



ҚР ДСМ Қоғамдық денсаулық сақтау ұлттық орталығы
Национальный центр общественного здравоохранения МЗ РК
National Center for Public Health of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan

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

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

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



ҰСЫНЫСТАР

ЕРЕСЕК АДАМДАР ҮШІН

- » Аптасына кемінде 150–300 минут дене белсенділігімен айналысу

ЖҮКТІ ЖӘНЕ БОСАНҒАН ӘЙЕЛДЕР ҮШІН

- » Аптасына кемінде 150 минут дене белсенділігімен айналысу
- » Аэробты және күш жаттығуларының әртүрлі түрлері, сондай-ақ қосымша жеңіл созылу жаттығулары ұсынылады

5 ЖАСҚА ДЕЙІНГІ БАЛАЛАР ҮШІН

- » Дене белсенділігі уақытын арттыру
- » Ұзақ уақыт бойы қозғалысты шектеуден аулақ болу
- » Жеткілікті уақыт ұйықтауды қамтамасыз ету
- » Экран алдындағы уақытты шектеу

5 ЖАСТАН АСҚАН БАЛАЛАР МЕН ЖАСӨСПІРІМДЕР ҮШІН

- » Күніне кемінде 60 минут орташа немесе жоғары қарқынды физикалық белсенділік, негізінен аэробты жүктемемен айналысу
- » Аптасына кемінде 3 күн қаңқа-бұлшықет жүйесін нығайту

ДЕНЕ БЕЛСЕНДІЛІГІН НАСИХАТТАУ

МҮМКІНДІГІ ШЕКТЕУЛІ АДАМДАР ҮШІН

- » Тұрақты дене белсенділігі
- » Дене белсенділігінің саны, жиілігі және қарқындылығы жасына сәйкес (қарсы көрсетілімдер болмаған жағдайда) жалпы ұсыныстардағыдай ұсынылады

ЖАЛПЫ ҰСЫНЫСТАР

- » Жаяу жүріңіз немесе баспалдақпен шығыңыз – жеделсатының қолданбаңыз
- » Дене белсенділігіне күніне кем дегенде 15-минут арнаңыз
- » Аз қимылды өмір салтынан аулақ болыңыз



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

МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ISSN 2223-2931

Издается с 2002 г.

№ 3, 4. 2022 г. (УДК 614.2.574)

Подписной индекс 75978

Учредитель:

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

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

Ответственность за содержание публикуемых материалов несут авторы.

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

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

Главный редактор:

к.м.н., Калмакова Ж.А.

Зам. главного редактора:

д.б.н., профессор Имашева Б.С.

Редакционный совет:

Академик Шарманов Т.Ш. (Казахстан)

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

д.м.н., профессор Слажнева Т.И. (Казахстан)

Адъюнкт-профессор Massimo Pignatelli
(Казахстан)

PhD Antonio Sarría-Santamera (Казахстан)

Malcom A. Moore (Корея)

PhD Breda J. (Москва)

Технический редактор:

Доскиреева Д.Б.

Компьютерная верстка:

Бекмагамбетов М.Б.

Журнал сверстан и отпечатан в типографии
НЦОЗ МЗ РК

Адрес редакции:

г. Астана, ул. Ауэзова, 8

www.hls.kz

zhurnal.ncoz@hls.kz

Заказ № 55. Тираж 50 экз.

МАЗМҰНЫ

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ҰЙЫМЫ

Беембетова А.Р.

Covid-19 пандемиясымен күрестегі қоғамдық денсаулық сақтау саласының әлемдік тәжірибесі мен алынған сабақтар 10

Альназарова А.Ш., Калмакова Ж.А.

Экологиялық қолайсыз жағдайдағы Арал өңірі халқының денсаулығы 19

Раисова К.А., Абдрахманова Ш.З., Жазитов К.С.

Қазақстан Республикасының мектептерінде сумен жабдықтау, санитария және гигиена мәселелері бойынша қолданыстағы нормативтік-құқықтық актілерге шолу 24

Керимкулова А.Д.

Денсаулық сақтау жүйесіндегі кадрлық әлеуетті нығайту және тиімділігін арттыру тәсілдері 28

ЖҰҚПАЛЫ АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ ЖӘНЕ ОНЫМЕН КҮРЕСУ

Сливкина Н.В., Накипов Ж.Б., Ергалиев И.Д., Даулетова Г.Ш.

Амбулаторлық сатыда COVID-19 ауырған науқастарды оналтуды ұйымдастырудың тиімділігін бағалау 37

Текебаев Қ.Ө.

Инфекцияның алдын алу және инфекциялық бақылау бағдарламасы шеңберінде ақпараттық жүйені іске асыру туралы 48

ЖҰҚПАЛЫ ЕМЕС АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ ЖӘНЕ ОНЫМЕН КҮРЕСУ

Конуршина Г.И., Калмакова Ж.А., Токбергенов Е.Т., Асқаров К.А., Имашева Б.С., Байтуякова Г.Т.

Халықтың мақсатты тобында қант диабетін ерте анықтау үшін скринингтік тексеру нәтижелерін бағалау 54

ЖҰҚПАЛЫ ЖӘНЕ ЖҰҚПАЛЫ ЕМЕС АУРУЛАРДЫҢ ҚАУІП ФАКТОРЛАРЫ

Имашева Б. С., Асқаров А. М., Талғатқызы Ж., Текебаев К. О., Терлікбаева Г. С.

Қазақстанда Конго-Қырым геморрагиялық қызбасының 2019-2022 жж. қыркүйек аралығындағы аурушандығын талдау 61

Пивоваров Е. И.

Кәсіптік ауруларды ерте анықтау аспектілерінде міндетті медициналық тексерулерді ұйымдастыру және жүргізу 67

Мусина А.А., Амирсейтова Ф.Т., Сүлейменова Р.Қ.

Зиянды өндірістер қызметкерлерінің денсаулығын ілгерілету технологиялары 76

САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

Мұхамедияров М. Н. Мұбарак К.Н.

Медицинадағы салауатты өмір салты және жасқа байланысты қартаю 87

БАЛАЛАРДЫ, ЖАСӨСПІМДЕРДІ, ЖАСТАРДЫ САУЫҚТЫРУ

Болатбаева К. Н., Таджибаева С. К., Абдрахманова Д. Е.

Ақмола облысындағы мектепке дейінгі балалар мекемелерінде тамақтануды ұйымдастыру мәселелері 93

Сүлейманова Н.А., Қалмакова Ж.А., Слажнева Т.И., Адаева А.А., Әбдірахманова Ш.З., Назарова С.А., Жұманова М.Е.

