте Европалық стратегияның ұсынысы негізінде колледжде темекі шегуді тоқтатуды көтермелеуге бағытталған үгіттеу – ағарту бағдарламасы бар.

Салауатты өмір салты орталығында министадион, спорт залы, жатақхана ғимаратында орналасқанқазіргіспорттренажерларыорнатылған салауатты өмір салты залы бар. Колледждің мини-стадионы колледж бен жатақхана ауласында орналасқан, салауатты өмір салты залы окушыларға, қызметкерлер мен оқытушыларға, әсіресе жатақханада тұратын оқушыларға оку сабақтарынан бос уақытта спорт тренажерларында шұғылдануға, спорттық ойындар: волейбол, баскетбол, мини-футбол, гандбол, үстел және үлкен теннис ойнауға мүмкіндік береді.

Колледжде жүргізілген оқытушылар мен қызметкерлер үшін, сондай-ақ оқушылар үшін шылым шегуге тыйым салу саясаты анағұрлым тиімді бодлы. Салауатты өмір салты орталығымен жыл сайын Шымкент медицина колледжі оқушылары арасында зерттеу жұмысы жүргізіледі. Темекі шегу көрсеткіштерін анықтау сауалнамасының қорытындысы бойынша оқушылар үш категорияға бөлінді:

- ешқашан шекпегендер ешқашан шегуді байқап көрмегендер немесе өз өмірінде 20 сигареттен аз шеккендер 1005 адам немесе 41,8;
- экспериментшілер темекі өнімдерін күнде емес, жағдайларға байланысты кейде ғана қолданатындар сұралғандардың 780-і немесе 32,5;
- жүйелі түрде шегетіндер, яғни сұрау кезінде темекі өнімдерін күнде қолданатындар 576 адам немесе респонденттердің 24

Оқушылардың темекі шегуінің салыстырмалы көрсеткіші

	Барлығы, %	Ұлдар, %	Қыздар, %
Ешқашан шекпегендер	41,8	33,7	79,2
Экспериментшілер	32,5	11,8	5,7
Жүйелі түрде шегетін- дер	24	35,6	7,1

Бүкіләлемдік темекісіз күн шеңберінде белсенді насихат жүргізу бойынша іс-шаралар жүргізіледі. Көптеген іс-шараларға көбіне келетін қонақтар: туберкулезге қарсы және наркоманиялық орталықтардың тәжірибелі дәрігерлері, санитарлық-эпидемиологиялық бақылаудың, облыстық салауатты өмір салтын қалыптастыру орталығының, Іскер әйелдер қауымдастығының, төтенше жағдайлар бойынша қалалық басқарма қызметкерлері.

Дүниежүзілік «Денсаулық күні» колледж бөлімдерінің оқытушылары мен оқушылары арасындағы Спартакиадамен, «Мама, папа және мен — спорттық отбасы» спорт мерекесімен және оқушылар үшін «Көңілді старттар» жарысымен аталып өтті. Салауатты өмір салтын қалыптастыру бойынша циклдік және пәндік комиссия оқытушылары нақты жұмыстар жүргізуде. Сабақтарда темекі шегуге байланысты жағдайлар туралы ақпараттарды талқылау бойынша әңгімелер жүйелі түрде жүргізілуде, оқушылар осы жағдайларды талқылау мен шешу процессіне тарту әдісі қолданылады.

Циклдік коммиссиялар «Жастар есірткіге қарсы», «Темекіге тәуелділік және онымен күрес тәсілдері» тақырыптарында дөңгелек үстелдер өткізілді. Дөңгелек үстел жұмысына Облыстық салауатты өмір салтын қалыптастыру орталығының, Іскер әйелдер қауымдастығы қоғамдық бірлестігінің және «Қарлығаш» - «Аналар темекі тартуға қарсы» қозғалысының, «Дені сау ана - дені сау бала», «Жыныс жолдарымен берілетін аурулар» конференцияларының өкілдері қатысты. «Қазіргі кездегі экологиялық мәселелер» тақырыбында Экология мен қоршаған ортаны қорғау департаменті қызметкерлерінің қатысуымен экология, қоршаған ортаны қорғау мәселелері бойынша дөңгелек үстел өткізілді.

Сонымен, білім беру, денсаулық сақтау саласында кең көлемде қамтитын мақсатты педагогикалық жүйе барысында ғана оқушылардың салауатты өмір салтын қалыптастыруы үшін анағұрлым жағдайларды қамтамасыз етуге болады.



ТЕМЕКІ ШЕГУ НЕГЕ ЗИЯНДЫ?

Л.И.Болтунова №17 Балалар емханасы, Алматы қ.

ПОЧЕМУ КУРИТЬ ВРЕДНО

Л.И.Болтунова Детская поликлиника №17, г.Алматы

WHY SMOKING IS INJURIOUS

L.I. Boltunova Child polyclinic №17, Almaty

Сигарета содержит 400 химических веществ, наиболее вредные из которых — аммиак, мышьяк, бутан, цианиды, формальдегид, метан, окись углерода и никотин. В дыме сигарет содержится более 4 000 химических элементов, из которых 40 — это ядовитые вещества. Никотин повышает кровяное давление и пульс. Табачные смолы переносят никотин в легочную ткань, когда вдыхают табачный дым. Затем никотин попадает в кровь, а смолы остаются в легких.

90% рака легких, 75% хронических неспецифических заболеваний легких, 25% ишемической болезни сердца обусловлено влиянием курения.

Курение может стать причиной фертильности у женщин и развития импотенции у мужчин, в 10 раз увеличивается риск инфаркта миокарда и инсультов у курящих женщин. Риск развития сердечно-сосудистых заболеваний у курящих женщин в 10 раз выше, чем у некурящих. Курение беременных женщин чаще приводит к рождению детей с низким весом и преждевременным родам, рожденные дети больше плачут и меньше спят, чаще болеют. У детей курящих родителей чаще развиваются бронхиты, пневмонии, и астмы в детском возрасте, чем у детей, чьи родители не курят. Особую опасность представляет пассивное курение, когда некурящий - ребенок или взрослый - вдыхает дым, выдыхаемый находящимся рядом курящим человеком. При пассивном курении появляется головная боль, раздражение коньюктив глаз, кашель, першение в горле, головокружение, тошнота. Пассивные курильщики имеют такой же риск в отношении здоровья, как и активные курильщики.

Дети очень чувствительны к пагубному действию пассивного курения: их дыхательный ритм чаще и они успевают вдохнуть больше ядов.

Пассивное курение повышает риск развития серьезных заболеваний (частые респираторные инфекции увеличивают риск развития пневмоний и бронхиальной астмы), а также отрицательно влияет на интеллект ребенка.

У курильщика изменяется вкус и обоняние, более выраженные морщины на лице уже в молодом возрасте, развиваются заболевания зубов, неприятный запах изо рта, снижается иммунитет, неприятный запах изо рта, снижается иммунитет.

Каждый год от болезней, вызванных курением, в мире умирает 4 млн. человек. В Республике Казахстан от причин, связанных с курением, умирает в среднем 20-25 тысяч человек. Курильщики умирают от рака легких в 3-9 раз чаще, чем те, кто не курит. Риск ишемической болезни сердца, инсульта у курильщиков в 2-3 раза выше по сравнению с некурящими.

Профилактика курения. В Законе Республики Казахстан «О профилактике и ограничении табакокурения» предусмотрены защита прав некурящих (пассивных курильщиков), запрет на продажу сигарет несовершеннолетним, запрет рекламы сигарет и образа жизни с сигаретой.

Советы тем, кто хочет бросить курить:

- Взвесьте все положительные и отрицательные стороны курения для Вас.
- Примите окончательное решение и держите обещание.
- Не отказывайтесь от помощи врача специалиста, обратитесь в антитабачный центр, если Вы уже начали задумываться о том, чтобы бросить курить.

Бросьте курить и Вы снизите риск развития многих заболеваний, связанных с курением, у Вас, у Ваших детей и окружающих Вас людей.



ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ ҮЗІЛІССІЗ ОРТА БІЛІМ БЕРУ ЖҮЙЕСІНДЕГІ «ВАЛЕОЛОГИЯ - ҚАЛАЙ ДЕНІ САУ БОЛУ» БАҒДАРЛАМАСЫН ІСКЕ АСЫРУДЫҢ 10-ЖЫЛДЫҒЫ

К.А.Төлебаев, Ш.Е.Қаржаубаева, Л.Н.Шумилина, Р.С.Колокина,Н.Б.Сейтқұлова ҚР ДСМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қ.

10-ЛЕТИЕ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ «ВАЛЕОЛОГИЯ – КАК БЫТЬ ЗДОРО-ВЫМ» В СИСТЕМЕ НЕПРЕРЫВНОГО СРЕДНЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Тулебаев К.А, Шумилина Л.Н., Колокина Р.С., Есова Г.К., Сейткулова Н.Б. Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни

10 YEARS OF THE 'VALEOLOGY – HOW BE A HEALTHY' PROGRAM REALIZATION IN A SYSTEM OF CONTINUING SECONDARY EDUCATION OF THE REPULIC OF KAZAKHSTAN

K. Tulebayev, L.N. Shumilina, R.S. Kolokina, G. Yesova, N. Seitkulova National Center for problems of healthy lifestyle development, Almaty

В стратегии развития страны «Казахстан-2030» Президентом нашего государства одним из долгосрочных приоритетов определено здоровье, образование и благополучие граждан, важнейшим компонентом которого является предупреждение заболеваний и стимулирование здорового образа жизни, а также привитие навыков ведения здорового образа жизни подрастающему поколению на всех этапах непрерывного образования.

Общеизвестно, что фундамент здоровья взрослого населения закладывается в детском возрасте, а факторы риска, способствующие возникновению и развитию всех хронических заболеваний, в подростковом возрасте достигают максимума. Неблагоприятные сдвиги в состоянии здоровья детей и подростков наносят огромный социальный и экономический ущерб государству, что обусловлено тремя основными причинами:

Дети и подростки являются самой уязвимой частью общества по отношению к основным факторам риска, включая желание испытать на себе воздействие табака, алкоголя, наркотиков;

Прекращение существования многих детских и молодежных здравниц и клубов, слабая материально- техническая база физкультурно- оздоровительных комплексов и недоступность их нашим детям и подросткам из-за дороговизны;

Агрессивная явная и скрытая пропаганда в различных средствах массовой информации сцен насилия, употребления психоактивных веществ, неуважительного отношения к общепринятым ценностям (труду, семье, друзьям, среде обитания, к обществу в целом).

К сожалению, за последние годы накапливаются данные о том, что сама по себе образовательная среда оказывает негативное влияние на формирование факторов риска, способствующих ухудшению здоровья учащихся. Подтверждением этого являются данные третьего Национального исследования по изучению показателей образа жизни, проведенного НЦПФЗОЖ, которые показали, что в Казахстане лишь 14% детей практически здоровы. Функциональные отклонения имеют более 50%, а хронические заболевания - до 40% школьников. Профилактические медицинские осмотры выявили, что за период обучения в школе состояние здоровья школьников ухудшается в 4-5 раз. К моменту оканчания школы и поступления в ВУЗы и ССУЗы каждый четвертый выпусник имеет различную патологию. Распространённость табакокурения среди детей 12-14 лет составила 8-10 % среди подростков 15-17 лет - 17-21%, молодых людей 18-19 лет 28-32%. Около 10% детей и около 21% подростков употребляют алкоголь. При такой ситуации только система здравоохранения не может гарантировать здоровье каждому учащемуся. Необходимо взаимодействие с системой образования и самое главное с вовлечением в процесс самих школьников, которых нужно обучить принципам здорового образа жизни и ответственного отношения к своему здоровью.

В конце 90-х годов в образовательном пространстве Казахстана появилась новая наука «Валеология - как быть здоровым», призванная обучать подрастающее поколение основам формирования здорового жизни, навыкам сохранения и укрепления здоровья. Данная образовательная



программа утверждена как самостоятельный факультативный предмет Приказом Министра образования, культуры и здравоохранения Республики Казахстан № 572 от 24.11.1998 г. и по сегодняшний день внедряется в системе непрерывного образования республики. Необходимо отметить, что Казахстан является единственной республикой СНГ, где в учебные планы школ и вузов официально введена «Валеология» – наука о здоровье, как самостоятельная учебная дисциплина. За 10летний период ее реализации проделана большая работа: разработаны стандарты формирования здорового образа жизни, изучены особенности формирования поведенческих факторов риска и распространенности заболеваний в школьной среде. Изучение проблем по реализации предмета «Валеология» в системе общего среднего образования, позволило сделать выводы, что в программе соблюден принцип научности, доступности, преемственности валеологического образования из класса в класс в соответствии с возрастными возможностями учащихся, предусмотрены практические работы, предполагается ведение интерактивных занятий.

С момента внедрения программы изданы по госзаказу и используются в системе образования учебники по Валеологии казахстанских авторов, методические пособия для внедрения предмета. В республике предмет «Валеология» преподается по учебникам группы авторов Адылханова А.С., Жанабердиевой К.А., Брусенко З.Г., и Л.З.Тель, Е.Д. Даленова, на казахском и русском языках, журналам «Валеология, физвоспитание и спорт», «Денсаулық» и электронным учебникам. При координации Национального Центра проблем формирования здорового образа жизни ежегодно проводится республиканский конкурс за лучшее внедрение программы «Валеология» на премию им. А. Адылханова. Республиканская комиссия рассматривает научные и творческие работы, учителей общеобразовательных школ, присланные из регионов Казахстана для участия в данном конкурсе. Автор лучшей работы награждается премией в размере 10 000 тенге, активным участникам вручаются грамоты и дипломы.

В 2003 году создавались координационные советы по совершенствованию образовательных программ сохранения и укрепления здоровья подрастающего поколения.

В период с 2005 по 2007 годы разработана, апробирована и внедряется программа «Школьная психология в процессе формирования психического здоровья детей и подростков». Разработана концепция и программа «Школьная социология в процессе формирования социально-здоровых

детей и подростков». В организациях системы среднего образования введены ставки психолога и социального педагога. Привлечение психологов и социальных педагогов наряду с реализацией предмета «Валеология» должно стать эффективным инструментом в профилактике поведенческих факторов риска.

С 2006 года разработана, апробирована и внедряется в пилотных школах г.Алматы и Южно-казахстанской области интегрированная программа «Здоровье и жизненные навыки». Разработан, растиражирован учебно-методический: «Методические рекомендации для педагогов», «Рабочая тетрадь» для уч-ся 9, 10, и 11 классов, видеофильм «Беременность подростков».

В 2007 году специалистами службы формирования здорового образа жизни в 6 регионах страны проведен мониторинг по определению отношения учащихся к предмету «Валеология» и востребованности программы. Более 89,4% школьников считают предмет необходимым для преподавания в школе. В этом же году разработан и выпущен для школ регионов информационно-образовательный материал: плакат «Здоровые школы — учись быть здоровым» на казахском и русском языках, разработан стикер «Учись быть здоровым».

За годы реализации программы подготовлено более 8 тысяч специалистов для ведения предмета, ежегодно проводятся обучающие семинары-тренинги для региональных координаторов образовательных программ, изучается и внедряется инновационный отечественный и мировой опыт на примере оздоровительного воспитания Японии.

15-16 мая 2008 года в г.Алматы Национальным центром формирования здорового образа жизни Министерства Здравоохранения РК, совместно с Министерством образования и науки РК, при поддержке детского фонда ЮНИСЕФ и других международных организаций, проведен республиканский семинар-совещание «Роль образовательных программ в сохранении и укреплении здоровья детей» в системе непрерывного образования РК, приуроченный 10-летию реализации программы. Участниками семинара принята резолюция по совершенствованию профилактического образования школьников, обучению и привитию навыков здорового образа жизни.

На сегодняшний день, в силу объективных причин, наблюдается заметная тенденция к сокращению количества часов преподавания по программе и снижению охвата учащихся школ данным предметом с 93% в 2003 году, до 73% в 2006 году, до 60% в 2007 году. Нельзя не отметить и другие существующие проблемы:

- закрываются факультеты, занимающиеся подготовкой и переподготовкой педагогов—валеологов, а востребованность в квалифицированных специалистах и их подготовке остается высокой;
- отмечается недостаточное обеспечение учебно-методическими комплексами;
- нет единой программы по формированию навыков безопасного поведения и отношений;
- мало интегрируются международные проекты Всемирной организации здравоохранения «Школы, способствующие укреплению здоровья», «Здоровые университеты», «Здоровые колледжи»;
- программы реализуются за счет вариативной части базовой учебной программы (в основном начальном и среднем звене), классных часов или внеклассных занятий;
- уроки проводятся чаще всего педагогами, не имеющими специальной подготовки (классными руководителями, биологами, химиками);
- слабое обеспечение педагогов учебно-методической литературой, наглядно-демонстрационным материалом, на казахском и русском языках;
- недостаток ресурсного обеспечения (новая информация, статистические данные и т. д.);
- значительно увеличилась учебная нагрузка, что влияет на здоровье учащихся и качество знаний, умений и навыков;
- низкий интерес родительской общественности к вопросам здоровья своих детей и др.;
- в методике преподавания Валеологии большинство уроков планируется традиционными методами, мало оригинальных интерактивных методик и форм организации учебного процесса;
- мероприятия по формированию здорового образа жизни (ФЗОЖ) чаще проводятся как показательные акции или внеклассные мероприятия, имеющие эпизодический характер;

Низкая эффективность профилактических образовательных программ свидетельствует, что в содержании реализуемых профилактических образовательных программ многие темы дублируются, что снижает познавательный интерес учащихся и мотивацию на приобретение знаний и жизненных навыков по ведению здорового образа жизни; а также отсутствуют индикаторы эффективности профилактических образовательных программ (тестирование до и после программы, индикаторы изменения поведения).

Решением проблем из сложившейся ситуации мы видим в интеграции существующих профилактических программ в единый курс, обеспечивающий выработку практических навыков ведения здорового образа жизни и безопасного поведения; а также во внедрении специального интегрированного курса «Здоровье и жизненные навыки» в инвариативную часть базисного учебного плана по согласованию с МОН РК. Необходимо определить индикаторы эффективности профилактических программ, которые должны обеспечить информированность подрастающего поколения, формирование практических навыков ведения здорового образа жизни и безопасного поведения. Считаем целесообразным приложить усилия в обеспечении в достаточном количестве учебно-методическим комплексом и наглядно-демонстрационными материалами на казахском и русском языках педагогов и учащихся; оказывать содействие ресурсному обеспечению педагогов необходимой информацией по программам сохранения и укрепления здоровья. Требуется осуществление системной подготовки и переподготовки квалифицированных педагогов, ответственных за реализацию программы, решить вопросы об аттестации педагогов и врачей. Необходима организация системной работы школы во взаимодействии с родителями и общественностью по вопросам навыков безопасного поведения и формированию здорового образа жизни. На наш взгляд необходимо продолжать развитие медико-социальнопсихологического направления сохранения, укрепления здоровья и профилактики заболеваний в структуре образования и создавать научно-обоснованную, современную систему преподавания «Валеологии», «Здоровье и жизненные навыки», с учетом национальных особенностей школьной системы образования.

Оглядываясь назад, когда была внедрена валеология в общеобразовательные школы, можно уверенно сказать, что за прошедший 10- летний период её реализации, несмотря на ряд имеющих место проблем и недостатков, образовательная программа «Валеология — как быть здоровым» состоялась как часть национальной политики по формированию здорового образа жизни. Образование может и должно быть на благо здоровья, а не в ущерб ему.



ЖАПОНИЯ БІЛІМ БЕРУ ЖҮЙЕСІНДЕГІ РЕФОРМАЛАР ҮЛГІСІНДЕ ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА ОҚУШЫЛАРДЫҢ САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛАПТАСТЫРУЫНЫҢ МІНДЕТТЕРІ

Огихара Атсущи

Васеда Университеті, адам туралы ғылым факультеті, Жапония

ЗАДАЧИ В ОБРАЗОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ШКОЛЬНИКОВ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН НА ПРИМЕРЕ РЕФОРМ СИСТЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ ЯПОНИИ И ФОРМИРОВАНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ В КАЗАХСТАНЕ

Огихара Атсущи

Университет Васеда, факультет наук о человеке, Япония

GOALS OF HEALTHY LIFESTYLE EDUCATION AMONG SCHOOLCHILDREN OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN BY THE EXAMPLE OF JAPAN EDUCATION SYSTEM REFORMS AND EDUCATIONAL PROGRAMS DEVELOPMENT IN KAZAKHSTAN

Ogikhara Atsushi, Vaseda University, human sciences faculty, Japan

Введение

После приобретения независимости в 1991 году, республика Казахстан, как страна-экспортер природных ресурсов, стала одной из привлекаемых стран для всего мира, а показатель экономического роста за последние годы держится на уровне 9%.

Вместе с этим огромный спектр проблем здоровья, таких как: последствие ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне и высыхания Аральского моря, массовое заражение детей ВИЧ СПИДом в Чимкенте, проблемы избыточного веса и исходящие от него болезни кровеносной системы и кровоизлияний в мозг, распространение табакокурения среди школьников, употребления алкоголя, наркомания и т.д. требует срочного решения.

Во многих странах одним из решений подобных проблем здоровья являются проведение школьных программ здорового образа жизни. Школьные программы здоровья играют огромную роль в формировании здоровья человека, и их необходимость растет с каждым годом.

В настоящее время в Казахстане проводится школьный предмет о здоровье «Валеология», но, к сожалению, он является не обязательным предметом обучения в среднем образовании, к тому же существует проблема профессионализма кадров и недостаток учебных материалов как для школьников, так и для самих преподавателей. Также в Казахстане сейчас вносятся изменения системы образования связанные с переносом с 11-ти летнего среднего образования на 12-ти годичное образование.

О задачах по воспитанию здорового образа жизни школьников Казахстана, я рассказывал в предыдущем докладе: спр.№1), а сегодня хотел бы познакомить Вас с направлением реформ системы образования в Японии и содержанием программы здоровья в этой системе. Также уделить внимание теме: Задачи в образовании здорового образа жизни школьников республики Казахстан.

История реформ системы образования в Японии.

Среднее образование в Японии составляет 12 лет: 6лет-начальная школа, 3года-средняя школа и 3 года – старшая школа. Обязательное образование составляет 9 лет. Существует документ «Учебное руководство», где расписано основное учебное содержание и количество часов распределенное по годам обучения. Этот документ утвержден министром образования Японии и весь учебный материал разрабатывается и составляется согласно этому документу. В «Учебное руководство» по меньшей мере 1 раз в 10 лет вносятся поправки. После того как впервые документ «Учебное руководство» был установлен в 1947 году, он 7 раз был поправлен. Последние поправки были внесены в этом году 15-го февраля, в частности были утверждены пункты об образовании начальной и средней школы см.№2, №3). Также после опроса общественного мнения, в марте был утвержден учебный план дошкольного образования. «Учебное руководство» старшей школы будет поправлено и утверждено летом этого года.

До нынешних поправок документ «Учебное руководство» 1 раз в 10 лет полностью менялся.



В изменениях отражались потребности того времени. При рассмотрении поправок всегда возникал спор на тему «Насколько государство может решать учебное содержание».

Самый большой объем учебной нагрузки приходится на 1968-1969 годы. По сравнению с сегодняшней учебной нагрузкой, у школьников начальной школы 5-6 классов (1 уч.час 45 минут) и школьников средней школы 1-2 класса(1 уч.час 50 минут), в те годы было больше на 6 учебных часов в неделю. У других классов больше чем на 2 учебных часа. Эти времена отмечены высоким экономическим ростом в Японии, и для лидерства в международной конкуренции от образования требовали повышения уровня подготовки учащихся. Однако, со всех сторон стали поступать жалобы о «перезагрузки учебного содержания» и в поправках 1977 года, под девизом «Свободная школьная жизнь», было сокращено количество учебных часов и было рассмотрено и отобрано учебное содержание. В частности сильно был сокращен действующий документ «Учебное руководство». Действующий документ «Учебное руководство» был пересоздан в 1998 году, под девизом « Живая сила» в него был внесен новый пункт « Общее количество учебных часов».

Девиз «Живая сила», Министерство образования Японии объясняет как «Силу состоящую из трех принципов: «точные знания», «духовно-богатый человек» и «здоровье и физическая сила», то есть 3 основные принципа которые помогут детям выжить и адаптироваться в быстроменяющемся (динамичном) обществе. Это «Учебное руководство» было введено в действие в 2002 году, одновременно была введена 5-ти дневная система обучения. Но, до введения новых поправок в области образования появилась социологическая проблема - «низкий уровень знаний» - последствие политики «Свободная школьная жизнь».

Также одной из причин недовольств политики «Свободная школьная жизнь» стали низкие результаты Международной программы по оценке образовательных достижений учащихся PISA.

Приняв во внимание вышеизложенные факторы нескольких лет, в этом году были приняты новые поправки, в которых идея «воспитание живой силы» осталась незаменимой, но количество учебных часов и учебное содержание было увеличено.

Содержание нового «Учебного руководства»

Ново-принятое «Учебное руководство» провозглашено под девизом «Воспитание живой силы» и преследует такие цели как: получение знаний, практическое применение, привитие стремления к учебе см. № 5). В новых поправках выдвинута содержательность деятельности

в области 1.родного языка, 2.естественных наук, 3.традиций и культуры, 4.морали, 5.личный опыт, 6.иностранных языков.

Исходя из опыта прошлых лет, в частности политики «Свободная школьная жизнь» и понижения знаний учащихся за последние годы, в новых поправках отчетливо нацелен курс на повышение уровня знаний. То есть начавшаяся с 1970 годов политика «Свободная школьная жизнь» претерпела большие изменения.

В новом документе общее количество учебных часов в начальной школе увеличилось на 5%, в среднем на 4%. Количество часов математики увеличено на 18%, естествознания на 23%, что является примерно одинаковым с учебным планом 1989 года.

Министерство образования Японии сделало вывод, что важнейшим в образовании является получение основных знаний, осмысливание и выражение полученных знаний, присвоение навыков самообразования. Исходя из этого нацелен курс на «силу слова»-основа в любом учении, а в каждом учебном предмете был усилен акцент на устное изложение. Поэтому была прибавлена учебная нагрузка по предметам родной язык, арифметика, математика, естествознание, иностранный язык. Также во избежание проблем с физическими силами увеличены часы физической культуры. Однако, «Общее количество учебных часов» было сокращено и предметы по выбору были ликвидированы.

В новых поправках уделяется особое внимание предмету традиции и культура страны, - исправленный Закон об образовании впервые после 2-ой Мировой войны получил свой результат. В исправленном Законе об образовании существует статья «О Патриотизме», где говорится о воспитании патриотических чувств к стране, любви и уважении к традициям и культуре своего народа. Основываясь на этой статье, в каждый предмет внесено образовательное содержание призывающих к уважению традиций и культуры.

В образовании предмета «Мораль» составление учебников было опущено, так как было решено, что «путем составления учебников государство не сможет полностью оценить человеческие ценности». Но, установили содержание предмета путем включения в учебную нагрузку волонтерскую деятельность, а также разработку учебных материалов по впечатлениям. Одновременно было решено устраивать значимые собрания на тему «Развитие и здоровье ребенка», включая детей младенческого возраста. Также, Министерство Образования Японии планирует пополнить содержанием и усовершенствовать розданные всем детям дошкольного возраста «тетрадь души».



Введение в действие нового «Учебного руководства» планировалось в младших школах весной 2009 года, в средней школе весной 2010 года. Однако, Министерство Образования Японии спешит постепенно начать вводить документ в силу с нового учебного года- с весны 2009 года во всех школах, так как считает, что возникнут большие проблемы в внедрением новшеств.

Содержание поправок по учебному предмету «Здоровый образ жизни» в школах Японии.

В своем предыдущем докладе см.№1), я уже рассказывал о особенностях и изменениях японской системы образования здорового образа жизни в школах. Образование ЗОЖ в японских школах организовано из учебного предмета «здравоохранение» (в начальной школе - предмет физическая культура, в средних и старшей школе - предмет здравоохранение и физ.культура), и из «руководства по здравоохранению», проводимых вне учебных занятий (различные активные кружки).

Политика по образованию ЗОЖ в Японии ставит целью воспитание таких навыков как высокие умственные способности, самостоятельное принятие решений и практика, которые не только сегодня, но и в будущем, должны помочь в решении различных проблем со здоровьем.

В настоящее время учебный предмет «Здравоохранение» является обязательным предметом и проводится 1 раз в неделю начиная с 3-го класса начальной школы по 2-ой класс старшей школы(от 9-ти до 17-ти лет).

Можно сказать, что особенностью японской системы образования здорового образа жизни в школах является сплетение сфер здравоохранения и физической культуры, то есть в предмете «физическая культура» всегда присутствует элемент здравоохранения, а в области «здравоохранение и физ.культура» всегда уделено внимание предмету «здравоохранение».

Содержание последних поправок и сравнения с предыдущими поправками предмета ЗОЖ в японской школе детально приведены в таблице №1. В таблице нет данных поправок в старшей школе, так как официально они еще не опубликованы. В содержание предмета ЗОЖ не было кардинальных поправок, но в отдельных частях, предмет был пополнен содержательностью. В особенности пополнено содержанием руководство курса средней школы по теме: человек и окружающая среда, поведение в чрезвычайных и стихийных бедствиях, правильное использование медицинских препаратов.

Со дня формирования, учебный предмет ЗОЖ в Японии, насчитывает больше чем 60 лет и до принятия поправок в 7-ой раз содержание предме-

та в структуре образования и в системе учебного процесса было отфильтровано и сокращено. Подробно об этом рассказано а предыдущем докладе.

Задачи в образовании здорового образа жизни школьников республики Казахстан.

Несомненно, что в казахстанских школах главную роль в образовании здорового образа жизни играет учебный предмет по выбору «Валеология». Наверное существует много мнений на тему задачи и проблемы учебного предмета «Валеология», внедренного в систему образования 10 лет назад, но я хотел бы выделить по меньшей мере 3 задачи данного предмета.

- 1. Научный контроль.
- 2. Разработка учебного процесса различными специалистами.
- 3. Поддержка разработок учебного материала и их сбор.

Под первой задачей «Научный контроль» имеется в виду проведение сравнений и анализа состояния здоровья и знаний в области ЗОЖ, детей и подростков прошедших курс предмета «Валеология», и школьников не изучавших «Валеологию». Также необходимо провести опрос и анкетирование на тему «Требования и пожелания образования ЗОЖ в школе» среди родителей и педагогов. В Японии подобные анализы были проведены, см.№9).

Задача №2-разработка учебного процесса различными специалистами- подразумевает не только специалистов системы образования, но и специалистов физиологии, анатомии, клинической медицины, общественной гигиены, здравоохранения и др. В добавок к этому необходимо разработать, внедрить и провести научный контроль учебного предмета «Здоровье и жизненные навыки», содержание которого было отобрано с различных повторяющихся друг друга учебных предметов. Внедрение данного предмета и провождение научного контроля должно быть не только в 9-11 классах, но и с 1-го по 8-ой классы, что облегчит сотрудничество в учебном процессе между педагогами других предметов.

И наконец о 3-ей задаче-«Поддержка разработок учебного материала и их сбор». Учебный предмет «Валеология», был внедрен в систему образования 10 лет назад и эти годы оказались сложными. За 10 лет существования «Валеологии», на энтузиазме, рвении и оригинальных идей педагогами предмета были разработаны и собраны великолепные учебные материалы. Уверен, что разработанные и собранные учебные материалы облегчат работу других педагогов и предоставят возможность совершенствовать обучение предмета, а также создавать новый учебный материал. Необходимо создать благоприятную атмосферу для создания учебных материалов, целью которых является здоровое будущее детей, получение и повышение знаний здорового образа жизни. Очень важны поддержка и помощь в проведении уроков образования ЗОЖ.

Без сомнения нужно отметить необходимость привлечения и активного участия в образовании здравоохранения школьников таких организаций как Министерство Образования, Министерство Здравоохранения, Научного Исследовательского Института, педагогов, исследователей, медицинских работников, опекунов, UNICEF и др.

Заключение

Проблемы, связанные со здоровьем меняются в зависимости от течения времени. Однако, не преувеличу, если скажу, что в соответствии переменам времени или в создании здорового общества самую большую роль играет образование в школах. Школа-это самая лучшая организация в обществе, которая может планомерно и систематично научить здоровому образу жизни. Поэтому хочу отметить, что проведение учебного предмета связанного с ЗОЖ, как обязательного образования, будет функционировать более эффективно. Сравним предмет ЗОЖ как обязательный учебный предмет и как предмет по выбору. В случае предмета по выбору, организационное и систематичное обучение предмета будет невыполнимым, а мониторинг по развитию сознания охраны здоровья у школьников не будет охвачен полностью, как это было бы возможным при обязательном учебном предмете.

Вместе с педагогами, медиками, международными организациями и другими, я очень надеюсь, что учебный предмет здорового образа жизни будет утвержден как обязательный предмет в системе среднего образования, который обеспечит здоровое благосостояние детей — будущего Казахстана.

Литература:

1. Огихара А: Рекомендации по воспитанию и ведению здоворого образа жизни школьников

- на примере японской системы образования. Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболевакий и укрепления здоровья, 3-4: 15-18 (2007)
- 2. Министерство Образования Японии: «НовоеУчебное руководство»:Начальная школа.2008. Available at: http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/new-cs/youryou/syo/syo.pdf. Accessed May 18, 2008
- 3. Министерство Образования Японии: «НовоеУчебное руководство»:Средняя школа.2008. Available at: http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/new-cs/youryou/chu/chu.pdf. Accessed May 18, 2008
- 4. Министерство Образования Японии: «НовоеУчебное руководство»:Дошкольное воспитание.2008. Available at: http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/new-cs/youryou/you/you.pdf. Accessed May 18. 2008
- 5. Министерство Образования Японии: Основы мышления поправок Учебного руководства.2008. Available at: http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/new-cs/idea/index.htm. Accessed May 18, 2008
- 6. Министерство Образования Японии: «НовоеУчебное руководство»: сравнительная таблица поправок в Начальной школе. 2008. Available at: http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/new-cs/youryou/syo/syo2.pdf. Accessed May 18, 2008
- 7. Министерство Образования Японии: «НовоеУчебное руководство»: сравнительная таблица поправок в Средней школе. 2008. Available at: http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/new-cs/youryou/chu/chu/2.pdf. Accessed May 18, 2008
- 8. Министерство Образования Японии: «Учебное руководство»:Старшая школа. Пункт№6 Здравоохранение и Физическая культура. 1999. Available at: http://www.mext.go.jp/b_menu/shuppan/sonota/990301/03122603/007.htm. Accessed May 18, 2008
- 9. Государственный отчет об образовании здравоохранения. Комитет развития образования здравоохранения Ассоциация Здравоохранения школ Японии. 2004.

Таблица. Содержание образования по здравоохранению в «Учебном руководстве».

1. Начальная школа. Физическая культура. Здравоохранение.		
Поправки 1998 года	Поправки 2008 года	
По предмету «Физическая культура»		
*Воспитание способностей и качеств для сближения с физической активностью	*Воспитание основ способностей и качеств для сближения с физической активностью учеников	
*Воспитание активного и оптимистичного поведения для повышения охраны здоровья и физ.сил	*Воспитание активного и оптимистичного поведения для повышения охраны здоровья и физ.сил	



Содержание обучения				
(3-4классы)	(3-4классы)			
(STANGEDI)	(Talason)			
*Понимание здорового образа жизни, осознание важности здоровья	*Понимание здорового образа жизни, осознание важности здоровья (добавлен пункт о факторах связывающих личное здоровье и организм с окружающей средой)			
* Понимание развития и роста организма	* Понимание развития и роста организма (добавлен пункт о личностной разнице в развитии организма)			
(5-6 классы)	(5-6 классы)			
* Профилактика травм	* Подход к личностному развитию и преодоление стрессов			
* Подход к личностному развитию и преодоление стрессов	* Профилактика травм * Профилактика болезней			
* Профилактика болезней и поведение в повседневной жизни	(добавлен пункт ознакамливающий деятельность здравоохранения на местах)			
2. Средняя школа. Здравоохранение и Физическая культура. Сфера Здравоохранения.				
Поправки 1998 года	Поправки 2008 года			
*Воспитание способностей и качеств для активного сближения с физической активностью	*Воспитание основ способностей и качеств для сближения с физической активностью учеников			
*Воспитание практики для охраны здоровья и повы- шения физических сил	*Воспитание практики для охраны здоровья и повы- шения физических сил			
* Воспитание духовно-богатого и оптимистичного поведения	* Воспитание духовно-богатого и оптимистичного поведения			
Содержание обучения				
* Понимание развития функций организма и здоровья духовного состояния	* Понимание развития функций организма и здоровья духовного состояния (добавлено пояснение о периоде развития разных функций в организме и о личностной			
* Понимание здоровья и окружающей среды	разнице в развитии организма) * Понимание здоровья и окружающей среды (добавлен пункт о влиянии окружающей среды, превышающая физ.возможности организма)			
* Понимание профилактики травм	* Понимание профилактики травм (добавлен пункт о правильном поведении в чрезвычайных (стихийных)			
* Понимание ЗОЖ и профилактики болезней	бедствиях) * Понимание ЗОЖ и профилактики болезней (добавлен пункт о правильном применении лекарственных препаратов и связи личного здоровья со здоровьем общества)			
3. Старшая школа. Здравоохранение и Физическая культура. Сфера Здравоохранения.				
Поправки 1998 года	Поправки 2008 года			
*Углубление понимания о личном и социальном образе жизни и безопасности *Воспитание и совершенствование способностей и качеств для контролирования собственного здоровья	Ожидается в течении года			



Содержание обучения	
1) Современное общество и здоровье	Ожидается в течении года
* Мышление о здоровье	
*Повышение охраны здоровья и профилактика болезней	
* Духовное здоровье	
* Правила дорожного движения	
* Первая медицинская помощь	
2) Здоровье школьников	
* Здоровье школьников на каждом этапе	
* Здравоохранение, система медицины, здравоохране-	
ние и мед. учреждения на местах	
3) Общество и здоровье	
* Окружающая среда и здоровье	
* Окружающая среда и охрана продуктов питания	
* Работа и здоровье	

ОҚУШЫЛАРДЫҢ САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДАҒЫ ОҚЫТУ БАҒДАРЛАМАЛАРЫНЫҢ АТҚАРАТЫН РӨЛІ

К.А.Төлебаев, Ш.Е.Қаржаубаева, Л.Н.Шумилина, З.А.Амирханова, Н.Б.Сейтқұлова ҚР ДСМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қ.

РОЛЬ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ, СОХРАНЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ

К.А.Тулебаев, Ш.Е.Каржаубаева, Л.Н.Шумилина, З.А.Амирханова, Н.Б.Сейткулова Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы

ROLE OF EDUCATIONAL PROGRAMS AT SCHOOLCHILDREN HEALTHY LIFESTYLE DEVELOPMENT AND HEALTH PROTECTION

K.A. Tulebayev, S.E. Karzhaubayeva, L.N. Shumilina, Z.A. Amirkhanova, N.B. Seitkulova National Center for problems of healthy lifestyle development under Ministry of health RK, Almaty

Правительство Республики Казахстан уделяет большое внимание проблеме здоровья школьников. Формирование здорового образа жизни, борьба с вредными привычками поставлены на государственный уровень.

В 21-ом направлении «Послания Президента Республики Казахстан Н. Назарбаева народу Казахстана» от 28. 02. 07г. – Улучшение качества медицинских услуг и развитие высокотехнологичной системы здравоохранения, подчеркивается, что начальная медицинская подготовка должна стать обязательной частью всех школьных и университетских учебных планов, необходимо повысить уровень знаний и информированности населения по вопросам здорового образа жизни и здравоохранения.

Уже 10 лет в школах республики реализуется базовая образовательная программа по профилак-

тике заболеваний и укреплению здоровья «Валеология — как быть здоровым», утвержденная приказом МОН РК № 572 от 24.11.1998 г.

Проводится предмет за счет вариативной части базисного учебного плана, включает все аспекты ЗОЖ и охватывает 73 % общеобразовательных школ и 10 % средних, высших учебных заведений республики, что крайне недостаточно.

Преподавание ведется на казахском и русском языках по учебникам Адылханова А.С. и Жанабердиевой К.А., Брусенко З.Г. и Сейдуманова С., Акмырзаевых М. и Г., Л.З.Тель, Е.Д. Даленова, журналам «Валеология и спорт», «Денсаулык» и электронным учебникам.

Валеология – относительно новая научная и учебная дисциплина, имеющая на сегодняшний день, определенную сложившуюся структуру и

методики преподавания. Она, как и многие науки, носит комплексный характер и ее можно уверенно назвать «Медициной здоровья».

Валеология, по нашему мнению включает в себя две составные части: теоретическую и практическую.