Дүниежүзілік емізу апталығына арналған 2022 жылғы Қазақстанда ұлттық бағдарламаны

жүзеге асырудың негізгі нәтижелері.....	98
Әбдірахманова Ш.З., Қалмақова Ж.А., Слажнева Т.И., Адаева А.А., Сулейманова Н.А., Назарова С.А., Жуманова М.	
COSI зерттеу нәтижелері бойынша Қазақстан Республикасындағы бастауыш сынып балаларының дене белсенділігі және аз қозғалысты жүріс тұрысы.....	106
Күнешов Қ.Р., Абдиев Т.Б., Жанобаев Н.С., Сейдинов Ш.М., Исаев Н.И.	
Түркістан облысының қалалық балалар ауруханасында несеп жыныс жүйесі аурулары бар балаларға медициналық көмекті ұйымдастыру.....	112

ЕРЛЕР МЕН ӘЙЕЛДЕРДІҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН САҚТАУ

Даулетова Г.Ш., Хасенова М.Н., Накипов Ж.Б., Бердалиева Л.С., Буркитбаев Е.У.	
Репродуктивтік әлеуеттің әлеуметтік-демографиялық мәні және репродуктивтік денсаулықты сақтау туралы халықтың хабарландығы.....	119

СОДЕРЖАНИЕ

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Беембетова А.Р.

Глобальный опыт служб общественного здравоохранения при борьбе с пандемией Covid-19 и извлеченные уроки..... 10

Альназарова А.Ш., Калмакова Ж.А.

Состояние здоровья населения приаралья при неблагоприятной окружающей среде..... 19

Раисова К.А., Абдрахманова Ш.З., Жазитов К.С.

Обзор действующих нормативно-правовых актов по вопросам водоснабжения, санитарии и гигиены в школах Республики Казахстан..... 24

Керимкулова А.Д.

Способы укрепления и повышения эффективности кадрового потенциала в системе здравоохранения..... 28

ПРОФИЛАКТИКА И БОРЬБА С ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Сливкина Н.В., Накипов Ж.Б., Ергалиев И.Д., Даулетова Г.Ш.

Оценка эффективности организации реабилитации больных, перенесших COVID-19 на амбулаторном этапе..... 37

Текебаев Қ.Ө.

О реализации информационной системы в рамках программы профилактики инфекции и инфекционного контроля..... 48

ПРОФИЛАКТИКА И БОРЬБА С НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Конуршина Г.И., Калмакова Ж.А., Токбергенов Е.Т., Аскаров К.А., Имашева Б.С., Байтуякова Г.Т.

Оценка результатов скринингового обследования на раннее выявление сахарного диабета целевой группы населения..... 54

ФАКТОРЫ РИСКА ИНФЕКЦИОННЫХ И НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Имашева Б. С., Аскаров А. М., Талғатқызы Ж., Текебаев К. О., Терлікбаева Г. С.

Анализ заболеваемости Конго-Крымской геморрагической лихорадкой в Казахстане за период 2019-сентябрь 2022 гг..... 61

Пивоваров Е. И.

Организация и проведение обязательных медицинских осмотров в аспектах раннего выявления профессиональных заболеваний..... 67

Мусина А.А., Амирseitова Ф.Т., Сүлейменова Р.Қ.

Технологии продвижения здоровья работников вредных производств..... 76

ВОПРОСЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗОЖ

Мухамедияров М. Н. Мубарак К.Н.

Здоровый образ жизни в медицине и возрастное старение..... 87

ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ, ПОДРОСТКОВ, МОЛОДЕЖИ

Булатбаева К.Н., Тарджибаева С.К., Абдрахманова Д.Е.

Вопросы организации питания в детских дошкольных учреждениях в Акмолинской области..... 93

Сулейманова Н.А., Қалмақова Ж.А., Слажнева Т.И., Адаева А.А., Әбдірахманова Ш.З., Назарова С.А., Жұманова М.Е.

Основные итоги реализации национальной программы в Казахстане в 2022 году,

приуроченной к всемирной неделе грудного вскармливания.....	98
Абдрахманова Ш.З., Қалмақова Ж.А., Слажнева Т.И., Адаева А.А., Сулейманова Н.А., Назарова С.А., Жуманова М.	
Физическая активность и малоподвижное поведение у детей начальных классов в Республике Казахстан по результатам исследования COSI.....	106
Күнешов Қ.Р., Абдиев Т.Б., Жанабаев Н.С., Сейдинов Ш.М., Исаев Н.И.	
Организация медицинской помощи детям с заболеваниями мочеполовой системы в городской детской больнице Туркестанской области.....	112

ЗДОРОВЬЕ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

Даулетова Г.Ш., Хасенова М.Н., Накипов Ж.Б., Бердалиева Л.С., Буркитбаев Е.У.	
Социально-демографическое значение репродуктивного потенциала и информированности населения о сохранении репродуктивного здоровья.....	119

CONTENT

ORGANIZATION OF HEALTH CARE

Beyembetova A.R. Global public health experience in response to Covid-19 pandemic and lessons learned.....	10
Alnazarova A.Sh., Kalmakova Zh.A. Health state of the Aral sea region population under the unfavorable environment.....	19
Raisova K.A., Abdrakhmanova S.Z., Zhazitov K.S. Review of current regulatory legal acts on water supply, sanitation and hygiene in schools of the Republic of Kazakhstan.....	24
Kerimkulova A.J. National Center for Public Health of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan.....	28

PREVENTION AND CONTROL OF INFECTIOUS DISEASES

Slivkina N.B., Nakipov Zh.B., Ergaliev I.D., Dauletova G.Sh. Evaluation of the efficiency of the organization of the rehabilitation of patients who survived COVID-19 at the outpatient stage.....	37
Tekebaev K.O. On the implementation of the information system within the framework of the infection prevention and infection control program.....	48

PREVENTION AND CONTROL OF NON-COMMUNICABLE DISEASES

Konurshina G.I., Kalmakova Z.A., Tokbergenov E.T., Askarov K.A., Imasheva B.S., Baytuyakova G.T. Evaluation of screening results for early detection of diabetes among the target population.....	54
---	----

RISK FACTORS FOR INFECTIOUS AND NON-COMMUNICABLE DISEASES

Imasheva B.S., Askarov A.M., Talgatkyzy Zh., Tekebaev K.O., Terlikbaeva G.S. Analysis of the incidence of congo-crimean hemorrhagic fever in Kazakhstan for the period 2019-september 2022.....	61
Pivovarov E.I. Organization and conduct of mandatory medical examinations in the aspects of early detection of occupational diseases.....	67
Musina A.A., Amirseitova F.T., Suleimenova R.K. Technologies for promoting the health of workers of harmful industries.....	76

ISSUES OF FORMATION OF HEALTHY LIFESTYLE

Mukhamediyarov M.N., Mubarak K.N. Healthy lifestyle in medicine and age-related aging.....	87
--	----

HEALTH OF CHILDREN, ADOLESCENTS, YOUTH

Bulatbaeva K.N., Tardzhibaeva S.K., Abdrakhmanova D.E. Issues of food organization in children's preschool institutions in Akmola region.....	93
Suleimanova N. A., Kalmakova Z.A., Slazhnyova T. I., Adayeva A.A., Abdrakhmanova Sh. Z., Nazarova S.A., Zhumanova M.E. Key results of implementation of the national program dedicated to the world breastfeeding week in Kazakhstan, 2022.....	98
Abdrakhmanova S. Z., Kalmakova Z.A., Slazhnyova T. I., Adayeva A. A., Suleimanova N.A., Nazarova S.A., Zhumanova M.	

Physical activity and sedentary behavior in primary school children in the republic of Kazakhstan by the results of COSI study	106
Kuneshov K.R., Abdiyev T.B., Zhanabaev N.S., Seydinov Sh.M., Isaev N.I. Organization of medical care for children with diseases of the genitourinary system in the city children's hospital of Turkestan region.....	112

MEN'S AND WOMEN'S HEALTH

Dauletova G.Sh., Khasenova M.N., Nakipov Zh.B., Berdalieva L.S., Burkitbaev E.U. Socio-demographic significance of reproductive potential and awareness of the population about the preservation of reproductive health.....	119
---	-----

**ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ҰЙЫМЫ
ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ORGANIZATION OF HEALTH CARE**

УДК: 614.39

**COVID-19 ПАНДЕМИЯСЫМЕН КҮРЕСТЕГІ ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ
САЛАСЫНЫҢ ӘЛЕМДІК ТӘЖІРИБЕСІ МЕН АЛЫНҒАН САБАҚТАР
(Әдебиеттік шолу)**

Беембетова А.Р.

**ҚР Денсаулық сақтау министрлігінің «Қоғамдық денсаулық сақтау ұлттық орталығы»
ШЖҚ РМК.**

a.beyembetova@hls.kz

ТҮЙІНДЕМЕ

COVID-19 пандемиясы өмірдің көптеген салаларында әлемдегі мемлекеттер мен халық үшін жаңа тәжірибе болды. Қоғамдық денсаулық сақтау қызметі COVID-19 пандемиясымен күресте маңызды рөл атқарды, бірақ төтенше жағдай кезінде олардың қызметінде әртүрлі деңгейдегі олқылықтар бар екені белгілі болды. Бұл мақалада қоғамдық денсаулық сақтау қыз-

метінің тәжірибесі, олардың алдында тұрған міндеттер және болашақта денсаулық сақтау жүйесінің әлеуетін арттыру өте маңызды салалар талданады.

Түйінді сөздер: пандемия, денсаулық сақтау шаралары, қоғамдық денсаулық сақтау стратегиялары, қоғаммен байланыс, денсаулық сақтаудың цифрлық технологиялары, психикалық денсаулық.

**ГЛОБАЛЬНЫЙ ОПЫТ СЛУЖБ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПРИ БОРЬБЕ С ПАНДЕМИЕЙ COVID-19 И ИЗВЛЕЧЕННЫЕ УРОКИ
(Литературный обзор)**

Беембетова А.Р.

РГП на ПХВ «Национальный центр общественного здравоохранения» Министерства здравоохранения РК.

a.beyembetova@hls.kz

РЕЗЮМЕ

Пандемия COVID-19 была поучительным уроком для государств и для населения по многим сферам жизнедеятельности. Служба общественного здравоохранения играла ключевую роль в борьбе против пандемии COVID-19, но в ходе чрезвычайной ситуации в их деятельности были выявлены пробелы разного уровня. В этой статье анализируется

опыт служб общественного здоровья, вызовы, с которыми они столкнулись и направления, по которым очень важно в будущем наращивать потенциал систем здравоохранения.

Ключевые слова: пандемия, ответные меры общественного здравоохранения, стратегии общественного здравоохранения, связи с общественностью, цифровые медицинские технологии, психическое здоровье.

GLOBAL PUBLIC HEALTH EXPERIENCE IN RESPONSE TO COVID-19 PANDEMIC AND LESSONS LEARNED (Literary review)

Beyembetova A.R.

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

a.beyembetova@hls.kz

RESUME

The COVID-19 pandemic has been an instructive lesson for states and populations in many areas. The public health service has played a key role in the fight against the COVID-19 pandemic, but gaps of various levels have been identified in their activities during the emergency. This article analyzes the

experience of public health services, the challenges they face and the areas in which it is very important to build the capacity of health systems in the future.

Keywords: pandemic, public health response, public health strategies, public relations, digital health technologies, mental health.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Пандемия COVID-19 вызвала беспрецедентный глобальный кризис, в том числе потерю миллионов жизней, потрясение систем общественного здравоохранения и экономические и социальные сложности, несоразмерно затронувшие наиболее уязвимые слои населения [1]. По состоянию на ноябрь 2022 года во всем мире зарегистрировано более 630 миллионов подтвержденных случаев заболевания COVID-19 и более шести миллионов смертей [2]. Пандемия бросила вызов местным, национальным, региональным и глобальным возможностям по подготовке и реагированию к чрезвычайным ситуациям. Широко обсуждаются различные национальные стратегии борьбы с передачей вируса. Однако относительный успех этих стратегий во многом зависит от того, как организована, управляется и финансируется существующая система здравоохранения на всех уровнях скоординированным образом [1].

Ожидалось, что с наступлением 21 века наука и технологии станут мощными силами, которые, как мы надеемся, улучшат здоровье и благополучие населения. Кроме того, эти силы будут управлять быстро меняющимся и взаимосвязанным миром, в котором сообщества и нации во всем мире будут получать общие блага (например, экономическое развитие, здоровье и благополучие) и сталкиваться с общими

рисками (например, пандемиями, хроническими неинфекционными заболеваниями, экологическим ущербом, ядерным оружием, изменением климата). В этом контексте эффективное управление и коммуникация должны были стать краеугольными камнями для реализации потенциала науки и техники для укрепления общественного здравоохранения. Тем не менее ответ на пандемию COVID-19 даже в таких развитых странах, как США, не оправдал этих надежд. Кроме того, пандемия выявила серьезные недостатки в институциональных системах, специально предназначенных для защиты и использования науки и технологий для укрепления личного и общественного здоровья. Таким образом, пандемия является настоящим призывом к вдумчивому изучению способов укрепления и модернизации систем, поддерживающих и направляющих науку, технологии и общественное здравоохранение. История показывает, что крупные кризисы, такие как войны, стихийные бедствия и пандемии, могут служить переломным моментом для активных коллективных действий. Например, размышления и уроки после Второй мировой войны привели к созданию прогрессивных для того времени институтов, таких как Организация Объединенных Наций, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Национальная служба здравоохранения Великобритании. Текущий момент дает возможность смело мыслить и

представить лучший мир после трагедии пандемии COVID-19 [3]. По этой причине, очень важно анализировать опыт стран по борьбе с пандемией и извлекать уроки для дальнейшего укрепления службы общественного здравоохранения. В этой статье будут освещены вызовы, с которыми столкнулись службы здравоохранения в пандемии COVID-19, а также уроки, извлеченные за этот период. Пандемия COVID-19 была первой пандемией в этом веке, но возможно что не последней. Соответственно, системы здравоохранения и службы общественного здравоохранения стран должны эффективно обмениваться опытом и быть готовым к любым другим глобальным чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения.