В рамках теоретической валеологии могут быть выделены ее научные аспекты: медицинский, биологический, социальный, психологический, педагогический, экологический, культурологический и др.

В рамках практической валеологии следует выделять два относительно самостоятельных раздела: диагностическая валеология (валеометрия – измерение здоровья) и практическая валеология (оздоровление организма).

С учетом направления валеологических знаний можно выделить общую валеологию и специальную валеологию. Специальная валеология – это возрастная, семейная и профессиональная валеология.

Как учебная дисциплина валеология может быть подразделена на дошкольную, школьную и поствузовскую.

Валеология – наука о здоровье индивидуума, общества и природы в целом. В компетенцию валеолога должно входить не только обучение здоровому образу жизни, но также способность дать оценку состояния здоровья, и кроме этого совместно со специалистами по лечебной физкультуре и медиками заниматься воспитанием здоровья, а именно, его сохранением и укреплением.

Воспитание здоровья (профилактическое образование) состоит из двух частей - сохранения (поддержания) здоровья и укрепления (развития) здоровья. Сохранение здоровья — это воспитание навыков личной и общественной гигиены, навыков правильного питания, половой гигиены и контрацепции, умения жить в экологически неблагоприятной среде. Укрепление здоровья (физиологическая тренировка с целью создания «резерва прочности») состоит из занятий физической культурой и спортом, закаливания, прививок и т.д. Способы воспитания должны различаться в разных группах детей в зависимости от их исходного состояния здоровья и возрастных физиологических особенностей.

В настоящее время состояние здоровья детей и подростков Казахстана требует приоритетного внимания. Высокий уровень заболеваемости среди школьников в связи интенсификацией учебного процесса, урбанизацией и растущей моторизацией, экологическим неблагополучием, призывает к безотлагательным мерам по совершенствованию валеологического образования, выработки моти-

вации к здоровым потребностям. При этом охраной здоровья должна заниматься не только медицина, но и образовательная структура.

Качественное профилактическое образование трудно переоценить. «Грамотность» детей относительно ЗОЖ - это заложенный фундамент способностей и навыков самосовершенствования, осознания важности здоровья, культивирования здорового стиля жизни. Большую роль в формировании подобной грамотности играет общество, культура, система образования и здравоохранения и, безусловно, школа – как организация общества. Современная школа в стремлении выпускать одухотворенных, добрых и здоровых людей должна опираться на здоровьесохраняющие научные технологии и элементы педагогики, культуры и искусства нации.

За прошедший 10-ти летний период реализации образовательная профилактическая программа «Валеология – как быть здоровым» состоялась как часть национальной политики по формированию здорового образа жизни.

Были разработаны стандарты формирования здорового образа жизни в системе образования, издан ряд учебно-методических комплексов, изучены особенности формирования поведенческих факторов риска и распространенности заболеваний, внедряется передовой отечественный и международный опыт повышения профилактической грамотности населения.

С целью совершенствования образовательного процесса по обучению и привитию жизненных навыков подросткам и школьникам, совместно с Министерством образования и науки РК, Министерством внутренних дел РК, Министерством чрезвычайных ситуаций РК и при поддержке Детского фонда ООН, разработана, апробирована и внедряется Комплексная программа «Здоровье и жизненные навыки». Она может органично интегрироваться в предмет «Валеология», что позволит исключить из школьной программы дублирующие предметы и профилактические программы.

Апробирована программа «Школьная психология в процессе формирования психического здоровья детей и подростков».

Разработана концепция и программа «Школьная социология в процессе формирования социально-здоровых детей и подростков».

Привлечение психологов и социальных педагогов наряду с реализацией предмета «Валеология» должно стать эффективным инструментом в профилактике поведенческих факторов риска.

На базе НЦПФЗОЖ создан и функционирует Межведомственный Координационный Совет по образовательным программам, в который входят



представители Министерства образования и науки РК, Министерства здравоохранения РК, педагоги и врачи, имеющие достаточный опыт в организации обучения детей аспектам ФЗОЖ. Для создания единого образовательного стандарта Советом проведен анализ существующих учебных программ, в которых отражены вопросы укрепления и сохранения здоровья, профилактики заболеваний и ФЗОЖ у подрастающего поколения.

В 2007 году специалистами службы ФЗОЖ в 6 регионах страны проведен мониторинг по определению отношения учащихся к предмету «Валеология» и востребованности программы. Результаты были представлены в Министерство образования и науки РК и Министерство здравоохранения РК. Более 89,4% школьников считают предмет необходимым и обязательным предметом в школе, 90% учащихся ССУЗов и ВУЗов знают основы ФЗОЖ, сохранения и укрепления здоровья, более 95 % учащихся считают необходимым преподавание предмета в учреждениях системы образования.

Проблемы:

- в первую очередь, педагоги испытывают недостаток учебно-методической литературы, наглядно-демонстрационных материалов (таблиц, учебных фильмов, СД программ и др.) как на казахском, так и на русском языках;
- недостаток ресурсного обеспечения (новая информация, статистические данные и т. д.);
- программы реализуются за счет вариативной части базовой учебной программы (в основном начальном и среднем звене), классных часов или внеклассных занятий;
- на реализацию программ недостаточно учебного времени;
- сильно увеличилась учебная нагрузка, что влияет на здоровье учащихся и качество знаний, умений и навыков;
- низкий интерес родительской общественности к вопросам здоровья своих детей и др.
- в программе мало часов отводится профилактике ВИЧ/СПИД, ИППП;
- не рассматриваются вопросы репродуктивного здоровья, гендерного неравенства, коммуникативного общения;
- большинство практических работ не ориентированы на выработку конкретных жизненных навыков;
- в методике преподавания Валеологии большинство уроков планируется традиционными методами, мало оригинальных интерактивных методик и форм организации учебного процесса.

Низкая эффективность профилактических образовательных программ свидетельствует, что

- профилактические программы реализуются не во всех школах республики из-за нехватки часов в учебном плане, формального отношения руководителей школ к здоровью школьников, безответственного отношения некоторых преподавателей к своим обязанностям;
- педагоги слабо практикуют интерактивные методики обучения, способствующие выработке практических навыков и изменению поведения учащихся;
- большинство педагогов не прошли переподготовку по профилактическим образовательным программам и по интерактивным методикам обучения;
- уроки проводятся чаще всего педагогами, не имеющими специальной подготовки (классные руководители, предметники);
- мероприятия по формированию здорового образа жизни (ФЗОЖ) чаще проводятся как показательные акции или внеклассные мероприятия, имеющие эпизодический характер;
- в содержании реализуемых образовательных программ многие темы дублируются, что снижает познавательный интерес учащихся и мотивацию на приобретение знаний и жизненных навыков по ведению ЗОЖ;
- некоторые вопросы не раскрываются в полной мере (психическое здоровье, экология человека, репродуктивное здоровье, безопасные половые отношения, гендерные вопросы, адекватное поведение при ситуациях криминального характера и др.);
- отсутствуют индикаторы эффективности профилактических образовательных программ (тестирование до и после программы, индикаторы изменения поведения).

Пути решения проблем и недостатков

- Интеграция существующих профилактических программ в единый курс, обеспечивающий выработку практических навыков ведения здорового образа жизни и безопасного поведения.
- Внедрение специального интегрированного курса «Здоровье и жизненные навыки» в инвариативную часть базисного учебного плана по согласованию с МОН РК.
- Определение индикаторов эффективности профилактических программ, которые должны обеспечить информированность подрастающего поколения, формирование практических навыков ведения здорового образа жизни и безопасного поведения.
- Обеспечение в достаточном количестве учебно-методическим комплексом и нагляднодемонстрационными материалами на казахском и русском языках педагогов и учащихся.



- Содействие ресурсному обеспечению педагогов необходимой информацией.
- Осуществление подготовки и переподготовки квалифицированных педагогов, ответственных за реализацию программы.
- Решение вопроса об аттестации педагогов и врачей.
- Организация системной работы школы во взаимодействии с родителями и общественностью.

Цели и приоритеты на 2008-2010 гг.

1. Продолжать развитие медико-социальнопсихологического направления сохранения, укрепления здоровья и профилактики заболеваний в системе образования.

- 2. Осуществлять деятельность, способствующую повышению коллективной и персональной ответственности за свое здоровье.
- 3. Обеспечивать оздоровление физической среды и безопасности в школах для учащихся и педагогов.
- 4. Создавать научно-обоснованную, современную систему преподавания «Валеологии», «Здоровье и жизненные навыки», с учетом национальных особенностей школьной системы образования.

МЕКТЕП ОҚЫТАДЫ ЖӘНЕ ДЕНІ САУ БОЛУДЫ ҮЙРЕТЕДІ

В.Н.Хобина №16 Орта мектеп

ШКОЛА ДАЕТ ЗНАНИЯ И УЧИТ КАК БЫТЬ ЗДОРОВЫМ

Н.В.Хобина ГУСШ №16

SCHOOL GIVES KNOWLEDGE AND TEACHES HOW TO BE HEALTHY

N.V. Khobina High School №16

Несколько лет тому назад меня, директора школы, направили на курсы фонда "Hoy-Xay" по вопросу полового воспитания молодежи, которые проходили в Алматы. Я увидела перед собой двух пожилых женщин из Англии: Баронессу Дорин Масси и Мэри Тамбини, которые с большим энтузиазмом в интерактивных методиках проводили с нами занятия по вопросу, как мне казалось, слишком второстепенным для нашей школы. Но шли дни, затем состоялась моя поездка в Лондон, где и произошло знакомство с работой британских школ по этой теме, и мне стало казаться, что мы обделяем своих детей тем, что не даем им знаний по этому щекотливому интимному вопросу.

Вернувшись в школу, предложила своим учителям изучить этот вопрос. Но реакция была настолько неоднозначной, что подумалось: "А надо ли все начинать?" Пришлось для них на каникулах провести практические семинары обучающего характера. И тогда учителя увидели, что проводить подобные занятия может практически каждый учитель независимо от предмета, который он преподает в школе.

После собрания родителей и обсуждения с ними вопроса о необходимости введения нравственно-полового воспитания в учебный процесс, программы этого курса, нам пришлось некоторые темы убрать или перевести на факультативный курс, потому что реакция родителей на этот вопрос была неоднозначна: кто-то принял наше нововведение на "ура", кто-то задумался, что он сам, как родитель, не смог рассказать своему ребенку по этой теме, а некоторым детям родители и вовсе запретили посещать эти занятия. Их оказалось 7 человек. Насколько этот курс был интересен детям, говорит тот факт, что никто на эти занятия не опаздывал, а затем стали приходить и те ученики, которым запрещали посещать эти уроки, ссылаясь на то, что родителям, может быть, это и не надо, а им просто необходимо. Тем более, что первая программа была составлена с участием самих старшеклассников.

Работа по нравственно-половому воспитанию в нашей школе непосредственно проводится уже 6 лет, с регулярностью один раз в месяц за счет классного часа в первый понедельник месяца 1 noil кл.



Главная наша задача-убедить ребенка в нравственной позиции по отношению к полу, стремлении к созданию чистой, моногамной мьи.

Все это проходит в "семейном" кругу в школе, при полной конфиденциальности, в различ ных методиках, активизирующих деятельность каждого ученика (ролевые игры, визитеры, триг герные рисунки, континиум ценностей и т.д) Ру ководит этой работой в школе координатор.

При мониторинге результатов работы, совме стно со школьными врачами, было отрадйо от метить, что ученики стали чаще обращаться в поликлинику по вопросам сохранения репродуктивного здоровья. Знают, у кого что спросить, главное, стали видеть в учителях своих друзей-помощников, готовых дать им правильную ин формацию по существу вопроса, потому что только знания, убеждения и навыки могут выработать определенную самооценку личности.

Работая в течение нескольких лет над развитием индивидуальных способностей учащихся, мы увидели, что наши благие намерения входят в противоречие с их физическим здоровьем. Половина детей нуждается в постоянном лечении: у них часто плохое самочувствие, и учеба дается им с трудом. При анализе Листов Здоровья по школе медицинские работники дали нам ошеломляющий результат: 46 % детей находятся под постоянным наблюдением врачей, состоят на диспансерном учете.

На первом месте были гастрозаболевания, на втором - миопия, на третьем - заболевания опорнодвигательной системы и т.д. Учитывая это, мы пришли к выводу, что логичнее будет на первое место поставить работу по укреплению здоровья учеников школы, и тогда развитие их индивидуальных способностей пойдет гораздо эффективнее.

Самое сложное было в том, чтобы включить весь этот комплекс мер по оздоровлению в учебный процесс, не нарушая его системы, не допуская в то же время перегрузки школьников.

Как это сделать? Что придумать? Какие методы использовать? Как изменить методики учебных предметов и использовать из них те, которые помогут сберечь здоровье? Вот круг вопросов, на которые следовало искать ответы. Сейчас все позади, и есть возможность поделиться уже своим наработанным опытом по этому вопросу с теми, кого это интересует.

Началось все с введения программы по "Валеологии" в 1-11 классы за счет факультативных часов специально подготовленным учителем. Но как было определить на первоначальном уровне знания ученика? Началась наработка анкет, тестов, которые помогали в этом. После прохождения каждой темы-итоговый срез. И когда увидели, что проводимые уроки дают положительный эффект, то поняли, что стоим на верном пути.

Обучение школьников валеологии осуществляется на основе планомерного преемственного развития понятий, усвоения ведущих идей, научных фактов по гигиене, санитарии с учетом знаний, закономерностей жизнедеятельности организма человека, формирует знания, умения, навыки, необходимые для поддержания и укрепления здоровья, формирования здорового образа жизни.

Однажды в школу приехал представитель из Копенгагена Дэвид Риветт с целью изучения вопроса по укреплению здоровья детей, рассказал о наличии в Европе сети школ, способствующих укреплению здоровья. Проанализировав нашу работу, проведя срезы знаний, он сдал все документы в Совет, работающий по программе ВОЗ "Школы, способствующие укреплению здо- ровья", и 1 декабря 1999 г. мы получили сертификат №1 в Казахстане. Так мы были приняты в Европейскую сеть школ.

Сейчас в школе уже сложилась определенная система работы. О ней нам и хочется рассказать всем, кому она интересна. Наша структура состоит из 3-х блоков.

Первый блок - методическая работа. Прежде всего, это обучение учителей методикам, сберегающим здоровье. С этой целью проводим семинары силами специалистов, а также своих учителейтренеров, прошедших обучение. Эти семинары проводятся на каникулах, что позволяет охватить всех учителей без потерь учебного времени.

Второй блок - образовательная программа. Главная задач а-научить детей как быть здоровыми. Это и занятия по нравственно-половому воспитанию, за счет классных часов, и непосредственно уроки валеологии, да и все предметные уроки проходят в интерактивных методиках, которые тоже сберегают здоровье. Интерактивные занятия дают большой эффект, по-тому что ребенок поставлен в условия, когда он находится внутри ситуации, когда истина ему не преподается, а он переживает ее сам. Кроме того, во время таких занятий у детей нет необходимости сидеть за партой строго в затылок друг другу. Можно сидеть по кругу или на ковре, что создает более комфортные условия для работы.

Третий блок - практическая работа. Учитывая, что по результатам обследования на первом месте стоят гастрозаболевания, в школе организовано обязательное горячее питание. Обед из трех блюд, выпечка или салат стоят сегодня вполне по карману каждому, и поэтому в школьной столовой питаются практически все ученики.



Больной ребенок, если ему рекомендовано врачами, регулярно получает фитонастои.

Для профилактики и лечения опорно-двигательной системы уже три года, начиная с 5 класса, введен 3 час урока физкультуры в неделю. Все классы одной параллели приходят на урок одновременно, затем одна группа уходит на лечебную физкультуру, другая - в малый спортивный зал, третья - в большой, четвертая-в тренажерный зал (оборудовали его помощью "Баттлер спорта". В нем 18 тренажеров). Мы обходимся всего одним дополнительным часом (4 класса по 2 часа в неделю - это 8 часов, плюс 1 час дополнительный на всю параллель-полу-чается 9. Если разделить это количество на трех учителей, получается 3 часа в неделю.) Для этого не потребовалось больших материальных затрат, а у детей увеличилась физическая нагрузка.

Для профилактики миопии перед первым уроком проводим офтальмогимнастику. Используем магнитофонную запись, где команды звучат на фоне музыки. Ее могут проводить и специально подготовленные учащиеся.

На третьем уроке проводится сколеогимнастика.

А на 5 уроке - музыкотерапия. Кассета со специально записанной музыкой включается на перемене или во время урока по мере необходи- мости. Это позволяет снять напряжение или способствовать повышению работоспособности у учащихся.

Для укрепления иммунной системы ежедневно по утрам дети получают витамины. Поливитаминизация идет по схеме: 5 дней принимаем витамины, 2 дня отдыхаем. Через месяц меняем группу витаминов. В период вирусной инфекции ОРЗ дети младших классов носят на груди растертый чеснок в специальной емкости с отверстиями (цианотерапия). В сочетании с фиточаем и смазыванием носовых ходов обыкновенным сливочным маслом, работа дала поразительные результаты. Заболевших гриппом зимой 2002 г. было на 53% меньше, чем в 2001 г.

Для детей с дыхательными патологиями предусмотрена дыхательная гимнастика по системе Цигун и Бутейко. Приобрели ингалятор Ма-хольда для астматиков и 2 лампы Чижевского, под лучами которых можно получить отрицательно заряженные ионы, а в кабинете биологии дети постоянно вдыхают ароматические масла (аромотерапия). Детская поликлиника выделила тубус, теперь физиолечение можно проводить непосредственно в школе. Имеется свой стационарный стоматологический кабинет. Для профилактики кариеса проводится эксперимент: все классы с литерой "А" обязательно полощут теплой водой рот после еды. Оказалось, это имеет значение, и распространение кариеса приостанавливается.

В школе проводятся регулярные спортивные праздники, "Дни здоровья", малые олимпиады. Работают спортивные секции: волейбол, баскетбол, футбол, карате, таэквандо, ОФП и другие.

При школе функционирует военно-спортивный клуб "Леон", где учащиеся обучаются приемам рукопашного боя, строевой подготовке. При нем же существует секция парашютного спорта. Общий охват учащихся секциями при школе около 350 человек. Все эти виды работ проводятся для детей бесплатно, и только витамины и фитонастои обходятся каждому 30 тенге в месяц.

Прилагаемые усилия имеют свои результаты. За истекший год число детей с миопией снизилось на 4,1 %, с гастрозаболеваниями-на 11,2%. Но по-прежнему еще не решены проблемы с лечением опорно-двигательной системы, хотя сдвиг

улучшения есть, но незначительный.

Сейчас учебные завучи совместно с медицинскими работниками школы поставили перед собой цель: провести анализ по связи: улучшение здоровья-улучшение учебы, а также изучение вопроса по использованию новых технологий в работе по профилактике урологических заболеваний, одних из самых часто встречающихся у детей школьного возраста.

Работа продолжается. Видя результаты по улучшению здоровья без особых материальных вложений школы, начинаешь понимать, что это нужно всем заинтересованным лицам: детям, их родителям, учителям, тем более, что уже сейчас заметен результат в повышении уровня знаний у учащихся.

В настоящее время СМИ постоянно говорят о нарушениях экологии. Может быть, поэтому в программе по валеологии 2002 уделяется большое внимание этому вопросу. И мы уже сейчас думаем, как проложить тот мостик от экологии среды к экологии души, через новый виток в отработанной системе в нашей школе в последующие годы, потому что без здоровых детей у общества нет будущего.

ЖАСТАР ТӘРБИЕСІНДЕГІ ВАЛЕОЛОГИЯ НЕГІЗДЕРІ Қ

У.Х.Колибеков, Ф.Байзахова

А.Яссауи атындагы ХҚТУ ШИ Анатомия, физиология және БЭД кафедрасы, ОҚ облыстық салауатты өмір салтын қалыптастыру орталығы, Шымкент қ.

ОСНОВЫ ВАЛЕОЛОГИИ В ВОСПИТАНИИ МОЛОДЕЖИ

У.Х.Колибеков, Ф.Байзахова

Государственный Казахско-турецкий университет им.К.А.Яссауи, Шымкентский институт, кафедра анатомии и физиологии, Южно-Казахстанский областной центр формирования здорового образа жизни, г.Шымкент

FUNDAMENTALS OF VALEOLOGY AT YOUTH EDUCATION

U.K.Kolibekov, F.Bayzakhova

State Kazakh-Turkish university named after K.A. Yassaui, Shymkent institute, anatomy and physiology chair, South-Kazakhstan oblast healthy lifestyle development center, Shymkent

Келешегін ойлау әр бір тәні мен жаны сау адамның міндеті Осы міндет негізінде болашағымыз, жастарымызды тәрбиелеуде көңіл бөліп, жұмыс істесек дейміз.

Елбасымыздың халқымызға арналған жолдауында барлық кенестері мен тапсырмаларында осы актуальді жұмысқа сау жан-тәнімен, шын көңілмен пікір айтуын байқаймыз. Бұл өз халқы, елі және Отанымыздың болашағын алдынан кере білуі соған жақсы әсер ету деген улы, даналық қасиеті деп білеміз. Дәл осы жұмысқа тығыз байланысты болатын валеология туралы былай айтады: Бұл мемлекеттік маңызды мәселе, сондықтан Укімет оған барынша ауқымды дәрежеде көңіл бөлуге тиіс ...

Тәрбие атаулы өте күрделі, жауапты және қайтары мол маңызды жұмысқа біз валелогтарда міндетті тәрізді өз әсерімізді тигізудеміз.

Президентіміз жолдауында айтылғандай бұл жұмыс балалық жастан басталып, өмір бойы атқарылуы тиіс. Сондықтан өзіміз істемек осы жұмысты қазіргідей мектепте ғана емес, жоғары оқу орындарында да дамытуым кажет. Себебі барлық мектептерде валеология маманы сабақ өтпейтіні бар мәселе ғой! Мәселен, талдау жасасақ маман жетіспейді, сабақ факультатив болып шығады!?

Біздің түсінуімізге қарай, қазіргі кезенде осындай мамандарды арнайы дайындау, оларга жағдай жасау уақыты жетті деп ойлаймыз.

Біз Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық Қазақ-Түрік университетінің Шымкент институтында валеологиядан сабақ берумен қатар, облыстық салауатты өмірді қалыптастыру орталығымен бірге атқарған жұмысымызға негізделе келіп, айтпақшы болғаным: Студент жастарымыз келешегінің негізі болатын, тәрбие, валеология және салауатты өмір салты қарымқатынастармен қызығады. Бірақ, валеология пәнінен арналған сабақ саны аздығынан, арнайы кафедра жоқтығынан, бағдарламалар кемшілігінен олардың кызығушылығы төмендеуде.

Ұлтымыздың болашағы мықты, дені-сау, жоғары тәрбиелі жастарымыздың ізінде болуы түсінікті ғой. Міне, осындай жағдайда бізде атқарған жұмысымыздың дұрыс ойлы істерімізге арналған бағамызды аламыз.

Сіздерге баяндаған ой-пікірлерге және атқарылған жұмыстарға сүйене отырып мынадай ұсыныстар құрадық:

- 1. Барлық мектептерде арнайы дайындалған валеолог-оқытушылар сабақ жүруі керек, әсіресе қазақ сыныптарына.
- 2. Валеология пәніне педагогикаға байланысты жоғары оку орындарында өмірлік деңгеиде өткізілуі шарт.
- 3. Оқытушыларды дайындайтын кафедралар, арнайы курстар, белсенділік оқу орындары дамытылуы қажет.



ВАЛЕОЛОГИЯ КЕШЕ, БҮГІН ЖӘНЕ ЕРТЕҢ

Л.Н.Шумилина, З.А.Амирханова, Н.Б.Сейтқұлова ҚР ДСМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қ.

ВАЛЕОЛГИЯ ВЧЕРА, СЕГОДНЯ И ЗАВТРА

Л.Н.Шумилина, З.А.Амирханова, Н.Б.Сейткулова Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы

VALEOLOGY YESTERDAY, TODAY AND TOMORROW

L.N.Shumilina, Z.A.Amirkhanova, N.B.Seitkulova National Center for problems of healthy lifestyle development under Ministry of health RK, Almaty

В Послании Президента страны «Казахстан-2030», в долгосрочном приоритете №4 «Здоровье, образование и благополучие граждан Казахстана» указывается: «Наша стратегия в реализации этой цели состоит из следующих компонентов: предотвращении заболеваний и стимулировании здорового образа жизни». Для чего 10 лет назад была развернута наступательная, информационно - образовательная кампания в пользу здорового образа жизни, правильного питания, привития правил гигиены и санитарии подрастающему поколению на всех этапах непрерывного образования.

Школьники являются самой многочисленной социальной прослойкой населения и каждый пятый житель Казахстана - школьник.

Как показывают различные исследования, образование и здоровье неотделимы. Важнейшей частью системы образования является обеспечение здоровья детей и полноценной возможности учиться. Залогом хорошего здоровья и гармонического развития школьников является привитие навыков здорового образа жизни, профилактики заболеваний и травматизма, сбалансированного питания и безопасного поведения. К сожалению, за последние годы, по данным официальной статистики, отмечается рост числа детей, имеющих различные патологии. Охраной здоровья должна заниматься не только медицина, но и образовательная структура. Одной из составляющих для проведения учебного процесса на должном уровне является крепкое здоровье и ученика, и учителя. Чтобы предупредить болезнь, сохранять и укреплять здоровье нужно овладеть определенными навыками, которые могла бы подсказать учебная дисциплина. Вот почему роль качественного валеологического обучения на всех этапах непрерывного образования нельзя переоценить.

В этой связи Приказом Министра образования, культуры и здравоохранения Республики Казахстан, утвержденным за № 572 от 04.12. 1998

г. в форме факультативного обучения учащихся общеобразовательных школ, студенческой молодежи ВУЗов и ССУЗов был введен предмет «Валеология – как быть здоровым», который стал базовой программой по профилактике заболеваний и укреплению здоровья.

Группа ученых и педагогов - Сатпаева Х.К., Тель Т.З., Аканов А.А., Даленов Е.Д., Адылханов А.С., Жанабердиева К.А., Брусенко З.Г., Рахметова С.П., Чупрасова Л.В., из института общего образования КАО им. Алтынсарина, Национального центра проблем формирования здорового образа жизни, Акмолинской Государственной медицинской академии, Казахского Государственного медицинского университета, Алматинского Государственного медицинского университета им. Абая разработали проект «Концепции формирования здорового образа жизни в системе непрерывного образования Республики Казахстан» основной философской идеей которой является обеспечение физического, психического и духовного здоровья подрастающего поколения.

Источником финансирования профилактической образовательной программы «Валеология – как быть здоровым», включающей все аспекты ЗОЖ, в системе образования стал государственный бюджет. Было подготовлено более 8 тыс. специалистов для проведения предмета, казахстанскими авторами разработаны методические пособия для его внедрения, оформлен госзаказ на разработку концепции стандарта программы и учебников с 1 по11 классы, охват школ предметом в республике составлял 93%.

За годы внедрения валеологического образования введены ставки школьных психологов, социальных педагогов, на базах 5 школ г.Алматы апробированы программы «Школьная психология в процессе формирования психического здоровья детей и подростков», разработана концепция и программа «Школьная социология в процессе

формирования социально-здоровых детей и подростков». С целью укрепления здоровья школьников активизируется создание службы школьной мелицины.

В республике предмет «Валеология» преподается по программа Адылханова А.С., Брусенко З.Г. и Сейдуманова С., Акмырзаевых М. и Г., Л.З.Тель, Е.Д. Даленова, на казахском и русском. языках, журналам «Валеология и спорт», «Денсаулык» и электронным учебникам. Ежегодно проводится республиканский конкурс за лучшее внедрение программы «Валеология» на премию им. А. Адылханова. Учителя общеобразовательных школ всех регионов Казахстана присылают научные и творческие работы для участия в данном конкурсе. Автор лучшей работы награждается премией в размере 10 000 тенге. Активным участникам вручаются грамоты и дипломы.

Постоянно проводится мониторинг внедрения программы в учреждениях системы образования.

Ни смотря на все достижения, следует отметить нехватку обеспечения учебно-методическими комплектами, особенно на государственном языке, а учителя, пользуясь вышеперечисленными материалами, самостоятельно разрабатывают свои учебные планы. В силу объективных причин на сегодняшний день «Валеология» преподается только в 73 % общеобразовательных школ и 10 % средних, высших учебных заведениях республики, что крайне недостаточно. Вопросы охвата учащихся данным предметом, качества преподавания, заслуживают особого внимания и представляют большую проблему, так как закрываются факультеты, занимающиеся подготовкой и переподготовкой педагогов-валеологов, а востребованность в квалифицированных специалистах и их подготовке остается высокой.

А как показывает мировой опыт ряда развитых стран, например Японии, где предмет изучения сохранения здоровья и оздоровительное воспитание являются обязательным, усовершенствование профилактического образования даст заметный положительный эффект, в плане повышения уровня здоровья населения.

В рамках реализации 21-го направления «Послания Президента Республики Казахстан Н. Назарбаева народу Казахстана» от 28. 02. 07г. – Улучшение качества медицинских услуг и развитие высокотехнологичной системы здравоохранения, где подчеркивается, что начальная медицинская подготовка должна стать обязательной частью всех школьных и университетских учебных планов, необходимо повысить уровень знаний и информированности населения по вопросам

здорового образа жизни и здравоохранения.

В этой связи обучение и привитие навыков здорового образа жизни подрастающему поколению на всех этапах непрерывного образования на уроках предмета «Валеология» общеобразовательных школ республики, как никогда актуально и значимо.

С целью совершенствования образовательного процесса по обучению и привитию жизненных навыков подросткам и школьникам, специалистами Национального центра проблем формирования здорового образа жизни, совместно с Министерством образования и науки РК, Министерством внутренних дел РК, Министерством чрезвычайных ситуаций РК и при поддержке Детского фонда ООН, разработана, апробирована и внедряется Комплексная программа «Здоровье и жизненные навыки». Она может быть интегрирована в предмет «Валеология» и позволит исключить, из школьной программы системы образования такие дублирующие предметы и профилактические программы как «Проблемы СПИДа и его профилактика», «Основы безопасности жизнедеятельности», «Правила дорожного движения», «Нравственно - половое воспитание», «Профилактика употребления вредных веществ» и др.

Следует также отметить, что помимо разработки интегрированной комплексной программы «Здоровье и жизненные навыки» в предмет «Валеология», с целью совершенствования качества преподавания, специалисты НЦПФЗЖ плодотворно сотрудничают с факультетом наук о человеке Японского Университета Васеда в лице профессора (медицины) Огихара Атсущи, который выражает поддержку нашей озабоченности положением дел профилактического образования в Казахстане.

Как известно, подростки и молодежь являются приоритетной группой для образовательных программ. Чтобы развить систему разноуровневого, дифференцированного обучения, позволяющую оптимизировать условия, содержание, технологии и организацию педагогического процесса для сохранения физического, психического и социального здоровья, развития личности каждого школьника и эффективности его обучения, необходимо включить интегрированные образовательные программы «Валеология – как быть здоровым» и «Здоровье и жизненные навыки» в инвариативную часть обучения, сформировать валеологическую грамотность учащихся, включающую мотивацию личности на здоровье и здоровый образ жизни, знания, умения и навыки по сохранению и укреплению



здоровья, конструированию индивидуального рационального образа жизни. Все это предполагает совершенствование профессиональной подготовки и повышения квалификации педагогических кадров на основе изучения новых педагогических технологий и инновационных процессов в образовании, повышение валеологической грамотности учителей, обучение их навыкам физического оздоровления, психической регуляции и развитие коммуникативных способностей, разработку методических пособий и модулей, компьютерной программы по поведенческим факторам риска.

Следует также использовать межпредметные связи предметов биология, экология, химия, физика, природоведение, астрономия, технология, филология, которые косвенно связаны с формированием физического, психического и духовного здоровья и способствуют созданию ценностной мотивации личности. Необходимо обеспечить в школе валеологически обоснованные санитарногигиенические условия, валеологически обоснованные расписания уроков с их оптимальным сочетанием, развивать обучение на основе тренинга, с использованием интерактивных методик.

Само по себе «знание» не обязательно означает «действие». Даже те молодые люди, которые, например, хорошо информированы по вопросам ВИЧ/СПИДа, нередко практикуют опасное для заражения поведение. Поэтому задачи специалистов - дать знания, сформировать жизненные навыки и навыки безопасного поведения, способствовать выработке мотивации к безопасному поведению, научить детей, подростков и молодежь связывать воедино свои знания, осознавать степень риска и поведение.

Принципами эффективности образовательных программ является широкая поддержка их со стороны родителей и общества, формирование у детей, подростков и молодежи ответственного отношения к своему здоровью, ответственного сексуального поведения, а не воздержания от сексуально активного поведения.

Образовательные программы предусматривают использование различных методик обучения с активным вовлечением самих учащихся в процесс обучения. Это обсуждение проблем в малых группах, групповые дискуссии, ролевые игры, письменные изложения, интервью с родителями, посещения медицинских учреждений, обучение подростков для работы в молодежной среде, показ видеофильмов, представляющих ге-

роев и ситуации, близкие к жизни самих учащихся, проведение акций и кампаний.

Программы подчеркивают, что следует стремиться к более позднему началу половой жизни, избегать половых контактов без предохранения и партнеров, представляющих наибольший риск. От возраста учащихся зависит, к какой именно проблеме привлекается особое внимание. Например, в программах для более молодых учащихся делается акцент на более позднее начало половой жизни, в то время как для старших и сексуально активных учащихся — на использовании презервативов.

Очень важно предоставлять объективную информацию задолго до того, как молодые люди начнут вступать в сексуальные отношения или употреблять наркотики.

Такие традиционные методы обучения как, лекции, чтение, написание рефератов, не формируют навыков безопасного поведения. И как показал мировой опыт, одним из эффективных методов обучения является тренинг-занятие с использованием интерактивных методик обучения. Они способствуют эффективному усвоению материала, вовлечению в процесс обучения, пробуждают интерес, поощряют активное участие, обращаются к чувствам, позволяют участникам развивать критическое мнение, оказывают многоплановое воздействие, в том числе воздействие на поведение, осуществляют обратную связь, формируют мнения и отношения, создают атмосферу доброжелательности, искренности, творчества, повышают самооценку и развивают способность к принятию решения.

В рамках реформы образования в Казахстане, по инициативе Национального центра проблем формирования здорового образа жизни и при содействии Министра здравоохранения, обсуждаются проблемы включения в инвариативную часть обучения интегрированных образовательных программ «Валеология — как быть здоровым», «Здоровье и жизненные навыки» что, безусловно, послужит неоценимым вкладом в дело сохранения и укрепления здоровья нашего, и будущих поколений.

Хочется закончить словами В.А. Сухомлинского: «Забота о здоровье — это важнейший труд воспитателя. От жизнерадостности, бодрости детей зависит их духовная жизнь, мировоззрение, умственное развитие, прочность знаний, вера в свои силы».

Школа будущего может и должна играть в этом решающую роль.

САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДЫҢ КЕЙБІР ӘДСТЕМЕЛІК АСПЕКТІЛЕРІ

Ш.Н.Ергешбаева

ОҚ облыстық ББЖЖТ, ПКБА және ҚД орталығы, Шымкент қ.

НЕКОТОРЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Ш.Н.Ергешбаева

Южно-Казахстанский областной центр повышения квалификации учителей и переподготовки кадров системы образования, г.Шымкент

SOME METHODICAL ASPECTS OF HEALTHY LIFESTYLE DEVELOPMENT

Sh.N.Ergeshbaeva

South-Kazakshtan oblast center of teacher training and retraining of educational system's stuff, Shymkent

Салауатты өмір салтын насихаттауда және сәбилердің, жасөспірімдердің, жастардың өмір дағдыларын қалыптастыруда білім беру жүйесінің рөлі айрықша. Салауатты өмір салтының негізгі, оның нормалары мен ережелерін қалыптастыру мектепке дейінгі және мектептептегі тәрбиелеу мен оқыту кезеңдерінде жургізу керек. Осы кезеңде жеке тұлғаның әдептілік, адамгершілік, рухани, адалдық қасиеттері мен гигиеналық дағдылары қалыптасады.

ҚР Үкіметінің 1999 ж. 30 маусымдағы N905 қаулысында ("Салауатты өмір салтының комплексті бағдарламасы") төмендегі қажеттіліктер қаралған:

- оқушылардың салауатты өмір салтын қалыптастырудағы білім беру саласының рөлін күшейту;
- білім беру жүйесінің базистік оқу жоспарына валеология пәнін ендіру;
- темекі, есірткі заттардан сақтандыруға арналған көп сатылы білім беру бағдарламаларын ендіру;
- адамның қорғаныш тапшылығы қоздырғышы/Жұқтырылған қорғаныштапшылығы белгісі (Вич/СПИД) індетінің алдын алу шаралары бағдарламасын ендіру.

Осыған орай төмендегі нормативті құжаттарды басшылыққа ала отырып, облыс көлемінде салауатты өмір салтын қалыптастыру жұмыстары ұйымдастырылуда. (слайд-2)

- ҚР Білім және ғылым, мәдениет және денсаулық сақтау Министірлігінің жалпы 6ІЛІМ беретін мектептерге валеология пәнін ендіру туралы 24.12.1998 жылғы N572 бұйрығы;
- ҚР-ның Білім және ғылым Министірлігінің АҚТҚ/ЖҚТБ-ның алдын алу бағдарламасы туралы 18.09.2007 жылғы N430 бұйрығы;

- ОҚ облысында АҚТҚ инфекциясының және ЖҚТБ-ның алдын алу мен емдеу жөніндегі 2007-2010 жылдарға арналған аймақтық бағдарлама туралы 24.05.2007 жылғы N166 қаулыны басшылыққа алынады.

ББЖЖТ, ПКБА және КД орталығы облыстағы оқу мекемелерін әдістемелік қамтамасыз етіп отыратын жетекші мекеме болғаны себепті, оның салауатты өмір салтын қалыптастыру бағытындағы әдістемелік жұмыстарын төмендегіше болып отыр. (слайд-3)

ОҚ облысы бойынша білім беру мекемелері туралы мәлімет:

жалпы білім беретін мектептер - 1011 ондағы оқушы саны - 516 515 кәсіптік білім беретін мектептер - 23 колледж - 62, оның 16-сы мемлекеттік ондағы оқушы-жастар саны - 19 000

Облыс бойынша білім беру мекемелеріне салауаттану пәнінің ендірілуі және ондагы оқушылар саны туралы мәлімет. (слайд -4-5) Облыс мектептерінің 60 %-ына ендірілген, онда 300 мыңға жуық оқушы қамтылған.

Облыстық біліктілік арттыру курстарынан өтетін мұғалімдер мен мектеп басшыларына арналған 2 сағаттық "Денсаулық сақтау педагогикасы идеяларын дамыту. АҚТК/ЖҚТБ-ның алдын алу" тақырыбында тренингтік сабақтар жүргізілді. Онда АҚТҚ/ЖҚТБ-ның таралу жолдары мен алдын алу шаралары туралы ақпарат берілді. Біліктілік арттыру курстарынан 2007 жылы 6237 тыңдаушы өтті. Олардың аудандар бойынша үлесі слайдта көрсетілген (слайд-6)

2005 жылдан 6ІЗДІҢ мекеме 6ІЛІМ беру мекемелеріндегі ата-ана мен мұғалімдер жұмысының тұтас жүйесін құру және медициналық-әлеуметтік, психологиялық-педагогикалық қызметтің кешенді



іс-әрекетін үйлестіру мақсатында "Білім берудің денсаулық сақтау жүйесі" бағдарламасын (авторлар: Бектенгалиева С.Х., Торыбаева Ж.З., Ядгарова Н.К., Игнатенко Л.В., Райымкулова Ж.Э. жасап шығарды. Алғашында бағдарлама "Оқушы салауаттылығы" деп аталып, ею жыл бойы бірнеше мектептерде апробациядан өтті (слайд-сурет 7-14). Багдарламаның бірнеше рет білім беру жүйесінің мәселелері талқыланған облыстық алқалы жиындарда, атап айтсақ Шымкент қаласы, Мақтарал, Шардара аудандарында тұсаукесері өттіп. Бүгінде бағдарламаның тірек мектептері көбейіп, жыл өткен сайын қарқын алып жұмыс жүргізіп келеді Облыстың 27 мектебі "Білім берудің денсаулық сактау жүйесі" бағдарламасының тірек мектебі болып саналады. Тірек мектептерінің базасында бағдарлама бағыттары бойынша оқу-әдістемелік ұйымдастыру жұмыстары мен оқыту семинарлары жүйелі жүргізіліп отырылады.

Базалық мектептерінің алтауы 2005-2006 оқу жылында Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының ұлттық орталығымен бірлесе отырып облыстардан бірінші болып, жаңа "Денсаулық және өмірлік дағдылар" атты кіріктірілген кешенді бағдарламаны сынақтан өткізді.