Вызовы общественному здравоохранению во время пандемии COVID-19

Службы общественного здравоохранения выполняют широкий круг функций, начиная от мониторинга и оценки состояния здоровья населения и заканчивая подготовкой к рискам для здоровья и реагированием на них, включая профилактику и защиту здоровья. В начале пандемии роли и функции служб общественного здравоохранения сильно различались в зависимости от их мандата, размера, ресурсов и наличия других органов, предоставляющих похожие услуги в стране. Проблема, с которой столкнулись многие системы здравоохранения в начале пандемии, заключалась в том, что их мандаты и функции оказались под угрозой, выходящей за рамки прошлого опыта и имеющихся ресурсов. Поскольку COVID-19 быстро стал основным направлением деятельности всех служб здравоохранения, все их рабочие программы пришлось адаптировать, реорганизовать, пересмотреть или даже приостановить, чтобы сосредоточить ресурсы на реагировании на COVID-19. Опыт многих систем здравоохранения различных стран показал, что они не были должным образом подготовлены к серьезному кризису в области общественного здравоохранения, такому как пандемия COVID-19. В общих чертах, службы общественного здравоохранения предоставляли правительствам важные рекомендации на техническом и политическом уровнях, также готовили и интерпретировали данные и

доказательства, доступные на национальном и международном уровнях. В некоторых странах правительства поставили службы общественного здравоохранения на первое место, чтобы предоставлять данные и обоснование государственным органам и общественности.

В частности, их деятельность включала эпидемиологический надзор на национальном и региональном уровнях, поддержку или внедрение систем отслеживания контактов, сбор, анализ и интерпретацию технических данных и даже управление стратегическими запасами предметов медицинского назначения и оборудования. Некоторые системы общественного здравоохранения были сосредоточены на предоставлении лабораторных и клинических услуг по инфекционным заболеваниям, включая координацию национальных референс-лабораторий, контроль качества тестов и тестовых наборов и секвенирование генома. Другие активно участвовали в исследованиях и обмене знаниями, в разработке и реализации мероприятий по укреплению здоровья и коррекции поведения, разработке коммуникационных стратегий и предоставлении широкого круга экспертных рекомендаций в ответ на запросы правительств и общества.

Размышляя о своем опыте в течение первого года, большинство служб общественного здравоохранения считали, что они не были готовы к вызовам, вызванным COVID-19. Однако благодаря опыту, полученному в ходе предыдущих вспышек, некоторые страны были лучше подготовленными, например, те, у которых был недавний опыт реагирования на эпидемию Эбола [4]. Многим службам общественного здоровья пришлось в срочном порядке вносить коррективы в свою функциональность, потому что их масштабы и формальные задачи не были приспособлены для решения проблем и многочисленных аспектов пандемии. Слабая коммуникация и координация между различными субъектами, участвующими в реагировании, включая правительство, создавали дополнительные трудности для систем здравоохранения. Обычным опытом были частые запросы от правительств, часто в очень короткие сроки, за рекомендациями от служб общественного здравоохранения. Эти запросы иногда не согласовывались с различными частями правитель-

ства, запрашивающими ту же или подобную информацию, а иногда происходили без структурированного диалога на высоком уровне между организациями и правительством. Это ставило многих сотрудников служб общественного здоровья под серьезное давление, при отработывании многочисленных запросов информации в течение длительного периода времени, при этом многие из них сообщают о серьезной обеспокоенности по поводу утаиваемости персонала (физической и психологической).

Многие системы здравоохранения были в авангарде общественной критики со стороны средств массовой информации и социальных групп. В ответ на необходимость общественного здравоохранения, но иногда в отсутствие четких мандатов или институциональных ролей, системы здравоохранения подвергались критике за принимаемые решения и действия. Службы здравоохранения также должны были смириться с различиями между рекомендациями, которые они давали лицам, принимающим решения, и реальностью принятых или реализованных мер. Опыт служб общественного здравоохранения показывает важность тщательного учета причин их решений и действий, научного обоснования их рекомендаций и подотчетности между институтом и правительством [5].

Грамотность по вопросам здоровья и доверие населения к органам здравоохранения

Все пострадавшие страны ввели беспрецедентные меры при пандемии, причем некоторые ограничения были более строгими и успешными, чем другие, а меры экономической помощи со стороны правительства различались в зависимости от страны [6]. Еще одной проблемой стало распространение дезинформации в социальных сетях, что также подорвало доверие общества к науке и общественному здравоохранению. Вызывает беспокойство тот факт, что широкие слои общества оказались уязвимыми перед этой ошибочной информацией. Пандемия COVID-19 сопровождалась массовым распространением недостоверной информации о заболевании, что затрудняло принятие информированных решений широкой общественностью. Точные масштабы распространения чрезмерного количества дезинформации о COVID-19 в Интернете до сих пор неизвестны,

но, тем не менее, вызывают серьезную обеспокоенность. Дезинформацию можно в широком смысле определить как «случай, когда убеждения людей относительно фактов не подтверждаются четкими доказательствами и мнением экспертов». Дезинформация — это ложная информация, распространяемая со злым умыслом, чтобы преднамеренно ввести в заблуждение. Генеральный директор Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) назвал ситуацию с дезинформацией COVID-19 «инфодемией» (то есть эпидемией дезинформации или пандемией дезинформации), изобилующей теориями заговора, пропагандой и недоказанными научными утверждениями относительно диагностики, лечения и профилактики заболевания. Эта инфодемия затруднила поиск и различение достоверной информации и позволила слухам распространяться быстрее, что поставило под угрозу здоровье населения, затруднив осуществление профилактических мер [7]. Эффективность государственной политики требует сотрудничества, основанного на общественном доверии, которое лучше всего обеспечивается своевременными, прозрачными и правдивыми сообщениями правительства и уровнем грамотности населения по вопросам здоровья [8].

Низкая грамотность в вопросах здоровья сильно распространена среди людей во всем мире. Согласно крупномасштабному национальному исследованию, более одного из каждых трех взрослых в Америке имеют низкую грамотность в вопросах здоровья [9]. В 2012 г. в Китае только 8,8% населения были грамотны в вопросах здоровья, что привело к тому, что Национальная комиссия здравоохранения Китая опубликовала в 2014 г. новый стратегический план по повышению грамотности населения в вопросах здоровья до 20% к 2020 г [10]. В Великобритании четыре из десяти взрослых с трудом понимают информацию о здоровье, предназначенную для общественности, и более шести человек из десяти взрослых испытывают трудности с пониманием информации о здоровье, которая включает цифры и статистику [11]. Данные также показывают, что люди с низким уровнем навыков грамотности в вопросах здоровья чаще, чем люди с более высоким уровнем навыков грамотности в вопросах здоровья,

сообщают о плохом здоровье [12]. COVID-19 сильнее влиял на людей с недостаточной медицинской грамотностью по сравнению с людьми с высоким уровнем медицинской грамотности из-за неспособности первых правильно понимать и следовать рекомендациям, связанным со здоровьем.

Специалисты по планированию здравоохранения и специалисты в области общественного здравоохранения, ответственные за обеспечение готовности к инфодемии в будущем, должны всесторонне изучить уровни медицинской грамотности своих целевых групп населения, чтобы определить наилучшие стратегии для повышения этих уровней, а именно целенаправленные мероприятия по работе с населением и повышению осведомленности, включая хорошо адаптированные программы образования и обучения, которые точно соответствуют уровню грамотности в вопросах здоровья и конкретным потребностям целевой аудитории. Существует ряд (в основном взаимодополняющих) шкал и инструментов для измерения грамотности в вопросах здоровья доступных на нескольких языках. Использование двух или более инструментов в сочетании часто требуется для получения более полной и точной картины уровня медицинской грамотности опрошенного населения. Улучшение грамотности людей позволит им более активно и эффективно участвовать в системе здравоохранения. Существует острая необходимость повышать осведомленность широкой общественности о том, что они должны искать информацию только из достоверных, надежных источников.

Пандемия показала что государства должны расширять знания и понимание науки и научных методов среди населения, чтобы восстановить общественное доверие к науке и соответствующим учреждениям. Доверие общественности к науке и ее понимание, а также эффективная коммуникация из надежных источников имеют решающее значение для реализации основанных на фактических данных вмешательств для укрепления здоровья и профилактики заболеваний [6].

Важность внедрения информационных систем и электронного здравоохранения

Борьба с пандемиями представляет собой уникальную проблему для систем здравоохранения, поскольку новые инфекционные заболевания могут быстро передаваться другим людям и, таким образом, требуют сосредоточения внимания на раннем выявлении и лечении, эпиднадзоре и борьбе со вспышками. Применение технологий цифрового здравоохранения, таких как искусственный интеллект, телемедицина, мобильное здравоохранение, большие данные, 5G, является полезным для борьбы с пандемией. Поставщики медицинских услуг применяли различные технологии цифрового здравоохранения для разных целей для предотвращения и контроля пандемии COVID-19 на уровне сообщества и медицинского учреждения. Эти технологии были классифицированы как телемедицина, электронная медицинская карта, искусственный интеллект и т.д.. Пандемия COVID-19 оказала влияние на инфраструктуру общественного здравоохранения, что потребовало разработки и использования технологий цифрового здравоохранения. Необходимость часто корректировать эту технологию для удовлетворения быстро меняющихся требований, коммуникации и внедрения для координации потребностей множества заинтересованных сторон в контроле и управлении пандемией еще больше подтолкнула необходимость использования цифровых технологий [13].

В разных странах мира были разработаны разные подходы и меры цифрового здравоохранения для борьбы с пандемией.

В скандинавском регионе доступ к медицинским услугам и услугам по уходу был расширен за счет большей доступности телемедицины и консультаций по вопросам здравоохранения по телефону. Телемедицина оказалась полезной для предоставления удаленной оценки и обычных медицинских услуг, а также для продолжения медицинских услуг, не связанных с COVID, без пребывания в переполненных поликлиниках, тем самым минимализируя передачу вируса [14].

Французское приложение StopCovid было разработано для отслеживания инфицированных людей и контроля распространения SARS-CoV-2. Проблемы с конфиденциальностью возникли в связи с принятием приложения. Бельгия объявила, что принятие аналогичного

приложения было отменено из-за этих проблем.

Национальная служба здравоохранения Соединенного Королевства работает над девятью основными направлениями цифрового реагирования на пандемию: предоставление цифровых каналов для руководства и сортировки граждан; обеспечить дистанционное и совместное лечение с помощью систем и данных; предоставлять цифровые услуги для NHS Test and Trace; выявлять и защищать уязвимых граждан; поддержка планирования с помощью данных, анализа и информационных панелей; получать данные и идеи для исследовательских сообществ; поддерживать клинические испытания; предоставлять безопасную инфраструктуру и поддерживать дополнительные мощности; и планировать восстановление, перезапуск служб и новые потребности. Правительство классифицировало инициативы в этих областях

Центр инноваций в области здравоохранения, созданный Министерством здравоохранения Германии, опубликовал список надежных приложений для телемедицины. Услуги, предоставляемые этими приложениями, включают удаленные консультации, оценку рисков и услуги телемедицины. До 2018 года в стране не разрешалось дистанционное консультирование. Парламент Германии принял Закон о цифровой помощи, в котором признается, что цифровое здравоохранение имеет решающее значение для борьбы с пандемией COVID-19 [15].

В Казахстане в учреждениях первичной медико-санитарной помощи начали внедрять дистанционные медицинские консультации, чтобы избежать распространения инфекции. Кроме того, мониторинг данных о COVID-19 был основан на электронных записях из всех регионов страны в единую интегрированную систему.

В период, внедрения этих инновации некоторые барьеры снижали эффективность профилактики COVID-19. Чтобы расширить возможности внедрения цифровых технологий и инноваций рекомендуется предоставлять различные веб-услуги для населения во время вспышек, включая услуги по скринингу и консультациям; формирование платформы с несколькими источниками, которая объединяет механизмы мониторинга, обмена, конвергенции и обратной связи для сторон,

связанных с пандемией, и предлагает решения для удаленного мониторинга пациентов с COVID-19. Информационные технологии нового поколения внесли важный вклад в борьбу с пандемией COVID-19 [16]. Вспышка COVID-19 ускорила развитие информационных технологий, однако не все страны были одинаково успешны и активны при внедрении новых технологий. В связи с этим, есть необходимость повышения потенциала стран в области информационных технологий в здравоохранении.

Влияние пандемии COVID-19 на психическое здоровье

Пандемия COVID-19 стала первой в 21 веке вспышкой, затронувшей страны на всех континентах, кроме Антарктиды. Стресс, неопределенность и непредсказуемость из-за отсутствия конечной точки пандемии COVID-19, когда лечение еще не предвидилось, привели к возникновению проблем с психическим здоровьем, таких как паника, тревога и депрессия, а также в сочетании с задержками в лечении тяжелых хронических заболеваний приводили к возникновению соматических симптомов и обострению общих патологии. Более того, повторяющиеся в СМИ изображения тяжелобольных людей, мертвых тел и гробов, а также информация о том, что люди могут быть не в состоянии попрощаться со своими умирающими близкими, усугубили социальные напряжения. Кроме того, непривычность строгих карантинных мер, ущемляющих личные свободы, в сочетании с углубляющимся экономическим кризисом и безработицей, затрагивающей в основном лиц с неформальной работой, к которым относится значительная часть рабочей силы в в странах с низким уровнем дохода привели к появлению различных пагубных способов справления с ежедневными стрессорами, такими как злоупотребление алкоголем, наркотиками и табаком, потенциально вызывающее зависимость, такое как онлайн-игры и азартные игры, а также рост уровня домашнего насилия и сексуального насилия [17]. Так в исследование в Китае показало что 34,1% участников, имевших опыт карантина во время вспышки COVID-19, сообщили о наличии хотя бы одного из психологических симптомов, включая тревогу, депрессию, бессонницу и острый стресс, что выше, чем у тех,

кто не находился на карантине (27,3%) [18]. Во время карантина по COVID-19 в Италии распространенность симптомов депрессии и тревоги на национальном уровне удвоилась (соответственно, 33% и 42%), затронув более трети всего взрослого населения, а употребление по крайней мере одного психотропного препарата - увеличилось на 20% [19]. По сравнению со странами со строгими мерами государственного контроля карантина, в Германии большинство исследований не обнаружили общего ухудшения психического здоровья во время первого локдауна в Германии. Частота сообщений о (страхе) потери работы или финансовых потерь в Германии была на треть ниже, чем в других европейских странах [20]. Результаты указывают на то, что Пандемия и карантинные меры, связанные с COVID-19, оказывали неблагоприятное воздействие на психическое здоровье и это воздействие варьируется для разных групп в зависимости от возраста, пола и других характеристик. Это свидетельствует о необходимости выявления наиболее уязвимых групп населения и выделения ресурсов для их безопасного восстановления и лечения.