2007 жылдың қыркүйек айында әдістемелік қамтамасыз ету мақсатында Біріккен Ұлттар ¥йымы Балалар корының (ЮНИСЕФ) демеушілігімен "Денсаулық және өмірлік дағдылар" бағдарламасының 9-11 сыныптарға арналған мұғалімдерге арналған 2250 дана қазақ тілінде, 1500 дана орыс тілінде оқу әдістемелік құралы келіп түсті. Биылғы оку жылында әдістемелік құралды тарату мақсатында облыстың әр ауданында оқыту семинары ұйымдастырылып, онымен 486 мектеп жұмыс істей алады деп отырмыз. Бұл жұмыс одан әрі жалғастырылады. Сондай-ақ облыстық СПИД орталығымен байланыс жақсы жолға қойылған. Оқу-әдістемелік семинарлар бірлесе отырып өткізіледі және АҚТҚ/ЖҚТБ-ның алдын алуға арналған әдістемелік құралдар мен таратпа материалдар барлық аудан мектептеріне таратылуда.

Сонда облыс бойынша салауатты өмір салтына бағытталған мектептер үлесі төмендегіше көрсетіледі (слайд-15).

Сонымен бірге бұл бағыттағы жұмыстарда 6ІЗДІҢ мекеме мемлекеттік емес ұйымдармен бірлесе отырып жұмыстар ұйымдастыруда.

жылдың маусым айының Облыстық департаменті аралығында білім қолдауымен "Салауатты жаз-2007" жобасы аясында Шымкент қаласы N38 мектеп базасында мектеп директорының орынбасарлары мен мектеп психологтары қатысқан (150 адам) "АҚТҚ/ ЖҚТБ-ның алдын алу және қоғамда ЖҚТБ-ға шалдық-қандардың құқыктарын шектеуді жою" тақырыбында облыстық оқыту семинары өтіп. Семинарды өткізуге институтпен бірге іскер Әйелдер ассоциациясының Оңтүстік Қазақстан облысы бойынша филиалы және Оңтүстік Қазақстан облысы экономикалық және азаматтық БІЛІМ беру орталығы "Интеллект" қоғамдық бірлестігі мамандары қатысты.

Дегенмен 6ІЛІМ беру жүйесінің төмендегі проблемалары шешуді қажет етеді:

- Ел болашағы бала денсаулығына тәуелді деп ойлайтын болсақ қалайда қаржы көзі табылып барлық мектептерге салауаттану курсы ендірілу қажет, ЯҒНИ оның нормативтік-құқықтық базасы нығайтылу қажет;
- Салауаттану курсының жүйеленген бағдарламасы қажет. Мысалы, "Денсаулық және өмірлік дағдылар" бағдарламасының оқуәдістемелік кешенмен толық қамтамасыз етілуі жолға қойылу қажет;
- Тек бір факультаттивті сабақта ғана емес, барлық, пәндерде салауатты өмір салтын насихаттайтын денсаулық сақтау технологияларын ендіру қажеттігі бүгінгі күні шешімін күтіп отыр.

Құрметті әріптестер! Ел болашағы бүгінгі жастар дейтін болсақ, олардың денсаулығын сақтау мен нығайту ұщін жасалатын жұмыстар көп, осы істеріңізде табыстар тілеймін.

Назарларыңызға рахмет!



«САЛАУАТТЫ УНИВЕРСИТЕТТЕР» АТТЫ ДДҰ ЖОБАСЫН ЕНГІЗУ БОЙЫНША АТҚАРЫЛҒАН ЖҰМЫС ТӘЖІРИБЕСІ

Г.К.Қантарбаева, Г.Ш. Нұрахметова, З.С. Жұматова, А.С. Жомартова Салауатты өмір салтын қалыптастырудың облыстық орталығы, Г.Султанов атындағы облыстық клиникалық аурухана, Павлодар қ.

ОПЫТ РАБОТЫ ПО ВНЕДРЕНИЮ ПРОЕКТА ВОЗ «ЗДОРОВЫЕ УНИВЕРСИТЕТЫ»

Г.К.Кантарбаева, Г.Ш.Нурахметова, З.С.Жуматова, А.С.Жомартова Областной центр формирования здорового образа жизни, Областная клиническая больница им Г. Султанова, г. Павлодар

WORK EXPERIENCE ON WHO "HEALTHY UNIVERSITY" PROJECT INTRODUCTION

G.K.Kantarbaeva, G.S.Nurakhmetova, Z.S. Zhumatova, A.S. Zhomartova blast healthy lifestyle development center, Oblast clinical hospital named after G.Sultanov, Pavlodar

Формирование здорового образа жизни для всех слоев населения стало одним из основных направлений государственной политики, что нашло отражение в стратегии «Казахстан – 2030», Государственной программе «Здоровье народа» и комплексной программе «Здоровый образ жизни». Одним из приоритетов в данном направлении является забота о молодежи, как гаранта будущего развития, богатства и процветания страны.

Эффективность получения профессиональных и интеллектуальных знаний в университетах и институтах зависит от многих параметров, в том числе от состояния здоровья студентов и преподавателей, их отношения к формированию здорового образа жизни.

Одним из методов решения вопросов сохранения и укрепления здоровья студентов и профессорско-преподавательского состава является внедрение проекта ВОЗ «Здоровые университеты». На сегодняшний день по проекту работают 5 ВУЗов нашего региона это, Павлодарский государственный университет им. С. Торайгырова (ПГУ), Павлодарский филиал Семипалатинской государственной медицинской академии, Инновационный Евразийский университет, Павлодарский филиал Каз ГЮУ, Екибастузский инженерно — технический институт. В данных ВУЗах обучается более 80% студентов всей области.

Целью данного проекта является интеграция принципов здорового образа жизни в структуру и учебный процесс университетов, посредством формирования ответственного отношения к здоровью и образу жизни среди студентов, профессорско-преподавательского состава и сообщества. Развитие волонтерского движения по продвижению принципов ФЗОЖ среди подростков и молодежи.

Основными задачами является повышение уровня информированности, знаний по поведенческим факторам риска, репродуктивному здоровью, ИППП, ВИЧ/СПИД, рациональному питанию, физической активности, профилактике заболевании и туберкулеза.

Политика формирования здорового образа жизни в высших учебных заведениях нашей области началась с внедрения образовательной программы «Валеология». Во всех ВУЗах области среди студентов 1- курсов внедряются образовательные программы по формированию здорового образа жизни:

- Республиканская программа «Валеология»
- Профилактика ВИЧ/СПИДа,

В рамках программы «Валеология» раскрываются вопросы по профилактике употребления вредных веществ, планирование семьи, нежелательная беременность, профилактика ИПППП, рациональное питание и охрана окружающей среды.

Ежегодно в ВУЗах под руководством специалистов Центра ФЗОЖ проводятся социологические исследования. В начале учебного года данное исследование проведено в СГМА среди студентов 1 курса по вопросам профилактики табакокурения, рационального питания. Всего опрошено 145 студентов в возрасте от 17 – 21 лет; из них юношей – 41 – 28%, девушек - 104 – 72%

По данным анкетирования по профилактике табакокурения курящих составило -18 человек, что составляет 12,4 %, большинство курящих студентов начали курить в школе, абсолютно у всех есть желание бросить курить, Одним из основных антитабачных мероприятий - 85% студентов считают запрет на рекламу, 54% - массовые акции, 38% - лекции, тренинги.



В рамках декадника по рациональному питанию в СГМА совместно с волонтерами клуба «Гиппократ» проведено социологическое исследование. После обработки данных по рациональному питанию выявлено, что у 95% студентов рацион питания разнообразный, у 62% студентов в рационе преобладает мясные продукты, 43% - мучные продукты, 28% - молочные продукты, 12% - овощное. На вопрос сколько раз в день Вы употребляете горячую пищу, 1 раз ответили – 95 человек, что составило 65%, 2 раза – 50 человек – 35%. Большинство студентов 128 человек - 88% считают, что в рационе не хватает рыбных продуктов.

В колледже ИнЕУ проведено социологическое исследование среди студентов 1 курса в вопросах профилактики наркомании. Всего опрошено — 150 человек. Анализируя данные социологическое исследования можно сделать вывод, что информированность студентов по вопросам наркомании составил - 100%, оценка действенности профилактики мер борьбы с наркоманией студенты считают 40%-преподаватели, 35% - интерактивные методы, 25% - через СМИ.

В ПГУ постоянно действует специальный курс «Проблемы СПИДа и его профилактика». Совместно со СПИД центром проведен мониторинг по проверке знаний и определению эффективности образовательной программы. Результат мониторинга показал, что основная масса студентов 98,8% (всего протестировано 150 студентов), знает каким, вирусом вызывается СПИД, что вирус подавляет иммунную систему, о путях передачи ВИЧ инфекции правильно ответили 98,9%.

В ВУЗах области работают кружки и клубы по различным аспектам здорового образа жизни, где проводятся работа по развитию движения «Равный - равному».

В клубе «Биолог» при филиале СГМА, студенты проводят опыты на лягушках, крысах и мышах, по изучению паразитарных и трансмиссивных заболеваний и их профилактику. Волонтеры клуба «Гиппократ» проводят работу в форме театрализованного представления по профилактике употребления психоактивных веществ, и ВИЧ/СПИДа.

Студенты ПГУ входят в «Альянс студентов Казахстана». Ежегодно волонтеры Альянса студентов принимают активное участие во всех молодежных мероприятиях. Во время летних каникул для волонтеров «Альянса студентов Казахстана» был организован активный оздоровительный отдых на турбазе «Баянтау», с выделением 100 мест со всего Казахстана. Во время отдыха волонтерами-студентами проведены спортивно-

оздоровительные и культурно-развлекательные мероприятия среди отдыхающих молодежи: (футбол, волейбол, лазание по горам, плавание в озере «Джасыбай» и дискотеки с проведением агитационной работы по здоровому образу жизни)

Волонтеры ИнЕУ работают в рамках движения «Спорт и Здоровье». Участники данного движения активно принимают участие в межвузовских, областных и республиканских соревнованиях по теннису, шахматам, футболу, мини-футболу, волейболу, баскетболу и занимают призовые места на республиканском и областном уровнях так, студент ИнЕУ Сеилов А. стал чемпионом Казахстана по поясной борьбе и серебряным призером на чемпионате мира, в рамках республиканской студенческой универсиады студент Бабич Е. занял 1 место в беге на 100 м.

Волонтеры ВУЗов принимают самое активное участие в мероприятиях, проводимых ВУЗами, городом, областью.

Студенты проекта ВОЗ «Здоровые университеты» ежегодно участвуют в проведении широкомасштабных мероприятий, таких как молодежная акция «Мы за ЗОЖ», посвященная Международному дню борьбы с наркоманией и незаконным оборотом наркотиков, «Фестиваль здоровья», «Денсаулык жолы». В юбилейном 2007 году «Фестиваль здоровья» прошел под девизом "10 лет Стратегии « Казахстан – 2030» - 10 лет на пути развития здорового и процветающего общества». В заключительной части «Фестиваля здоровья -2007» студенты ВУЗов и ССУЗов г. Павлодара организовали спортивно-развлекательные мероприятиях по волейболу, армрестлингу, казакша-курес, тогыз кумалаку, мини- футболу и другим видам спорта.

Под девизом "10 лет Стратегии « Казахстан – 2030» - 10 лет на пути развития здорового и процветающего общества» на базе ПГУ прошла широкомасштабная акция «Молодежь за здоровый образ жизни» с участием представителей всех департаментов, студентов ВУЗов города Павлодара.

Участники проекта ВОЗ «Здоровые университеты» проводят мероприятия в рамках каждого месячника, декадника посвященных Всемирным дням. Среди студентов организовывается и проводится конкурс плакатов на тему «Жизнь без туберкулеза», спортивная эстафета «Туберкулез легче предупредить, чем излечить», круглые столы, семинары – тренинги, научно – практическая конференций на тему «ВИЧ/СПИД. Проблема века», акции «Остановите СПИД», «Мы выбираем жизнь».

В рамках месячника по профилактике наркомании на территории северной промышленной

зоны проводилась публичная акция по уничтожению наркотических средств. Организатором данного мероприятия является отдел внутренней политики г. Павлодара. В публичной акции приняли участия студенты ПГУ, ИнЕУ, ПГПИ.

Внедрение проекта ВОЗ «Здоровые университеты» в ВУЗах области дали определенные результаты:

• В настоящее время проект ВОЗ «ЗУ» в Павлодарской области расширен до 5 ВУЗов, когда в предыдущих годах по данному проекту работали 3 ВУЗа области.

- Улучшилось оснащение спортивных, тренажерных залов необходимыми спортивными оборудованиями.
- Уровень информированности студентов по социально значимым заболеваниям в среднем составляют 89-99%, когда в предыдущих годах этот показатель составлял 45-50%;

Таким образом, формирование идеологии с учетом особенностей развития, психологии и нужд студентов дает возможность более эффективно работать с проблемами, которыми сталкивается современная молодежь.

ПАВЛОДАР ҚАЛАСЫНЫҢ №2 ЖАЛПЫ ОРТА БІЛІМ БЕРУ МЕКТЕБІНІҢ БАЗАСЫНДА «ВАЛЕОЛОГИЯ - ҚАЛАЙ ДЕНІ САУ БОЛУ» АТТЫ ОҚЫТУ БАҒДАРЛАМАСЫН ЕНГІЗУ ТӘЖІРИБЕСІ

Н.Б.Асылбекова №2 Орта мектеп, Павлодар қ.

ОПЫТ РАБОТЫ ПО ВНЕДРЕНИЮ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ «ВАЛЕОЛОГИЯ – КАК БЫТЬ ЗДОРОВЫМ» НА БАЗЕ СРЕДНЕЙ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЫ №2 г. ПАВЛОДАР

Н.Б.Асылбекова СШ №2 г.Павлодар

WORK EXPERIENCE ON «VALEOLOGY-HOW TO BE HEALTHY» EDUCATION PROGRAM INTRODUCTION AT THE BASE OF HIGH SCHOOL №2 PAVLODAR CITY

N.B. Asylbekova, high school №2, Pavlodar

В целях реализации стратегии «Казахстан-2030»: процветание, безопасность и улучшение благосостояния всех казахстанцев» и республиканской программы «Здоровый образ жизни», а также во исполнение Приказ № 572 от 04.12.1998г. Министерства Образования, Культуры и Здравохранения Республики Казахстан в СОШ №2 г.Павлодара осуществляется внедрение образовательной программы «Валеология — как быть здоровым с 1998 года». Нашей школой была определена следующая цель: «достижение здорового образа жизни среди всего школьного контингента путем повышения уровня информированности через образовательные программы по сохранению и укреплению здоровья школьников, а также».

С момента внедрения данной программы был открыт кабинет валеологии, который оснащен новой мебелью и необходимым оборудованием для обучения школьников валеологии. В кабине-

те имеются три стенда: «З», «О», «Ж». На стенде «З» размещена информация, для закрепления знаний по валеологии, которая обновляется согласно календарному плану по предмету «валеология», что имеет немаловажное значение в проведении урока. На стенде «О» расположены нормативно-базовые документы по валеологии и другие материалы, содержащие информацию о системе работы школы. На стенде «Ж» перечислены восемь приоритетных направлений здорового образа жизни, по которым работает школа. Наглядные материалы, использованные на данном стенде, помогают прививать школьникам навыки ведения здорового образа жизни, которые способствуют в формировании личности детей и подростков. В средней школе № 2 учебная программа «Валеология – как быть здоровым» внедряется с 1998 года. В настоящее время всего обучением охвачены 862 учащихся, т.е. 100%.



В школьную политику формирования здорового образа жизни среди всего школьного контингента входит повышение уровня информированности учащихся, путем внедрения следующих образовательных программ по формированию здорового образа жизни:

- 1) «Валеология как быть здоровым»;
- 2) профилактика ВИЧ/СПИДа;
- 3) гигиена полости рта;
- 4) охрана репродуктивного здоровья «Взросление»;
 - 5) нравственно-половое воспитание;
 - 6) физическая активность;
 - 7) основы безопасности жизни.

Эффективность внедрения программы «Валеология - как быть здоровым» можно увидеть по результатам сравнительного мониторинга за десять лет в вопросах информированности учащихся по формированию здорового образа жизни. Анализ показал, что уровень информированности учащихся в вопросах профилактики социально-значимых заболеваний в 1998 году составлял всего лишь 45-55%, а в 2008 году этот показатель повысился до 90-95%.

В школе ведется четкий контроль за переходом детей из спецмедгруппы в подготовительную, далее в основную при наблюдении положительных результатов оздоровительных мероприятий, и в обратном направлении в случаях болезни. От общего количества 862 учащихся, 88% составляет основная группа, 7% подготовительная группа, 3 % составляет специальная медицинская группа, 2% освобожденные от физкультуры по состоянию здоровья.

- с этого года ими достигнут 100%-ый (862 детей) охват горячим питанием учащихся и 90% учителей благодаря снижению цены на питание. Во время полдника дети посещают фитобар, и оздоравливаются напитками из разных трав. Дети с ослабленным здоровьем, по желанию родителей, употребляют диетическое питание, назначенное лечащим врачом.
- охват буфетной продукцией составляет 80-90%. Дети получают трехразовое питание: второй завтрак для детей младшего возраста; обед для всего школьного контингента; полдник для детей младшего и среднего возраста.
- Бесплатным питанием охвачены -52% (517) детей, из них: 30 % (258) детей из малообеспеченных и многодетных семей; 20 %(172) ту-

бинфицированные и тубвиражные; 2% (17) детисироты.

Опытными учителями СОШ №2 г.Павлодара (Альхановой Г.Б. и Машимовой А.Ш.) на уроках валеологии и профилактики ВИЧ/СПИДа используются разнообразные формы работы в виде игровых и тренинговых занятий, лечебно-оздоровительных упражнений, исследовательских и практических работ.

За пять лет в школе прошли пять семинарских занятий для заместителей директоров по воспитательной работе, валеологов и координаторов программ здорового образа жизни, одна областная конференция для директоров и координаторов проекта «Школы, содействующие укреплению здоровья» области.

Сравнительный анализ простудных инфекционных заболеваний показывает, что ежегодно отмечается снижение ОРВИ на 10-12%, в результате чего третий год школа не закрывается на карантин. В целях профилактики гриппа и ОРВИ ежегодно, начиная с октября месяца, учащиеся принимают витаминотерапию (аскорбиновая кислота, поливитамины), в момент вспышки гриппа - ароматерапию (чеснок, лук), смазывают носовые ходы оксалиновой мазью, либо сливочным маслом. В школе работает фитобар. В меню столовой всегда имеется фиточай. Дети постоянно во время перемены и после занятия физкультуры с удовольствием пьют фиточай из разных трав, рекомендованных школьной медсестрой. В результате этих мероприятий достигнуты положительные результаты со стороны здоровья.

Анализ показывает, что заболеваемость среди старшеклассников стабилизирована (10%), ухудшение степени сколиоза не наблюдается. Снижение сколиоза на 3-5% отмечается за счет детей младшего и среднего возрастов, что свидетельствует о положительных результатах вышеуказанных мероприятий.

Перспективы развития программы «Валеология – как быть здоровым»:

- 1. Рекомендация на присвоение статуса инновационного типа школы по формированию здорового образа жизни;
- 2. Создать ресурсный сетевой центр по формированию здорового образа жизни;
- 3. Распространить передовой педагогический опыт работы по внедрению программы «Валеология – как быть здоровым» в области и в Республике;
- 4. Создать оздоровительный фитнес-центр «Гармония» в 2009-2012 годы.



ПАВЛОДАР ОБЛЫСЫНЫҢ ОРТА БІЛІМ БЕРУ ҰЙЫМДАРЫНДА «ВАЛЕОЛОГИЯ - ҚАЛАЙ ДЕНІ САУ БОЛУ» ОҚЫТУ БАҒДАРЛАМАСЫН ЕНГІЗУ ТӘЖІРИБЕСІ ЖӘНЕ ПРОБЛЕМАЛАРЫ

Г.Ш.Нурахметова

Салауатты өмір салтын қалыптастырудың облыстық орталығы, Павлодар қ.

«ОПЫТ И ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ «ВАЛЕОЛОГИЯ – КАК БЫТЬ ЗДОРОВЫМ» В ОРГАНИЗАЦИЯХ СРЕДНЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ПАВЛОДАРСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 10 ЛЕТ (1998- 2008 гг.)

Г.Ш.Нурахметова

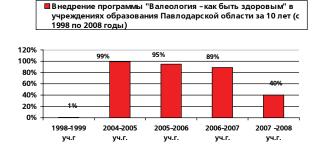
Центр формирования здорового образа жизни Павлодарской области, г.Павлодар

EXPERIENCE AND PROBLEMS OF «VALEOLOGY-HOW TO BE HEALTHY» EDUCATION PROGRAM INTRODUCTION AT HIGH SCHOOL LEVEL INSTITUTIONS OF PAVLODAR OBLAST FOR 10 YEAR PERIOD (1998- 2008)

G.Sh.Nurakhmetova, Healthy lifestyle development center of Pavlodar oblast

Долгое время забота о здоровье человека была прерогативой системы здравоохранения, без активного вовлечения других ведомств. Сегодня эта проблема является весьма важной задачей для всего общества, включая сферы образования и здравоохранения, культуры и спорта, средств массовой информации и других заинтересованных сторон.

Для обеспечения системности и эффективности проводимых мероприятий по укреплению здоровья школьников, в учреждениях образования нашей области программа «Валеология – как быть здоровым» внедрена с 1998 года на базе трех средних общеобразовательных школ г. Павлодара: № 2, №10, №19. Такой низкий охват внедрения данной программы в то время было связан с тем, что в области внедрялась авторская программа «Жить здоровым», которая не отражала вопросы по социально-значимым заболеваниям. Доказав о необходимости внедрения единой республиканской программы по сохранению и укреплению здоровья детей и подростков, в учреждениях образования области с 2000 года началась усиленная работа по внедрению программы «Валеология - как быть здоровым».



К 2004 году охват программой «Валеология» составлял - 99%. Однако, к сожалению, за последние 3 года в нашей области отмечается снижение внедрения данной программы до 40% школ.

Причинами такого снижения внедрения программы «Валеология - как быть здоровым» в общеобразовательных школах области являются:

- внедрение программы, как факультативный предмет;
- при выборе факультативной формы обучения обязательными считаются два часа обучения государственному языку и три часа урока физической культуры.

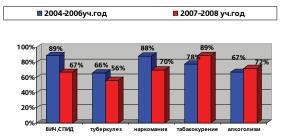
Одним из приоритетных направлений в вопросе сохранения и укрепления здоровья школьников является формирование здорового образа жизни через информирование, привитие жизненных навыков, мотивацию и формирование ответственного поведения.

Снижение охвата школьников предметом «Валеология» повлияло на уровень информированности школьников по основным аспектам здорового образа жизни. В текущем году отмечается снижение уровня информированности по профилактике туберкулеза, наркомании и ВИЧ/СПИДа среди учащихся по сравнению с 2004-2005 учебным годом.

Охрана здоровья подрастающего поколения – важнейшая государственная задача, так как фундамент здоровья взрослого населения страны закладывается, в детском возрасте. Именно, поэтому 26 марта 2008 года вопрос «О ведении программы «Валеология – как быть здоровым» в учреждениях Павлодарской области» заслушан



на заседании областного межведомственного координационного совета по формированию здорового образа жизни. Решением председателя координационного совета, она же заместитель Акима области, дано протокольное поручение директору департамента образования «об обязательном включении предмета «Валеология» в систему образовательной программы в виде факультативной формы обучения».



На заседании областного межведомственного координационного совета по формированию здорового образа жизни вопросы по укреплению и сохранению здоровья подрастающего поколения рассматриваются ежеквартально, с 2007 года практикуется проведения выездного заседания. Первый выездной координационный совет прошел на базе школы-интерната №2 г. Павлодара в 2007г.

В текущем году на базе института повышения педагогических кадров прошли 2 курса для учителей валеологов школ области на государственном языке и координаторов, с участием специалистов ОЦФЗОЖ. По основным аспектам здорового образа жизни данные курсы прошли:

- более 100 директоров школ;
- 61 заместителей директоров по воспитательной работе;
 - 85 учителей физкультуры;
 - 74 учителей валеологов;
- 38 координаторов ЗОЖ и 250 классных руководителей.

Огромная роль в методологии воспитания и образования по формированию здорового образа жизни принадлежит использованию новых форм работы с интерактивными методами обучения. Областным центром формирования здорового образа жизни совместно с учреждениями образования продолжается работа с использованием интерактивных методов обучения (тренингов, познавательных и ролевых игр, театрализованных представлений и видеоматериалов). 60% школ используют интерактивные методы обучения на уроках валеологии. Опыт работы по новым технологиям клуба («Человек в маске», « Ақ босаға», «Ак жунус», театрализованные представления «В гостях у дяди Степы», «Ана зары») в рамках реализации политики формирования здорового образа жизни обобщается на областных конференциях по внедрению проекта ВОЗ «Школы, способствующие укреплению здоровья». За 10-лет деятельности центром формирования здорового образа жизни Павлодарской области в текущем году проводится 9-ая областная конференция в рамках данного проекта. В целом по данному проекту работают 85 школ области, и в перспективе планируется расширение проекта до 100 школ в области.

Ежегодно совместно с заинтересованными ведомствами проводится молодежная акция, посвященная Международному дню борьбы с наркоманией и незаконным оборотом наркотиков под девизом: «Жизнь без наркотиков», «Молодежь за здоровый образ жизни», «Наркотики детям не игрушки», «Мы выбираем жизнь», «Денсаулык жолы». Участвуем в международном конкурсе «Брось курить и выиграй». Работы учащихся школ г. Павлодара направлены для участия в Республиканском конкурсе рисунков «Мир красками детей», учащиеся четырех общеобразовательных школ заняли призовые места.

В рамках движения "Равный – равному" подготовлены более 190 волонтеров из числа учащихся школ, 178 студентов, которые сами ведут и принимают активное участие в пропаганде здорового образа жизни.

Выпущено и тиражировано 5200 экземпляров информационно- образовательных материалов. За период с 2002 года в общеобразовательных школах области созданы и функционирую 270 наркопостов.

В результате проведенной работы на межсекторальном уровне можно отметить тенденцию к снижению заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами среди подростков. В текущем году количество состоящих на диспансерном учете снизилось на 33,3%, в том числе подростков состоящих по поводу алкоголизма на 34,2%, наркомании 27,1%. Это связано с более тщательным отбором несовершеннолетних в группы риска и взятия их на диспансерный учет.

В целом за 2007 год областным центром формирования здорового образа жизни, совместно со специалистами учреждений образования области проведены: 6 конференций, 47 круглых столов, 40 акций, более 1500 лекций с использованием аудио и видеороликов, 30 семинаров.

Таким образом, в целях достижения определенных успехов в формировании среди детей, подростков и молодежи культуры здорового образа жизни, укреплении и сохранении здоровья, мы предлагаем добиться введения предмета «Валеология» в организациях среднего образования республики, как базисного предмета.

МЕКТЕП МЕДИЦИНАСЫНЫҢ ПРОБЛЕМАЛАРЫ ЖӘНЕ ДАМУ БОЛАШАҒЫ

Л.Н.Шумилина

ҚР ДСМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қ.

ПРОБЛЕМЫ ШКОЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕЕ РАЗВИТИЯ

Л.Н.Шумилина

Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы

PROBLEMS OD SCHOOL MEDICINE AND DEVELOPMENT PROSPECTS

L.N.Shumilina

National Center for problems of healthy lifestyle development under Ministry of health RK, Almaty

Интерес к проблемам школьной медицины проявился еще в 2006 году, когда на базе «Национального Центра проблем формирования здорового образа жизни» МЗ РК на основании Приказа МЗ РК от 16 июня 2006г. № 265 «Об усилении работы по укреплению здоровья подростков и школьников» предполагалось создание и утверждение Республиканского Центра проблем школьной медицины. Специалистами были разработаны и отправлены на утверждение: «Положения о Республиканском, Областном и Городском Центрах проблем школьной медицины», включающие общие положения, задачи, функции, права, ответственность и взаимосвязь, «Должностная инструкция специалиста школьной медицины районного центра ФЗОЖ», которая содержит функциональные обязанности, права, ответственность и взаимосвязь специалистов.

Тогда же были внесены изменения и дополнения к приказу Министерства образования и науки РК от 10 июля 2000г. № 708 «Об утверждении нормативных правовых актов, регламентирующих деятельность дошкольных и общеобразовательных организаций образования» с представлением последнего в Министерство здравоохранения Республики Казахстан. Для чего были проведены заседания 3-х рабочих групп с участием руководителей и специалистов НЦПФЗОЖ, заместителей главных врачей ГДП, специалистов Департамента Госсанэпиднадзора г. Алматы, заведующих кафедрой стоматологией КазНМУ и АСИПО, медицинских сестер общеобразовательных школ. (28.09.06., 03.10.06, 05.10.06г.), на которых суждался блок вопросов, касающихся обязанностей медицинских работников организаций об-

Реорганизация системы школьного здравоохранения в рамках «Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 гг.» предполагает создание Службы школьной медицины (СШМ). Одним из сдерживающих факторов деятельности Центров школьной медицины является структурно-функциональное подчинение среднего медицинского персонала общеобразовательных школ системе образования. Вопрос переподчинения среднего медицинского персонала из системы Министерства образования и науки в системы Министерства здравоохранения решается и поднимался на заключительной коллегии Департамента здравоохранения г. Алматы 19.02.07 года. Он давно интересует директоров и медицинских работников школ, родителей школьников.

Известно, что здоровье ребенка, его социально-психологическая адаптация, нормальный рост и развитие во многом определяются средой, в которой он живет, а для детей 6-17 лет этой средой является школа. Можно выделить целый комплекс факторов, которые нарушают процессы роста и развития ребенка, ухудшают его здоровье.

Серьезной проблемой школьных медиков является отсутствие должного контакта с семейными врачами и педиатрами. Есть попытки расширить возможности общения между школьными медицинскими работниками и семейными врачами, но пока между ними еще нет живого, эффективного обмена информацией. Этот обмен очень важен не только с точки зрения профилактики, но и с точки зрения оперативного решения проблем со здоровьем, возникающих у школьников. Если врач поставил ученику диагноз, а школьный специалист ей не владеет, то это может повлиять на состояние здоровья ученика. Зная о болезни, специалист школьной медицины способен прийти на помощь и дать определенные рекомендации по поводу рационального питания, поведения, ведения здорового образа жизни, физической нагрузки или помочь в выполнении предписаний доктора.

Учреждениям, занимающимся здоровьем школьников, такая информация просто необходима, она способна, например, повлиять на кален-



дарный план прививок, тем более, если ребенок переболел чем-то серьезным. Семейные врачи сейчас также не владеют информацией о том, как ребенок развивается в школе. Ученик часто попадает к врачу, только когда у него уже возникло серьезное заболевание.

Именно с точки зрения здоровья самих детей, тесное сотрудничество между школой и семейной

медициной, педиатрами поликлиник, очень важно. Тем более что по свидетельству официальной статистики, состояние здоровья учащихся значительно ухудшается в процессе школьного образования, а по данным Департамента здравоохранения в школах здоровых детей практически нет. Поэтому решение проблем создания и развития школьной медицины не терпит отлагательств.

Қазақстан Республикасындағы үзіліссіз білім беру жүйесіндегі «Валеология - қалай дені сау болу» оқыту бағдарламасын іске асырудың 10-жылдығына ұштастырылған «Балалардың денсаулыған сақтау мен нығайтудағы оқуту бағдарламаларының рөлі» атты Республикалық семинар-мәжілісінің РЕЗОЛЮЦИЯСЫ, 15-16 мамыр 2008ж., Алматы қ.

РЕЗОЛЮЦИЯ Республиканского семинара-совещания «Роль образовательных программ в сохранении и укреплении здоровья детей», приуроченного к 10-летию реализации программы «Валеология – как быть здоровым» в системе непрерывного среднего образования Республики Казахстан, 15-16 мая 2008 г., г. Алматы

RESOLITION of Republican workshop "Role of educational programs at children health protection and promotion" confined to 10 year anniversary of "valeology-how to stay healthy" program in a continuous educational system of the Republic of Kazakhstan, 15-16 may 2008, Almaty

15-16 мая 2008 г. г. Алматы

В соответствии с планом мероприятий и в целях реализации программы «Здоровый образ жизни» 15-16 мая 2008 года в городе Алматы прошел Республиканский семинар, в работе которого приняли участие специалисты системы здравоохранения, образования, международные организации, средства массовой информации.

Участники семинара единодушно отметили, что состояние здоровья детей, подростков и молодежи, профилактика и формирование здорового образа жизни являются одной из актуальных проблем социально-экономического развития Казахстана. Решением данной проблемы должны заниматься медицинские работники, специалисты системы образования, родители, но самое главное – в эту работу должны быть вовлечены учащиеся и школьное сообщество.

Значение формирования новых подходов к культуре здорового образа жизни особо подчеркнул Н.А. Назарбаев на заседании Правительства РК 8 мая 2008года.

Предметом, обучающим подрастающее поколение основам формирования здорового образа жизни, навыкам сохранения и укрепления здоровья, является образовательная программа «Валеология - как быть здоровым», утвержденная и внедряемая как самостоятельный факультативный предмет Приказом Министра образования, культуры и здравоохранения Республики Казахстан за № 572 от 04. 12. 1998 г.

За 10-летний период ее реализации разработаны стандарты формирования здорового образа жизни в системе образования, изданы учебники по валеологии, изучены особенности формирования поведенческих факторов риска и распространенности заболеваний в школьной среде.

В настоящее время в Казахстане наблюдается тенденция к сокращению количества часов по программе, снижению охвата учащихся предметом валеология. Если в 2003 году охват данным предметом по республике составлял 93% школ, то в 2007 году он составил около 60% школ. Не во всех школах республики имеется штатная укомплектованность педагогами-валеологами. Только 40% педагогов, ведущих данный пред-



мет, прошли подготовку и переподготовку по валеологии. В остальных 60% случаях предмет ведут учителя физкультуры, начальной военной подготовки, химии и др. В школах отсутствуют специально оснащенные кабинеты, отмечается недостаточное обеспечение учебно-методическими и наглядными материалами. Факультативная форма обучения воспринимается отдельными директорами школ как дополнительная нагрузка, не подлежащая включению в образовательном процессе, что дискредитирует само валеологическое образование.

В процессе обсуждения участники семинара обозначили ряд трудностей, недостатков и проблем совершенствования валеологического образования школьников. Для их решения необходимо:

- 1. В целях совершенствования образовательных программ по сохранению и укреплению здоровья школьников объединить усилия министерств здравоохранения, образования и науки, туризма и спорта, международных и неправительственных организаций, направленные на оптимизацию совместной работы по валеологическому образованию.
- 2. Провести всестороннее и многоплановое исследование состояния реализации программ «Валеология как быть здоровым», «Здоровье и жизненные навыки» и других профилактических образовательных программ с целью исключения их дублирования.
- 3. Включить программы «Валеология», «Здоровье и жизненные навыки» в инвариатив-

ную часть обучения учащихся общеобразовательных школ республики.

- 4. Принять меры по обеспечению в достаточном количестве качественными учебно-методическими и наглядными материалами педагогов и учащихся на казахском и русском языках.
- 5. Принять меры по организации подготовки и переподготовки педагогов по предмету валеология.
- 6. Продолжить изучение международного опыта разработки и реализации школьных образовательных программ для их использования в преподавании предмета валеология.
- 7. Использовать возможности привлечения НПО к процессу профилактического образования подрастающего поколения. Рассмотреть возможность выделения грантов.
- 8. Активное приобщение родителей к эффективной реализации здоровье сберегающих образовательных программ.
- 9. Материалы семинара-совещания опубликовать в журналах «Актуальные вопросы здорового образа жизни», «Открытая школа», «Валеология. Здоровье и жизненные навыки».
- 10. Предложения по совершенствованию преподавания предмета валеология направить в министерства здравоохранения, образования и науки РК.

Перечисленные выше предложения единогласно приняты участниками семинара.



СОЗЫЛМАЛЫ ИНФЕКЦИЯЛЫҚ ЕМЕС АУРУЛАРДЫҢ ПРОФИЛАКТИКАСЫНДА МАРКЕТИНГТІК ТӘСІЛДЕРДІ ҚОЛДАНУ

А.А.Аканов,Қ.А.Төлебаев, Б.С.Тұрдалиева ҚР ДСМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қ.

ПРИМЕНЕНИЕ МАРКЕТИНГОВЫХ ПОДХОДОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

А.А.Аканов, К.А.Тулебаев, Б.С.Турдалиева Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы

APPLYING MARKETING APPROACHES WITHIN CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES REVENTION

A.A. Akanov, K.A. Tulebaev, B.S. Turdalieva National State Medical University, Almaty National Center for the problems of Healthy Lifestyle Development, Almaty

ТҰЖЫРЫМ

Созылмалы инфекциялық емес аурулардан қазақстандықтардың жоғары дәрежеде сырқаттанушылығы мен өлім проблемасы проблемасы көптеген жылдар, әсірісе соңғы онжалдықтарда өзекті болып табылады. Халықтыңсозылмалыауруларменсырқаттануынаолардың өмір салтының ықпалын көптеген ғалымдар дәлелдеді, осыған байланысты тұрғын-халықпен жұмыстың жаңа әдістері мен амалдарын қолданып профилактикалық бағдарламаларды әзірлеу әр түрлі елдер ғалымдарының назарында. Профилактикалық араласу бағдарламасын эзірлеу және іске асыру кезінде маркетингтік жолдарды қолдану халық арасында созылмалы инфекциялық емес аурулардың дамуына әсер ететін қауіп-қатер факторлар таралуының төмендеуі түріндегі оң нәтижеге қол жеткізуге мүмкіндік берді.

SUMMARY

High sickness and mortality rate among Kazakhstanian people caused by chronic non-communicable diseases has been actual during many years and particularly during recent decades. Impact of population routine life style on its chronic pathology sickness rate has been proven by lots of scientific studies in connection with which prevention programs development via applying new methods and operational techniques at treating population now is in the center of attention of scientists from different countries worldwide. Applying marketing approaches at Preventive Intervention Program development and realization let us reach positive results in reducing chronic non-communicable diseases prevalence risk factors development amongst population.

В настоящее время проблема высокой заболеваемости хроническими неинфекционными заболеваниями, смертности, инвалидности среди населения чрезвычайно остра и продолжает актуализироваться.

Проведенные научные исследования в области профилактики позволили разработать методологические основы первичной и вторичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний. Определены факторы риска, способствующие развитию болезней, разработана концепция факторной профилактики. Сформулированы задачи профилактической деятельности, основные направления и организационные основы построения профилактических программ, разработана система технологий профилактики.

На основе теоретических исследований разработаны профилактические программы для разработаны профилактические программы для разработаны профилактические программы для разработания профилактических исследований разработаний разраб

личных категорий населения (детей, подростков и молодежи различных возрастов; для организованного и неорганизованного населения). Наиболее полно комплекс программ представлен и апробируется на модельных площадках, где они функционируют в течение ряда лет, и определяется их эффективность [3].

В связи с мультидисциплинарным характером проблемы профилактики широко развивается межведомственная активность как в плане участия в различных исследовательских проектах, практической реализации научных исследований, так и в решении вопросов развития системы профилактики [4].

В зависимости от направленности профилактической работы на различные категории населения выделяются следующие стратегии деятельности:

1. Профилактика, основанная на работе в школе, создание сети «здоровых школ», включе-



ние профилактических занятий в школьные учебные программы.

- 2. Профилактика, основанная на работе с группами риска в медицинских учреждениях.
 - 3. Профилактика, основанная на работе с семьей.
- 4. Профилактика в организованных общественных группах населения.
- 5. Профилактика, направленная на группу риска в неорганизованных коллективах.
- 6. Подготовка специалистов в области профилактики.
- 7. Проведение общественных мероприятий и акций по профилактике заболеваний и пропаганде здорового образа жизни.

Однако еще существуют серьезные проблемы, без решения которых профилактика в масштабах страны не может быть действенной и эффективной. Одной из основных проблем является то, что действия в области профилактики не носят системного и повсеместного характера. Многие профилактические программы, разрабатываемые в различных регионах страны, являются не достаточно профессиональными и реализуются лицами, не имеющими специальной подготовки и соответствующего образования. Ситуация усугубляется тем, что в стране недостаточно образовательных учреждений по подготовке специалистов в области профилактики. На фоне глобального характера проблемы в стране недостаточно специалистов, занятых междисциплинарными и адекватными современным требованиям науки и практики исследованиями, способных разрабатывать и внедрять обучающие программы, а также проводить квалифицированную подготовку кадров в области профилактики. Все это девальвирует деятельность, направленную на сокращение бремени хронических неинфекционных заболеваний.