Во время пандемии COVID-19 многие работники здравоохранения, как в сфере медицинской помощи, так и в сфере психического здоровья, сталкивались с проблемами быстрой адаптации к изменениям количества пациентов, растущим требованиям, клиническим ролям, новым технологиям и методам работы. Они также столкнулись с довольно высоким риском, а также с преодолением тревог пациентов и неуверенностью в том, как эффективно лечить и реагировать на сложные проявления вируса. Возможно, не имея другого выбора, кроме как приспособиться как можно лучше, чтобы обеспечить продолжение своих обязанностей и услуг, многие медицинские работники испытывали повышенный психологический стресс, выгорание и повышенный риск психических заболеваний. Учитывая такие условия труда и то, что они находятся на переднем фронте борьбы с пандемией, неудивительно, что вопросы, связанные с психическим здоровьем, вызывают интерес у медицинских работников с первых дней пандемии COVID-19. Недавние опросы, обзоры и метаанализы указывают на ранние данные, сви-

детельствующие о том, что значительная часть медицинских работников испытывала стресс, тревогу, депрессию и нарушения сна во время пандемии, что вызывает обеспокоенность по поводу рисков для психического здоровья [21].

Угроза долгосрочному психическому здоровью населения вызывает особую озабоченность у систем организаций здравоохранения. В контексте всего вышеперечисленного пандемия COVID-19 нанесла психологическую травму многим слоям населения, особенно затронув наиболее уязвимые и беднейшие слои населения с наименьшей социальной и финансовой устойчивостью, а также работников здравоохранения [22]. Многие страны зафиксировали повышенный уровень депрессии, нарушений сна и беспокойства с начала пандемии и первых ограничительных мер. Некоторые внедрили инструменты наблюдения, посвященные поведенческим факторам и психическому здоровью, например, во Франции посредством ежемесячного онлайн-опроса населения, который был инициирован в самом начале пандемии.

ВЫВОДЫ

По опыту служб общественного здоровья по борьбе и реагированию на пандемию были выявлены их слабые стороны и области, которым в будущем требуется возлагать больше усилий и внимания:

1. Укрепление роли служб общественного здравоохранения в системах здравоохранения. Опыт борьбы с пандемией COVID-19 подчеркивает необходимость большей ясности в отношении роли служб общественного здравоохранения в поддержке правительства, других лиц, принимающих решения на национальном уровне, и национальных и местных организаций общественного здравоохранения в условиях чрезвычайной ситуации в области общественного здравоохранения. Помимо всего прочего, опыт Служб общественного здравоохранения показывает необходимость эффективного руководства на национальном уровне для обеспечения понимания и выполнения ролей стейкхолдеров, что ведет к лучшей координации и планированию и, в конечном счете, к более эффективному реагированию.

2. Повышение осведомленности населения о вопросах здоровья. Дезинформация в интернете во время пандемии и манипуляция народного мнения, также сопротивление к профилактическим и превентивным мерам по опыту разных стран показали низкую грамотность людей по вопросам здоровья, также и слабую общественную связь между государством и гражданами. Важность установления доверительных отношений и улучшения коммуникационной и информационной работы в службах общественного здравоохранения.

3. Успешная интеграция электронного здравоохранения и развитие информационных технологий в профилактике заболеваний. Борьба с новыми заболеваниями, такими как COVID-19, требует новых подходов и технологий. Цифровые медицинские технологии и системы могут сыграть жизненно важную роль в мониторинге, предоставлении и организации услуг во время чрезвычайных ситуаций. Мы уже наблюдаем развертывание некоторых из этих новых технологий. Необходимо рассмотреть все варианты, обеспечив при этом оценку эффективности.

4. Проведение исследований в области психического здоровья и укрепление здоровья и благополучия медицинских работников Программы по борьбе с проблемами психического здоровья должны быть реализованы, чтобы службы общественного здоровья могли реагировать на более широкие последствия пандемии COVID-19. Этот кризис идет дальше инфекционного заболевания, представляя значительную угрозу общему благополучию населения. Поскольку защита общественного здоровья и благополучия в своих странах является ключевой ролью служб общественного здоровья, им должны быть выделены достаточные ресурсы и возможности для реагирования на плохое ментальное состояние населения и пропаганды дополнительных действий по этому вопросу. Также здоровые медицинские сотрудники являются важным условием предоставления качественной помощи и услуг пациентам и населению. Кризис показал, что лица, принимающие решения, и менеджеры часто воспринимали их здоровье как нечто само собой разумеющееся, а не как приоритет, требующий четко определенных и по-

следовательных стратегий и действий [23]. Необходимо обеспечить выполнение условий для их защиты как в условиях кризиса, так и в повседневной практике: службы гигиены труда и психологической поддержки; наличие материалов и оборудования для качественной клинической практики; объем и рабочий процесс, адаптированные к сложности клинической практики, критерии эффективности, свободные от «бизнес-логики»; организационное управление и лидерство, которые укрепляют сотрудничество, доверие и прозрачную связь.

В течение первого года пандемии практически вся работа области общественного здравоохранения была сосредоточена на реагировании на чрезвычайную ситуацию. Это неизбежно привело к приостановке или отсрочке программ не связанных с COVID-19. Это подчеркивает необходимость разработки Национальными учреждениями общественного здоровья планов «адаптированной готовности», чтобы они были не только лучше подготовлены к реагированию на серьезные кризисы в области здравоохранения, но и могли делать это, сохраняя при этом другие важные функции и виды деятельности.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Haldane, V., de Foo, C., Abdalla, S. M., Jung, A. S., Tan, M., Wu, S., Chua, A., Verma, M., Shrestha, P., Singh, S., Perez, T., Tan, S. M., Bartos, M., Mabuchi, S., Bonk, M., McNab, C., Werner, G. K., Panjabi, R., Nordström, A., & Legido-Quigley, H. (2021). Устойчивость систем здравоохранения в борьбе с пандемией COVID-19: уроки из 28 стран. В *Nature Medicine*, 27 (6), стр. 964–980. Исследования природы. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01381-y>
2. Информационная панель ВОЗ COVID-19 Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2020 г. Доступно в Интернете: <https://covid19.who.int/> (последняя ссылка: [11.11.2022]).
3. Narayan KMV, Curran JW, Foege WH. (2021). Пандемия COVID-19 как возможность обеспечить более успешное будущее науки и здравоохранения. *JAMA*. 325(6), стр.525–526. doi: 10.1001/jama.2020.23479
4. Gholizadeh, P., Sanogo, M., Oumarou, A.,