В качестве основных задач, решаемых в современных условиях, следует назвать новое осмысление профилактики с точки зрения подходов современного маркетинга и менеджмента [6], определение роли образа жизни казахстанцев в формировании хронической патологии, возможностях и наиболее эффективных путях улучшения состояния здоровья населения, основанных на научно-обоснованных принципах и подходах общественного здравоохранения.

Для успешного развития системы профилактики хронических неинфекционных заболеваний в целом и определения соответствующих профилактических мероприятий авторами были применены основы маркетинга при разработке программы профилактики хронических неинфекционных заболеваний. На первом этапе был составлен план разработки программы, включающий в себя этап

маркетинговых исследований, определение цели и задач программы, разработка моделей профилактического вмешательства, составление плана с определение ответственных лиц по реализации программы, проведение координации и мониторинга, оценки проводимых мероприятий и анализа достижения поставленной цели, разработки рекомендаций для дальнейшего развития.

Если разбить всю работу по разработке, внедрению, развитию и оценке профилактической программы, то она будет состоять из нескольких фаз. Схематично это можно представить следующим образом:



Рисунок 1. Фазы программы профилактики XHИЗ (пример Казахстана)

1-я фаза: развитие политики. Для решения вопроса о разработки какой-либо программы вообще, и в частности программы профилактики хронических неинфекционных заболеваний, было проведено несколько организационных мероприятий, встреч с представителями различных секторов системы здравоохранения (учеными, представителями департаментов здравоохранения) для создания рабочих групп с целью внедрения профилактической программы. Основными результатами работы на этапе развития политики стало принятие нормативно-правовых документов, издание приказов по разработке и внедрению программы профилактики хронических неинфекционных заболеваний в нескольких городах Казахстана, в частности Астане, Алматы, Семипалатинске и Шымкенте.

2-я фаза: проведение маркетинговых исследований. Исследования проводились в несколько этапов. Для разработки системы научнообоснованных профилактических мероприятий важно было оценить ситуацию на трех уровнях. Для этого, на первом этапе была проведена оценка заболеваемости хроническими неинфекционными заболеваниями населения РК и смертности по причине последних по данным официальной статистики для определения актуальных заболеваний и влияния этой патологии на состояние здоровья населения. Проведен временной анализ заболеваемости ХНИЗ и смертности за 15-летний период для определения динамики и тенденций развития



ситуации в стране путем статистического моделирования и прогнозирования.

Результаты проведения исследования показали, что за период с 1988 по 2003 годы по данным статистических материалов официальных информационных систем было установлено, что заболеваемость хроническими заболеваниями неуклонно растет. Наибольшие пики заболеваемости отмечались в начале 90-х годов и 2002-2003 годах, которые были обусловлены в первом случае, ухудшением социально-экономического положения в начале 90-х годов, во втором, активизацией системы здравоохранения по выявлению заболеваний в период проведения Года здоровья в 2002 году. В структуре общей заболеваемости на первом месте находятся болезни органов дыхания, которые составили 52,0% всей заболеваемости, на втором месте – болезни мочеполовой системы (21,0%), на третьем – болезни органов пищеварения (11,0%), на четвертом - болезни системы кровообращения (10,0%), на пятом – новообразования и болезни эндокринной системы (по 3,0% соответственно) т.д. Анализ показал, что структура общей заболеваемости практически не изменилась за 15-летний период времени. Это свидетельствует о стабильной картине заболеваемости хроническими неинфекционными заболеваниями на протяжении длительного времени, которое обусловливает в свою очередь высокие показатели инвалидности и смертности.

Второй этап — исследование уровня распространенности выявленных приоритетных хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития среди взрослого населения 4-х городов Республики Казахстан (гг. Астаны, Семипалатинска, Шымкента, Алматы), изучение осведомленности медицинских работников в области профилактики и их оценка состояния профилактической помощи для разработки научно-обоснованных моделей профилактического вмешательства. Исследование было проведено в 2000 году путем формирования случайной выборочной совокупности населения вышеназванных городов в возрасте 15-64 лет.

Проведение углубленного исследования уровня распространенности хронических неинфекционных заболеваний и факторов образа жизни населения позволило выявить основные причины и риски образа жизни населения Казахстана, обусловившие неутешительную ситуацию по состоянию здоровья казахстанцев. Отмечалась высокая распространенность сердечно-сосудистых заболеваний (20,28%), т.е. практически каждый пятый городской житель страдал каким-либо заболеванием системы кровообращения, хронических неспецифических заболеваний легких (11,63%), болезней органов пи-

щеварения (35,35%), мочевыделительной системы (11,77%), сахарного диабета (6,94%). Нездоровый образ жизни - высокая распространенность курения (31,91%), употребления алкоголя (62,82%), низкой физической активности (71,98%), избыточной массы тела (36,39%), артериальной гипертонии (12,77%) стали основными факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний.

3-я фаза: демонстрация или развитие моделей профилактических вмешательств. Эта фаза включала разработку и внедрение различных моделей профилактических вмешательств, которые были разработаны на основе полученных результатов маркетинговых исследований по распространенности хронических неинфекционных заболеваний и влияния образа жизни населения на состояние их здоровья.

Были разработаны и внедрены различные модели профилактического вмешательства, направленный на работу с отдельными категориями населения. В частности, были развиты модели работы с детьми и подростками через образовательные учреждения, медицинские модели профилактики с взрослым населением через систему первичной медико-санитарной службы, модели профилактического вмешательства на рабочих местах. Все модели имели общие принципы (интеграция, основные этапы внедрения, систему координации и мониторинга), в тоже время каждая модель являлась абсолютно самостоятельной в плане разработки плана мероприятий, подходов, методов обучения населения и т.д.

4-я фаза: оценка. Цель проведения оценки внедрения моделей профилактических вмешательств — развитие лучшего понимания процесса профилактического вмешательства, возможность изменения разработанных планов для лучшей их адаптации в конкретной среде. Одним из основных инструментов является проведение повторных маркетинговых исследований для уточнения эффекта внедрения профилактической программы. С этой целью на данном этапе проведено сравнение эпидемиологической ситуации по факторам риска в городах, выбранные в качестве моделей. Исследование было проведено в 2003 году путем повторного обследования ранее отобранного населения вышеназванных городов в возрасте 15-64 лет.

Результаты исследования показали, что после проведения профилактического вмешательства распространенность курения в среднем по городам снизилась на 5,09%, употребления алкоголя — на 5,01%, избыточной массы тела — на 2,68%, низкой физической активности — на 8,66%. Была доказана медицинская эффективность разработанных и внедренных моделей профилактического вмеша-

тельства, что позволило в дальнейшем рекомендовать разработанные подходы и методы для реализации в других регионах и по стране в целом.

5-я фаза: распространение. Эта фаза включала в себя усиление политики профилактической направленности различных секторов общества, принятие управленческих и организационных решений на основе доказательной базы данных, внедрение научно-доказанных знаний в систему здравоохранения, в первую очередь, в практическое здравоохранение, другими словами, построение «моста между наукой и практикой».

Наиболее весомыми достижениями на данном этапе явились разработка мер по профилактике хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их возникновения, которые нашли отражение в «Алгоритмах действий медицинских работников первичной медико-санитарной помощи по пропаганде здорового образа жизни, профилактике факторов риска основных социально значимых заболеваний» и «Руководстве по пропаганде здорового образа жизни и профилактике заболеваний», утвержденных Министерством здравоохранения РК в качестве методических указаний (приказ МЗ РК от 25 декабря 2006 года № 644).

Большой вклад в профилактику заболеваний и формирование здорового образа жизни вносит реализация комплексной программы «Здоровый образ жизни» на 2005-2010 гг., обновленной на основе научных исследований последних лет. Усиление профилактического направления здравоохранения нашло свое отражение в Государственной программе реформирования и развития здравоохранения на 2005-2010 гг. [7].

Обучение медицинских работников работе с населением по профилактике поведенческих факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний является неотъемлемой частью реализации превентивной программы. Для решения данной задачи были разработаны и внедрены учебные модули для студентов медицинских учебных заведений и медицинских работников. Преподавание аспектов медицинской профилактики по единым модулям позволило повысить уровень подготовленности медицинских работников в вопросах профилактики заболеваний и укрепления здоровья населения на основе новейших

достижений зарубежных и отечественных ученых. С этой же целью были разработаны протоколы (стандарты) пропаганды здорового образа жизни и профилактики поведенческих факторов риска при основных заболеваниях для медицинских работников первичной медико-санитарной помощи, содержащие алгоритмы действий для медицинских работников ПМСП по пропаганде здорового образа жизни и предотвращению развития заболеваний и их осложнений.

В целом, пошаговая реализация программы профилактического вмешательства с применением маркетинговых подходов и приемов позволило определить приоритетные задачи и пути их решения, установить и правильно распределить ресурсы и возможности внедрения превентивных мер на каждом этапе программы, и получить положительные результаты в виде повышения уровня информированности населения в вопросах пропаганды здорового образа жизни и профилактики заболеваний и снижения распространенности поведенческих факторов риска среди населения.

Литература:

- 1. Assessment of National Capacity for Noncommucable Disease Prevention and Control, 2001
- 2. The World Health Report 2002, Reducing Risks, Promoting Healthy Life, World Health Organization, Geneva 2002.
- 3. Глазунов И.С. Опыт работы по проекту ВОЗ по борьбе с неинфекционными заболеваниями//Советское здравоохранение. 1987. №1. С.54-57.
- 4. Оганов Р.Г. Интегрированная программа профилактики неинфекционных заболеваний в СССР. 1989. 102 с.
- 5. Гундарев И.А., Глазунов И.С., Лисицин Ю.П., Иванов А.В., Деев А.Д. Методологические проблемы учения о факторах риска с позиций профилактической медицины // Вестник АМН СССР. 1986. №12. –С.34-41.
- 6. Родионова В. Н. Менеджмент в здравоохранении в новых экономических условиях //Экономика и управление здравоохранением /под ред. Ю. П. Лисицына. М., 1993, С. 43-83.
- 7. Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Казахстана на 2005-2010 годы. Астана, 2005.-170 с.



ДЕНСАУЛЫҚҚА ӘСЕР ЕТЕТІН ҚАУІП-ҚАТЕРЛЕРДІ БАСҚАРУДЫҢ ТӘСІЛДЕРІ

Б.С.Тұрдалиева

ҚР ДСМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қ.

ПОДХОДЫ К УПРАВЛЕНИЮ РИСКАМИ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ

Б.С.Турдалиева

Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы

HEALTH RISKS MANAGEMENT NEW APPROACHES

B.S. Turdalieva

National Center for the problems of Healthy Lifestyle Development, Almaty

ТҰЖЫРЫМ

Кәзіргі кездегі денсаулық сақтау саласы маңызды проблемаларының бірі созылмалы инфекциялық емес аурулармен жоғары дәрежеде сырқаттану және қаза болу жағдайлары болып табылады. Қауіп қатер факторларын қадағалау арқылы денсаулықты басқару осы проблеманы шешудің едәуір тиімді тетігі. Бұл сырқаттанушылық пен қаза болу деңгейін бақылауға және осы процесстерге созылмалы инфекциялық емес аурулардың факторлы профилактикасының негіздерін қолданып, ұзақ уақытқа арналған бағдарламаларды әзірлеу мен енгізу арқылы әсер етудің үлкен мүмкіндіктерін ашады.

SUMMARY

One of the major challenges of nowadays Public Health Care is high sickness and mortality rate caused by chronic non-communicable diseases. Health care management through risk factors control or in fact risks management is the most effective tool to tackle this problem. It allows holding control over sickness and mortality rate and opens promising opportunities for influencing those processes by means of elaborating and introducing long term preventive programs based on chronic non-communicable diseases factor prevention system.

Введение

Проблемы высокой заболеваемости и смертности от хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) представляют серьезную угрозу здоровью населения [1, 2, 3]. Лица, принимающие решения на разных уровнях управления легко могут быть перегружены этими многочисленными и сложными проблемами [4]. Так как ресурсы на решение всего комплекса проблем ограничены, невозможно решать все проблемы одновременно и при этом эффективно. Для эффективного решения проблем, необходимо провести оценку риска, т.е. ответить на вопрос: «Насколько серьезна проблема?». С этой целью используется показатель атрибутивного популяционного риска, показывающий пропорцию заболеваний, являющего результатом неблагоприятного воздействия риска. Другими словами, определяя популяционный атрибутивный риск (АПР), можно ответить на вопрос: «Какой процент бремени ХНИЗ вызван воздействием фактора риска и могло бы быть устранено, если воздействие было бы прекращено?»

Материал и методы

Проведено изучение АПР на основе исследования и установления основных классов хрони-

ческих неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития. Исследование проводилось в течение ряда лет дважды, в 2000 и 2003 году, до начала старта профилактической программы и в конце в следующих городах Казахстана — Астане, Алматы, Семипалатинске и Шымкенте. База данных составила 5709 человек в возрасте 15-64 лет в 2000 году и 4809 человек в 2003 году.

Результаты и обсуждение

Распространенность хронических неинфекционных заболеваний в 2000 году среди населения выбранных городов Казахстана составила 19,69%, в том числе сердечно-сосудистых заболеваний – 20,28%, хронических неспецифических заболеваний легких – 11,63%, болезней органов пищеварения – 35,35%, болезней мочевыделительной системы – 11,77%. Распространенность курения среди трудоспособного городского населения составила 31,91%, употребления алкоголя в небезопасных количествах 62,82%, избыточной массы тела 36,93%, низкой физической активности 71,98%.

В исследовании была проведена оценка риска развития основных классов ХНИЗ от воздействия факторов риска и получены следующие результаты. АПР развития сердечно-сосудистых заболева-



ний в связи с артериальной гипертонией составил 29,32%, в связи с ИМТ – 45,08%, с гиперхолестеринемией – 43,79%, с употреблением алкоголя – 11,08%, низкой физической активностью – 14,67% и курением – 7,58%. Самым сильным фактором риска развития хронических неспецифических заболеваний легких является курение, АПР которого составил в среднем 37,15%. Это означает, что почти в 40% случаев основной причиной развития хронических неинфекционных заболеваний органов дыхания является курение. От 10% до 22% болезней органов пищеварения вызваны поведенческими факторами риска. При исследовании АПР болезней органов мочевыделительной системы было выявлено, что наибольшее влияние на развитие данного класса заболеваний оказывают употребление алкоголя и гиперхолестеринемия (11,03% и 15,88% соответственно). Основной причиной развития сахарного диабета второго типа явилась избыточная масса тела, АПР которой составил 60,36%, а также артериальная гипертония (20,36% соответственно) при умеренной силе относительного риска. 34,02% и 30,10% бремени сахарного диабета обусловлено гиперхолестеринемией и употреблением алкоголя.

Курение и низкая физическая активность влияют на развитие данного заболевания в 8.97% и 11,37% случаях.

После проведения профилактических вмешательств, с использованием интегрированного комплексного подхода к проведению превентивных мероприятий в течение ряда лет, были получены результаты, свидетельствующие о снижении распространенности факторов риска развития ХНИЗ.

Эти результаты позволили сформулировать концепцию управления рисками или управления здоровьем через контроль факторов риска. Основными блоками управления рисками является оценка риска или сила воздействия факторов риска на развитие ХНИЗ, проведение сравнения рисков между по силе воздействия (по сути, ранжирование рисков) для определения наиболее эффективных путей их снижения, распространение информации о рисках (собственно профилактическое воздействие на население) и мониторинг риска с определением уровня распространенности факторов риска в процессе реализации профилактических вмешательств. Схематично это можно представить следующим образом (рисунок 1):



Рисунок 1. Схема управления риском

Таким образом, управление риском представляет собой процесс принятия решений, в котором для выработки стратегий по предотвращению риска или разработки первоочередных мер по его сокращению, наряду с результатами ранжирования, полученными в результате применения оценки риска, учитываются также и другие аспекты, в частности экономические, технические, социальные и даже политические вопросы. Управление риском отвечает на вопрос: «Что может и должно быть сделано для решения этой проблемы?». Конечный результат процесса управления риском - это набор программ (мероприятий) по снижению и/ или предотвращению риска, нацеленных на достижение поставленных целей наиболее эффективным способом. Одним из важных аспектов управления риском является вовлечение и заинтересованное участие в этом процессе различных ведомств, общественности, а также населения данной территории, перед которыми в процессе управления риском необходимо поставить четкие цели, обозначить критерии оценки мероприятий и сделать открытым процесс участия в программе.

Литература:

- 1. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2005 году, (Статический сборник), Алматы, 2006.
- 2. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебное пособие, Москва, 2002.-341с.
- 3. Величковский Б.Т Стратегия медицины в охране здоровья населения на пороге 21 века // Вестник РАМН.-2000.-№9.-С.51-55.
- 4. A Public Health Action Plan to Prevent Heart Disease and Stroke: Executive Summary and Overview. Atlanta, GA:US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2003.



ТУБЕРКУЛЕЗ ДАМУЫНЫҢ ӘЛЕУМЕТТІК-ГИГИЕНАЛЫҚ ҚАУІП-ҚАТЕР ФАКТОРЛАРЫ ЖӘНЕ ТУБЕРКУЛЕЗБЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ ӨМІР САЛТЫ

Т.С.Хайдарова, С.А.Сақыбаева

Оңтүстік Қазақстан Мемлекеттік медицина академиясы, Шымкент қ.

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА И ОБРАЗ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Т.С.Хайдарова, С.А.Сакыбаева

Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, г.Шымкент

SOCIAL-HYGIENIC RISK FACTORS OF TUBERCULOSIS DEVELOPMENT AND LIFESTYLE OF PATIENTS WITH TUBERCULOSIS

T.S.Khaydarova, S.A.Sakybaeva South-Kazakhstan State medical academy, Shymkent

Для определения наиболее значимых социально-гигиенических факторов риска возникновения туберкулеза и особенностей образа жизни больных туберкулезом, как необходимых элементов при разработке программ профилактики данного заболевания, нами проведен социологический опрос 505 больных, пролеченных в условиях дневного стационара противотуберкулезного диспансера области.

Среди больных туберкулезом достоверно (P < 0.01) выше доля мужчин, составившая $66.3\pm2.7\%$. В структуре больных туберкулезом превалировали лица в возрасте 31-40 лет, что относится к категории населения трудоспособного возраста.

В группе больных с туберкулезом с высшим образованием всего 3% больных, с незаконченным высшим образованием — 32,3% со средним специальным — 28,7%, с незаконченным средним образованием — 14,7, с восьмилетним образованием 21,3%.

Удельный вес неработающих граждан оказался достоверно высок больных туберкулезом (67,7 $\pm 2,7\%$). Остальная часть соответственно приходилось на другие социальные группы (пенсионеры, инвалиды, домохозяйки). Особенностью социального состава является значительный процент временно неработающих граждан в группе больных туберкулезом 27% (P > 0,05). Другие социальные категории распределились следующим образом: рабочие -18,64%, безработные -6,7%, учащиеся -1,3%, пенсионеры -19,36%, инвалиды -25,3% домохозяйки - по 1%, прочие -0,7%..

Больные туберкулезом преимущественно проживают в частном доме (68,7%), и не имеют благоустроенные бытовые условия проживания.

Анализ семейного положения показал преобладание в основной группе лиц, не состоящих в

браке больных -55.7 % (P < 0.001).

Отношения со своими членами семьи (между супругами, с детьми, родителями и др.) у больных туберкулезом — как хорошие оценили соответственно 56%, удовлетворительные — 24,3% и, крайне напряженные — 4,7% и, отличные —3% и, не указали —12%.

Отсутствие ссор и скандалов в семьях больных туберкулезом зарегистрировано в 35,3%. Изучение медицинских аспектов групп риска развития туберкулеза показало следующее.

В предыдущие годы болели бронхитом среди фтизиатрических пациентов 22%, бронхиальной астмой -2.3%.

Пневмонию в анамнезе не отметили около 80% больных туберкулезом Удельный вес случаев острых респираторных заболеваний в течение данного года у больных туберкулезом они зарегистрированы в 43% случаев.

Плеврит в анамнезе отметили 8% больных туберкулезом, 4% больных указали на перенесенные пылевые профессиональные заболевания, 11,3% больных болели язвенной болезнью желудка или 12 — перстной кишки, меньший удельный вес - 4%, у больных случаев сахарного диабета

Повышенная реакция на туберкулин при профосмотрах (P < 0.05) зарегистрирована у больных, заболевших в последующем туберкулезом.

Таким образом, из рассмотренных выше медицинских групп риска наибольшее значение для развития туберкулеза имеет повышенная реакция на туберкулин. Вместе с тем, имеется наличие в анамнезе случаев острых респираторных заболеваний, плеврита, пылевых профессиональных заболеваний, язвенной болезни желудка или 12 — перстной кишки, сахарного диабета, психических заболеваний. Поэтому можно считать, что



названные заболевания имеют наименьшее прогностическое значение в качестве факторов риска возникновения туберкулеза.

Среди больных туберкулезом достоверно ($P < 0{,}001$) выше доля граждан, находившихся в предыдущие годы в местах лишения свободы (19 $\pm 2{,}26\%$). Фактором риска развития туберкулеза следует считать и наличие в анамнезе близких родственников, перенесших ранее туберкулез. Их удельный вес в основной группе составил $16{,}6\pm 2{,}1\%$. Опрос больных также показал, что материальная обеспеченность и следовательно, качество жизни больных туберкулезом низкое.

Среди больных туберкулезом достоверно ниже доля лиц, имеющих автомобиль, гараж, дачу, видеотехнику.

На вопрос — какая организационная форма наиболее эффективна и предпочтительна — круглосуточный стационар или дневной стационар, большинство опрошенных ответили, что в условиях дневного стационара лечение более доступно, так как в дневном стационаре более щадящий режим, когда больной длительно не изолирован от семьи, и методы лечения аналогичны стационарному, а эффективность гораздо выше, и они предпочитают данную новую форму лечения. За лечение в условиях дневных стационаров высказали мнение более 86 % опрошенных.

Профессиональная деятельность не устраивает 29,3% больных туберкулезом (P < 0,001) из-за низкой заработной платы. Второе ранговое место среди причин неудовлетворенности производственным трудом занимают тяжелые или вредные условия труда. На основе всех рассмотренных критериев можно отметить низкую производственную активность больных, страдающих туберкулезом.

Изучение общественной активности показало, что среди больных туберкулезом практически в 2 раза ниже доля лиц, интересующихся общественными событиями (P < 0.001).

В структуре жизненных приоритетов больные на первое место и, причем, в равной степени поставили наличие хорошего здоровья. Второе и третье ранговые места отличаются. Второе место у больных туберкулезом — наличие денег (P < 0,001). Хорошая семья как социальная ценность у больных туберкулезом стоит на третьем месте.

Употребляют спиртные напитки ежедневно 15,4% больных (P > 0,05). Употребление спиртного 2-3 раза в неделю установлено соответственно в 5,3% и 6% случаев, 3-4 раза в месяц $-16,3\pm2,1\%$ и $10,7\pm1,8$ случаев.

Более выраженные различия выявлены в отношении другого фактора, характеризующего негативно образ жизни и способствующего развитию туберкулеза — курения.

Среди больных туберкулезом практически в 2 раза выше удельный вес курящих (P < 0,001). Причем достоверно выше количество пациентов, курящих по 1 пачке в день, по 0,5 пачки и 3-4 сигареты в день. Поэтому преобладание среди больных туберкулезом курящих можно считать фактором, способствующим развитию данного заболевания.

Не занимаются физической культурой и спортом среди больных туберкулезом более половины пациентов (64,3 \pm 2,8%, в контроле — 48,7 \pm 2,9%). Регулярно занятия выполняю соответственно 6,4 \pm 1,4% и 17 \pm 2,2%, редко — 29,3 \pm 2,6% и 34,4 \pm 2,7% больных. Различия между группами, за исключением последнего случая достоверны (P < 0,001).

В профилактике заболеваний туберкулезом важное значение, наряду с рассмотренными ранее производственной, общественной и бытовой активностью, имеет медицинская активность, включая, в том числе, и уровень медицинских знаний. Личные знания в области медицины пациенты оценили как хорошие –8%, удовлетворительные – 28,3%, низкие –20,0% и ничего не знают –43,7%.

Такие ответы получены в группе больных туберкулезом. То есть среди больных туберкулезом 43,7% пациентов, указавших, что они ничего не знают в области медицины. Информацию по медицине и о своем заболевании от лечащего врача получают всегда 74,7% больных туберкулезом, иногда 19%, никогда 6,3% соответственно.

Удельный вес профилактических посещений, как одного из элементов медицинской активности - низкий, превалируют посещения в поликлинику с лечебной целью 91,3 %.

Обращаются сразу за медицинской помощью после появления первых признаков заболевания $21\pm2,4\%$ и $14\pm2,0\%$ больных сравниваемых групп (P<0,05). В остальных случаях (когда станет плохо, когда не помогает самолечение и др.) достоверных различий не установлено.

Рациональное питание соблюдают регулярно только 21% фтизиатрических больных. Следует отметить, что значительная часть больных туберкулезом 45,4% редко употребляет овощи и фрукты (P < 0.05).

Изучение знаний о самом заболевании показало, что только $62,3\pm2,8\%$ больных, считают, что туберкулез передается от больного человека, в 7,3% от животных и птиц. Остальная часть больных туберкулезом не знает источника заражения туберкулезом (P < 0,001).

Значение различных путей передачи больные оценили следующим образом. Относительно причин, способствующих развитию туберкулеза, мнение больных различное. Основной причиной больные назвали перенесенные простудные заболевания (P > 0,05). Однако на втором месте в контроле указано курение (P < 0,001), и неблагоприятные условия труда и быта (P < 0,05).

В поликлинику пациенты обращаются преимущественно с лечебной, но не с профилактической целью. В 21% случаев больные туберкулезом обращаются за медицинской помощью после проявления первых признаков заболевания и регулярно соблюдают рациональное питание. Уровень медицинских знаний об источнике заражения и путях передачи туберкулезной инфекции среди больных туберкулезом достоверно ниже, чем в контрольной группе. Среди больных туберкулезом достоверно выше доля лиц, употребляющих спиртное 3 - 4 раза в месяц и в 2 раза выше процент курильщиков, не занимающихся физкультурой и спортом. Медицинская активность также низкая.

Таким образом, наибольшее прогностическое значение среди социально – гигиенических факторов риска возникновения туберкулеза имеют: возраст от 41 до 50 лет, низкий уровень образования, не занятость трудовой деятельностью, отсутствие семьи, низкая материальная обеспеченность, пребывание в местах лишения свободы, наличие близких родственников, перенесших ранее туберкулез, повышенная реакция на туберкулин.

Учитывая вышеизложенное, необходимо взять за основу результаты проведенного социологического опроса при проведении межсекторального подхода к первичной и вторичной профилактике заболеваемости туберкулезом и изучение образа жизни, факторов риска должно занять одно из ведущих мест в совершенствовании профилактической деятельности.

Наибольшее прогностическое значение среди социально — гигиенических факторов риска возникновения туберкулеза имеют: возраст от 41 до 50 лет, низкий уровень образования, не занятость трудовой деятельностью, отсутствие семьи, низкая материальная обеспеченность, пребывание в местах лишения свободы, наличие близких родственников, перенесших ранее туберкулез, повышенная реакция на туберкулин.

Результаты проведенного социологического опроса при проведении межсекторального подхода к первичной и вторичной профилактике заболеваемости туберкулезом и изучение образа жизни, факторов риска должно занять одно из ведущих мест в совершенствовании профилактической деятельности.

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ӨНДІРІСТІК КӘСІПОРЫНДАРЫНДА ЕҢБЕК ЕТЕТІН ӘЙЕЛДЕРДІҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН ҚОРҒАУДАҒЫ НЕГІЗГІ САЯСИ БАҒЫТТАР

А.Е. Тажиева Қалалық орталық клиникалық ауруханасы

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПОЛИТИКИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН, РАБОТАЮЩИХ НА ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЯХ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

А.Е.Тажиева Центральная городская клиническая больница, г.Алматы

MAIN DIRECTIONS OF HEALTH PROTECTION AMONG WOMEN WORKING IN INDUSTRIAL ENTERPRISES IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

A.E. Tazhieva Almaty central municipal clinical hospital

ТҰЖЫРЫМ

Әйелдің репродуктивті денсаулығын қорғау саясатын жүзеге асыру, ең алдымен тікелей жұмыс орны бойынша денсаулық сақтау қызметі арқылы және Бүкіл дүниежүзілікденсаулықсақтауұйымымен Халықаралық еңбек ұйымдарының ұсыныстарына сәйкес жүргізілуі қажет. Қазақстанда медициналық-санитарлық бөлімдер мен денсаулық сақтау бөлімшелерінің жабылуына байланысты, әйелдің денсаулық жағдайын динамикалық бақылау жергілікті медициналық мекемелер (емхана, әйелдер кеңестері) деңгейінде орындалуы тиіс.

Өндірістік кәсіпорындарындағы жұмысшы әйелдерге көрсетілетін сауықтандыру мен профилактикалық технологиялар спектрі, алдын-ала және кезеңдік медициналық тексерулерден тұрады.

Репротоксиканттармен, яғни, репродуктивті жүйеге әсер ететін химиялық заттармен жұмыс істейтін әйелдердің динамикалық бақылауына: акушер-



гинекологтың бақылау жиілігі мен мерзімі, басқа да маман дәрігерлердің тексерулері, лабораториялық және де басқа диагностикалық зерттеулердің жиілігі мен атауы, емдік-сауықтандыру шаралары, динамикалық бақылаудың тиімділік нысаны мен өндірістік кәсіпорындарында жұмыс істеуіне қойылатын медициналық қарсы көрсетілімдер кіреді.

SUMMARY

The policy of protecting women's reproductive health should be carried out in accordance with the recommendations of World Health Organization and International Labour Organization, and first of all it must be implemented by health service directly at the places of employment. In Kazakhstan because of close of medical units and aid posts,

dynamic observation over women's health state should be carried out by a territorial health care organization (polyclinic, antenatal clinic).

The range of preventive and rehabilitation technologies given to female-workers in industrial enterprises includes preliminary and recurring check-ups.

Dynamic observation over women working with reprotoxicants (chemical agents, which affect reproductive system) include obstetric-gynecologic periodic check-ups, examinations by medical workers of other specializations, laboratory and other diagnostic examinations of certain sorts and frequency, sanitary activities, criteria of dynamic observations efficiency and contra-indications of labour at an industrial enterprise.

В существующих социально-экономических условиях состояние репродуктивного здоровья женского населения остается одной из наиболее острых медико-социальных проблем, являясь фактором национальной безопасности. С повышением уровня образования женщины, увеличением численности работающих женщин на всех уровнях и, в связи с другими социоэтическими изменениями, проблемы здоровья женщины приобретают особую актуальность [1-5].

Реализация политики охраны репродуктивного здоровья женщины должна быть проведена в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения и Международной организации труда, и в первую очередь, должна проводится службой здравоохранения непосредственно по месту трудовой деятельности. Система охраны здоровья женщин, работающих на промышленных предприятиях, предназначена для постоянного сохранения и укрепления здоровья работниц, предотвращения патологических изменений в состоянии здоровья, вызванных влиянием производства и условиями труда.

Промышленное предприятие, являясь структурным компонентом производственного комплекса, в целях улучшения здоровья и повышения производительности труда, должно обеспечивать деятельность медицинской организации (медикосанитарной части, врачебного и фельдшерского здравпункта) для создания доступности медицинской помощи. Однако, в условиях низкого финансирования промышленной медицины и кризиса промышленного производства, в течение двух последних десятилетий в республике отмечается закрытие участков по цеховому обслуживанию работников, которые включали вышеупомянутые медицинские организации. Наряду с этим, разви-

тие промышленных предприятий в рамках малого и среднего бизнеса неоднозначно отразилось на состоянии здоровья работающих женщин. Отсутствие полноценного контроля за состоянием здоровья женщин, в течение рабочего дня находящихся в условиях неблагоприятного климата производственных помещений отражается на их соматическом и репродуктивном здоровье.

Отсутствие полноценного контроля за состоянием здоровья работниц промышленных предприятий в связи с отсутствием медико-санитарных частей и здравпунктов, можно заменить динамическим контролем за состоянием их здоровья на уровне территориального учреждения (поликлиники, женской консультации) с принятием управленческих решений.

Выбор структурно-организационной формы контроля за состоянием здоровья женщин-работниц промышленных объектов, предполагает последовательную этапность (здравпункт — медико-санитарная часть — поликлиника — женская консультация). Лечебно-профилактическую и реабилитационную помощь женщинам, работающим в сфере промышлен-ного производства, оказывают не только в системе промышленной медицины, но и в системе территориального здравоохранения.

На этапе здравпункта и медико-санитарной части контроль за состоянием здоровья работниц непосредственно осуществляет фельдшер (фельдшерский здравпункт) или врач (врачебный здравпункт, медико-санитарная часть), которые проводят весь комплекс лечебно-профилактических мероприятий, включая организационные мероприятия и предоставляя отчетность в территориальные организации здравоохранения по результатам обязательных предварительных и



периодических медицинских осмотров. При проведении предварительных и периодических медицинских осмотров рекомендуется в состав комиссии включать врача акушера-гинеколога. Если в результате проведения медицинских осмотров у работниц промышленных предприятий выявлена патология репродуктивной системы, необходимо проведение оздоровительных мероприятий и динамическое наблюдение у акушера-гинеколога на уровне районной поликлиники (в рамках системы территориального здравоохранения). В конце истекшего года акушер-гинеколог поликлиники готовит сводный отчет по эффективности проведенных мероприятий, объемов оказания медицинской помощи по снижению патологии репродуктивной системы, проведению профилактических мер. Для повышения эффективности работы амбулаторнополиклинического звена необходимо внедрить алгоритмы лабораторного и инструментального обследования и консультаций специалистов.

Широкий спектр профилактических и реабилитационных технологий, оказываемый женщинам-работницам промышленных предприятий, включает такие важные моменты, как проведение предварительных и периодических медицинских осмотров. Наряду с наличием «Инструкции по проведению обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, подвергающихся воздействию вредных, опасных и неблагоприятных производственных факторов» [6], необходимо по результатам обследований сформировать электронный банк данных о состоянии здоровья женщин-работниц, с распределением женщин на группы здоровья (І группа – здоровые; ІІ – группа риска; ІІІ группа – женщины, имеющие хронические заболевания в стадии компенсации; IV группа – женщины, имеющие хронические заболевания в стадии декомпенсации), индивидуальные программы обследования, лечения и оздоровления. По завершению обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров цеховой врач (терапевт) сдает заведующему отделением профилактики поликлиники отчет с рекомендациями заключительного акта. При проведении обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров выполняются целевые осмотры на выявление онкологических заболеваний, заболеваний кожи, туберкулеза, хронических неспецифических заболеваний легких, глаукомы, тугоухости, профессиональных заболеваний. Особое внимание должно быть уделено выявлению заболеваний молочной железы и гениталий. При проведении медицинских осмотров в поликлинике должны функционировать кабинеты маммографического исследования для выявления злокачественных новообразований молочной железы на ранних стадиях. Контингент женщин-работниц промышленных предприятий, включенных в группу «риска», должен быть распределен по различным классам заболеваний для проведения динамического наблюдения у специалистов различного профиля и выполнения врачебных рекомендаций. Медицинский осмотр наряду с выявлением ранних признаков профессионального заболевания, позволяет уточнить противопоказания против приема на работу женщины.

В связи с беременностью и родами медицинская помощь работницам промышленных предприятий включает квалифицированную медицинскую помощь, помощь специалистов амбулаторных и стационарных учреждений.

В связи с тем, что основной причиной обращений в здравпункты промышленных предприятий женщин являются острые заболевания или обострения хронических заболеваний, здравпункты должны быть оснащены широким арсеналом средств, необходимых для оказания помощи.

Оказание медицинской помощи женщинам, работающим в сфере промышленного производства, несомненно, должно осуществляться качественно с целью обеспечения такой помощи, которая способствует оптимальному результату в соответствии с современными достижениями медицинской науки и удовлетворенности женщины. В качестве организационной основы может служить система непрерывного обеспечения качества медицинской помощи, построенной на подходах и требованиях ISO 9000: 2000. Система обеспечения качества медицинской помощи должна использовать процессуальный подход и для реализации возможностей для улучшения качества позволяет выделить следующие процессы: процесс административного управления, лечебно-диагностический процесс, процессы обеспечения ресурсами, процессы контроля и анализа, санитарно-эпидемиологический мониторинг (рисунок 1).

Вопросы охраны здоровья женщин, работающих на промышленных предприятиях, являются актуальными в силу специфики развития отдельных производств и воздействия неблагоприятных факторов производственной среды на организм женщин.

Участие зарубежных инвесторов в деятельности отечественных промышленных предприятий, развитие промышленной индустрии, при-



влечение женщин в качестве рабочей силы на промышленные объекты обуславливают необходимость динамического наблюдения за состоянием здоровья женщин-работниц.

Работоспособное население, в частности, женщины составляют важное звено в структуре всего населения. Выделение работающих женщин, задействованных на промышленных предприятиях республики, напрямую зависит от характера работы и условий труда, а также от бытовых, психосоциальных и других факторов. То есть, работницы промышленных предприятий составляют особую группу городского населения с повышенным риском возникновения профессионально обусловленных заболеваний в результате вредного воздействия условий труда на их соматическое и репродуктивное здоровье.

Оказание медицинской помощи женщинамработницам промышленных предприятий в целом регулируется законодательно-нормативными актами в области охраны здоровья и обеспечения государственных гарантий в Республике Казахстан.

Динамическое наблюдение за женщинами, работающими с репротоксикантами (химическими веществами, влияющими на репродуктивную систему) включает сроки и частоту наблюдений акушера-гинеколога, осмотры врачами других специальностей, наименование и частоту лабораторных, и других диагностических исследований,

лечебно-оздоровительные мероприятия, критерии эффективности динамического наблюдения и медицинские противопоказания работы на данном производстве.

- участие специалистов при проведении медицинских осмотров: гинеколог, эндокринолог, уролог, терапевт, невропатолог, офтальмолог, хирург, оториноларинголог, дерматовенеролог (не реже 1 раза в год). При отсутствии у женщин гинекологических нарушений осмотр гинеколога проводится не реже 1 раза в год. При наличии заболеваний репродуктивной системы консультация гинеколога должна быть проведена не реже 1 раза в 6 месяцев при каждом обращении женщины;
- лабораторные и другие диагностические исследования проводятся не реже одного раза в год, включают общий анализ крови и мочи, электрокардиографию, рентгенографию грудной клетки, исследование половых гормонов, ультразвуковое исследование органов малого таза, микроскопию и цитологию мазка из влагалища;
- лечебно-профилактические мероприятия проводятся в соответствии со стандартами диагностики и лечения гинекологических заболеваний;
- критериями эффективности динамического наблюдения служат выздоровление, восстановление трудоспособности;

САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ Оценка репротоксичности веществ, влияющих на репродуктивное здоровье женщин. ОБЕСПЕЧЕНИЕ КОНТРОЛЬ И АНАЛИЗ **АДМИНИСТРАТИВНОЕ** РЕСУРСАМИ УПРАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Система управления качеством Управление персоналом; Формирование политики в управление производственной области качества медицинской медицинской помощи; анализ данных; динамическое средой; управление помощи; планирование; инфраструктурой. наблюдение за состоянием распределение ответственности и полномочий; анализ здоровья работниц деятельности со стороны руководства, документация. ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС Диагностические мероприятия; оказание медицинской помощи; реабилитационные услуги.

Рисунок 1. Система обеспечения качества медицинской помощи работницам промышленных предприятий

 медицинскими противопоказаниями для работы женщин с репротоксикантами являются: доброкачественные и злокачественные опухоли половой сферы, нарушения менструальной функции, сопровождающиеся дисфункциональными маточными кровотечениями, опущение (выпадение) женских половых органов, первичное и вторичное бесплодие.

Состояние здоровья является одной из базовых характеристик уровня жизни женщин. В связи с чем, охрана и укрепление здоровья работающих женщин является важнейшим элементом стратегии управления репродуктивным здоровьем в рамках формирующегося отечественного законодательства. В этом контексте наряду с предупреждением вредного воздействия на здоровье женщины факторов производственной среды, принципиально важно выделить женщину, как личность, с ее правом на здоровую, творческую, продуктивную жизнь с возможностью реализации репродуктивной функции и рождением здорового потомства. Таким образом, охрана здоровья женщин-работниц промышленных предприятий становится важным элементом охраны здоровья населения, как в пределах самого промышленного предприятия, так и на уровне территориальной системы здравоохранения, и государственной программы в целом.

На современном этапе укрепление здоровья женщин детородного возраста является одной из ключевых проблем в здравоохранении. И безусловно, решение данного вопроса возможно при разработке государственной социальной политики; переориентации служб здравоохранения и промышленной отрасли на активные профилактические программы по укреплению репродуктивного здоровья женщин-работниц. При рассмотрении причинно-следственных связей

развития патологии репродуктивной системы, прежде всего, необходимо выделить наиболее значимые факторы, на которые можно было направить систему мер, в первую очередь профилактических, как на медицинском уровне, так и на других уровнях принятия управленческих решений. При этом в настоящее время необходима реальная, исходящая из существующих возможностей, система организации укрепления здоровья женщин детородного возраста.

Литература:

- 1. Филиппова Т.Ю. Охрана репродуктивного здоровья женщин-работниц АО «АВТОВАЗ» // Актуальные вопросы охраны репродуктивного здоровья в медицине труда. Самара, 2002. С.93-95.
- 2. Сивочалова О.В. Нарушения репродуктивного здоровья женщин и здоровья их потомства // Профессиональный риск для здоровья работников. Руководство / Под ред. Н.Ф. Измерова и Э.И. Денисова. Москва:Тровант, 2003. С.253-300.
- 3. Mattison D.R., Cullen M.R. Disorders of reproduction and development // Textbook of clinical occupational and environmental medicine / Eds. Rosenstock L., Cullen M. N.Y.: W.B. Saunders, 1994. P.18446-18468.
- 4. Mattison D.R., Jalovser F.R. Environmental and occupational exposure // Reproductive risks and prenatal diagnosis / Ed M.I. Evans. Norwalk: Appleton and lange, 1992. P.91-109.
- 5. Lapointe G. Produits turatogunes, mutagunes, cancūrogunes // Doc. No. RT-06. Service du repertoire toxicoligique. Quūbec, 1998. 95 p.
- 6. Инструкция по проведению обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, подвергающихся воздействию вредных, опасных и неблагоприятных факторов. Астана, 2004. 75 с.



ӨРДІРІСТІК КӘСІПОРЫНДАРДАҒЫ ЖҰМЫСШЫ ӘЙЕЛДЕРДІҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН ҚОРҒАУДЫҢ ӘДІСТЕМЕЛІК ТӘСІЛДЕРІ

А.Е. Тажиева Қалалық орталық клиникалық ауруханасы

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН-РАБОТНИЦ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ

А.Е.Тажиева Центральная городская клиническая больница, г.Алматы

TECHNICAL APPROACHES TO PROTECTION OF HEALTH OF WOMEN EMPLOYED IN INDASTRIAL ENTERPRISES

A.E. Tazhieva Almaty central municipal clinical hospital

ТҰЖЫРЫМ

Әйел еңбегін еңбек ресурстары ретінде пайдалану элеуметтік-экономикалық тұрғыдан өте маңызды. Кәсіби факторлар жұмысшы әйел денсаулығы үшін зиянды болып табылады және репродуктивті жүйе ауруларының дамуын шақырады. Өндірістік кәсіпорындарында жұмыс істейтін әйелдердің репродуктивті мүмкіндігін жоғалту қаупі жоғары. Осығанбайланысты, жұмысшы әйелдердің денсаулығын қорғаудағы әдістемелік тәсілдер маңызды ғылыми қызығушылық тудырады және де химиялық заттардың репродуктивті улылығын бағалаудан, репродуктивті денсаулығының бұзылыстарына себепкер кәсіби қауіпқатер дәрежесін анықтаудан, клиникалық көріністердің деңгейі мен сипаттамасынан, әйел денсаулығын

нығайтуға және сақтауға бағытталған медициналық ұйымдастыру шаралар кешенінен тұрады.

SUMMARY

The use of female labour as a labour resource is of great social and economic importance. A range of professional factors is harmful for women's health and causes diseases of reproductive system. Female workers in industrial enterprises run the risk of losing reproductive potential. In this connection technical approaches to health protection of female workers are of great scientific interest. They include the assessment of reproductive toxicity of chemical agents, assessment of risk category of occupational reproductive diseases, nature and degree of clinical manifestations and a complex of health care organizational activities aimed at women's health protection and promotion.

Важнейшей биологической и социально-значимой функцией женщины является репродуктивная функция. В реализации репродуктивной функции наряду с анатомо-физиологическими особенностями организма женщины и поведенческими аспектами, существенную роль играют социальные факторы, среди которых производственные факторы играют особую роль.

Материалы научных исследований свидетельствуют о том, что нарушения специфических функций женского организма, вызванные неблагоприятными условиями труда, следует относить к профессионально обусловленной патологии. Вместе с тем, профессиональные заболевания репродуктивной системы в списке профессиональных заболеваний в Казахстане отсутствуют, несмотря на наличие доказательств научного плана, что ряд профессиональных факторов вредны для здоровья работниц и вызывают развитие заболеваний репродуктивной системы. При этом характер и степень наносимого ущерба зависят от степени вредности условий труда, подчеркивая професси-

ональную обусловленность нарушений репродуктивного здоровья высокодостоверной. Категории риска профессионально обусловленных нарушений репродуктивного здоровья женщин-работниц обуславливают характер, степень и медико-социальную значимость клинических проявлений.

В ряде стран Европейского Союза и Российской Федерации принят ряд показателей, которые используются для оценки влияния неблагоприятных факторов, преимущественно вредных, на репродукцию человека — репродуктивная токсичность. Репродуктивная токсичность проявляется в следующих случаях:

- действие на репродуктивную способность, то есть, на мужскую и женскую фертильность: вредное воздействие на овогенез и сперматогенез, либидо, сексуальное поведение, репродуктивный цикл, гормональную активность и другие нарушения;
- действие на развивающийся организм, то есть, от момента зачатия до и после рождения. При этом, эффект от воздействия может наблюдаться перед зачатием, в период пренатального



развития, в постнатальном периоде и в процессе пубертатного созревания. Проявления вредного воздействия на развивающийся организм включают в себя спонтанные аборты, структурные аномалии, функциональную недостаточность и нарушения роста;

• действие вредных веществ на организм ребенка может проявляться во время кормления ребенка грудью, так как, токсическое вещество, накапливаясь в молоке, может быть токсичным и для ребенка, в связи с чем, данное вещество относят к веществам, токсичным для репродукции.

Репротоксические вещества подразделяются на три категории:

- первая категория, включает вещества, которые нарушают фертильность или развитие потомства у человека;
- вторая категория охватывает подозреваемые вещества, которые могли бы вызывать нарушения репродукции у человека, и вещества, репродуктивное действие которых доказано в экспериментах на животных с определением механизма их действия;
- третья категория содержит вещества, репродуктивная токсичность которых установлена в экспериментальных условиях, но отсутствуют данные к причислению их ко второй категории.

В отдельных странах имеются списки химических веществ, действующих на репродукцию и развитие плода, которые содержат вещества, как достаточно доказанные для человека, так и с вероятным действием на репродуктивную систему. В данные списки входят химические вещества с доказанным вредным воздействием на репродукцию и потенциально репродуктивные токсиканты. В странах ЕС принят список, имеющих статус европейских норм. Дифференциация репротоксичности химических веществ основана на наличии доказательств взаимосвязи химических элементов с развитием процессов репродукции у человека.

В Республике Казахстан, отсутствует список репродуктивных токсикантов и классификация репротоксичности химических веществ, в связи с чем, не проводится оценка рисков нарушений репродуктивной системы.

Вместе с тем, в «Санитарных Правилах и Нормах по гигиене труда в промышленности», принятых в Республике Казахстан, отсутствует перечень химических веществ, опасных для репродукции. Рекомендуется учитывать перечень химических веществ, опасных для репродукции женщин.

На основании сопоставления классов условий труда, характера и степени клинических

проявлений, а также медико-социального ущерба представлены категории риска профессионально обусловленных нарушений репродуктивного здоровья женщин в соответствии с принятыми в странах Европейского Союза стандартами безопасности [1-3].

Оценку категории профессионального риска нарушений репродуктивного здоровья работниц промышленных предприятий проводят на основании «Санитарных правил и норм по гигиене труда в промышленности», 1995 [4,5]; характер, степень и медико-социальную значимость клинических проявлений оценивают в соответствии с рекомендациями О.В. Сивочаловой, 2003 [6]. По мере установления класса условий труда, этиологической доли, категории профессионально обусловленных нарушений репродуктивного здоровья работниц промышленных предприятий, а также характера и степени клинических проявлений, врач акушергинеколог определяет комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий. Основными показателями, входящими в статистическую отчетность медицинских организаций для сопоставления показателей у женщин, работающих с различными репротоксикантами, являются материалы гинекологической и экстрагенитальной заболеваемости, заболеваемости с временной утратой трудоспособности, по результатам медицинских осмотров, осложнения беременности и родов.

Литераура:

- 1. Detailed review document on classification systems for reproductive toxicity in OECD member countries // OECD Series on Testing and Assessment No 15. Paris: OECD, 1999. 18 p.
- 2. Lapointe G. Products tūratogunes, mutagunes, cancūrogunes // Doc. No: RT-06. Service du repertoire toxicologique. Québec, 1998. 95 p.
- 3. U.S. EPA Guidelines for Reproductive Toxicity Risk Assessment. EPA / 630/ R-96/ 009. Washington, 1996. 163 p.
- 4. Санитарные правила и нормы по гигиене труда в промышленности (в трех частях) / Под ред. Козловского В.А. Омск: ИПК «Омич», 1995, часть 1.-479 с.
- 5. Санитарные правила и нормы по гигиене труда в промышленности (в трех частях) / Под ред. Козловского В.А. Омск: ИПК «Омич», 1995, часть 2.-752 с.
- 6. Сивочалова О.В. Нарушения репродуктивного здоровья женщин и здоровья их потомства // Профессиональный риск для здоровья работников. Под ред. Н.Ф. Измерова и Э.И. Денисова. Москва, 2003. С.253-282.



ДОНОЗОЛОГИЯ САТЫСЫНДАҒЫ АДАМ ОРГАНИЗМІ ҚЫЗМЕТІНІҢ ВЕГЕТАТИВТІ РЕТТТЕЛУІН ДӘРІ-ДӘРМЕКСІЗ ТҮЗЕТУ

Т.П.Палтушева, Г.А.Қуанышбекова, Г.Ж.Габдулина, В.И.Цицурин ҚР ДСМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, ҚР Ғылым және білім министірлігінің адам және жануарлар физиологиясының институты, Алматы қ.

БЕЗМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ФУНКЦИИ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА НА СТАДИИ ДОНОЗОЛОГИИ

Т.П.Палтушева, Г.А.Куанышбекова, Г.Ж.Габдулина, В.И. Цицурин Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, Институт физиологии человека и животных МОН РК, г.Алматы

NON-DRUG CORRECTION OF VEGETATIVE REGULATION OF HUMAN BODY FUNCTION AT PRENOSOLOGICAL STAGE

T.P. Paltusheva, G.A. Kuanishbekova, G.Zh. Gabdulina, V.I. Citsurin National Center for problems of healthy lifestyle development under Ministry of health RK, Human and animal physiology Institute under Ministry of education and science RK, Almaty

ТҰЖЫРЫМ

Мақалада өндірісте жұмыс істейтін жастарға медициналық тексеру жүргізудің нәтижесінде алынған мәліметтер келтірілген. Терінің таңдалған аймақтары температуралық стимуляциясы термореттелуінің адекватты реакциясы іске қосылады және бұзылған қызметті қалпына келтіреді. Жүректің вариабельді соғу жиілігін бағалау әдістемесі сауықтыру және емдеу-диагностикалық іс-шаралардың индикаторы ретінде ұсынылған.

SUMMARY

In the article the data received on young people examination working at industry is presented. Temperature stimulation of selected skin zones starts adequate reaction of thermoregulation system and results in normalization of dysfunctions. Methods of vegetative system evaluation could be recommended as indicator of health improving and treatment-diagnostics activity.

Одной из актуальных проблем теоретической и практической физиологии и медицины является изучение физиологических механизмов действия температуры на организм. С каждым годом растет потребность в усилении мер по укреплению здоровья населения, как в Казахстане, так и во всех странах СНГ. Последнее связано с ростом заболеваемости, смертности, понижение работоспособности людей, в результате ухудшения экологической ситуации. Загрязнение окружающей среды оказывает влияние не только на экологию, но и на состояние здоровья людей.

На границе между здоровьем и болезнью возникает переходное состояние – донозологическое. (1). Результаты профилактических обследований показали, что около 50% населения находится на стадии донозологического состояния, из чего следует, что большинство людей нуждаются в донозологической диагностике и безмедикаментозной коррекции радикального состояния организма.

Современный уровень развития науки, приборное обеспечение, новые подходы к решению проблем позволяют проводить раннюю

диагностику функциональных нарушений путем анализа вариабельности ритма сердца. Малоизучен вопрос о том, как температурный афферентный вход влияет на вегетативную регуляцию функций.

Регуляция ритма сердца, его способность приспосабливаться к меняющимся условиям внешней и внутренней среды за счет модулирующего влияния вегетативной и центральной нервной системы, а также гуморальных и рефлекторных воздействий является одним из показателей при изучении данной проблемы.

Сердечный ритм служит индикатором отклонений, в связи с чем исследование вариабельности ритма сердца (ВРС) имеет важное прогностическое и диагностическое значение при обследовании как больных, так и здоровых людей. /2/. Вариабельность ритма сердца — высокоэффективный метод исследования системы нейрогуморальной регуляции, оценка на этой основе функционального состояния организма /3/.

Основной задачей наших исследований явилась оценка адаптационного потенциала об-



следуемого; попытка прогнозировать течение процесса (динамику развития функциональных нарушений);а также коррекция выявленных сдвигов путем адекватных температурных воздействий на термочувствительные зоны кожи.

Методика. Нами были обследованы молодые люди, сотрудники кондитерской фабрики «Рахат» города Алматы в возрасте от 18 до 30 лет и всего было обследовано 22 человека обоего пола . Регистрация и анализ ВРС проводилось на компьютерном аппаратно-программном комплексе «ВНС-ПолиСпектр»компании Нейрософт» (Россия, Иваново). Эта работа проводилась совместно с сотрудниками Института физиологии МОН РК, Было проведена безмедикаментозная коррекция функционального состояния организма. Сотрудники Института физиологии человека и животных /4/ в своих экспериментах в коже человека выявили и изучили зоны преимущественной концентрации рецепторов, воспринимающие определенные диапазоны температур (теплового и холодового характера).

Изучение свойств этих зон показало, что при адекватной температурной стимуляции каждой термочувствительной зоны адекватным температурным воздействием запускается ответная реакция терморегуляция, которая осуществляется с помощью нервной, эндокринной, сердечно-сосудистой, дыхательной систем, реакций обмена веществ и т.д. При этом каждая термочувствительная зона задействует свой набор систем в определенной комбинации /5/.

Результатом такой безмедикаментозной коррекции функционального состояния организма является согревание или охлаждение организма человека, снятие утомления, повышение общей работоспособности и функционального состояния тех или иных систем.

Данный метод апробирован как в психофизиологическом исследовании, так и в клинике при

лечении дисфункции нервной и сердечно-сосудистой систем.

Устройство для температурной стимуляции (УТС) чувствительных зон кожи предназначено для нанесения адекватной температурной стимуляции на определенные чувствительные участки кожи с целью безмедикаментозной коррекции нарушений функционального состояния, возникающих в результате утомления, социального напряжения, пребывание в экстремальных условиях и т.д. /6/ УТС обеспечивает автоматическое поддержание заданной температуры, а также контроль и регулировку температуры в указанном диапазоне и бесперебойную работу в непрерывном режиме не менее 3 минут.

Из общего числа исследованных ранее зон кож были отобраны две: первая и вторая зоны кожи расположенные на передней поверхности тела кожи в области груди и живота человека.

Для термораздражения применялась температура 19°C (холод) и 39° тепла и термостимуляция наносилась в течение двух минут.

Собственные исследования.

В анализе волновой структуры ритма сердца (частотный анализ) применяется автоматическая оценка ритмограммы с помощью визуальнологического анализа с выделением 4 классов и спектральный анализ структуры мощности волн. 1 класс—хорошее функциональное состояние, 2 класс—удовлетворительное и 3 класс — пониженное функциональное состояние.

На момент обследования из 22 лиц обоего пола по вегетативным показателям: артериальное давление — АД, частота сердечных сокращений — ЧСС, пробы Штанге и Генче, и показатели ВРС — было отмечено хорошее функциональное состояние у 6 человек и они были отнесены к 1 группе, удовлетворительное - у 6 человек (2 группа), и сниженное — у 10 человек (3группа). Полученные данные приведены в таблице 1.

Таблица 1 Данные артериального давления и частоты сердечных сокращений у обследованных групп

1 группа			2 группа			3 группа		
АД сист.АДдиас. ЧСС			АДсист.АДдиаст. ЧСС			АДсист.АДдиаст. ЧСС		
117.33	73,5	67,3±5,53	109,5	64,0	76,83	120,9	74,9	77,22
±6,77	±10,89		±4,32	±8,92	±16,26	±10,04	±7,94	±12,20

Как следует из данных таблицы, показатели артериального давления и ЧСС наиболее завышены у третьей группы обследованных при сравнении с таковыми в контроле, т.е.в первой группе. Полученные данные этой группы свидетельствует о наличии у обследованных людей вегето-сосудистой листонии

Контроль за эффективностью оздоровительных мероприятий сопровождался исследованиями вариабильности ритма сердца Данные, полученные по ВРС позволяют выделить ряд основных временных параментов ритмограммы сердца, характерных для здорового человека: нерегулярный синусовый ритм, а признаком нормальной вариабельности рит-



ма сердца является его волновая структура, представленная на ритмограмме сердца в виде характерных волн разной продолжительности; наличие хорошо выраженных волн сердечного ритма во всех трех диапазонах частот; общая мощность спектра (ТР,мс2) в диапазоне от 1400 мс2/Гц для малоактивных и нетренированных и более 2300 мс2/Гц для физически развитых лиц; гистограмма нормального распределения такого ритма в диапазоне низких частот довольно широкая (величина размаха от 600 до 700 мс), мономодальная (мода в области 0,7-1,0; в среднем – 0,86), спектрограмма представляет собой эллипс, вытянутый вдоль биссектрисы, дополнительные точки вне основного «облака» отсутствуют; баланс отделов ВНС, определяемый как соотношение LF/HF в пределах 0.5 до 1.0; спектр мощности медленных волн не ниже 40 %.

Исходя из стандарта отклонений интервалов R-R в ЭКГ у здоровых молодых людей (обычно около 250 мс) в наших обследованиях отмечен несколько больший интервал с нижним пределом разницы интервалов 250 мс у обследуемых с регулярным сердечным ритмом и верхним пределом до 400 мс у обследуемых с нерегулярным ритмом. Общая мощность частотного спектра (ТР) укладывается в диапазон 1400 - 4500 мс2, что соответствует нормальным возрастным показателям здоровых людей.

Для группы с пониженной функциональной активностью общая мощность спектра и соотношение высоких и низких частот отклоняются в большую сторону.

Собственные результаты статистического анализа наиболее информативных показателей, полученные при обследовании лиц 18 -30 лет, приведены в таблице 2.

Таблица 2 - Средние значения частотных показателей BPC у обследованных групп

Показатели	Группа 1	Группа 2
ТР, мс2	$2955,3 \pm 1228,7$	$2866,3 \pm 1423,2$
VLF, мc2	$1370,7 \pm 153,8$	$1656,2 \pm 168,5$
LF, мс2	$843,9 \pm 80,2$	$890,7 \pm 62,3$
НЕ, мс2	$1109,9 \pm 102,3$	$1261,8 \pm 107,7$
НЕ, мс2	$0.83 \pm 0{,}11$	0.91 ± 0.16
VLF, %	$55,3 \pm 2,9$	$51,9 \pm 2,1$
LF, %	$31,0 \pm 2,0$	$30,1 \pm 1,5$
HF, %	$29,3 \pm 2,7$	$28,0 \pm 1,9$

В целом, ВРС характеризовались хорошо выраженными волнами короткого, длинного и очень длинного периода. При этом модулирующее симпато - парасимпатическое воздействие преобладало над гуморально- метаболическими и церебральными эрготропными влияниями. Наибольший вклад в регуляцию сердечного ритма вносила парасим-

патическая вегетативная нервная система (фоновая ваготония покоя). Данный вариант регуляции ритма сердца отражал хорошее физическое состояние на момент обследования (1 группа). Баланс отделов ВНС характеризовался сбалансированным типом вегетативной модуляции сердечного ритма. По сравнению со стандартом [1996 г.] значения показателей спектрального анализа оказались в этой возрастной группе несколько ниже.

Показатели общей мощности спектра лишь чуть выше у 3 группы, и показатель VLF и LF отражает несколько большую активность в спектре гуморальной регуляции. Обращает на себя внимание повышенная активность и в высокочастотном спектре, особенно у лиц третьей группы, что является проявлением повышенной нервной парасимпатической модуляции.

У лиц первой группы присутствовали все пики спектра. Этот тип спектра ВРС называют гармоничным. Его составили наиболее физически развитые обследуемые. У остальных в спектре ВРС были более низкие значения одной из колебательных составляющих. Отсутствие одной из колебательных составляющих мы расценили как возможную незрелость механизмов вегетативной регуляции. Вероятно, выявленные факторы могут быть причастны к функциональным сдвигам как церебральной симпатико-адреналовой системы, ответственной за адаптацию, так и сегментарной симпатико-парасимпатической системы. На этом основании в дальнейшем выделение среди обследуемых людей подгрупп с устойчивой недостаточностью парасимпатических, симпатических или церебральных симпатико-адреналовых систем можно будет относить, вероятнее всего, к группе риска развития синдрома вегетативной дистонии (СВД) (донозология).

Для коррекции вегетативных сдвигов для лиц второй группы были применены лечебно-оздоровительные мероприятия в виде холодового и теплового воздействия на определенные термочувствительные зоны кожи ежедневно в течении 10 дней.

В исходном состоянии ВРС у здоровых людей обычно характеризуется хорошо выраженными волнами короткого, длинного и очень длинного периода (рисунок 1).

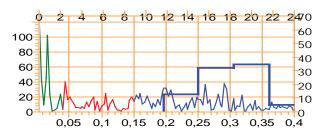


Рис.1 Спектрограмма вариабельности ритма сердца в исходном состоянии

Как следует из рисунка, общая мощность спектра нейрогуморальной модуляции - высокая. Состояние нейро-гуморальной регуляции - развитое, при высоком уровне вагальных и симпатических влияний в модуляции сердечного ритма. Кардиореспираторная синхронизация сохранена. Текущее функциональное состояние хорошее. При этом модулирующее влияние со стороны симпато-парасимпатических влияний преобладает над гуморально-метаболическими влияниями (средний и высокий диапазон частот ВРС).

Баланс отделов вегетативной нервной системы, т.е. соотношение низкочастотных компонентов к высокочастотным характеризуется преобладанием активности парасимпатического отдела вегетативной нервной системы.

На рисунке 2 приведен пример ВРС у людей со сниженным функциональным состоянием, характеризующийся неравномерным распределением частот в сторону очень низких и очень высоких частот, показывающий значительный дисбаланс в вегетативной нервной системе.

Воздействие на кожную зону вызывало значительный сдвиг спектра ВРС в сторону средних частот и способствовало равномерному распределению частотных характеристик ритма сердца по всему спектральному диапазону с преобладанием среднечастотного диапазона в ритме ВРС (рисунок 3), что характеризует приближение частотного диапазона к нормальным показателям, определяющим функциональное состояние здорового человека.

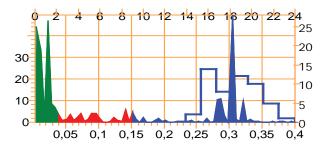


Рис.2 Спектрограмма вариабельности сердца у лиц с отклонениями состояния здоровья (до начала оздоровления)

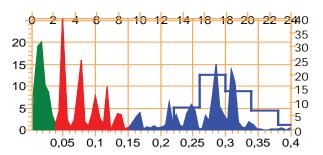


Рис. 3 Спектрограмма вариабельности ритма сердца у лиц со сниженным функциональным состоянием (после оздоровления)

Таким образом, воздействие на кожные зоны N = 1 - 2 привело к снижению общей мощности спектра с упорядочиванием частотного ритма ВРС по всему спектру.

Из вышеописанных полученных результатов можно сделать следующие выводы.

Выводы

- 1. При исходном состоянии преобладает активность парасимпатического отдела вегетативной нервной системы.
- 2. Температурное воздействие на соответствующие чувствительные зоны кожи способствует восстановлению баланса симпато-парасимпатической регуляции функций организма.

Литература:

- 1. Баевский Р.М.,Берсенева А.П. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний. –М.,; Медицина, 1997.-235 с.
- 2. Михайлов В.М. Вариабильность ритма сердца. Опыт практического применения. Иваново: ИГМА, 2002. -290 с.
- 3. Хаспекова Н.Б. Диагностическая инфомативность мониторирования вариабельности ритма сердца // Вестник Аритмологии. 2003- № 32-С. 15-23.
- 4. Gabdullina. I.Y. and Kleinbock, I.J. 1992. Regionality of man!s skin temperature perception. Neurophysiology. 24, №5:.591-598.
- 5. Клейнбок И.Я. Габдулина Е.Ж., Цицурин ВИ. Термосенсорный контроль тонуса висцеральных систем организма человека // Росс. Физиол. журнал -2004. –Т.90. -№ 8. с.141.



ДЕНСАУЛЫҚТЫҢ АСПЕКТІЛЕРІ, СӨС ҚҰНДЫЛЫҚТАРЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДАҒЫ ГЕНДЕРЛІК ЕРЕКШЕЛІКТЕР

О.М.Ковальчук, Д.А.Жантемірова, М.Ю.Барыбина Облыстық салауатты өмір салтын қалыптастыру орталығы, Көкшетау қ.

АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ, ФОРМИРОВАНИЕ ЦЕННОСТЕЙ ЗОЖ, ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ЦЕННОСТЕЙ

О.М.Ковальчук, Д.А.Жантемирова, М.Ю.Барыбина Акмолинский областной центр формирования здорового образа жизни, г.Кокшетау

ASPECTS OF HEALTH, HWL'S VALUES' FORMATION GENDER DIFFERENCIATIONS IN VALUES' FORMATION

O.M.Kovalchuk, D.A.Zhantemirova, M.J.Barybina Oblast Center of healthy lifestyle development, Kokshetau

Как известно, среди факторов, влияющих на состояние здоровья, образ жизни занимает ведущее место. Так, на долю, образа жизни приходится 55%, на наследственность 28%, на окружающую среду 17% и лишь 10% на здравоохранение. Поэтому главной задачей улучшения здоровья населения является формирование здорового образа жизни и нового отношения человека к своему здоровью.

Признано, что механизмы здоровья существуют, а само здоровье имеет шесть основных аспектов:

- а) физическое здоровье,
- б) психическое и интеллектуальное здоровье,
- в) личностное,
- г) духовное здоровье,
- д) эмоциональное здоровье,
- е) социальное здоровье.

В профилактической работе, чаще всего, основная роль отводиться вопросам формирования именно физического здоровья. Но важно, чтобы в центрах, занимающихся формированием здоровья, уделялось должное внимание профилактике и иных аспектов ЗОЖ, т.к., о здоровье человека можно говорить, тогда, когда перед нами в полном смысле здоровая, социально успешная, психологически зрелая личность.

Исходя из этого, Акмолинским ОЦФЗОЖ предпринимаются конкретные шаги в данном направлении. Изучаются вопросы о сохранении психического и ментального здоровья.

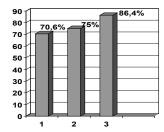
В 2006 году проведен опрос «Разные мнения» среди студентов и школьников г. Кокшетау. Представленные респондентам вопросы затрагивали, как физические, так личностные, психические и эмоциональные аспекты здоровья. Всего в опросе приняли участие 240 человек (студенты вузов и учащиеся школ г. Кокшетау).

Результаты опроса показали, что 87,4% уч-ся и студентов (от 15 до 21 года) понимают значимость сохранения психического здоровья наряду с физическим.

При сравнении результатов уч-ся в возрасте 15-18 лет с результатами студентов в возрасте 19-21 год наблюдается смещение ответственности за сохранение эмоционального здоровья с учреждения образования к собственному выбору. В среднем 86,4% уч-ся и студентов полагают, что именно вуз и школа должны нести ответственность, за то, чтобы помочь им понимать свои ощущения и говорить о них. А это, в свою очередь, говорит о том, что необходимо создавать условия для личностного развития учащихся.

Умение отстаивать свои убеждения (75%), ясно мыслить, делать выбор, решать собственные проблемы (70,6%), именно эти факторы по убеждению респондентов является основной предпосылкой для формирования зрелой, психологически здоровой личности.

Результаты опроса «Разные мнения »



- Психически здоровый человек умеет ясно мыслить и решать собственные проблемы.
- 2 –Я буду отстаивать свои убеждения, даже если это сделает меня непопулярным
- Учебное заведение (школа, институт) несет институт) несет об току институт несеть за то, чтобы покочы учащимся и студентам понимать свои ощущения и говорить о них.

Для студентов одного из вузов (Кокшетауского института экономики и менеджмента) в вопросник был добавлен вопрос о формах предпочтения получения информации о сохранении и развитии психического и эмоционального здо-



ровья. Результаты показали, что в 46 % случаях информацию молодые люди хотели бы получать в форме тренингов, в 44% выбирают видеопросмоторы, 10 % - лекционную форму.

Кроме того, студенты определили темы, составляющие для них наибольший интерес: - это обучение навыкам общения, межполовые взаимоотношения, преодоление конфликтных ситуаций, умение сказать «Нет», преодоление комплексов, развитие лидерских качеств, саморазвитие.

Как видим, потребность в получении информации по другим аспектам здоровья (психическому, личностному, социальному, духовному) у студентов и школьников также высока.

В 2007 году ОЦФЗОЖ совместно с кафедрой психологии Кокшетауского государственного

университета им.Ш.Уалиханова проведено исследование «Гендерный аспект ЗОЖ в структуре ценностей старших школьников».

Подобные исследования необходимы для учета межполовых особенностей в пропаганде ЗОЖ.

Цель данной работы заключалась в изучении гендерных особенностей личности старших школьников, их отношения к ЗОЖ, как к одной из ценностей жизни.

Исследования проводились в школах г. Кокшетау, в которых преподается предмет валеологии. В качестве исследовательского материала были использованы следующие методики: «Индекс здоровья», «Ценности», тест «РНЖ»*, «Самооценка стрессоустойчивости личности». /2, 5, 6/

Результаты диагностики «РНЖ»

Показатели.	Самооценка.			Инфантилизм.	Коммуникатив-	Агрессивность.
Исследовательская группа.	Завышена.	Адекватная.	Занижена.		ные навыки.	
Девушки.	50%	40%	10%	20%	70%	70%
Юноши.	70%	30%		60%	50%	80%

Данные исследования показали, что юноши менее адекватно воспринимают себя, и среди них преобладает инфантильное поведение, а также снижен уровень развития коммуникативных навыков. У девушек в большинстве случаев преобладает адекватная самооценка и высокий уровень коммуникативных навыков. Т.е. девушки в этом возрасте более развиты в личностном плане (это необходимо учитывать при организации мероприятий по пропаганде ЗОЖ).

По результатам методики «Индекс здоровья» девушки в большей степени, чем юноши, посещают различные секции, выписывают журналы о здоровом образе жизни, заботятся о своём здоровье. Девушки интересуются вопросами здоровья потому, что это им нравиться, но в то же время

они не стремятся заинтересовать этой проблемой окружающих. Юноши готовы воспринимать информацию о здоровом образе жизни, но это остаётся для них только информацией, однако, если эмоционально и личностно заинтересовать юношей вопросами здорового образа жизни, они готовы активно пропагандировать его и привлекать к этой проблеме своё окружение.

Результаты исследования стрессоустойчивости, которые показывают уровень сопротивляемости негативным факторам жизни, создающим неврозные отношения и часто приводят к стрессу в старшем школьном возрасте — у юношей и девушек составляют одинаковые баллы. Это говорит о том, что, как девушки, так и юноши в этом возрасте одинаково переносят влияние негативных факторов.

Результата методики « Ценности» (С.Дерабо,В.Ясвин) у старших школьников

Показатели (%)	1 ранг	2 ранг	3 ранг	4 ранг	7ранг	6 ранг	5 ранг
Исследуемая группа							
Девушки	ЗОЖ (50%)	Учёба (40%)	Любовь (40%)	Хорошие вещи (30%)	Общение с приро- дой (50%)	Общение с друзья- ми (60%)	Духов- ность (50%)
Юноши	Любовь (50%)	ЗОЖ (50%)	Хорошие вещи (40%)	Общение с друзья- ми (70%)	Общение с приро- дой (50%)	Духов- ность (60%)	Учёба (40 %)

Девушки:

1 ранг – ценность здоровья и ЗОЖ,

3 ранг – любовь, семейные отношения

7 ранг – общение с природой,

Юноши:

1 ранг – любовь, семейные отношения,

3 ранг – материальное благополучие,

7 ранг – общение с природой,



В исследовании ценности ЗОЖ, учащимся был дан перечень ценностей, которые они должны были распределить по рангам, первые ранги – наиболее предпочитаемые ценности, последние ранги – наименее предпочитаемые. При сравнении результатов исследования у девушек и юношей наблюдается некоторое различие в предпочтении ценностей: у девушек ценность здоровья и ЗОЖ выходит на первое место, у юношей эта же ценность занимает второе место. Но у обеих сторон ценность «общение с природой» занимает последнее ранговое место. С учетом этого необходимо активизировать работу по популяризации данной ценности, т.к. в сохранении здоровья окружающая среда, природа играет немаловажную роль.

С учетом проведенных исследований в Акмолинском ОЦФЗОЖ организованы и проводятся трехдневные семинар-тренинги по основам формирования ЗОЖ Помимо тем касающихся профилактики заболеваний, в их тематику включены вопросы по сохранению психологического здоровья, формирование личности, развития комму-

никативных навыков, формирование ценностей, умение работать в команде.

Всего прошло обучение около 300 человек (студенты и школьники г. Кокшетау).

Для оценки проводимой работы по окончанию семинаров проводилось анкетирование. И итоги анкетирования показывают высокую эффективность данной формы работы. Так, 92% респондентов обозначают актуальность предоставляемой информации.

Кроме того, учащиеся и студенты отмечают, что их уровень знаний об аспектах ЗОЖ и профилактике заболеваний повышается (80%-100%); они становятся ответственнее к своему здоровью (33%); и готовы на практике применить полученные знания (75%).

Основываясь на результатах проведенных исследований и опыта работы АОЦФЗОЖ в направлении пропаганды ЗОЖ среди молодежи можно сделать вывод, что в данной деятельности необходимо учитывать личностные, психические, гендерные различия людей.

«ДЕНСАУЛЫҚ ЖОЛЫ – 2008» КЕҢАУҚЫМДЫ АКЦИЯСЫН ҰЙЫМДАСТЫРУ ЖӘНЕ ӨТКІЗУ

Р.С.Колокина, Н.А.Сулейманова, К.А.Толганбаева ҚР ДСМ, Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қ.

ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ ШИРОКОМАСШТАБНОЙ АКЦИИ «ДЕНСАУЛЫҚ ЖОЛЫ - 2008»

Р.С.Колокина, Н.А.Сулейманова, К.А.Толганбаева Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы

ORGANIZATION AND CARRYING OUT "DENSAULYK ZHOLI-2008" LARGE-SCALE CAMPAIGN

R.S.Kolokina, N.A.Suleymanova, K.A.Tolganbaeva National Center for problems of healthy lifestyle development under Ministry of health RK, Almaty

Ежегодное на всей территорий Казахстана проводится широкомасштабная акция «Денсаулық жолы», целью которой является оказание медицинской, в том числе информационнообразовательной помощи сельскому населению в вопросах профилактики социально-значимых за-

болеваний, а также снижения факторов риска их возникновения.

В сельской местности проживает около 45 % населения нашей Республики, медицинская помощь которым оказывается 6 509 лечебно-профилактическими организациями. Приоритетным



направлением Государственной программы реформирования и развития здравоохранения РК является развитие ПМСП, направленное на улучшение здоровья населения и увеличение активной продолжительности жизни. ПМСП в настоящее время включает в себя не только медицинскую помощь, но и комплекс профилактических, образовательных мероприятий, а также деятельность по обеспечению здорового окружения, соблюдению необходимых санитарных и гигиенических норм.

В 2008 году отмечается 30-летний юбилей принятия Алматинской Декларации по первичной медико-санитарной помощи, основная мысль которой заключается в том, что здоровье - это не только лечение заболеваний, но и в большей степени профилактика, ведение здорового и продуктивного образа жизни. В связи с этим, все значимые мероприятия в этом году проходят с акцентом на ПМСП.

В соответствии с посланием главы Казахстана от 6 февраля 2008 года «Повышение благосостояния граждан Казахстана — главная цель государственной политики», Постановлением Правительства РК от 21 декабря 2007 года № 1263 «О мерах защиты населения от туберкулеза в Республике Казахстан» и программы «Здоровый образ жизни» провести широкомасштабную акцию «Денсаулық жолы - 2008» с акцентом на профилактику туберкулеза.

Медико - социальные предпосылки акции:

- 1. Снижение доступности получения медицинской помощи населением в условиях села.
- 2. Нехватка кадровых ресурсов и средств в условиях ПМСП для обеспечения качественного объема медицинской помощи, включая вопросы профилактики и формированияя общественной и индивидуальной культуры здоровья.
- 3. Пассивность сельчан в желании получения информации по формированию здорового образа жизни.
- 4. Высокие показатели заболеваемости социально-значимыми болезнями среди сельских жителей, в том числе туберкулезом.
- 5. Недостаточная мотивация к ведению здорового образа жизни и снижению факторов риска заболеваемости туберкулезом у сельских жителей.
- 6. Недостаточные возможности получения комплекса профилактических медицинских ме-

роприятий для сохранения и укрепления своего здоровья в целом, в том числе по профилактике туберкулеза, в условиях села.

Основные задачи:

- Разработка и реализация плана мероприятий по проведению широкомасштабной акций «Денсаулық жолы-2008»;
- Формирование пакета информационнонаглядных материалов по профилактике туберкулеза и формированию здорового образа жизни для различных целевых групп населения.
- Использование возможностей фтизиатрической службы и других медицинских специалистов районного и областного уровней для проведения акции.
- Привитие населению потребности и навыков сохранения и укрепления здоровья в условиях села.
- Выработка мотивации у населения в необходимости своевременного обращения к мед. работникам при наличии хотя бы одного признака туберкулеза для раннего выявления туберкулеза и непрерывного лечения.
- Вовлечение в проведение акции местные управления власти, ЛПО различного уровня, НПО, общественные организации и фонды, СМИ и население.
- Проведение качественного анализа акции на основании отчетов центров ФЗОЖ и использование данных в дальнейшей работе.

Девиз акции: « Шагнем на путь здоровья!» **Целевая группа:** Сельское население.

Пути передачи информации через специалистов:

- областных центров ФЗОЖ
- районных центров и кабинетов ЗОЖ
- фтизиатрической службы
- санитарно-эпидемиологического надзора
- Центров ПМСП
- организаций здравоохранения, предоставляющих медицинскую помощь сельскому населению
 - СМИ

Механизм проведения широкомасштабной акции «Денсаулық жолы-2008»

- 1. Составление плана, создание рабочей группы с определением ответственного по проведению акции и утверждение на уровне Департамента (Управления) здравоохранения, отдельных ЛПО.
- 2. Создание десантных медицинских бригад для осуществления акции в селах с обязательным



включением специалистов фтизиатрической, санитарно-эпидемиологической служб и службы ЗОЖ.

- 3. Организация выступлений руководителей Департамента (Управления) здравоохранения на местных каналах радио, телевидения о проведении широкомасштабной акции, направленной на раннее выявление и профилактику туберкулеза, а также формирование ЗОЖ.
- 4. Размещение бегущей строки о проведении акции на телеканалах.
- 5. Привлечение студентов медицинских колледжей, школьников старших классов, волонтеров для распространения ИОМ в людных местах и в семьях.
- 6. Проведение семинаров по организации акции для медицинских работников ПМСП.
- 7. Объявления в ЛПО ПМСП о консультациях специалистов по вопросам факторов риска и профилактики туберкулеза и формирования здорового образа жизни.
- 8. Распределение ИОМ в ЛПО различного уровня для организации стендов, уголков здоровья и раздачи населению.
- 9. Организация конкурсов среди мед.работников ПМСП на лучший санбюллетень по вопросам ЗОЖ, по профилактике туберкулеза с подведением итогов и награждением победителей.
- 10. Проведение сходов населения с участием старейшин и уважаемых людей данного населенного пункта с освещением вопросов, касающихся профилактики туберкулеза, сохранения и укрепления здоровья.
- 11. Проведение медицинских осмотров, консультаций, дней открытых дверей, спортивных и концертных мероприятий, дискотек, выставок на-

родного творчества, направленных на профилактику туберкулеза и пропаганду здорового образа жизни.