- Mohamed, M. N., Cissoko, Y., Saliou Sow, M., Pagliano, P., Akouda, P., Soufiane, S., Iknane, A. A., Oury, M., Diallo, S., Köse, Ş., Dao, S., & Samadi Kafil, H. (2021). Борьба с COVID-19 в Западной Африке после эпидемии лихорадки Эбола. Перспективы укрепления здоровья, 11(1), стр. 5–11. <https://doi.org/10.34172/hpp.2021.02>
5. Louise R., Jean C., Quentin S. Covid-19-отчет об извлеченных уроках. (2021). Получено 14 ноября 2022. https://ianphi.org/_includes/documents/sections/tools-resources/covid-19-lessons-learned-report.pdf.
6. Alami, H., Lehoux, P., Fleet, R., Fortin, J. P., Liu, J., Attieh, R., Cadeddu, S. B. M., Abdoulaye Samri, M., Savoldelli, M., & Ag Ahmed, M. A. (2021). Как системы здравоохранения могут лучше подготовиться к следующей пандемии? Уроки, извлеченные из управления COVID-19 в Квебеке (Канада). В *Frontiers в общественном здравоохранении*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.671833>
7. bin Naeem, S., & Kamel Boulos, M. N. (2021). Дезинформация о COVID-19 в Интернете и грамотность в вопросах здоровья: краткий обзор. В *Международном журнале экологических исследований и общественного здравоохранения*, 18 (15). МДПИ. <https://doi.org/10.3390/ijerph18158091>
8. Liu, J., Shahab, Y., & Hoque, H. (2022). Меры реагирования правительства и общественное доверие во время пандемии COVID-19: данные со всего мира. *Британский журнал менеджмента*, 33 (2), стр. 571–602. <https://doi.org/10.1111/1467-8551.12577>
9. Mahadevan R. Информационные бюллетени по грамотности в вопросах здоровья. Центр стратегий здравоохранения. (2013). Доступно в Интернете: <https://www.chcs.org/resource/health-literacy-fact-sheets/> (по состоянию на 8 июля 2021 г.).
10. Национальная комиссия здравоохранения Китая. Стратегический план повышения грамотности в вопросах здоровья для граждан Китая (2014–2020 гг.). Опубликовано 15 апреля 2014 г. Доступно в Интернете: <http://www.nhc.gov.cn/xcs/s3581/201405/218e14e7aee6493bbca74acfd9bad20d.shtml> (по состоянию на 8 июля 2021 г.).
11. Руководство по цифровым услугам NHS — руководство по стилю содержания: грамотность в вопросах здоровья (обновлено: февраль 2021 г.). Доступно в Интернете: <https://service-manual.nhs.uk/content/health-literacy> (по состоянию на 8 июля 2021 г.).
12. Центры США по контролю и профилактике заболеваний (CDC). Основы грамотности в вопросах здоровья — понимание грамотности и счета. Доступно в Интернете: <https://www.cdc.gov/healthliteracy/learn/UnderstandingLiteracy.html> (по состоянию на 8 июля 2021 г.).
13. Niakan Kalhori, S. R., Bahaadinbeigy, K., Deldar, K., Gholamzadeh, M., Hajesmaeel-Gohari, S., & Ayyoubzadeh, S. M. (2021). Цифровые медицинские решения для борьбы с пандемией COVID-19 в странах с высокой распространенностью заболевания: обзор литературы. В *журнале Медицинских интернет-исследований*, 23 (3). JMIR Publications Inc. <https://doi.org/10.2196/19473>
14. Nanda M, Aashima, Sharma R. (2021). COVID-19: A Comprehensive Review of Epidemiology and Public Health System Response in Nordic Region. *International Journal of Health Services*, 51(3), стр. 287-299. doi:10.1177/0020731421994840
15. Tilahun, B., Gashu, K. D., Mekonnen, Z. A., Endehabtu, B. F., & Angaw, D. A. (2021). Картирование роли цифровых технологий здравоохранения в профилактике и борьбе с пандемией COVID-19: обзор литературы. В *Ежегоднике медицинской информатики*, 30(1), стр. 26–37. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1726505>
16. Wang Q, Su M, Zhang M, Li R. (2021). Интеграция цифровых технологий и общественного здравоохранения для борьбы с пандемией Covid-19: ключевые технологии, приложения, проблемы и перспективы цифрового здравоохранения. *Международный журнал экологических исследований и общественного здравоохранения*, 18(11), стр.6053. <https://doi.org/10.3390/ijerph18116053>
17. Ahrens, K.F., Neumann, R.J., Kollmann, B. et al. (2021). Влияние пандемии COVID-19 на психическое здоровье в Германии: лонгитюдное наблюдение за различными траекториями психического здоровья и факторами защиты. *Transl Psychiatry*, 11 (392). <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01508-2>
18. Søvold, L. E., Naslund, J. A., Kousoulis,

A. A., Saxena, S., Qoronfleh, M. W., Grobler, C., & Münter, L. (2021). Приоритизация психического здоровья и благополучия медицинских работников: неотложный глобальный приоритет общественного здравоохранения. *Границы общественного здравоохранения*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.679397>.

19. Wang, Y., Shi, L., Que, J. et al. (2021). Влияние карантина на состояние психического здоровья населения в целом в Китае во время пандемии COVID-19. *Mol Psychiatry* 26, стр.4813–4822 <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01019-y>

20. Amerio, A., Lugo, A., Stival, C., Fanucchi, T., Gorini, G., Pacifici, R., Odone, A., Serafini, G., & Gallus, S. (2021). Влияние блокировки COVID-19 на психическое здоровье в большой репрезентативной выборке взрослого населения Италии. *Journal of Affective Disorders*, 292, 3тр.98–404. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.117>

21. Tsamakidis, K., Tsiptsios, D., Ouranidis, A., Mueller, C., Schizas, D., Terniotis, C. ... Rizos, E. (2021). COVID-19 и его последствия для психического здоровья (обзор). *Экспериментальная и терапевтическая медицина*, 21, стр.244. <https://doi.org/10.3892/etm.2021.9675>.

22. Czeisler M.É., Howard M.E., Rajaratnam S.M.W. (2021). Психическое здоровье во время пандемии COVID-19: проблемы, группы риска, последствия и возможности. *Американский журнал укрепления здоровья*, 35(2):301-311. doi: 10.1177/0890117120983982b

23. Frush K, Lee G, Wald SH, Hawn M, Krna C, Holubar M, et al. (2020) Преодолеть пандемию Covid-19, заботясь о наших медицинских работниках так же, как они заботятся о наших пациентах. *NEJM Catal Innovat Care Delivery*. 2 (1), стр.1–34. doi: 10.1056/CAT.20.0378

УДК 502.1 (574.54)

ЭКОЛОГИЯЛЫҚ ҚОЛАЙСЫЗ ЖАҒДАЙДАҒЫ АРАЛ ӨңІРІ ХАЛҚЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫ

Альназарова А.Ш., Калмакова Ж.А.