- 12. Проведение блиц-опроса населения для оценки результативности данного мероприятий с последующим анализом полученных сведений для использования их при планировании последующих акции «Денсаулык жолы».
- 13. Освещение хода акции различными видами СМИ.
- 14. Подготовка печатных работ специалистами, участвующими в этой акции для публикации в СМИ.
 - 15. Подведение итогов акции.
- 16. Направление итогов в областные департаменты здравоохранения и НЦПФЗОЖ, через 10 дней после завершения акции.

Каждый регион может выбрать свою приоритетную целевую группу в зависимости от потребностей данного региона в получении информации о мерах профилактики туберкулеза, снижению факторов риска, а также с учетом социальных возможностей данного региона, традиций и обычаев и кадрового потенциала.

В течении всего времени проведения акции ведется тесное сотрудничество с представителями фтизиатрической службы при непосредственном участии специалистов санитарно-эпидемиологического надзора.

В качестве информационно-образовательного материала используется материалы, выпущенные НЦПФЗОЖ и региональными центрами ЗОЖ.

По итогам акции проводится анализ эффективности проведенных мероприятий с выявлением сильных и слабых сторон, и направляется в НЦПФЗОЖ.



ҚҰС ТҰМАУЫНЫҢ АЛДЫН АЛУ ЖӨНІНДЕ

Р.С.Колокина, Н.А.Сулейманова, К.А.Толғанбаева, К.К.Қыраубаев, А.Мендігали ҚР ДСМ, Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Республикалық Санитарлық-эпидемиялық станциясы, БҰҰ Балалар қоры ЮНИСЕФ, Алматы қ.

К ВОПРОСАМ ПРОФИЛАКТИКИ ПТИЧЬЕГО ГРИППА

Р.С.Колокина, Н.А.Сулейманова, К.А.Толганбаева, К.К.Кыраубаев, А.Мендыгали Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, Республиканская Санитарно-эпидемиологическая станция, Детский Фонд ООН ЮНИСЕФ

TO ISSUE OF AVIAN INFLUENZA PREVENTION

R.S.Kolokina, N.A.Suleymanova, K.A.Tolganbaeva, K.K.Kiraubaev, A.Mendigali National Center for problems of healthy lifestyle development under Ministry of health RK, Republican sanitary-epidemiology station, UNICEF UN fund

Одной из серьезнейших проблем современного общества является распространение опасной вирусной инфекции — птичий грипп, которая может привести к множеству человеческих жертв и значительному экономическому ущербу даже самой развитой страны. Человечество стоит па пороге пандемии, если не предпринять своевременные адекватные меры, способствующие снижению распространения птичьего гриппа, учитывая отсутствие специфической вакцинации населения. В этой связи чрезвычайно важно информировать население о возможной угрозе и мерах профилактики, которые необходимо соблюдать.

Птичий грипп (ПГ) является инфекционной болезнью птиц, вызываемой штаммами вируса гриппа типа, подтипом H5N1. Болезнь распространена во всем мире. Вирус птичьего гриппа H5N1 с 1997 года распространился больше чем 50 странах мира.

В 2007 году грипп среди птиц зарегистрирован в 14 странах мира (Япония, Гонконг, Таиланд, Вьетнам, Венгрия, Россия, Великобритания, Пакистан, Турция, Афганистан, Кувейт, Китай, Бангладеш).

В Казахстане эта инфекция зарегистрирована в 2005-2007 годах у птиц, у людей не зафиксировано ни единого случая.

В Китае зарегистрирован птичий грипп среди людей и птиц, в России – в Подмосковье и в 2008 году в Приморье.

За весь этот период более 220 миллионов голов домашней птицы либо погибли, либо были уничтожены, что составила экономические убытки птицеводства только в Азии оцениваются примерно в 10 млрд. долларов США.

По данным санитарно-эпидемиологической службы на 17.04.08 года в 12 государствах заре-

гистрировано 381 случаев птичьего гриппа, в том числе с летальным исходом 240 случаев, что составило 62,9% от всех заболевших.

Природным резервуаром вирусов птичьего гриппа являются водоплавающие перелетные птицы. Домашние птицы, включая кур и индюшек, особенно восприимчивы к заражению ПГ, что ведет к развитию эпидемий, не редко приводящих к летальному исходу. Вирусы ПГ способны поражать людей и вызывать тяжелое заболевание.

Инфекция среди домашней птицы может быть бессимптомной, а также протекать в молниеносной форме, вызывая быструю гибель большого количества птицы (куры, индейки) от системного поражения без каких-либо предварительных симптомов.

Вирусы птичьего гриппа редко инфицируют людей, однако известны случаи заболевания и даже гибели среди людей во время вспышек 1997-1999, 2003-2005 и начало 2006 годов. При этом человек является, скорее всего, конечным звеном в передаче вируса гриппа.

Проявления птичьего гриппа у человека варьируется от типичных гриппоподобных симптомов дот инфекции глаз (конъюнктивит) с тяжелыми проявлениями общей интоксикации. Крайне опасны тяжелые осложнения в виде поражения легких, сердца и почек, что способствует летальному исходу.

Птичий грипп обычно не вызывает заболевания среди диких птиц, однако среди домашних птиц вызывает тяжелое заболевание и гибель. Вирусы птичьего гриппа, как правило, не инфицируют людей, однако известны случаи заболевания и даже гибели среди людей во время вспышек 1997-1999 и 2003-2004 года.

Факторы риска заражения вирусом $\Pi\Gamma$: контакты с зараженной птицей, несоблюдение правил



гигиены и санитарии, недостаточная информированность о заболевании. Передача инфекции от человека человеку возможна, но не воздушнокапельным путем. Клинические симптомы более выражены, чем у обычного сезонного гриппа, и сочетаются с дыхательной недостаточностью. Важно предотвратить проникновение инфекции в больницы.

Характеристика птичьего гриппа у птиц

- Природным резервуаром для вируса гриппа является перелетные водоплавающие птицы, которые не поражается многими штаммами вируса гриппа.
- Среди домашней птицы наиболее сильно поражаются цыплята, индейки, в меньшей степени утки, цесарки, гуси.
- Перелетные птицы могут вирус гриппа нести в организме до 21 суток.
- Перелетные птицы вирус гриппа переносят в кишечнике и выделяют в окружающую среду со слюной, респираторным и фекальным материалом. Наиболее обычный путь распространения вируса фекально-оральная трансмиссия.
- Вирус ПГ может выживать в течение 3-х месяцев в зараженном помете в условиях холода. Один грамм такого помета может содержать достаточное количество для инфицирования 1 млн. птиц.
- Распространение вируса гриппа через перелетные птицы доказано в изучением заболевании в России и Казахстане.

Во избежание пандемий необходимо не допустить заражение человека, больного гриппом, вирусом H5N1

- Соблюдение всех необходимых мер предосторожности, особенно при контакте с больными птицами
- Вакцинация людей из групп риска (работники ферм, сельские жители, имеющие птиц и т.д.) против гриппа человека
 - Изоляция больных гриппом
- Ликвидация птиц, находившихся в контакте с больной птицей

Учитывая важность проблемы и проведение опережающих мер национальным центром

проблем формирования здорового образа жизни совместно с Детским Фондом ООН (ЮНИСЕФ) проведен национальный тренинг для специалистов областных, районных и городских центров ЗОЖ для последующего распространения знаний и информационно-образовательного материала на организации ПМСП разного уровня, который состоялся 6-7 мая 2008 г., г.Алматы.

Цель тренинга: доставка информации целевым группам населения (семьям, имеющим детей, сельскому населению, домохозяйствам, содержащим птицу) посредством обученных специалистов областных, районных, городских Центров ФЗОЖ.

Задачи тренинга:

- обучить специалистов областных и районных Центров ЗОЖ мерам профилактики ПЧГ;
- повысить уровень знаний специалистов ЗОЖ по навыкам передачи информации населению;
- распространить информационно- образовательный материал по мерам профилактики и способам защиты от птичьего и человеческого гриппа;
- определить уровень знаний участников семинара по вопросам профилактики ПЧГ.

В работе тренинга приняли участие 29 специалистов из различных регионов Казахстана, которым представлены данные о проблеме птичьего гриппа на современном этапе, 22 вида информационно-образовательного материала (ИОМ), разработанного ЮНИСЕФ, видеоролики. Планируется, что вся информация будет использована на местах для проведения каскадных тренингов, до уровня ФАПов.

Выводы:

- Птичий грипп представляет угрозу для человечества
- Знание мер профилактики позволит предотвратить распространение этой инфекции
- Информацию о профилактике ПГ необходимо провести на уровне ПМСП, включая СУБ, СВА и ФАПы.
- Распространение ИОМ позволит расширить знания о ПГ.



ЕҢБЕК ШАРТТАРЫ БОЙЫНША ӨНДІРІС ОБЪЕКТІЛЕРІНДЕ АТТЕСТАЦИЯ ЖҮРГІЗУДІҢ ЖАҢА ТӘСІЛДЕРІ

Ж.Алпысбаева ҚР Еңбек және әлеуметтік қорғау министрлігін қорғау бойынша Республикалық ғылыми зерттеу институты

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОВЕДЕНИЮ АТТЕСТАЦИИ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ОБЪЕКТОВ ПО УСЛОВИЯМ ТРУДА

Ж.Алпысбаева Республиканский НИИ по охране труда Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан, г.Астана

NEW APPROACHES TO CERTIFICATION OF PRODUCTION UNITS TO CONDITIONS OF WORK

Z.Alpisbaeva Republican Scientific-research institute on protection of labour under Ministry of labour and social protection of population of the Republic of Kazakhstan, Astana

Согласно п.10 ст 317 Трудового кодекса Республики Казахстан в обязанности работодателя входит проведение с участием представителей работников периодической, не реже чем один раз в пять лет, аттестации производственных объектов по состоянию условий труда, а также обязательной аттестации после реконструкции, модернизации, установления новой техники или технологии в соответствии с «Правилами проведения обязательной периодической аттестации производственных объектов по условиям труда», утвержденными приказом Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 23 августа 2007 года № 203-п (далее Правила).

Аттестация производственных объектов включает в себя:

- 1) аттестацию рабочих мест организации в соответствии с действующими нормативами в области безопасности и охраны труда (в старой редакции Правил исключением были рабочие места с постоянным пребыванием на открытом воздухе);
- 2) комплексную оценку производственных объектов организации по соответствию их нормативам в области безопасности и охраны труда:
- оценку степени вредности и опасности труда;
- оценку степени травмобезопасности и обеспеченности средствами коллективной защиты;
- оценку обеспеченности работников средствами индивидуальной защиты.

Аттестации подлежат все производственные объекты организаций, действующих на территории Республики Казахстан.

Основным назначением использования результатов аттестации производственных объектов является оценка фактического состояния условий производственной среды и безопасности труда на

рабочих местах, проведение комплекса организационно-технических мероприятий по улучшению условий и безопасности труда, прекращение или приостановление эксплуатации производственного объекта, оборудования, а также изменения технологии.

Аттестация производственных объектов по условиям труда проводится либо работодателем, имеющим в своей организации службу безопасности, охраны труда и лабораторию по инструментальным исследованиям факторов производственной среды, либо специализированной организацией.

Проведение аттестации самим предприятием возможно только при условии методического руководства специалистов сторонней специализированной организации. Такой вариант применим для предприятий любой численности, экономически очень выгоден им и, главное, позволяет превратить проведение аттестации из одноразовой кампании в постоянную реальную работу работников предприятия по анализу и улучшению конкретных условий труда на конкретных рабочих местах.

Ответственность за выбор специализированной организации ложится полностью на предприятие.

При выборе предприятия рекомендуется обратить внимание на наличие в специализированной организации квалифицированных кадров, имеющих опыт работы в данной области предоставления услуг, наличие лаборатории по лабораторным и инструментальным исследованиям факторов производственной среды и условий труда. Имеющиеся средства измерения должны иметь Сертификат поверки установленного образца.

Список специализированных предприятий, осуществляющих деятельность по проведению



аттестации производственных объектов по условиям труда ведет уполномоченный государственный орган по труду.

В 2008 году РГКП «Республиканский научно-исследовательский институт по охране труда Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан» начал научные исследования по теме: «Разработка новых принципов подхода к проведению аттестации производственных объектов по условиям труда». В результате научных исследований планируется разработка рекомендаций по осуществлению аттестации и методики осуществления суммарной оценки условий труда.

На сегодняшний день в условиях положительной динамики казахстанской экономики возрастают требования государства к социальной ответственности предприятий за безопасность производства и условия труда на рабочих местах, повсеместно идет внедрение международных стандартов по менеджменту качества и профессиональной безопасности.

Безопасность производства выступает как один из критериев успеха и надежности компании, повышающих уровень конкурентоспособности предприятия. Проведение аттестации является одним из звеньев системы комплексного - качественного и количественного - анализа и оценки условий труда на конкретном рабочем месте для последующей разработки конкретных мероприятий по устранению опасных и вредных производственных факторов, а также предупреждению производственно обусловленного травматизма и заболеваемости. Аттестация производственных объектов по условиям труда по праву является одной из форм постоянного процесса мониторинга за условиями труда - важнейшего элемента любой системы организации работ по управлению безопасностью на предприятии.

По результатам предварительный исследований было установлено, что в странах Евросоюза данный вид работ проводится как оценка производственного (профессионального) риска, позволяющая идентифицировать все имеющиеся на предприятии производственные риски, то есть предотвратить опасность причинения вреда здоровью работника на рабочих местах, включая опасные и вредные факторы производственной среды.

Повсеместное проведение аттестации производственных объектов по условиям труда, становится все более актуальной задачей, а обязанность работодателя проводить аттестации производственных объектов, порождает необходимость создания и внедрения адекватных средств выпол-

нения на практике этой обязанности, требующей активной осознанной целенаправленной и эффективной работы специалистов служб охраны труда и каждого руководителя предприятия.

Практика проведения аттестации свидетельствует о том, что аттестация все более становится важной подсистемой управления охраной труда, реальным исходным этапом планирования профилактики производственного травматизма и профессиональной заболеваемости, улучшения условий труда работников. По-праву аттестация производственных объектов по условиям труда может стать неотъемлемой частью политики предприятий в области обеспечения безопасности труда.

Наиболее эффективно управлять охраной труда при использовании системного подхода. В этой связи можно отметить положительную динамику в применении казахстанскими предприятиями стандартов по менеджменту качества, менеджменту профессиональной безопасности и охране труда.

Актуальным на сегодняшний день является внедрение на производстве межгосударственного стандарта по безопасности труда и системам управления охраной труда ГОСТ 12.0230-2007, идентичный Руководству МОТ-СУОТ 2001, предполагающий систему управления, основанную на активном участии и сотрудничестве работодателя и работников.

На семинаре, организованном Международной организацией охраны труда, прошедшей в апреле 2008 года в Министерстве труда и социальной защиты населения Республики Казахстан, перед слушателями была представлена модель системы управления охраной труда в соответствии с Руководством МОТ-СУОТ 2001. Данная система предусматривает комплексный подход к формированию и реализации политики в области охраны труда, при которой все элементы системы взаимосвязаны и работают в четком взаимодействии. Передовой международный опыт показывает, что внедрение СУОТ на уровне предприятия или организации не только способствует устранению опасностей и снижает риски, но и повышает производительность труда и конкурентоспособность предприятия. Эффективная система управления охраной труда способствует заинтересованности, в том числе экономической, и работодателя и каждого работника в непрерывном улучшении условий и охраны труда.

Системный подход к управлению охраной труда является универсальным, апробированным во всем мире, который выстраивает все бизнеспроцессы с целью оптимизации и достижения



максимального уровня конкурентоспособности предприятия.

Аттестацию производственных объектов по условиям труда можно рассматривать как один из блоков этой системы как процедуру оценки производственных рисков.

Проведение обязательной периодической аттестации даст руководителям и их предприятиям реальные конкурентные преимущества — эффективное и безопасное производство, а также здоровый физически и социально благополучный

персонал, без которых не возможно достичь лидерства на рынке производства товаров и предоставления услуг.

Проведение аттестации должно способствовать ее позиционированию в качестве важнейшего элемента организации работ по охране труда, корпоративной системы управления охраной труда, ибо по своей сути является средством самооценки работодателем состояния условий труда, без которого немыслимы никакие конкретные реальные мероприятия.

ЖЕДЕЛ МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖӘРДЕМ СТАНЦИЯЛАРЫН ТЕХНИКАЛЫҚ ЖАБДЫҚТАУДЫҢ СТАНДАРТТАРЫН ӘЗІРЛЕУДІ НЕГІЗДЕУ

А.А.Берденова, Ә.Э.Игілікова, М.В.Баймағамбетова ҚР ДСМ Денсаулық сақтауды дамыту институты, Алматы қаласы жедел медициналық жәрдем станциясы

ОБОСНОВАНИЕ РАЗРАБОТКИ СТАНДАРТОВ ТЕХНИЧЕСКОГО ОСНАЩЕНИЯ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

А.А.Берденова, А.Э.Игликова, М.В. Баймагамбетова Институт развития здравоохранения МЗ РК, Станция скорой медицинской помощи, г.Алматы

BASIS FOR DEVELOPMENT OF STSNDARDS OF TECHNICAL EQUIPMENT OF AMBULANCE STATIONS

A.A.Berdenova, A.E.Iglikova, M.V.Baimagambetova Healthcare Development Institute, Ministry of Health at the Republic of Kazakhstan, Almaty Ambulance station

ТҰЖЫРЫМ

Мақалада, медициналық жабдықтармен техникалық қамтамасыз етілуге талдау берілген. Минималды нормативтік жабдықталуға байланысты, жедел медициналықжәрдем станцияларының нақтыжәне ұсынылған медициналық жабдықталу сәйкестігі салыстырылған, халықаралық талаптарға сәйкес техникалық қамтамасыз етілу стандарттарының жобасы келтірілген.

SUMMARY

There is analysis in the article of technical provision of medical resources. There is comparison actual and recommended medical equipment of the Ambulance station vs. minimal equipment norms, there are projects of the standards of technical equipment according to international requirements.

Скорая помощь — один из видов наиболее массовой медицинской помощи. В большинстве случаев жизнь пострадавшего зависит от своевременно оказанной квалифицированной медицинской помощи. Насколько важна экстренность её оказания и транспортировки пострадавшего в специализированную медицинскую организацию видно из того, что, по данным ВОЗ, каждые 20 из 100 погибших в резуль-

тате несчастных случаев могли бы быть спасены, если бы медицинская помощь была им оказана на месте происшествия.

В Республике Казахстан в настоящее время вопросы оснащения медицинским оборудованием ССМП и определения степени потребности в нем до конца не разработаны. Очевидна необходимость анализа имеющегося в организациях ССМП оборудования с уче-



том степени его износа и необходимости замены или капитального ремонта, а также установка наиболее слабых сторон, мешающих оказывать в полном объеме качественную медицинскую помощь.

Таким образом, недостатком развития службы ССМП является отсутствие научно обоснованного подхода к обеспечению рационального планирования оснащенности медицинским оборудованием.

Оснащенность организаций ССМП современным оборудованием, наличие оптимального числа квалифицированных медицинских кадров позволяют в значительной мере снизить смертность населения при внезапно возникающих заболеваниях и несчастных случаях. Необходимым условием этого является четкая организация работы скорой медицинской помощи и современная система связи. Станции скорой медицинской помощи имеют связь с подстанциями, лечебно-профилактическими организациями и общегородской системой (оперативными службами жизнеобеспечения). Кроме того, большинство станций оборудовано радиосвязью, а на санитарных автомобилях скорой помощи установлены рации.

Выездные бригады постоянно поддерживают связь с центральной диспетчерской и могут непосредственно из автомобиля предупредить больницу о доставке тяжело заболевшего или пострадавшего. При этом четкость, оперативность, последовательность в выполнении функций диспетчерами, профессиональная компетентность врачей-специалистов зависят от рационального технического оснащения выездных бригад, и в этой связи разработка стандартов в области технического оснащения является одним из основных условий в выполнении качественной работы станций скорой медицинской помощи.

В настоящее время действуют стандарты оснащения медицинской техникой и изделиями медицинского назначения, но количество и качество медицинской техники, а также ее техническое обслуживание, ремонт и монтаж не соответствуют всё возрастающим требованиям здравоохранения.

В соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 28.08.01 г. № 788 утверждена инструкция по оснащению медицинской техникой и изделиями медицинского назначения выездных бригад: линейных (фельдшерских) и врачебных (специализированных). До настоящего времени организации станций скорой медицинской помощи пользуются этой инструкцией, так как она описывает оснащение всех бригад.

Согласно данной инструкции оснащение врачебной бригады станции (отделения) СМП включает в себя набор санитарного имущества: подушка -1, наволочки -2, простыни -2, стерильные простыни -2, полотенце -2, одеяла -2, косынки медицинские -4, необходимости включения которого его в приказ не имеется, тем более, что данный комплект рассчитан только на одного больного, а в дальнейшем подлежит стерилизации. В настоящее время практически все станции скорой медицинской помощи пользуются одноразовыми постельными комплектами.

И в то же время в перечне оборудования по оснащению специализированных выездных бригад интенсивной терапии и анестезиолого-реанимационных бригад остаются морально устаревшие - электрокардиоскоп — 1, дефибриллятор -1 и электрокардиостимулятор -1, которые могут быть заменены на единый кардиомониторный комплекс, необходимый для оказания экстренной помощи больным с сердечной патологией.

В соответствии с Приказом МЗ РК от 18.07.05г. № 360 «Об утверждении минимальных стандартов (нормативов) оснащения медицинской техникой и изделиями медицинского назначения организаций амбулаторно-поликлинической и скорой медицинской помощью», приложение 7 даны минимальные стандарты (нормативы) оснащения станций скорой медицинской помощи, включающие дорогостоящее оборудование, медицинский инструментарий, изделия и предметы специального назначения и медицинская мебель. Однако, в приложении отсутствует разделение оборудования для выездных бригад: линейных (фельдшерских) и врачебных (специализированных), вследствие чего данная инструкция является дополнением к приказу МЗ РК от 28.08.01 г. № 788 и не может рассматриваться самостоятельно.

В то же время, следует отметить, что не все обстоит благополучно в отношении рационального использования имеющихся возможностей в организации работы службы скорой медицинской помощи и отмечается отсутствие комплексности, четкой координации и взаимосвязи в работе врачей-специалистов. Так, в приложении №6 к приказу «Перечень приоритетно приобретаемой медицинской техники и изделий медицинского назначения для станций (отделений) скорой медицинской помощи» указан ультразвуковой диагностический сканер. Однако ультразвуковые исследования не входят в ГОБМП, оказываемой бригадами скорой помощи. В этот же норматив включен дозатор лекарственных средств, применяемый для длительных внутривенных вливаний в условиях стационара, но не при транспортировке больного в машине скорой помощи. Включены также столик инструментальный и столик манипуляционный, но не нет указаний, где они должны находиться.

При составлении технико-экономических показателей (ТЭП) медицинских организаций учитывается только медицинское оборудование, относящееся к основным средствам. Изделия медицинского назначения в ТЭПы не вносятся как не относящиеся к основным средствам. В результате искажается процентная оснащенность медицинских организаций медицинским оборудованием. Поэтому пересмотр существующего перечня приоритетно приобретаемого медицинского оборудования с исключением из списков изделий медицинского назначения актуален.

Приобретение медицинского оборудования производится за счет средств республиканского бюджета в соответствии с приказом МЗ РК № 369 от 21.07.05 года «О материально-техническом оснаще-



нии государственных медицинских организаций на местном уровне за счет целевых текущих трансфертов из средств республиканского бюджета». Практически не оправдывается значимость приобретения измерителя артериального давления, который стоит 1,5-2 тыс. тенге по приоритетному перечню за счет средств республиканского бюджета.

При разработке минимальных стандартов оснащения медицинской техникой и изделиями медицинского назначения организаций скорой медицинской помощи необходимо учитывать протоколы диагностики и лечения (ПДЛ). Требуемый перечень оснащения медицинским оборудованием станций скорой медицинской помощи согласно ПДЛ не всегда соответствует утвержденному стандарту. Так недооснащенность выездных бригад небулайзерами, ЭКГ- аппаратами, приборами для определения газового состава крови, отсутствие интубационных трубок ведет к невозможности применения ПДЛ в практике.

Данное утверждение возможно в силу того, что перечень рекомендуемого технического оснащения ССМП должен быть составлен согласно определенным наименованиям диагностических процедур в протоколах диагностики и лечения. Для адекватного и полного обеспечения качества медицинской помощи необходимо следовать международным стандартам, что требует включения в перечень отечественной медицинской техники мировых, современных единиц нано - технологий.

С учетом проведенного анализа нормативноправовой базы, технического оснащения ССМП и анализа ее функциональных обязанностей стандарт технического оснащения станции скорой медицинской помощи должен включать:

- тип санитарной машины для выездных бригад скорой медицинской помощи (фельдшерские и врачебные),
- тип санитарной машины для бригад интенсивной терапии и специализированных бригад,
- типовое оснащение выездных бригад СМП медицинским и техническим оборудованием с учетом их функциональных обязанностей.

Нами разработан и предлагается примерный перечень общего оснащения выездных бригад скорой медицинской помощи. Сюда включается перечень базисного оборудования выездных бригад СМП.

Проект Стандарта 1.

- 3. Медико-техническое оснащение
- 4. Санитарный автомобиль скорой медицинской помоши.
- 5. Мебель для размещения медицинской аппаратуры и принадлежностей.
 - 6. Светильник направленного действия в салоне.
- 7. Средства связи (радиостанция или радиотелефон).
 - 8. Носилки складные.
 - 9. Кресло-каталка складное.
 - 10. Приемное устройство с носилками.
 - 11. Штатив для инфузий.

- 12. Медицинский ящик-укладка основной.
- 13. Дополнительный медицинский ящик для размещения родового пакета, ожогового пакета; реанимационного набора, инфузионных растворов.

Проект Стандарта 2

Перечень технического оснащения для линейных бригад СМП

- 1. Электрокардиограф портативный одноканальный с автономным питанием.
 - 2. Кислородный ингалятор КИ 5.
- 3. Аппарат ИВЛ переносной автоматический типа «Кокчетав 4».
- 4. Аппарат ИВЛ ручной портативный типа АДР 1200.
- 5. Набор транспортных иммобилизационных шин: шейные воротники, пневматические и (или) вакуумные для верхних и нижних конечностей, универсальная для скелетной травмы.
 - 6. Тонометр и фонендоскоп.
 - 7. Глюкометр.
 - 8. Небулайзер.

Проект Стандарта 3

Перечень технического оснащения, предназначенный для деятельности бригад интенсивной терапии (БИТ)

- 3. Электрокардиограф портативный одноканальный с автономным питанием.
- 4. Дефибриллятор монитор портативный с автономным и сетевым питанием.
 - 5. Кислородный ингалятор КИ-5.
 - 6. Аппарат ИВЛ переносной автоматический.
- 7. Аппарат ИВЛ ручной портативный типа AДP 1200.
- 8. Ларингоскопы взрослые и детские с набором клинков, эндотрахеальных трубок, проводников.
- 9. Набор транспортных иммобилизационных шин: шейные воротники, пневматические и (или) вакуумные для верхних и нижних конечностей, универсальная для скелетной травмы.
 - 10.Портативный глюкометр.
 - 11. Небулайзер
 - 12. Тонометр и фонендоскоп.
 - 13. Баллон кислородный с редуктором 10 л.
- 14. Аспиратор портативный механический или электрический.
 - 15.Пульсоксиметр.

Проект Стандарта 4

Техническое оснащение реанимационных бригал ССМП

1 Санитарный автомобиль скорой медицинской помощи класса "Реанимобиль".

- 2. Электрокардиограф портативный трехканальный, тепловой, с комплексным источником питания (сетевой и аккумуляторные блоки) со стандартным набором электродов.
- 3. Кардиореанимационный комплекс: кардиомонитор, электрокардиограф, дефибриллятор с ЖК-дисплеем, функциями монитора и водителя ритма, синхронизируемый, работающий в ручном и полуавтоматическом режиме. С энергией разряда от 2 до



- 360 Дж, с установкой порогов тревожной сигнализации, с мониторингом SpO2, CO2, неинвазивной кардиостимуляцией, с сетевым и аккумуляторным питанием, адаптированный к работе на транспорте, благодаря специальному зарядному устройству для автомобиля 12V. Запасной аккумуляторный блок к кардиореанимационному комплексу.
- 4. Дыхательная аппаратура: аппарат для ИВЛ по объему и по частоте в автоматическом режиме, типа «Меdumat Standart» (Weinmann); стационарный кислородный баллон (Юл); 1 переносной кислородный баллон с редуктором (2л); электровакуум-отсос с расходными одноразовыми катетерами, механический ножной педальный отсос; кислородный ингалятор.
- 5. Реанимационный набор: ларингоскоп взрослый и детский с набором клинков, эндотрахеальных трубок, проводников; мешок АМБУ с маской, детский; мешок АМБУ с набором коннекторов и масками для взрослых; воздуховоды орофарингеальные, назофарингеальные; фиксаторы эндотрахеальной трубки; набор для трахеостомии, коникотомии; набор для дренирования плевральной полости.

- 6. Набор транспортных иммобилизационных шин: шейные воротники, пневматические и (или) вакуумные для верхних и нижних конечностей, универсальная для скелетной травмы.
- 7. Набор для катетеризации магистральных сосудов.
- 8. Устройство дозированного переливания инфузионных средств (типа "Инфузомат").
 - 9. Устройство для компрессионной инфузии.
 - 10. Портативный глюкометр.
 - 11. Небулайзер
 - 12. Тонометр и фонендоскоп.
 - 13. Портативный офтальмоскоп и отоскоп
- 14. Вакуумный матрас для транспортировки спинальных больных
 - 15. Носилки гамак.

Таким образом, проанализирована степень соответствия медицинского оборудования, его качества функциональным обязанностям ССМП, рекомендуемым ПДЛ, что позволило разработать проекты стандартов технического оснащения ССМП, отражающие нужды отрасти и современные требования к качеству оказываемой скорой неотложной медицинской помощи.

МЕДИЦИНА ҰЙЫМДАРЫН МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚҰРАЛ-ЖАБДЫҚТАРМЕН ТЕХНИКАЛЫҚ ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУДІ ЖОСПАРЛАУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ЖАЙЛЫ

А.Э.Игликова, М.В.Баймагамбетова, С.Э.Ешова, Е.Сералин ҚР ДСМ «Денсаулық сақтауды дамыту институты» РМК, «Орбита-Дент» ЖШС, Алматы қаласы №7 ККА

О ПРОБЛЕМЕ ПЛАНИРОВАНИЯ ТЕХНИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМ ОБОРУДОВАНИЕМ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

А.Э.Игликова, М.В.Баймагамбетова, С.Э.Ешова, Е.Сералин Институт развития здравоохранения МЗ РК, ТОО «Орбита-Дент», ГКБ №7, г.Алматы

QUESTIONS ABOUT TECHNICAL SUPPLY PLANNING OF MEDICAL ORGANIZATIONS

A.Iglikova, M.V.Baimagambetova, S.Eshova, E.Seralin Institute for Healthcare Development, LLP "Orbita-Dent

ТҰЖЫРЫМ

Медициналық көмектің сапасын қамтамасыз ету ол сапасына, қорына, процессіне, нәтижесіне байланысты. Мәселе бұндай байланысқа жоғарғытехнологиялық және қымбат көмек көрсететін ұйымдар болып табылады, ал ерекшеліктерінің бірі көлемдік шығын оның тиімілігіне жоғарғы талапты қамтамасыз етуін көрсетеді.

SUMMARY

Medical aid quality providing depends on quality of resources, processes, results. The model of such dependence is organization of expensive and hi-technology medical aid where the one of feature is to make high demands on efficiency as a result of large expenses on rendering medical aid.



Государственной программой реформирования и развития здравоохранения на 2005-2010 гг. предусмотрена необходимость улучшения технической оснащенности медицинских организаций. В последние два десятилетия в мировом здравоохранении произошли значительные технологические сдвиги, существенно повысившие клинические результаты медицинской деятельности. В Казахстане также предпринят ряд мер, направленный на повышение уровня материально-технической базы организаций ПМСП.

В рамках бюджетной программы «Целевые текущие трансферты областным бюджетам, бюджетам городов Астана и Алматы на материально-техническое оснащение медицинских организаций здравоохранения на местном уровне» было выделено финансирование на приобретение технического оборудования в соответствии с минимальными стандартами, утвержденными Министерством здравоохранения РК. Однако, по результатам проверки, проведенной Комитетом по контролю в сфере оказания медицинской помощи выявлено, что оснащенность ряда медицинских организаций не соответствует минимальным стандартам и колеблется от 43,3% до 60%. Классификация выявленных проблем технического оснащения включает в себя планирование приобретения медицинского оборудования для МО. Мусин Е.М. и др. (2007) отметили, что одним из выявленных недостатков при планировании приобретения медоборудования отмечался формальный подход к составлению заявки на оборудование со стороны руководителей медорганизаций [1].

В свете реализации Госпрограммы перед администрацией медицинской организации встает вопрос принятия рационального решения в процессе планирования закупки новой медицинской техники и инструментария в рамках утвержденных Министерством здравоохранения РК нормативов оснащения медоборудованием. Возникает несколько задач: 1) анализ рынка предложений современной медицинской техники, 2) сбор информации о новых приборах и их возможностях и наиболее перспективных фирмах производителях, что очень важно при оснащении медорганизации. 3) техническое обслуживание планируемого к приобретению оборудования, доступность приобрести запасные части, организация ремонтных работ. Кроме того, планируя закуп нового оборудования необходимо правильно формировать структуру затрат медорганизации: «капитальные затраты», «хозяйственные расходы» и пр.

При этом рациональному формированию структуры затрат клиники способствует также принятие ряда мер административного характера, например, утверждение в МО администрацией следующих документов:

- 1. Положение о закупке медицинской техники, оборудования, лекарственных препаратов и расходного имущества;
- 2. Приказ (распоряжение) об ограничении круга лиц, имеющих право вести переговоры от имени лечебного учреждения о закупках медицинского оборудования и расходных материалов.

Указанные меры позволяют упорядочить процедуру закупки требуемого оборудования и материалов: исключить (или по крайней мере свести к минимуму) возможность ведения параллельных переговоров с потенциальной фирмой — поставщиком оборудования, а также существенно облегчить процесс переговоров в части формирования структуры цены.

Для решения задачи проектирования ресурса МО необходимо определить понятие ресурса. Наиболее значимые понятия ресурса МО это - персонал, информация, финансы, оборудование, расходные материалы.

В соответствии со сложившейся организационно-правовой структурой в МО планированием и управлением того или иного вида ресурса занимается руководитель МО (главный врач) при участии соответствующих подчиненных ему структур или должностных лиц.

Новый подход к проблеме качества оказания медицинской помощи потребовал и нового подхода к формированию организационной структуры клиники, навыков эффективного ведения дел.

Задачи планирования и управления ресурсами решаются сегодня в условиях насыщенного рынка производителей и поставщиков. Например, далеко не полный выбор предложений стоматологических установок, таких как Сирона, Каво, Штерн-Вебер, Хирана. Однозначные рекомендации выбора той или иной установки для реализации проекта закупки оборудования без учета всех обстоятельств весьма затруднительны. При принятии решения необходимо учитывать технические и ценовые характеристики оборудования. Факт наличия сертификатов соответствия, и, что весьма существенно, - возможность проведения сервисного обслуживания оборудования сертифицированным персоналом в месте расположения МО. Все это требует предварительного сбора и анализа информации о фирме-поставщике оборудования, надежности поставляемого оборудова-



ния, оценки возможной потребности в ремонте и его оперативном проведении в послегарантийный период.

Оценку результатов деятельности медицинских организаций целесообразно проводить с учетом качества технического оснащения [2]. Обобщающим критерием оценки эффективности работы лечебных отделений организаций является число (%) выздоровевших больных. Наряду с обобщающим критерием, существуют частные критерии, по величине которых принято судить о степени оснащения функциональных подразделений медицинской службы.

В общем случае время Т с момента поступления больных до окончания обслуживания определяется по зависимости:

T=Σ (toж +to6),

где tожі - среднее время ожидания обслуживания в і—ом функциональном подразделении; tобі - среднее время обслуживания больных в і—ом функциональном подразделении; m — количество функциональных подразделений, в которых проходит обслуживание больных.

Для определенных видов медицинской помощи значение величины toбі зависит, главным образом, от локализации и тяжести поражения. Реальным путем уменьшения времени пребывания больных, наряду с уменьшением времени обслуживания toбі, является сокращение величины toжі.

При рассмотрении функциональных подразделений как систем массового обслуживания значение toжі определяется в зависимости от λ -плотность потока больных; n - число мест для обслуживание в функциональном подразделении; k - число мест, занятых обслуживанием больных.

При определении оптимального количества технических средств подразделений необходимо исходить из того, что все больные должны быть обслужены. Исходя из этого положения, в качестве частного критерия, характеризующего техническое оснащение функциональных подразделений, может быть выбран коэффициент обслуживания больных, который определяется по зависимости Кобі = Noбі/Ni, где Noбі -число больных, прошедших обслуживание в і - ом функциональном отделении; Ni -число больных направляемых на обслуживание в і - ое подразделение.

Частным критерием, характеризующим оснащение функциональных подразделений приборами, аппаратами, оборудованием и инструментарием, является коэффициент загрузки технических средств, который определяется по зависимости:

Кзj=nзj/nj

где nsj - среднее количество технических средств занятых обслуживанием больных в i - ом функциональном отделении; nj - количество технических средств в i - ом функциональном отделении.

Литература:

- 1. Мусин Е.М., Хайруллин Б.Е., Бейсенбекова Г.К. и др.- О проблеме медико-технического обеспечения оказания медицинской помощи в РК / Денсаулык сактау дамыту журналы 2007, № 3, с.21-24
- 2. Борин А.В., Шидловский Н.П.Экономикоматематический анализ критериев оценки эффективности использования технического оснащения в медицинской и фармацевтической практике //Тезисы к 3 научно-практической конференции «Проблемы стандартизации в здравоохранении» (Москва, 22-24 марта 2001г.) в журн. «Проблемы стандартизации в здравоохранении».- №1.- 2001.- Стр.81.

МЕДИЦИНА ҰЙЫМДАРЫН ТЕХНИКАЛЫҚ ЖАБДЫҚТАУ МӘСЕЛЕСІ ТУРА-ЛЫ ӘРЕКЕТТЕГІ НОРМАТИВТІК-ҚҰҚЫҚТЫҚ БАЗАҒА ӨЗГЕРТУЛЕР МЕН ТОЛЫҚТЫРУЛАР ЕНГІЗУ БОЙЫНША ҰСЫНЫСТАРДЫ НЕГІЗДЕУ

М.В.Баймагамбетова, Ә.Э.Игілікова ҚР ДСМ Денсаулық сақтауды дамыту институты

ОБОСНОВАНИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЙ ПО ВНЕСЕНИЮ ИЗМЕНЕНИЙ И ДОПОЛНЕНИЙ В ДЕЙСТВУЮЩУЮ НОРМАТИВНО-ПРАВОВУЮ БАЗУ ПО ВОПРОСУ ТЕХНИЧЕСКОГО ОСНАЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

М.В.Баймагамбетова, А.Э.Игликова Институт развития здравоохранения МЗ РК, г.Алматы

BASIS FOR SUGGESTIONS TO INTRODUCING CHANGES AND ADDITIONS TO ACTING NORMS-LEGAL BASE FOR THE QUESTIONS OF TECHNICAL EQUIPMENT OF MEDICAL ORGANIZATIONS

M.V.Baimagambetova, A.E.Iglikova Healthcare Development Institute, Ministry of Health at the Republic of Kazakhstan

ТҰЖЫРЫМ

Медициналық ұйымдарды техникалық жабдықтау мәселесі бойынша әрекеттегі нормативтік-құқықтық базаға өзгертулер мен толықтырулар енгізу бойынша автормен негізделген ұсыныстар және практикада сапалы қолданылуы үшін техникалық жабдық стандартының дизаин жобасы берілген.

SUMMARY

Authors of this article suggest introducing changes and additions to the legal base on the question of technical equipment of medical organizations and suggest project of design of the standard of technical equipment for its quality use in practice.

Одной из задач в создании эффективной системы оказания медицинской помощи является укрепление материально-технической базы организаций здравоохранения современным диагностическим, лечебным оборудованием, что нашло свое отражение в Государственной программе реформирования здравоохранения.

Решение проблемы обеспечения населения высокотехнологичной медицинской помощью прямо связано с адекватным материально-техническим оснащением организаций здравоохранения.

Утвержденные минимальные нормативы (стандарты) не всегда соответствуют действующим протоколам диагностики и лечения, а также современным требованиям с учетом все возрастающих потребностей населения в качественной медицинской помощи. Поэтому в оснащении организации здравоохранения необходимо придерживаться соответствия утвержденным протоколам диагностики и лечения, что позволит регламентировать процесс оформления заявок по объемам и видам медицинского оборудования с учетом типа и уровня организации здравоохранения.

По данным социологического опроса руководителей медицинских организаций о степени удовлетворенности фактическим техническим ос-

нащением медицинской организации, показали отрицательное отношение к реальному техническому оснащению своих медицинских организаций (подразделений) большинство опрошенных руководителей (62,8%) и специалистов (58,4%). Мнение о том, что МЗ РК старается обеспечить нормальное техническое оснащение медицинских организаций выразили 24,3% респондентов, а 64,8% опрошенных указали, что технические потребности МО удовлетворены только на 50%. Доля физически изношенной и морально устаревшей медицинской техники составляет 50% - 8,6% респондентов, 13,6% ответили, что по их мнению – более 50 % износа, 61,1% - не ответили на вопрос. Ответ на вопрос о том, какова доля отказов пациентам в диагностике и лечении в рамках ГОБМП, исходя из уровня технической оснащенности в медицинской организации, показал 33,8% респондентов – до 30%, 5,2% – от 30 до 50% и столько же респондентов – от 50 до 60%, более половина опрашиваемых (55,8%) не ответили. Анализ технической оснащенности станции скорой медицинской помощи в соответствии с минимальными стандартами ее оснащения также показал несоответствие имеющегося в распоряжении станции скорой медицинской помощи г.Алматы медицинского оборудования, и его



качества функциональным обязанностям ССМП требованиям утвержденных минимальных нормативов технического обеспечения ССМП.

Таким образом, состояние технического обеспечения в части его соответствия утвержденным нормативам, можно считать как недостаточное, имеется факт снижения качества оказания медицинской помощи. Большинство медицинских организаций в настоящее время в той или иной степени испытывают трудности в вопросах приобретения и технического обслуживания медицинского оборудования.

При ныне действующей системе технического обеспечения, недостаточной удовлетворенности потребностей медицинских организаций в медицинском оборудовании, становится ясной необходимость порядка планирования приобретения медицинского оборудования во избежание проблем приобретения ненужного, устаревшего, дублирующего, недоукомплектованного медицинского оборудования.

Второй необходимостью является порядок определения приоритетов приобретения медицинского оборудования, что позволило разработать методику планового обновления медицинского оборудования в медицинских организациях.

Анализ нормативов минимального технического оснащения медицинских организаций позволяет сделать вывод, что нормативно-правовые документы по техническому оснащению медицинских организаций на настоящее время представляются однотипными, шаблонными, содержат лишь приложения по перечням нормативов с указанием характеристик назначения (аппараты и приборы; медицинский инструментарий; изделия и предметы специального назначения; медицинская мебель и сопутствующее оборудование), а также количество единиц оборудования.

В этой связи в целях совершенствования нормативно-правовой базы технического оснащения медицинских организаций предлагается:

- 1. Внести дополнения в «Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» о медицинском оборудовании. Определить четкий порядок планирования, распределения и технического обслуживания медицинского оборудования с определением цели и приоритетов необходимости его приобретения.
- 2. Пересмотреть существующие минимальные стандарты технического оснащения с внесением в необходимый перечень современного, усовершенствованного оборудования и удалением из него повторяющихся, устаревших видов оборудования, не используемого для оказания ГОБМП в соответствии с протоколами диагностики и лечения.

- 3. Формировать стандарты технического оснащения медицинских организаций с учетом уровня оказания медицинской помощи (на примере оснащения станций скорой медицинской помощи).
- 4. Осуществлять мониторинг соответствия фактически имеющегося в медицинских организациях медицинского оборудования утвержденным минимальным стандартам.
- 5. Предусмотреть статью расходов при приобретении нового медицинского оборудования на его техническое обслуживание в течение всего срока эксплуатации.
- 6. Разработать методику организации системы технического обслуживания медицинского оборудования, что позволит наладить техническое обслуживание медицинской техники.

В связи с вышеуказанными предложениями, настоятельной потребностью становится формирование стандартов технического оснащения медицинских организаций с учетом удобства его использования в практике, всесторонности, исключая непродуманность его проекта или дизайна.

Дизайн – от английского design – проектировать, чертить, задумать, а также – проект, план, рисунок [1]. В переводе с итальянского языка, слово Дизайн имеет множество значений: Disegno - это план, цель, замысел, намерение, набросок, рисунок, чертеж, эскиз, узор, модель, шаблон, схема, композиция.

Дизайн возник в начале 20 века. В его основе лежат принципы функциональности и целесообразности, его цель – придать вещи такие качества, как удобство, эстетическую привлекательность, соразмерность, единство со средой. Разработка дизайна включает ряд этапов: функциональный анализ, конструирование, компоновка, создание пространственной или графической композиционной структуры и др.

Дизайн подразделяется на промышленный, в том числе оборудования, дизайн среды, моды, графический (печатная продукция, дизайн упаковки лекарственных средств) и пр. Дизайн пользуется данными многих научных дисциплин: эргономики, инженерной психологии, социологии, культурологии и др., его художественно-композиционные и выразительные свойства во многом основаны на изучении достижений науки и техники. Дизайн рассматривается как необходимый этап в создании вещи, один из важнейших критериев в оценке ее потребительских свойств.

В 60-е годы прошлого века дизайнерские бюро переходят к комплексным программам, изучающим рынок, сравнительный анализ товаров, исследование эргономических и функциональных параметров проектируемых материалов. В резуль-



тате дизайнеры переходят к решению с помощью дизайна гуманитарных, социальных, экономических и др. проблем.

Одним из дизайнов среды, решающих социальные, общественные проблемы можно считать ГОСТы. Государственный стандарт – это одна из основных категорий стандартов, установленных государственной системой стандартизации. ГОСТы обязательны к применению всеми предприятиями, организациями и учреждениями республиканского и местного подчинения во всех отраслях народного хозяйства [2]. ГОСТы утверждаются соответствующими инстанциями и объектами стандартизации, имеющими государственное значение. ГОСТами являются СанПиН, СНиП, ТУ и др. стандарты. Стандарты имеются в любой отрасли, в том числе здравоохранении. Правильное оформление стандарта ведет к удобству его использования в практике, он охватывает все стороны и исключает пропуски или повторы, неизбежные при непродуманном подходе к его проекту или дизайну.

Приняв во внимание вышеизложенное, и учитывая, что стандарты на медицинское обо-

рудование, являясь общеобязательными, имеют своей целью повышение качества производимых материальных ценностей – медицинских услуг и экономической целесообразности – выздоровление больного, дизайн стандарта на медицинское оборудование должен включать в свой состав следующее:

- основные положения,
- классификацию конструкций,
- нормы проектирования и производства,
- требования к качеству, основные допуски,
- правила установки и указания по вводу в эксплуатацию,
 - нормы амортизации,
- нормы определения сметной стоимости машино-смен,
 - нормы и качество расходных материалов,
 - нормы на техническое обслуживание.

Перечисленный порядок положений должен учитываться при разработке стандарта на использование в медицинской практике медицинского оборудования и может быть принят в качестве дизайна стандарта технического оснащения в области медицинской деятельности.

СОЗЫЛМАЛЫ ОБСТРУКТИВТІ ӨКПЕ ДЕРТІМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ ЦИТОПРОТЕКТОРЛЫҚ ТЕРАПИЯСЫНЫҢ НӘТИЖЕЛЕРІ

Л.М. Төлегенова, Р.С., Бегімбетова, Ш.А. Бейсембаева, Д.О. Карибаева, Л.Н. Шинкаренко С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, Алматы қ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЦИТОПРОТЕКТОРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Л.М.Тулегенова, Р.С.Бегимбетова, Ш.А.Бейсембаева, Д.О.Карибаева, Л.Н.Шинкаренко Казахский Национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова, г. Алматы

RESULTS CYTOPROTECTOR THERAPIES OF LUNGS IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DIEASES

L.M. Tulegenova, R.S. Begimbetova, S.A. Beysembaeva, D.O. Karibaeva, L.N. Shinkarenko Kazakh National medical university named after S.D. Asphendiyarov, Almaty

ТҰЖЫРЫМ

Созылмалы обструктивті өкпе ауруы ІІ сатысындағы ауруларды емдегенде комплексті терапияға милдронат енгізгенде «ДиаМорф-Сіto» комплекс арқылы эритроциттердің морфологиялық параметрлері мен оптикалық тығыздығы көбейетіндігі анықталған.

SUMMARY

Inclusion in complex therapy of patients COPD II stages mildronat statistically authentically increases morphological parameters erythrocytes and parameters of optical density erythrocytes, are defined on a complex «ДиаМорф-Сito»



Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) вошла в число болезней лидирующих как по распространенности, так и по смертности [1]. В то время, как смертность для главных болезней, типа рака, заболеваний сердечно-сосудистой системы и травматизма уменьшилась на 3 %, 52 %, и 63 % соответственно, смертность от ХОБЛ увеличилась на 103 %, увеличение, которое является беспрецедентным для любой лидирующей по смертности болезни [2]. Популяционные обследования, проведенные в 7 странах (2008г.), показали распространенность ХОБЛ от 4,5% до 21,1% в зависимости от используемого определения заболевания [3].

В определении ATS/ERS (American Thoracic Society - Американское торакальное общество, European Respiratory Society - Европейское респираторное общество) [4] впервые ХОБЛ была описана как «предотвратимая болезнь» и дано определение: «ХОБЛ - заболевание, которое можно предупредить и лечить, характеризующееся ограничением скорости воздушного потока, которое обратимо не полностью. Ограничение воздушного потока обычно прогрессирует и связано с воспалительным ответом легких на патогенные частицы или газы, причем основной причиной является курение табака. Хотя ХОБЛ воздействует на легкие, она также приводит к значимым системным эффектам». В новой версии GOLD-2006 (Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of Chronic Obstructive Lung Disease - Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких), в отличие от предыдущих публикаций, уже включено, что ХОБЛ «заболевание, которое можно предотвратить и лечить». Это открывает позитивные перспективы для пациентов, тем самым, поощряя работников здравоохранения более активно участвовать в разработке программ профилактики ХОБЛ и проводить эффективные программы лечения пациентов с ХОБЛ. Ранний диагноз и вмешательство (прежде всего прекращение курения) могут предотвратить прогрессию. Стратегия предотвращения потери легочной функции и прогрессии болезни могла бы быть самой эффективной у пациентов с умерено выраженными признаками болезни [5]. Но даже когда имеется более высокая стадия, активное лечение может улучшить статус здоровья и продлить жизнь [6].

В патогенезе ХОБЛ участвует несколько механизмов. В начале ингаляционные поражения формируют хроническое воспаление в дыхательных путях. [7]. Далее развивается дисбаланс между протеолитическими и антипротеолитическими системами в легких, приводя к увеличенной протеолитической активности [8], что вызывает разрушение здоровой паренхимы легкого и развитию эмфиземы. Кроме того, важную роль в патогенезе играет оксидатив-

ный стресс, при этом активные формы кислорода приводят к дисфункции и смерти клеток, а также вызвают повреждение внеклеточной матрицы легкого [9]. В настоящее время, к сожалению, ни один механизм в достаточной степени не может использоваться как сайт приложения лекарственного воздействия в виду отсутствия препаратов. Ведется активный поиск альтернативных точек приложения. В создавшейся ситуации весьма привлекательным нам кажется использование при ХОБЛ парциального ингибитора бета-окисления жирных кислот – препарата милдронат (фирма «Гриндекс» Латвия). Милдронат переключает метаболизм организма с получения энергии при сжигании жирных кислот на получение ее за счет сжигания глюкозы, то есть происходит стимуляции окисления глюкозы, экономится кислород, восстановливается транспорт АТФ. Милдронат снижает расход кислорода во всем организме, осуществляет фармакологический тренинг клетки к ишемии (прекондиционирование). При применении милдроната повышается концентрация гамма-бутеробетаина, что влечет за собой индукцию биосинтеза NO (релаксация сосудов), тормозится агрегации тромбоцитов. Перечисленные свойства препарата и прежде всего антигипоксантное действие милдроната может служить показанием для его применения при ХОБЛ.

Существует много методов изучения влияния препаратов на метаболизм, но в настоящее время активно внедряются компьютерные методы визуализации и количественной оценки изображения, позволяющие быстро и точно получить статистически значимые результаты в цифровом выражении, что исключает субъективность исследователя [10]. Это позволяет в значительной степени объективизировать диагностику, облегчить статистическую обработку больших массивов данных. На основе выявленных изменений морфологических и оптических свойств клеток имеется возможность выявления и дифференцировки патологии, адекватность проводимого лечения.

Цель исследования: Изучение влияния милдроната на денситометрические показатели эритроцитов больных ХОБЛ II стадии.

Материал и методы: В исследование были включены пациенты с диагнозом ХОБЛ II стадия (среднетяжелая). Всего 26 больных, средний возраст − 46,6±5,4 лет: мужчин 16, женщин − 10. Диагноз выставлялся по критериям GOLD 2006 [11]: ограничение скорости воздушного потока (ОФВ1/ФЖЕЛ <0,70; 50% ≤ ОФВ1 < 80% от должных значений), одышка, которая, как правило, развивается во время физической нагрузки, также кашель и выделение мокроты. Пациенты включались в обследование во время обострения ХОБЛ, которое определяется как событие в течении заболевания, характеризующееся острым изменением имею-



щихся у больного одышки, кашля и/или отделения мокроты по сравнению с обычным уровнем, которое выходит за рамки ежедневных колебаний, что является основанием для изменения плановой терапии по поводу ХОБЛ [11].

Показатели функции внешнего дыхания (ФВД) –постбронходилатационные определяли с помощью спирометрии на спирометре СМП-21/01- «Р-Д» производства России. Тест с 6—минутной ходьбой проводился в соответствии со стандартным протоколом [12]. Перед началом и в конце теста оценивается одышка по шкале Борга (0–10 баллов: 0 – нет одышки, 10 – максимальная одышка) [13], SatO2 пульсоксиметром и пульс.

В качестве объектов исследования нами выбраны эритроциты, строение мембраны которых связано с особенностями их метаболизма, межклеточными взаимодействиями, с качеством и интенсивностью внешних воздействий, что в целом отражает клеточную реакцию обеспеченности кислородом. Проводилась компьютерная морфоденситометрии эритроцитов на аппаратно-программном комплексе «ДиаМорф-Cito» в лаборатории КазНМУ. В мазках крови фотометрировали 25 случайно выбранных эритроцитов. Статистическая обработка морфоденситометрических показателей проводилась с помощью макроса ИПСО ERIT ST.PRS, разработанному в среде интегрированного пакета прикладных программ анализа изображений «ДиаМорф-Сіto» [14]. Исследованию подвергались мазки периферической крови, взятые на 1 сутки после окончания лечения. В мазках крови фотометрировали 25 случайно выбранных эритроцитов. На комплексе «ДиаМорф-Cito» определяли следующие функции количественного и качественного анализа изображения

по эритроциту: радиус эритроцита (Radius), длина кривой профиля (L_er), площадь поверхности (Surface), объем (Volume), периметр (PERIM), площадь(AREA), фактор формы (FF), диаметр круга (DCircl), равного по площади, минимальный диаметр (DMin), максимальный диаметр(DMax), средняя оптическая плотность и ее среднеквадратичное отклонение (OD, StdOD), интегральная оптическая плотность (IOD). Все геометрические показатели (линейные, планиметрические, стереологические) приведены в условных единицах, используемых в цифровой обработке изображения объектов — элементах изображения (picture element) - пикселях.

Больные получали традиционную терапию: антибактериальные препараты, бронходилататоры, муколитики, а также милдронат в первые 10 дней внутривенно по 5,0 мл 10% раствора, далее в капсулах по 500 мг 2 раза в день в течение 6 недель. Группа контроля составила 10 здоровых лиц в возрасте 35-40 лет.

Все результаты оценивались методами вариационной статистики с использованием пакета программ, интегрированных в MS Excel.

Результаты и их обсуждение: Показатели функции внешнего дыхания у пациентов соответствуют спирографической классификации ХОБЛ II стадии.

По данным теста с шестиминутной шаговой ходьбой пройдено $396,1\pm69,5$ метров, сатурация кислорода по данным пульсоксиметрии - $96,1\pm0,9\%$, одышка по шкале Борге $5,2\pm0,6$ баллов. После проведенной терапии шестиминутная шаговая ходьба - $441,9\pm53,9$ м, сатурация кислорода $96,6\pm0,7\%$, одышка уменьшилась до $2,1\pm0,8$ баллов.

Полученные данные морфоденситометрических показателей представлены в таблице №1.

показатели	до лечения		после лечени	RI	контроль	контроль		
	M	±m	M	±m	M	±m		
Radius	4,27	1,19	4,31	0,55	4,49	0,49		
L_er	183,30	84,73	281,21	90,85	225,05	69,23		
Surface	5836,53	276,84	8365,83*	288,30	7051,76	236,25		
Volume	3338,37	371,03	4410,66*	206,27	3636,78	132,39		
Area	52,79	7,53	56,02	7,64	50,69	5,76		
Perim	26,32	1,87	27,13	1,89	25,87	1,44		
DCircl	7,37	0,66	7,39	0,65	7,46	0,54		
DMin	7,02	0,84	7,14	0,83	7,04	0,71		
DMax	7,78	0,59	7,95	0,58	8,02	0,46		
FF	0,95	0,02	0,95	0,02	0,95	0,03		
OD	28,71	9,22	49,23*	11,02	32,91	7,78		
StdOD	23,33	5,19	26,91	5,94	22,93	3,50		
IOD	1485,40	410,68	2767,99*	471,28	1676,86	479,3		

^{* -} статистически достоверные показатели



По данным денситометрии эритроцитов имеется улучшение основных морфометрических показателей после комплексной терапии с включением милдроната. Увеличились: радиус эритроцита, длина кривой профиля, площадь поверхности, объем, площадь. Увеличение объема и поверхности эритроцита имеют статистически достоверные значения: с 3338,37±371,03 до 4410,66±206,27 и с $5836,53\pm276,84$ до $8365,83\pm288,30$ соответственно. Наиболее ценным в полученных нами результатах является увеличение показателей оптической плотности эритроцитов, то есть определяется увеличение концентрация вещества - гемоглобина. Увеличение средней оптической плотности эритроцита даже превысило показатели контрольной группы: 49,23±11,02 с 28,71±9,22, а в контроле 32,91±7,78. Интегральная оптическая плотность эритроцитов увеличилась до 2767,99±471,28 c 1485,40±410,68, в контроле 1676,86±479,30. Увеличение содержания гемоглобина в эритроците улучшает функциональные возможности этой специализированной клетки, что позитивно скажется на снабжении кислородом всех органов и тканей. Надо отметить, что определение обеспеченности кислородом эритроцитов методом компьютерной морфоденситометрии на аппаратно-программном комплексе «ДиаМорф-Cito» более чувствителен, чем пульсоксиметрия.

Выводы:

- 1. Под влиянием комплексного лечения с включением милдроната больных ХОБЛ II стадии происходит улучшение морфологических параметров эритроцитов по данным компьютерной морфоденситометрии на аппаратно-программном комплексе «ДиаМорф-Сito».
- 2. Включение в комплексную терапию милдроната статистически достоверно увеличивает показатели оптической плотности эритроцитов, что свидетельствует об увеличении их кислородотранспортной функции.

Литература:

- 1. Pauwels RA, Rabe KF. Burden and clinical features of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). // Lancet. 2004;364: 613–620.
- 2. Jemal, A, Ward, E, Hao, Y, et al Trends in the leading causes of death in the United States, 1970–2002. // JAMA 2005;294,1255-1259.
- 3. Lin K., Watkins B., Johnson T. et al. Screening for Chronic Obstructive Pulmonary Disease Using Spirometry: Summary of the Evidence for the U.S.

- Preventive Services Task Force. // Ann Intern Med. April 1, 2008;148:535-543.
- 4. Стандарты по диагностике и лечению больных хронической обструктивной болезнью легких (ATS/ERS, пересмотр 2004)/ Пер. с англ. Под ред. Чучалина А.Г. М.: Изд. «Атмосфера», 2005.- 96с.
- 5. Tashkin, DP, Altose, MD, Connett, JE, et al Methacholine reactivity predicts changes in lung function over time in smokers with early chronic obstructive pulmonary disease: the Lung Health Study Research Group. Am J Respir Crit Care Med 1996;153,1802-1811.
- 6. Pauwels, RA, Buist, AS, Calverley, PMA, et al The GOLD Scientific Committee: global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. // Am J Respir Crit Care Med 2001;163,1256-1276.
- 7. Barnes PJ, Shapiro SD, Pauwels RA. Chronic obstructive pulmonary disease: molecular and cellular mechanisms. // Eur Respir J. 2003;22: 672–688.
- 8. Demedts IK, Brusselle GG, Bracke KR, Vermaelen KY, Pauwels RA. Matrix metalloproteinases in asthma and COPD. // Curr Opin Pharmacol. 2005;5:257–263.
- 9. Barnes PJ, Shapiro SD, Pauwels RA. Chronic obstructive pulmonary disease: molecular and cellular mechanisms. // Eur Respir J. 2003;22:672–688.
- 10. Коган Э.М., Бутусова Н.Н., Жукоцкий А.В. Разработка и применение методов автоматизированной морфометрии клеток и тканей для диагностики и контроля за лечением. Физико-химическая медицина: проблемы атеросклероза, детоксикации и иммунокоррекция. М. 1991. 240 с.
- 11. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких. Пересмотр 2006 г/ Перевод с англ. под ред. Академика РАМН А.Г. Чучалина. . 96c.
- 12. Enright PL, Sherill DL. Reference equations for the six–minute walk in healthy adults. // Am J Respir Crit Care Med 1998; 158: 1384 1387.
- 13. Borg G. Psychophysical bases of perceived exertion. // Med Sci Sport Exerc 1982; 14: 377–381.
- 14. Титова М. И., Светухин А. М., Курочкина А. И. Современные методы морфологического и гемостазиологического анализа репаративного процесса в ране с использованием информационно-программного обеспечения // Клин. лаб. диагн. 2000. №7. С. 24-26.



САЛАУАТТЫ ОТБАСЫ – САЛАУАТТЫ ҰЛТ

Р.С.Колокина, К.А.Толғанбаева ҚР ДСМ, Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қ.

ЗДОРОВАЯ СЕМЬЯ – ЗДОРОВАЯ НАЦИЯ

Р.С.Колокина, К.А.Толганбаева Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы

HEALTHY FAMILY-HEALTHY NATION

R.S.Kolokina, K.A. Tolganbaeva National Center for problems of healthy lifestyle development under Ministry of health RK, Almaty

В послании Президента Республики Казахстан Н. А. Назарбаева народу Казахстана от 28 февраля 2007 года в 21 направлении «Улучшение качества медицинских услуг и развитие высокотехнологичной системы здравоохранения» сделан акцент на разработке программы по повышению уровня средней продолжительности жизни, снижению показателей детской и материнской смертности, а также на повышение уровня знаний и информированности населения по вопросам здорового образа жизни.

Учитывая важность этого послания, важность демографической политики нашего государства и чрезвычайную значимость роли семьи, без которой нельзя всерьез рассчитывать на экономическое благополучие, необходимы совместные действия, способствующие созданию и сохранению здоровой семьи. Только здоровая семья во всех аспектах, включая физическое, психическое, социальное здоровье, может способствовать выполнению поручения Главы государства, возрождению национальных традиций.

Имеющаяся законодательная база Казахстана поддерживает институт семьи: это Конституция Республики Казахстан, Закон «О браке и семье», Закон «О правах ребенка», Закон «О репродуктивных правах человека и гарантиях их осуществления».

В Конвенции о правах ребенка, принятой 20.11.1989 г. Генеральной ассамблеей ООН и подписанной в Нью-Йорке Президентом Казахстана Назарбаевым Н.А., говорится, что каждый ребенок с момента своего рождения имеет право знать своих родителей и право на их заботу. Иными словами он попадает в семью, где должны быть оба родителя: мать и отец, что важно для формирования ребенка как личности и привитию ему семейных традиций.

Во всем мире особое значение предается семье, особенно в воспитании детей. Пророк Мухаммед говорил: «Самое лучшее наследство, ко-

торое человек может оставить своим детям, - это хорошее воспитание». Поэтому ежегодно ООН 15 мая объявил Международным Днем семьи с целью привлечь внимание общественности, всего населения к необходимости создания и сохранения семьи, который широко отмечается во всем мире.

В нашей Республике по данным Агентства РК по статистике на 01.01.08. численность населения превышает 15,6 млн. человек. Общее число семей (по данным переписей населений) 3 527 тысяч, со средним размером семьи 4 человека. В основном преобладают малочисленные семьи: состоящие их 2,3,4-х человек занимают почти 70%, из 5 и более человек - 26%, а из 10 и более человек - чуть больше 1%. В последние годы общее число семей сокращается, по-видимому из-за того, что стало популярным проживание в гражданском браке, что не регистрируется в органах ЗАГС. Средний возраст вступления в первый брак (по данным статистики) увеличивается: у женщин с 23,7 года в 2001 году, до 24,2 в 2005 году; у мужчин с 26,5 года до 26,9 лет соответственно.

Вместе с тем, из года в год растет число родившихся детей у подростков, которые все практически не состоят в браке. Рожденный в неполной семье ребенок, не может быть обеспечен в полной мере правами на заботу, сохранение здоровья и жизни, образование.

Особое внимание фиксируется на сохранение здоровья подростков с акцентом на репродуктивное. Состояние здоровья этой возрастной группы имеет тенденцию к ухудшению за счет роста новообразований, болезней кроветворной, пищеварительной, эндокринной систем, психических расстройств, вследствие употребления психоактивных веществ, а также травм и отравлений, а у девушек – рост гинекологической патологии.

Особую тревогу вызывает низкий индекс здоровья девушек подростков, что в последствие



негативно может повлиять на демографическую ситуацию в целом.

Ранние половые связи приводят не только к нежелательной беременности, но и к риску заразиться инфекциями, передаваемыми половым путем.

Недостаточный уровень знаний и отсутствие навыка отказа в критических ситуациях остаются основными причинами столь тревожных и не простых обстоятельств, за которыми следуют искалеченное здоровье и порой не менее искалеченная жизнь не только девушки-подростка, но и ребенка, родившегося у юной матери. Такие дети зачастую рождаются ослабленными и с различной патологией. А сама молодая мама испытывает общественное негативное отношение, колоссальный эмоциональный стресс, зачастую непонимание родителей и близких людей, что делает ее жизнь напряженной.

В целях воспитания, как девочек, так и мальчиков в рамках нравственных устоев, привития умения сказать «нет» в различных обстановках, уважительного отношения к себе и способности предвидеть возможные серьезные последствия диктуют необходимость активизировать работу с подростками с учетом из социального положения, возраста, традиций, условий проживания и других не менее важных факторов.

В этой связи, чрезвычайно важна роль семьи, ее традиций, уважения к мнению старших, приверженности к нравственности. Во многом и состояние здоровья зависит от того, как члены семьи, особенно ее старейшие, относятся к вопросам сохранения и укрепления здоровья всех домочадцев, соблюдении ими здорового образа жизни, стремлении продолжить здоровый род.

Многолетний жизненный опыт доказывает, что процесс формирования физически и нравственно здорового человека является комплексным и начинается с еще не родившегося ребенка, взаимоотношения его будущих родителей. Немаловажным периодом в жизни ребенка, способствующий не только физиологическому здоровью, но установлению эмоционального баланса между матерью и ребенком является грудное вскармливание, пропаганде, которого в настоящее время уделяется большое внимание. Актуальным становятся проблемы гендерных отношений, а именно несение равной ответственности мужчин и женщин за рождение и воспитание здоровых детей.

Значимой и достаточно долгосрочной является роль системы образования и преемственность деятельностей педагогического коллектива и родителей на всех этапах обучения ребенка, начиная с дошкольного возраста. Порой встречаются недопонимания со стороны родителей в отношении

вопросов сексуального и репродуктивного здоровья, ссылаясь на стереотип «чем меньше знают, тем меньше совершают».

На сегодня существует несколько путей и источников получения информации и знаний о здоровье, включая знания о последствия ранних незащищенных половых связей. Это уроки валеологии в школах, которые, к сожалению, пока остаются факультативными, необязательными и не всегда проводятся компетентными и подготовленными специалистами. Одной из эффективных форм работы с молодежью являются тренинги, основанные на активном вовлечении самих участников в процесс обучения. Одновременно с получением информации имеется возможность обсуждения неясных вопросов, закрепления полученных знаний и практических навыков.

Безусловно, источниками достоверной информации и психологической помощи для подростков и молодежи являются учителя, психологи, социальные педагоги. Поэтому, насколько информированы и правильно направлены подростки по вопросам репродуктивного здоровья, межличностного общения, гендерных отношений будет зависеть от уровня подготовленности специалистов образования.

Средства массовой информации как значимый фактор, воздействующий на мировоззрение молодежи, может оказать существенное влияние на изменение поведения подростков, повышение культа семьи и национальных традиций через серию передач, молодежных и семейных программ, публикаций. Немаловажным подспорьем в выработке поведения является социальная реклама, к сожалению, пока не приветствующая телевизионными кампаниями и недостаточно транслируемая в СМИ.

До сих пор популярным и дешевым способом доставки информации до молодежи остается регулярно выпускаемый информационный материал. В связи со стремительным развитием новых технологий традиционные формы наглядно-образовательного материала – буклеты, брошюры, памятки, плакаты, порой не производят желаемого результата. Поэтому нужно продолжать поиск и выпуск интересных, занимательных, адаптированных к подростковому возрасту форм печатной продукции. С целью получения материала, который будет доступен и понятен, интересен и будет нести целевое послание для молодежи, необходимо при каждом выпуске того или иного вида информационного материала проводить неоднократное тестирование на фокус-группах.

Вышеперечисленные формы профилактики зачастую являются широкомасштабными и воздействуют на общую молодежную популяцию,

без учета индивидуальных особенностей каждого субъекта. Доверительные условия будут способствовать реализации прав подростков и молодых людей и будут направлены на удовлетворение их потребностей. На сегодня в Казахстане открыты и оказываются комплексные медико-психосоциальные услуги в семи молодежных центрах здоровья. Особое внимание необходимо уделить социальной поддержке молодых семей, где мамой ребенка зачастую является юная девушка, которая согласно Конвенции и Закона о правых ребенка РК (статья 1) сама является ребенком в возрасте до 18 лет.

Результатом такой комплексной работы явиться повышение статуса семьи и установление духовно нравственных принципов молодых людей, и как следствие: снижение количества абортов; улучшение репродуктивного здоровья, как женщин, так и мужчин; уменьшение числа родившихся больными и ослабленными; снижение числа бесплодных семей; улучшение морального климата в семье. В дальнейшем, это повышение рождаемости, естественного прироста населения, снижение младенческой, детской и общей смертности. Все это соотносятся со стратегией «Казахстан-2030».

БАЛАЛАРДАҒЫ ДИАРЕЯЛЫҚ СИНДРОМДЫ ЕМДЕУДЕ ЭНТЕРО СОРБЕНТТЕРДІ ҚОЛДАНУ

Г.Г.Құттықожанова, З.М.Оспанова С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, Алматы қ.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНТЕРО СОРБЕНТОВ В ЛЕЧЕНИИ ДИАРЕЙНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Г.Г.Куттыкужанова, З.М.Оспанова Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиарова, г.Алматы

APPLICATION OA ENTEROSORBENTS IN TREATMENT OF DIARRHEA SYNDROME AMONG CHILDREN

G.G.Kuttikuzhanova, Z.M.Ospanova Kazakh National medical university named after S.D.Asphendiyarov, Almaty

Основным патологическим состоянием при диарейных заболеваниях у детей является кишечный токсикоз. Желудочно-кишечный тракт состоит из комплекса защитных механизмов и реакций, основным из которых является кишечный слизистый барьер тонкого и толстого кишечника. В повседневной жизни защитные механизмы желудочно-кишечного тракта справляются с различными агрессивными факторами. Но когда агрессивные воздействия становятся или комплексные, или в большом количестве (различные токсины, микробы), тогда защитные механизмы теряют свое предназначение. Механизм повреждения при этом выглядит таким образом: повреждается эпителий, связи между энтероцитами ослабевают, нарушается образование слизи. Следствием этого является нарушение механизма реабсорбции жидкости в кишечнике, что приводит к диарейному синдрому. Необходимо напомнить, что диарея не всегда органическое поражение желудочно-кишечного тракта, это не всегда инфекционный процесс, причиной появления жидкого стула может быть синдром раздраженного кишечника.

В любом случае накопление токсических веществ в организме препятствует нормальному функционированию систем и органов, что может привести к синдрому полиорганной патологии. Поэтому борьба с эндотоксемией является актуальной проблемой в лечении различных патологических состояний.

Для борьбы с эндотоксемией предложено много методов детоксикации парентерального характера (гемосорбция, ультафильтрация, плазмаферез и т.д.), но многие из них технически трудно осуществимы, имеют побочные действия, особенно в детском организме.

Поэтому учеными велся поиск неинвазивных методов борьбы с эндотоксемией, что привело к



энтеросорбции. Хотя применение простых энтеросорбентов уходит корнями в прошлые столетия, но широкое распространение этот метод получил в наше время. Энтеросорбция -метод лечения, основанный на энтеральном введении веществ, которые обладают способностью эффективно связывать и выводить различные компоненты кишечного содержимого. На этом механизме основано применение энтеросорбентов при диарейном синдроме. Из широкого набора применяемых в настоящее время сорбентов мы выбрали смекту. Смекта -природный минерал- диоктаэдрический смектит. Учитывая один из главных механизмов повреждения защитного барьера, смекта улучшает качество слизи, а при взаимодействие ее с гликопротеинами повышает сопротивляемость барьера слизь Ig A.

При этом нет вредного влияния на нормальную микрофлору кишечника. То есть, в результате взаимодействия смекты с гликопротеинами слизи восстанавливается муциновый слой. Кроме того смекта является мощным сорбентом: патогенные бактерии, при этом адсорбируются на пластины, а между пластинами — небольшие молекулы: желч-

ные кислоты, непереваренные углеводы, а на периферии токсины.

Таким образом, применение смекты оправдано как при инфекционной диарее, так и при функциональной.

Мы провели исследование по применению смекты в терапии острых кишечных инфекции у детей. Под наблюдением находилось 60 детей, в возрасте от 1 месяца до 5 лет (то есть наиболее часто болеющий ОКИ возрастной контингент) исследуемые были разделены на 3 группы по 20 человек, группы по всем параметрам были сопоставимы. Смекта давалась детям до 1 года на день 1 пакетик разделенный на 2-3 приема, старше годадо двух пакетиков в день. Продолжительность курса лечения от 3 до 5 дней. В І группе были больные секреторной диареей, во II группе –с инвазивной диареей. Обе группы наряду с базисной терапией получали смекту. III группа- состояла как из больных секреторной, так и инвазивной диареей, получавших традиционную терапию без смекты. Результаты проведенной терапии представлены в таблице № 1.

Группы ис-	Симптомы	До лечения	Дни лечения					
следования			1 сутки	2 суток	3 суток	4 суток	5 сутки	
I n=20	Лихорадка /Количество пациентов/	18	16	5	2	-	-	
	Частота стула /средние цифры/	11±4,5	10±4,1	5±3,8	4±2,2	4±2,8	3±2,1	
	Нормализация частоты и консистенции стула /Количество пациентов/	-	-	3	10	18	19	
II n=20	Лихорадка	19	16	8	5	1	-	
	Частота стула	9±4,2	7±3,5	7±4,1	6±3,2	5±3,3	3±2,4	
	Нормализация частоты и консистенции стула	-	-	5	12	15	17	
III n=20	Лихорадка	18	17	15	9	7	4	
	Частота стула	12±5,4	12±5,6	10±4,3	9±4,3	7±,9	6±3,8	
	Нормализация частоты и консистенции стула	-	-	2	5	6	10	

Таблица №1 Результаты лечения смектой больных ОКИ

Таким образом, как видно из таблицы, добавление к базисной терапии смекты позволило сократить сроки выздоровления или же такие симптомы как лихорадка, частота стула купировались на 2-3 дня раньше чем в контроле. Исходя из полученных результатов смекта рекомендуется в комплексной терапии при лечении больных диареей, а в ряде случаев, таких как легкая форма ОКИ может быть основной базисной в терапией.

Литература:

1. А.В.Горелов, Л.Н.Мимотин, Д.В.Усенко Клинические рекомендации по диагностике и лечению острых кишечных инфекции у детей. Мосвка 2005, с.106

- 2. Острые кишечные инфекции у детей. /Сборник методичесих рекомендации и пособий для врачей. Под редакцией Н.В.Скриченко Санкт-Петербург,2005,с.32 2005, с.106/
- 3. П.П.Щербаков, В.А.Петухов Сравнительная эффективность энтеросорбентов при диарее у детей./Вопросы современной педиатрии.2005, Т4 №4 с.85-89/
- 4. Г.Гкуттыкужанова, З.М.Оспанова, Г.В.Хван, Т.А.Султанова Синдром диареи у детей /Методические рекомендации.Алматы,2006, 21 с./
- 5. Оказание стандартной помощи детям./Руководство ВОЗ по ведению наиболее распространенных заболеваний в стационарах первичного уровня адаптированное к условиям РК.2005, 387с.
- 6. Droy M.T. et al. La finance : nouvelle approache de y agression intestinale et de sa therapeutique /Gastro et.clin/ $Diol/1985\ p.119-121$

АНА СҮТІМЕН ҚОРЕКТЕНДІРУ

Л.И.Болтунова №17 Балалар емханасы, Алматы қ.

ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

Л.И.Болтунова Детская поликлиника №17, г.Алматы

BREAST FEEDING

L.I.Boltunova Child polyclinic №17, Almaty

Восславим женщину-Мать, Чья любовь не знает преград, Чьей грудью вскормлен весь мир! Максим Горький.

Самой лучшей пищей для ребенка грудного возраста является молоко матери.

Состав грудного молока полностью соответствует потребностям ребенка.

Грудное молоко лучше всего усваивается детским организмом, поэтому это самое полезное питание для малыша. Мама может гордиться тем, что дает своему ребенку самое лучшее — грудное молоко. Заменить грудное молоко другой пищей невозможно.

В течение первых шести месяцев жизни ребенок не нуждается ни в какой другой пище, кроме материнского молока, никакой воды, никакого сока, никакого прикорма. С шести месяцев начинаем вводить прикорм, но пища прикорма не должна вытеснять грудное молоко.

Чем грудное вскармливание хорошо для ребенка?

Материнское молоко содержит в необходимых для младенца количествах все питательные вещества: белки, жиры, углеводы, минералы, витамины. Причем все эти вещества содержаться в грудном молоке в идеальных пропорциях, обеспечивающих их полное усвоение. Сбалансированный состав материнского молока обеспечивает гармоничное развитие пищеварительного тракта, что уменьшает во взрослом возрасте риск развития заболеваний желудка, печени, желчного пузыря, кишечника. Кроме того, материнское молоко содержит вещества, активирующие работу кишечника, что нормализует стул у ребенка и препятствует появлению колик, которые часто беспокоят малышей в течение первых трех месяцев.

Дети, получавшие грудное молоко, реже болеют анемией, кариесом, сахарным диабетом, ожирением, остеопорозом. Белки, входящие в состав грудного молока, являются гипоаллергенными в отличие от белков коровьего молока и молочных смесей, приготовленных на его основе.

У большей части искусственников в раннем возрасте развивается диатез, который впоследствии может привести к развитию бронхиальной астмы, частых заболеваний дыхательных путей, кожных заболеваний (экземы). Иногда аллергические проявления (покраснение щек, ягодиц, появление сыпи на коже) возникают и у малышей, находящихся на грудном вскармливании. Причиной этого является неправильное питание матери. В таком случае необходимо пересмотреть рацион женщины и исключить из него все потенциально аллергенные продукты (шоколад, цитрусовые, какао, орехи, морепродукты и т.д.) Кормящей маме особенно важно получать сбалансированное питание, что будет одновременно способствовать и ее хорошему самочувствию. Лучше всего подходит 5-разовое питание с небольшими полдниками между основными приемами пищи. В основе рациона должна быть растительная пища (около 2/3). Необходимо ежедневно употреблять продукты из злаковых культур: хлеб, рис, гречку, макаронные изделия, а также картофель. Но, прежде всего, в центре внимания должны быть свежие овощи и фрукты, соки. Кроме того, в ежедневном рационе обязательно должно присутствовать мясо и молочные продукты как источник ценного белка и кальция.

Очень важными компонентами материнского молока являются защитные белки иммуноглобулины. Они обеспечивают ребенку защиту от многих заболеваний в течение первых месяцев жизни, когда его иммунная система еще недостаточно развита.

Сосание груди обеспечивает формирование жевательного аппарата малыша. У детей, вскормленных грудным молоком, реже формируется неправильный прикус, возникают нарушения речи (неправильное произношение звуков).

Грудное молоко содержит вещества, обеспечивающие нормальное развитие нервной системы человека. Дети, находящиеся на грудном вскармливании, быстрее развиваются психически, у них выше интеллектуальный уровень, чем у их сверстников, вскормленных молочными смесями.



Первые 2 года жизни ребенка имеют решающее значение для нормального физического и умственного развития; существует повышенный риск задержки роста. К моменту достижения такими детьми 2-х летнего возраста многие из них останавливаются в своем физическом развитии. Этот процесс необратим и, будучи взрослыми, они остаются малорослыми.

Неправильное питание в раннем детском возрасте приводит к серьезным дефектам, в том числе к задержке развития моторики и познавательной способности, появлению проблем поведения, неразвитости социальных навыков, недостаточным способностям к обучению, пониженной успеваемости в учебе.

Грудное вскармливание дает ребенку ощущение близости к матери, теплоты, комфорта, чувство защищенности, малыш растет спокойным.

Чем грудное вскармливание хорошо для матери?

- Грудное вскармливание помогает установить близость с малышом;
- Процесс грудного вскармливания несложен, удобен, бесплатен, не нужны материальные затраты на смеси;
- Грудное вскармливание охраняет здоровье матери, помогает ей снизить вес, набранный за время беременности, т.к. на выработку молока требуется энергия;
- Грудное вскармливание дает матери ощущение душевного покоя;
- Грудное вскармливание помогает предотвратить новую беременность, во время кормления грудью усиленно выделяется гормон окситоцин, который предупреждает повторную беременность. Поэтому женщины, которые кормят детей исключительно грудью обходятся без контрацептивов до 6-месячного возраста ребенка (96-98%).

Ребенка нужно кормить по требованию, 10-12 раз в сутки, не выдерживая ночного перерыва. Частота кормлений положительно влияет на лактацию. В настоящее время в родильных домах практикуется раннее прикладывание к груди, в первые 20-30 минут после рождения, совместное пребывание матери и ребенка в одной палате. Правильное положение ребенка у груди уже при первом кормлении имеют важное значение.

Ребенок должен захватывать сосок вместе с околососковой областью — все это будет способствовать успеху грудного вскармливания. Рекомендуется не приучать ребенка к соскам (источник

инфекции, техника сосания груди и соски разные — это дезориентирует ребенка). Продолжительность кормления грудью 5-20 минут. Женщинам, кормящим грудью, надо знать, что количество вырабатываемого молока не зависит от величины и формы груди.

Чем чаще малыш сосет грудь, тем больше молока вырабатывается у матери, перерывы между кормлениями не должны превышать больше 2,5 часов. Если ребенок набирает в весе не менее 500 граммов в месяц и мочится не менее 6-8 раз в сутки, значит, он получает достаточно молока.

Если ребенка до 6 месяцев кормят исключительно грудью, то с 6 месяцев обязательно нужно вводить прикорм.

Введение прикорма желательно начать с фруктовых соков, пюре — в течение недели —как адаптация к введению прикорма. Сок начинают давать с нескольких капель, после одного из утренних кормлений, сразу после грудного молока, в нем есть ферменты, которые помогут справиться с этой пищей. При хорошей переносимости количество сока постепенно увеличивают и в течение 5-7 дней доводят до 4-6 ч. ложек в 2-3 приема.

Когда ребенок привыкнет к яблочному соку, ему можно давать и другие соки (вишневый, морковный др.). Через 5-7 дней начинают вводить первый прикорм. В качестве первого прикорма лучше использовать овощное пюре, так как оно более богато витаминами, минеральными веществами, пектинами, клетчаткой, которые необходимы для растущего организма (картофель, тыква, кабачок, капуста и т.д.). Начинают по 1-2 чайной ложки, постепенно увеличивая порцию до 100-150гр.

Молочная каша — второй вид прикорма. Ее дают малышу через 2-3 недели после введения 1-го прикорма. Для каш чаще всего используют овсяную, гречневую, рисовую крупы.

Мясо вводят в рацион малыша с семи месяцев. Детям первого года жизни рекомендуется нежирное говяжье мясо.

Кефир или другой кисломолочный напиток в виде самостоятельного блюда малыш получает с 8-ми месяцев, творог рекомендуют с 7-8 месяцев.

Рыба часто вызывает у маленьких детей аллергические реакции. Поэтому из всех видов прикорма ее дают в более поздние сроки — 9-10 месяцев.

Пища прикорма не должна вытеснять грудное молоко, мать продолжает кормить ребенка грудью по требованию. Рекомендуют кормить ребенка грудью до 2-х лет.

БАЛАЛАРДАҒЫ ТЕМІРТАПШЫЛЫҚ АНЕМИЯСЫ

Л.И.Болтунова, С.Ш.Имангажина, №17 Балалар емханасы, Алматы қ.

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У ДЕТЕЙ

Л.И.Болтунова, С.Ш.Имангажина, Детская поликлиника №17, г.Алматы

IRON-DEFICIENCY ANEMIA AT CHILDREN

L.I.Boltunova, S.S.Imangazhina, Child polyclinic №17, Almaty

Среди всех анемий в детском возрасте наиболее часто встречается железодефицитная анемия – патологическое состояние, характеризующееся снижением содержания гемоглобина из-за дефицита железа в организме в результате нарушения его поступления, усвоения или патологических потерь.

Анемия по данным ВОЗ встречается у каждого пятого-шестого взрослого человека. Примерно 1/3-1/4 детей имеют железодефицитные состояния.

Хотя железодефицитная анемия может возникнуть в любом возрасте, она чаще всего появляется тогда, когда повышается потребность организма в железе или увеличиваются его потери. Критическими периодами в этом отношении считаются: вторая половина младенчества (дети от 6 месяцев до 3 лет), период полового созревания, особенно у девочек.

Причины железодефицитных состояний:

1. Низкие запасы железа при рождении.

Группы риска: недоношенные дети, дети от матерей с железодефицитной анемией во время беременности, дети с задержкой внутриутробного развития, дети с кровопотерей в перинатальном периоде.

2. Алиментарные факторы – ведущая причина железодефицитных состояний.

Группа риска: дети с рождения находящиеся на искусственном вскармливании неадаптированными смесями, позднее введение прикорма, обилие цельного коровьего молока в питании.

3. Избыточные потери или повышенное потребление железа тканями.

Группы риска: острые и хронические инфекционные воспалительные заболевания ЖКТ, ювенильные гормональные перестройки, токсические факторы.

Патогенез: Потребности ребенка в железе при пересчетах на кг массы тела гораздо более высокие, чем у взрослых. В год организм ребенка содержит 0,4-0,5 г., а в 18 лет должен содержать 5 г. железа. Потребность в сутки 10 мг. (в пре- и пубертатном возрасте — 12-15 мг.) Следует отметить, что уменьшают всасывание железа из пищи

фосфаты, дубящие вещества, комплексные полисахариды, оксалаты, содержащиеся в крупах, яйцах, сыре, чае.

Ухудшают всасывание железа недостаток белков, дефицит аскорбиновой кислоты, соляной кислоты, витамина Е, а также воспалительные изменения слизистой ЖКТ. Увеличивают всасывание железа из пищи аскорбиновая кислота, фруктоза, цитраты, свежие фруктовые соки, бананы.

Клиническая картина.

Астеноневротический синдром: тахикардия, утомляемость, раздражительность, потливость, отставшие в психомоторном развитии, снижение аппетита, способности к концентрации внимания, негативизм, головные боли, головокружение, боли в сердце, извращение обоняния, аппетита (поедания сырых овощей, мела, извести, мяса), дизурические расстройства.

Эпителиальный синдром.: бледность кожи и слизистых, сухость и шелушение кожи, волос, ногтей (тонкость и ломкость волос, их редкость). Дистрофические изменения слизистых («заеды» в углах рта, стоматит, полированный язык, покраснение и жжение языка, астрофический глоссит).

Сердечно-сосудистый синдром: тахикардия, тенденция к артериальной гипотонии, ослабление тонов сердца, расширение границ сердечной тупости, функциональный систолический шум).

Мышечный синдром: гипотония, быстрая утомляемость, ночное и дневное недержание мочи.

Синдром вторичного иммунодефицита: частые ОРВИ, пневмонии, кишечные инфекции.

Диагноз основан, прежде всего, на выявление отклонений в показателях крови (снижение уровня ферритина в сыворотке, снижение содержания сидеробластов в костном мозге), повышение железосвязывающей способности сыворотки крови, а также снижение уровня гемоглобина (менее 110 г/л у детей до 5 лет и 120 г/л – старше 5 лет), цветного показателя, уменьшение размеров эритроцитов.

Лечение. Очень важным является выявление потенциальных причин и провоцирующих факторов.



Режим детей должен быть активным с достаточным пребыванием на свежем воздухе. Хотя диетотерапия важна при лечении железодефицитных состояний, но лишь диетой устранить дефицит железа в организме невозможно. Необходимо назначать препараты железа. Из пищевых продуктов рекомендуются: шиповник, крупы (овсяная, гречневая, пшено), сушеные яблоки, курага, чернослив, горох, фасоль, мясо. Внутрь назначают такие препараты железа, которые не вызывают диспетчерских явлений, хорошо всасываются: актиферрин, феррумлек, феррокаль, конферон, орферон, ферроплекс. Особенно отмечены положительные результаты при лечении анемии у детей препаратом Феррум лек. Он хорошо переносится больными, безопасен, имеет высокий терапевтический эффект. Уже на второй неделе от начала лечения отмечается улучшение аппетита, снижение возбудимости, повышается физическая активность, купируется сердечный синдром, повышается резистентность к инфекциям. Препарат удобен в применении – дается один раз в день, удобная форма выпуска (жевательные таблетки и сиропы).

Профилактика железодефицитных состояний у детей раннего возраста должна начинаться с предупреждения его недостатка у женщин репродуктивного возраста и назначение препаратов всем матерям на протяжении второй половины бере-

менности и в период лактации. Существенные звенья профилактики железодефицитных состояний - естественное вскармливание, рациональное расширение питания и введение прикормов в декретированные сроки, прогулки, массаж, профилактика рахита. Детям раннего возраста, страдающим анемией, находящимся на естественном вскармливании, прежде всего, следует отрегулировать питание матери, в случае необходимости провести коррекцию питания ребенка. Так, первый прикорм необходимо вводить на 2-4 недели раньше, чем здоровым. Первым прикормом должны быть блюда, богатые солями железа – картофель, свекла, морковь, капуста, кабачки и др. В рацион питания должны входить фруктово-ягодные соки, тертые яблоки. Исключить белые каши (манную, рисовую и др.) Каши варить лучше на овощном отваре.

Если не лечить железодефицитную анемию, то она может привести к тяжелым последствиям. Прежде всего, железодефицитная анемия отражается на умственном и физическом развитии детей, на успехах в учебе, на устойчивости к болезням. Установить истинную причину анемии помогут консультация врача и лабораторные анализы. Продолжительность лечения индивидуальна и зависит от нормализации картины крови. Помните о важности своевременного обращения к врачу.

ҚЫЗЫЛОРДА ОБЛЫСЫНДАҒЫ МҮГЕДЕК БАЛАЛАРДЫ ОҢАЛТУ ЖӘНЕ БАЛАЛАР МҮГЕДЕКТІГІНІҢ ЖӘЙ-КҮЙІ

Г.Ш. Жалғасбаев, Ж.Г.Жалғасбаев, Ж.Дильжанова, Г.Бихожаева, А.Баймаганбетов, А.Суханберлиев, Г.Алтынбасова, С.Ситалиева ҚР еңбек және халықты әлеуметтік қорғау Министірлігінің Қызылорда облысы бойынша департаменті, Қызылорда қ.

О СОСТОЯНИИ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ПО КЫЗЫЛОРДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Г.Ш.Жалгасбаев, Ж.Г.Жалгасбаев, Ж.Дильжанова, Г.Бихожаева, А.Баймаганбетов, А.Суханберлиев, Г.Алтынбасова, С.Ситалиева Департамент Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан по Кызылординской области, г.Кызылорда

ABOUT SITUATION ON CHILD DISABLILITY AND REHABILITATION OF DISABLED CHILDREN IN KYZYLORDA OBLAST

G.S.Zhalgasbaev, Z.G.Zhalgasbaev, Z.Dilzhanova, G.Bikhozhaeva, A.Baymaganbetov, A.Sukhanberliev, G.Altynbasova, S.Sitalieva Department of Ministry of labor and population social defense Republic of Kazakhstan on Kyzylorda oblast, Kyzylorda

Государственная политика Республики Казахстан в отношении инвалидов определяется специальным Законом Р.К. от 13апреля 2005 года

« О социальной защищенности инвалидов в Республике Казахстан», который предусматривает систему мер по защите прав и интересов этой



группы населения в целях обеспечения ей равных со всеми другими гражданами возможностей в жизнедеятельности, создания благоприятных условий, позволяющих вести полноценный образ жизни, активно участовать в экономической и политической жизни страны. Большую социальную значимость приобретает расширение мероприятий по индивидуальной программе реабилитации инвалидов (ИПР). Для решения данной задачи постановлением Правительства Р.К. утверждена « Программа реабилитации инвалидов на 2006- 2008 г.г.»

Инвалидизация относится к базовым, основным характеристикам здоровья населения. При любой общественно- экономической формации инвалидность трактуется не только как сложное медико- социальное явление, но и многофакторный показатель, по которому можно судить о физическом и социальном благополучии населения.

Статус ребенка- инвалида был впервые официально введен в нашей стране постановлением ЦК КПСС и Совета Министров СССР « Об улучшении материального обеспечения инвалидов с детства « от 23.05.1979 г №469, которым устанавливалась выплата пособий на детей- инвалидов с детства в возрасте до 16 лет.

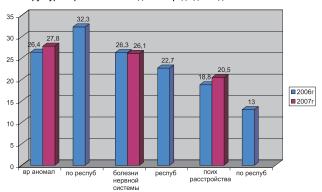
Одним из серьезных моментов развития нового взгляда на организацию систем здравоохранения в Казахстане явилось, новая политика охраны здоровья населения, определенная в Стратегии развития « Казахстан - 2030 «, где основным направлением определено не развитие сети и структуры здравоохранения, а профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни.

Состояние инвалидности среди детей в последнее десятилетие обусловливает актуальность и тревожным является факт более высокого уровня и удельного веса болезни нервной системы, психические расстройства и врожденные аномалия как причина инвалидности приобретает все большее значение.

Целью настоящего исследования явилось изучение структуры первичной инвалидности среди детей по материалам основных форм статического отчета.

Если в предыдущие годы в структуре первичной инвалидности был наиболее высок удельный вес заболеваний психических расстройств, то с 2005 растет врожденной аномалии. заболеваний нервной системы и таким образом, инвалидность вследствие, заболеваний нервной системы, психических расстройств и врожденных заболеваний составляет 74,4% от всех случаев первичной детской инвалидности, и с возрастом приобретают стойкие хронические формы с сомнительным реабилитационным прогнозом и низким реабилитационным потенциалом, и лишь 25,6% остается на все остальные заболевания, которые распределились почти в равных пропорциях.

структура первичной инвалидности среди детей до 16 лет за 2007г



Сравнительный анализ инвалидности по районам области;

Удельный весь детей инвалидов по назологии за 2007г

120 60

100 40

Распределение освидетельствованных детей по полу, возрасту, при установлении первичной инвалидности по области за 2007г.

	0-3		3-7		7-12		12-14		14-16	
первичное	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен
413	66	47	68	38	82	49	23	13	11	16

При анализе мальчики составляет 60,5 %, девочки 39,4 %. Самое большое число инвалидности у мальчиков в возрасте 7-12 лет 32,8% и девочек 7-12 лет 30%.и до 0-3 лет 28,8%. Из городской местности 41,8%, сельской 58,1%. Таким образом, детская инвалидность выше в сельской местности и чаше встречается у мальчиков.

Одним из аспектов работы отдела, а может быть и самым главным , является реабилитация инвалида, стремление возвратить ребенка в



общество , к полноценной жизни, с этой целью разрабатывается индивидуальная программа реабилитации инвалидов (ИПР) И как показатель эффективности реабилитации является число реабилитированных 2001 г-84 человек, в 2002 г-177 человек, в 2003 г-191 человек. В 2004 г-108 человек, в 2005 г-130 человек, в 2006 г-96 человек, в 2007 г-.79 человек.

На основания Закона Республики Казахстан от 11 июля 2002 года « О социальной и медико-педагогической коррекционной поддержке детей с ограниченными возможностями « в области функционирует психолого- медико- педагогическая консультация и специализированные школы для умственно отсталых детей. Посещая эти школы, наши специалисты не только проводят там освидетельствование, но и совместно с медиками, педагогами, и психологами разрабатывают индивидуальные программы реабилитации детей- инвалидов.

Анализ полученных данных позволяет выделить ряд актуальных проблем, стоящих перед детской инвалидности области. Одной из них является поздняя обращаемость родителей с детьми к специалистам. Как правило, ребенек приходит к невропатологу или психиатру в 6-7 лет, т. е когда он не может адаптироваться в новом коллективе или справиться с программой 1 класса. Вследствие этого происходит дезаптация, появляются поведенческие расстройства.

Необходимо резкого расширение профилактической работы в детских учреждениях и ранняя рекомендация консультации специалистов. Это позволит в более раннем возрасте выявить патологию, назначить лечение, и соответственно предуп-

редить стойки нервно- психические нарушения. Четкое понимание ими целей и задач всех этапов реабилитации, компенсаторных возможностей ребенка, его реабилитационного потенциала, их уверенная ориентация в организационно - медицинском и социальном аспектах реабилитации, по существу, является основным звеном успеха частичной или полной адаптации ребенка- инвалида.

Анализируя детской инвалидности нельзя не признать необходимость реабилитационной программы, индивидуальный для каждого ребенка, с учетом его возможностей. Комплексный подход к реабилитации детей- инвалидов, рассчитанный в ИПР, особенно эффективен в социальной защите детей- инвалидов, адаптации их в общество.

С целью профилактики детской инвалидности необходимо:

- 1. Тщательное, комплексное обследование не только ребенка, но и прежде всего матери:
- 2. Внедрить в практику современные методы диагностики внутриутровных инфекций.
- 3. Разработать индивидуальные реабилитационные программы с участием многих специалистов- педиатров, неврологов, логопедов, дефектологов.

Весьма полезно создавать коррекционные программы обучения этих детей с целью профилактики дальнейшего ухудшения состояния их здоровья и жизнедеятельности. Кроме того, целесообразно проводить медико- генетическое консультирование в более широком масштабе. Необходимо устранять факторы риска во время беременности матери и обеспечить правильное ведение родов. Подобные мероприятия, несомненно, приведут к снижению инвалидности у детей.

СӨСҚПҰО БАСПАСӨЗ ҚЫЗМЕТІНІҢ ХАБАРЛАРЫ

СООБЩЕНИЯ ПРЕСС-СЛУЖБЫ НЦ ПФЗОЖ

NCPHLD PRESS-SERVICE REPORTS

4 февраля 2008 г. в пресс-центре «Интерфакс Казахстан» прошла пресс-конференция на тему: «Проблема онкологической заболеваемости в Казахстане: ситуация, причины, пути решения», посвященная Международному дню борьбы с раком.

Проблема онкологических заболеваний продолжает оставаться актуальной для Казахстана. Это обусловлено устойчивым сохранением вы-

сокого уровня онкологической заболеваемости и смертности населения, являющихся одними из самых высоких в странах СНГ. По данным Всемирной организации здравоохранения до 2020 года прогнозируется рост онкозаболеваемости во многих странах мира, в том числе и в Казахстане.

В Казахстане ежегодно выявляется до 30 тысяч больных со злокачественными новообразованиями. Рак легкого стабильно занимает первое



место в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями при уровне 23,8 случаев на 100 тысяч населения (2006г.). Далее в структуре онкозаболеваемости следуют опухоли кожи (18,4 на 100 тысяч населения), рак молочной железы (19,5), рак желудка (18,9), рак пищевода (9,3) и рак шейки матки (8,2). В структуре смертности от онкологических заболеваний лидирует рак легкого (17,6 случаев на 100 тысяч населения), рак желудка (15,0), а также рак молочной железы (8,2) и рак пищевода (8,1).

Табакокурение является основной предотвратимой причиной смертности от онкологических заболеваний. Не существует безопасного уровня курения. Не менее вредно для здоровья и вдыхание табачного дыма, т.е. пассивное курение. Многочисленные исследования показали, что пассивное курение (совместное проживание с курильщиком, воздействие табачного дыма на рабочем месте и т.д.) значительно увеличивает риск развития рака легкого, молочной железы, рака других органов, а также риск развития сердечно-сосудистых, бронхолегочных, других заболеваний.

Особенно уязвимы к токсическому воздействию табачного дыма маленькие дети. Установлено, что подвергая ребенка вдыханию табачного дыма, в том числе и внутриутробно, увеличиваются риски:

- рождения ребенка с низким весом и легочной патологией,
 - внезапной смерти младенца,
 - инфекций среднего уха,
- заболеваний органов дыхания у детей и подростков, в том числе бронхиальной астмы.

По данным исследований даже кратковременное воздействие вторичного табачного дыма может нанести вред здоровью. Доказано, что в семьях курящих родителей гораздо чаще, чем в семьях некурящих, дети страдают острыми и хроническими поражениями органов дыхания. В семьях, где курит один из взрослых, выявляется 68,4% часто болеющих детей, при двух курящих – 83,8%, а в семьях, где курят трое – здоровых детей практически нет.

Международный противораковый Союз объявил о первой Глобальной кампании по защите детей от пассивного курения под девизом «За наше детство без табачного дыма». В Казахстане в рамках данной кампании пройдет ряд мероприятий, посвященных снижению воздействия пассивного курения на детей: информационно-образовательная кампания «За наше детство, свободное от табачного дыма», Международный конкурс «Брось курить и выиграй» под девизом «Бросаем курить ради наших детей», Всемирный день борьбы с ку-

рением, декадник по профилактике бронхиальной астмы у детей, научно-практическая конференция и другие мероприятия. Основные послания данной кампании направлены взрослым:

- Не курите! Станьте образцом для подражания своим детям.
- Не курите во время беременности или перед ее планированием.
 - Избегайте курения дома и в автомобиле.
 - Учите детей избегать пассивного курения.
- Объясните ребенку, что не существует безопасного уровня вдыхания вторичного табачного дыма.
- Ваши усилия по формированию здорового образа жизни у ваших детей позволят в дальнейшем снизить у них риск развития многих заболеваний, в том числе и рака.

Планируемые мероприятия предусмотрены принятой в конце 2007 года Программой «Здоровый образ жизни» на 2008-2016 годы, одним из приоритетов которой является снижение табакокурения в Республике Казахстан.

4 марта 2008 года в Национальном Центре проблем формирования здорового образа жизни состоялся круглый стол на тему: «Нравственносоциальные аспекты сохранения репродуктивного здоровья подростков и молодежи».

По данным Агентства РК по статистике на 01.01.07. в Казахстане зарегистрировано 10307 случаев подростковой беременности, из которых 6094 закончились абортами, остальные 4213 родами. Удельные вес абортов у подростков составил 5% от общего числа прерываний беременности.

Анкетирование старшеклассниц показало, что 74,8% девочек считают единственным способом предотвращения нежелательной беременности аборт, и лишь 25,2% отметили использование контрацепции и отказ от ранних половых связей.

Недостаточный уровень знаний и отсутствие навыка отказа в критических ситуациях остаются основными причинами столь тревожных и не простых обстоятельств, за которыми следуют искалеченное здоровье и порой не менее искалеченная жизнь не только девушки-подростка, но и ребенка, родившегося у юной матери. Такие дети зачастую рождаются ослабленными и с различной патологией. Нередко юные мамы отказываются от своих детей, которые переводятся в дома ребенка. На сегодня в республике их 26, в которых находятся более 2500 детей. Молодая мама испытывает общественное негативное отношение, колоссальный эмоциональный стресс, зачастую непонимание родителей и близких людей, что делает ее жизнь напряженной. Особенно это четко прослеживается в семьях, где сохранены традиции нравственности, верности семье, уважения к старшим.

На сегодня существует несколько путей и источников получения информации и знаний о здоровье. Это уроки Валеологи в школах, которые, к сожалению, пока остаются факультативными, необязательными и не всегда проводятся компетентными и подготовленными специалистами. Одной из эффективных форм работы с молодежью являются тренинги, основанные на активном вовлечении самих участников в процесс. Одним из обязательных предметов является предмет «Самопознание». Разработана программа «Здоровые жизненные навыки», которая прошла апробацию. Безусловно, источниками достоверной информации и психологической помощи для подростков и молодежи являются кроме семьи, учителя, психологи, социальные педагоги.

В целях воспитания, как девочек, так и мальчиков в рамках нравственных устоев, привития умения сказать «нет» в различных обстановках, уважительного отношения к себе и способности предвидеть возможные серьезные последствия диктуют необходимость активизировать совместную работу педагогов с подростками, где стержневой фигурой является семья.

Средства массовой информации как значимый фактор, воздействующий на мировоззрение молодежи, может оказать существенное влияние на изменение поведения подростков, повышение культа семьи и национальных традиций через серию передач, молодежных и семейных программ, публикаций.

Популярным способом информирования молодежи остается регулярно выпускаемый информационный материал. Но нужно продолжать поиск и выпуск интересных, занимательных, адаптированных к подростковому возрасту форм печатной продукции с активным вовлечением в этот процесс самой молодежи.

Запрещение абортов на законодательном уровне не решит проблему нежелательной беременности, а может обострить ситуацию (криминальные вмешательства). Необходимо всему сообществу проникнуться к значимости данной проблемы и быть готовым к тому, чтобы каждому вносить посильный вклад в нравственно-социальные благополучия молодежи нашей республики. Результатом такой комплексной работы может стать повышение нравственных принципов молодых людей и как следствие - снижение количества абортов: улучшение репродуктивного здоровья, как женщин, так и мужчин; уменьшение числа родившихся детей больными и ослабленными; снижение числа неполных и бесплодных семей;

улучшение морального климата в семье, а также улучшение качество жизни на все последующие голы.

19 марта 2008 года в пресс-центре «Интерфакс Казахстан» прошла пресс-конференция, посвященная Всемирному Дню борьбы с туберкулезом.

Туберкулез является глобальной проблемой современности, оказывающей существенное негативное влияние на социально- экономическое развитие любого государства. Ежегодно в мире около 8 млн. человек заболевают туберкулезом, около 2 млн. умирают от этого заболевания. Учитывая масштабность и значимость проблем туберкулеза для всего мирового сообщества по рекомендации ВОЗ ежегодно 24 марта, отмечается Всемирный День борьбы с туберкулезом. Лозунг этого года: «Защитим себя от туберкулёза».

В Казахстане туберкулез является важной медико-социальной проблемой. По данным Национального Центра проблем туберкулеза показатель заболеваемости туберкулезом в 2007 году снизился и составил 127,8 на 100 000 населения против 132,1 в 2006 году. Смертность от туберкулёза снизилась с 20,4 на 100 000 населения в 2006 году до 18,1 в 2007 году. Из 19572 впервые выявленных больных туберкулёзом 6197 имели «заразную форму». Всего в прошедшем году состояло на учете 44151 больной туберкулёзом.

Сложившуюся эпидситуацию в республике усугубляет продолжающийся рост лекарственно устойчивых форм туберкулёза, как минимум к двум наиболее сильным противотуберкулёзным препаратам. В 2007 году в Казахстане таких больных выявлено 898 человек. Всего на учёте состоит 8 470 больных лекарственно устойчивым туберкулёзом.

Правительством РК предпринимаются определённые шаги по борьбе с туберкулёзом, важнейшим из которых является Постановление Правительства № 1263 от 21 декабря 2007 года «Об утверждении мер по защите населения от туберкулёза, направленные на предупреждение и распространение туберкулёза». Тем самым профилактика ставится одним из приоритетных направлений в борьбе с туберкулёзом. Такую цель преследует проведение Всемирного дня борьбы с туберкулёзом, где ключевым моментом является привлечение внимания населения и их личный вклад в защите себя и своих близких от возможности заразиться туберкулёзом.

В преддверие Всемирного Дня борьбы с туберкулёзом проходит месячник по профилактике туберкулёза, в который вовлечены медицинские



работники всех лечебно-профилактических организаций, педагоги, представители неправительственных организаций при активной поддержке акиматов и широком освещении в СМИ. В рамках информационной кампании по профилактике туберкулеза Национальным Центром проблем формирования здорового образа жизни совместно с Национальным Центром проблем туберкулеза, Обществом красного полумесяца и проектом Хоуп подготовлены и разосланы во все регионы страны информационно-наглядные материалы (санбюллетени для медицинских работников, памятки для населения, плакаты, видеоролики). Во всех общеобразовательных школах проводятся диктанты и изложения на тему: «Что мы знаем о туберкулезе». Работа с населением будет носить непрерывный характер с учётом региональных особенностей, традиций и обычаев регионов.

31 марта 2008 года состоялся круглый стол «Безопасность детей на дорогах зависит от всех» в рамках широкомасштабной акции по профилактике дорожно-транспортного травматизма среди детей и подростков.

Дорожно-транспортный травматизм среди детей и подростков — одна из основных проблем общественного здравоохранения как в Казахстане, так и в мире. Ожидается, что масштаб этой проблемы в ближайшие годы будет увеличиваться с ростом количества автотранспорта на дорогах.

За последние 10 лет в Казахстане произошло свыше 127 тыс. дорожно-транспортных происшествий, в которых погибли более 25 тыс. и получили ранения более 151 тыс. человек. При этом суммарные экономические потери превысили 960 млрд.тенге. Каждый день в Казахстане в среднем регистрируется 8 дорожно-транспортных происшествий с участием детей. За прошедший год погибло более 300 детей. Анализ детского дорожно-транспортного травматизма показывает, что в подавляющем большинстве (74%) жертвами дорожных трагедий по собственной вине становились дети школьного возраста. Причем почти половина из них (47%) – это учащиеся начальных классов. Травматизм оказывает разрушительное влияние на здоровье пострадавших, а также членов их семей и общества в целом, наносит огромный экономический ущерб. В городах-мегаполисах дети получают травмы в 3 раза чаще, чем в небольших городах.

Дорожно-транспортный травматизм – вторая ведущая причина смерти детей в возрасте от 5 до 14 лет. Сегодня растет понимание того, что многие случаи дорожно-транспортного травматизма можно предотвратить, для этого необходимо:

1. Признать всю серьезность этой проблемы общественного здравоохранения.

2.Воздействовать на ключевые факторы риска, к которым относятся: несоблюдение и незнание правил дорожной безопасности всеми участниками дорожного движения, вождение в состоянии алкогольного опьянения, нарушение скоростного режима, неиспользование шлемов и ремней безопасности, не соответствующая безопасности конструкция дорог и дорожная инфраструктура, растущая моторизация.

В целях привлечения внимание общественности к растущей проблеме дорожно-транспортного травматизма среди детей и подростков, а также активизации действий заинтересованных государственных служб с 1 по 30 апреля 2008 г. во всех регионах республики пройдет широкомасштабная акция по предупреждению дорожно-транспортного травматизма среди детей и подростков. Инициатором акции выступил Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни. В рамках данной акции по всей стране пройдут круглые столы, обучающие семинары для педагогов и специалистов школьной медицины, школьные собрания для родителей, викторины и конкурсы для школьников «Юный пешеход», «Внимание светофор!». Нельзя забывать, что «Безопасность детей на дорогах зависит от всех». Такое утверждение станет девизом этой акции. Дети и подростки наиболее подвержены риску получения травм. Эта ситуация вызывает обоснованную тревогу, поскольку большинство случаев дорожно-транспортного травматизма можно предотвратить. Дорожная безопасность - это результат целенаправленных усилий многих людей и различных общественных секторов, правительственных и неправительственных организаций.

7 апреля 2008 года прошла пресс-конференция, посвященная Всемирному дню здоровья.

Ежегодно во всем мире 7 апреля отмечается Всемирный день здоровья, инициированный Всемирной Организацией Здравоохранения. В этом году он проходит под лозунгом «Защитим здоровье от изменений климата». Всемирный день здоровья представляет уникальную возможность обратить внимание общественности на проблемы, имеющие большое значение для глобального здоровья, связанные с неблагоприятными воздействиями климата, затрагивая такие области, как здоровье и безопасность, здоровье и окружающая среда, здоровье и энергетика, здоровье и пищевые продукты, здоровье и транспорт, здоровье и антропогенная среда.

В обращении Генерального директора ВОЗ Маргарет Чен отмечено, что изменение климата

является одной из наиболее серьезных проблем нашего времени. Периоды сильной жары, наводнения, засухи ежегодно в мире уносят десятки тысяч человеческих жизней. Болезни, обусловленные воздействием климатических изменений, явились причиной смерти более 3 миллионов людей.

Все группы населения уязвимы. Поэтому в условиях стремительных изменений окружающей среды правительства должны поставить здоровье и благополучие людей в центр внимания политики в области климатических изменений. Совместные действия позволят мировому сообществу лучше подготовиться к преодолению связанных с климатом проблем здоровья во всем мире и в отдельных регионах и странах.

В заключение своего обращения Маргарет Чен сказала, что климатические изменения реальны и их главной причиной является деятельность человека. Эта же деятельность может решить проблему поиска путей защиты здоровья людей. Генеральный директор ВОЗ призвала к тому, чтобы Всемирный день здоровья 2008 года стал поворотным событием, открывающим возможности для подлинно глобальных усилий!

Климатические изменения станут серьезным бременем для систем здравоохранения. Защита здоровья от неблагоприятных воздействий климата диктует необходимость усиления профилактического подхода в системе здравоохранения с активным вовлечением в работу врачей, медсестер, администраторов и других специалистов, а также обучение студентов, курсантов медицинских учреждений. Для решения этих вопросов необходимо создание партнерства с участием государственных структур, международных и неправительственных организаций, а также всего сообщества в целом.

15 мая 2008 года прошел республиканский семинар-совещание «Роль образовательных программ в сохранении и укреплении здоровья детей», приуроченный 10-летию реализации программы «Валеология — как быть здоровым» в системе непрерывного образования Республики Казахстан.

Состояние здоровья школьников является одной из актуальных проблем здравоохранения, решение которой невозможно силами одних медицинских работников, необходимо широкое привлечение к этой работе педагогов, учащихся и их родителей.

Предметом, обучающим подрастающее поколение основам формирования здорового образа жизни, навыкам сохранения и укрепления здоровья, является образовательная программа «Валеология - как быть здоровым». Валеология была введена с 1998 года в форме факультативного обучения учащихся общеобразовательных школ, студентов средних специальных и высших учебных заведений. За 10-летний период ее реализации разработаны стандарты формирования здорового образа жизни в системе образования, изданы учебники по валеологии, изучены особенности формирования поведенческих факторов риска и распространенности заболеваний в школьной среде.

В настоящее время в Казахстане наблюдается тенденция к сокращению количества часов по программе, снижению охвата учащихся предметом валеология. Если в 2003 году охват данным предметом по республике составлял 93%, то к 2007 году он составил не более 60% школ. Не во всех школах республики имеется штатная укомплектованность педагогами-валеологами. Только 40% педагогов, ведущих данный предмет, прошли подготовку и переподготовку по валеологии. В остальных 60 % случаях предмет ведут учителя физкультуры, начальной военной подготовки, химии и др. В школах отсутствуют специально оснащенные кабинеты, отмечается недостаточное обеспечение учебно-методическими материалами. Факультативная форма обучения воспринимается отдельными директорами школ как дополнительная нагрузка, не обязывающая в определенным целям в образовательном процессе.

Перед казахстанскими школами встает проблема введения здоровьесберегающего предмета на обязательной основе школьной программы. Эта проблема должна решаться на государственном уровне. Министерство образования и науки, региональные департаменты образования могут и должны обратить внимание на эту проблему. По мнению многих педагогов, психологов и врачей, валеология должна быть обязательным школьным предметом. Его программа рассчитана не только на медико-гигиеническое обучение, но также затрагивает проблемы вредных привычек, нравственного поведения, профилактики ВИЧ/СПИДа, основы безопасности жизнедеятельности, экологии, психологии, конфликтных ситуаций и другие вопросы жизненных навыков. Только тогда мы можем быть уверенными, что наши дети будут грамотными и овладеют навыками по сохранению и укреплению собственного здоровья.

22 мая 2008 года в г.Караганде прошла III Международная научно-практическая конференция «Табак или здоровье: современные подходы сохранения здоровья и сдерживания табачной эпидемии в Казахстане», приуроченная к Всемирному Дню борьбы с курением.



Ежегодно 31 мая отмечается Всемирный день борьбы с курением. В этом году по предложению Всемирной организации здравоохранения он проходит под девизом «Молодежь свободная от табачного дыма». В Казахстане, в рамках Глобальной кампании Международного противоракового Союза, этот день проходит также под девизом «Защитим наших детей от пассивного курения».

В фокусе мероприятий, посвященных Всемирному дню борьбы с курением, в этом году находятся дети, молодежь и их окружение – семья, учителя, медицинские работники. В стране прошли опросы подростков 13-15 лет по пассивному курению. Опрос показал высокие уровни подверженности подростков вторичному дыму. Так, пассивными курильщиками дома являются 66,4% некурящих и 89,2% курящих. Не меньше, чем дома, подростки подвергаются пассивному курению в общественных местах – 76,4% некурящих и 89,1% ежедневных курильщиков.

В регионах прошли дебатные турниры среди молодежи по вопросам запрета курения в общественных местах, линейки и классные часы в школах, выставки детских рисунков, семинары, спортивные акции, круглые столы с привлечением представителей акиматов и общественности. Среди беременных и молодых матерей прошли школы и семинары по снижению курения и профилактики пассивного курения.

Особое внимание было уделено активизации мер по сокращению курения — практически во всех медицинских организациях проходят дни открытых дверей для оказания консультаций желающим бросить курить. В государственных органах создаются координационные советы для разработки и мониторинга мер стимулирования отказа от курения в группах влияния.

Региональными департаментами здравоохранения изданы приказы об объявлении территорий медицинских организаций зонами, свободными от табачного дыма. К этому движению, присоединяются государственные, образовательные и бизнес-учреждения.

Координационными советами по охране здоровья при Акимах рассматриваются вопросы реализации Закона РК «О профилактике и ограничении табакокурения» по результатам общественных рейдов, которые выявили многочисленные нарушения запрета курения в общественном

транспорте, некоторых организациях, продажи табачных изделий несовершеннолетним.

Согласно опроса, 71,2% курильщиков и 92,8% некурящих высказались за запрет курения в общественных местах и расширение перечня общественных мест, где следует запретить курение. Более 85% респондентов высказались за введение запрета курения в присутствие детей.

В рамках месячника по профилактике табакокурения в г.Караганде прошла III конференция «Табак или здоровье», на которой рассматривались вопросы совершенствования нормативноправовой базы профилактики табакокурения в Республике Казахстан, медицинские, психологические и социальные аспекты табакокурения, выявление и лечение табачной зависимости, роль медицинских работников и гражданского общества в сдерживании табачной эпидемии. Организаторами конференции выступили Министерство здравоохранения РК, Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни, Департамент здравоохранения Карагандинской области при поддержке компании Пфайзер.

Согласно данным НЦПФЗОЖ, в стране курит около 41% мужчин и 8,6% женщин, при этом 80% мужчин и 20% женщин хотят бросить курить. Международный конкурс «Брось курить и выиграй-2008», целью которого является повышение стимула отказа от курения, в шестой раз прошел в Казахстане. Традиционно организаторами конкурса были Министерство здравоохранения Республики Казахстан и Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни. В этом году в конкурсе приняли участие 41018 курильщиков, в том числе 3504 медицинских работника. Национальный розыгрыш конкурса среди региональных победителей состоялся 22 мая 2008 г. при поддержке фармацевтической компании Софарма. Первое место и право участия в Международном розыгрыше конкурса занял Уразаев Олжас Нурланович, 27 лет, студент из Актюбинской области, второе место – представитель Акмолинской области Чурин Александр Александрович, 30 лет, электрик, третье место – Укибай Отенберген Дуйсенбайулы, 34 лет, бухгалтер ЦРБ Байдибекского района Южно-Казахстанской области. Все победители награждены сертификатами и денежными призами.

Гульнара Есова, Зере Ракишева