ҚР Денсаулық сақтау министрлігінің «Қоғамдық денсаулық сақтау ұлттық орталығы»
ШЖҚ РМК.

kzl2013@mail.ru, zha_kalmakova@mail.ru

ТҮЙІНДЕМЕ.

Арал теңізіндегі экологиялық апат анықталып, әлемдегі ең ірі апаттардың бірі болып танылғанына көп жыл өтті. Өңірдің халқы, экожүйесі және экономикасы көптеген деңгейде зардап шекті. Бұл мақала санитария, су сапасы және денсаулық нәтижелері туралы ағымдағы

ақпаратты береді және саяси контекстін ұсынады. Арал өңірінде қоршаған ортаның адам денсаулығына себеп-салдарлық әсері анықталмаса да, ұлттық деректер бұл ауыртпалықтың қаншалықты ауыр екенін көрсетеді және кешенді шаралардың қажеттігін негіздейді.

Түйінді сөздер: Арал теңізі, экологиялық денсаулық, су қауіпсіздігі, экология.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ПРИАРАЛЬЯ ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЕ

Альназарова А.Ш., Калмакова Ж.А.

РГП на ПХВ «Национальный центр общественного здравоохранения»
Министерства здравоохранения РК.

kzl2013@mail.ru, zha_kalmakova@mail.ru

РЕЗЮМЕ

Экологическая катастрофа в Аральском море была определена и признана одной из крупнейших в мире на протяжении многих лет. Население, экосистемы и экономика страны пострадали на многих уровнях. В данной статье представлена текущая информация о санитарно-эпидемиологическом состоянии, качестве воды и результатах здравоохранения, а также

приведен контекст политики. Хотя причинное воздействие на здоровье человека окружающей среды в районе Аральского моря не установлено, национальные данные свидетельствуют о тяжести этого бремени и оправдывают необходимость принятия комплексных мер.

Ключевые слова: Аральское море, санитарное состояние окружающей среды, водная безопасность, экология.

HEALTH STATE OF THE ARAL SEA REGION POPULATION UNDER THE UNFAVORABLE ENVIRONMENT

Alnazarova A.Sh1., Kalmakova Zh.A2.

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

kzl2013@mail.ru, zha_kalmakova@mail.ru

SUMMARY

Environmental disaster in the Aral Sea has been identified and admitted as one of the greatest in the world for many years. Its population, ecosystems and economy were all affected in many levels. In this article the current information about sanitary and epidemiological state, water quality

and health outcomes are presented and the policy context is given. While causal health impact of the environment in Aral Sea region is not established, national data demonstrates the severity of the burden and justifies the need for comprehensive actions.

Keywords: Aral Sea, environmental health, water safety, ecology.

INTRODUCTION

The UN recognizes the problem of the Aral Sea as one of the most acute problems of our time [1], the solution of which requires the mobilization of efforts not only of the countries of Central Asia but of the entire world community. Approximately 50.38% of the Aral Sea from 1992 turned into a desert by 2015. Due to the high agricultural water consumption and additional factors such as urbanization, the Aral Sea is not receiving sufficient water and continuing to shrink yearly [2]. Along with the Aral Sea, other

saline lakes have dried or decreased worldwide, including Lake Munclin, Dead Sea, Lake Zuni, Lake Urmia, and others. The decline of saline lakes tends to cause the worst problems with significant consequences for public health and ecosystems [3]. The situation in the Aral Sea region has negatively impacted water and air quality, climate, environment, economy, and the most significant burden is on population health and health systems [4]. Even though, throughout the years, various researchers and organizations took part in Aral Sea problem assessments, the causal effect of

the disaster on human health still needed to be established. As stated in one of the review articles, dried saline lakes impose a health risk; however, due to the lack of complex, wide-scale, and well-designed studies; the adverse effects are not fully confirmed. Therefore, it is essential to conduct long-term studies that will provide with solid evidence [5]. Research on Aral Sea population health was mainly published during 1990s and 2000s. The deteriorated health condition and high rates of cancers, anemia and respiratory illnesses were found in earlier studies [6]. This article aims to inform on sanitary and epidemiological monitoring, describe the current state of health of the Aral Sea region's population and identify gaps and recommendations for further research.

The policy context

In Kazakhstan, there are well-developed political and legislative measures to preserve and improve the population's health. The provision of citizens' right to health care, including affordable, high-quality medical care for preserving and improving health in the Republic of Kazakhstan, is regulated by Articles 29 and 31 of the Constitution of the Republic of Kazakhstan and the Code on people's health and the healthcare system of the country. In order to achieve the goals of the Code, the country is implementing the National project «Quality and affordable healthcare for every citizen «Healthy Nation» for 2021-2025. The leading indicators of the project are an increase in life expectancy from 71.37 to 75 years (by 2025); increasing the satisfaction levels with the quality of medical services from 53.3 to 80% (by 2025), and increasing private investment in the healthcare sector from 121.5 to 783.3 billion tenges (by 2025).

One of the mechanisms for managing the sanitary and epidemiological well-being of the population introduced in the republic is the Sanitary and Epidemiological monitoring system. It was established to prevent the harmful effects of environmental factors on human health. This work is carried out under the provisions of the Code of the Republic of Kazakhstan, «On the health of the people and the healthcare system» and the order of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan dated November 13, 2020, No. 193/2020 «On approval of the Rules for conducting sanitary and epidemiological monitoring» (SEM)

with the deadlines and frequency rates established therein (quarterly and semi-annual). SEM objects are the main environmental factors (air, water, soil, food) and epidemiologically significant objects (water supply, open water, food, children and adolescents, industrial, radiation hazardous). The objectives of the SEM are to obtain reliable information about the impact of the environment (chemical, physical, biological factors) on human health, to evaluate the effectiveness of measures taken to prevent the occurrence of poisoning and outbreaks of infectious, parasitic and occupational diseases, and to predict their occurrence.

In Kazakhstan, out of 10 selected biogeochemical provinces, 2 acquired international resonance as ecological disaster regions- the Aral Sea's arid zone and the territory adjacent to the Semipalatinsk nuclear test site. The country provides various kinds of support in the social and medical spheres for citizens living in these regions by law [7]. In 1992, the Law of the Republic of Kazakhstan No. 1468-XII, «On the social protection of citizens affected by an environmental disaster in the Aral Sea region» and «On the social protection of citizens affected by nuclear tests at the Semipalatinsk nuclear test site» were adopted.

The sanitary and epidemiological situation

The analysis of the sanitary and epidemiological situation in the republic showed that recently specific indicators characterizing the state of the environment remained unfavorable and did not tend to improve. The safety of the water supply is one of the main components of the safety of the republic's population; therefore, the bodies of sanitary and epidemiological services of the country carry out constant monitoring of the quality of drinking water. There is a deterioration in water quality in reservoirs of categories I and II in places of water use; the proportion of water that does not meet hygienic standards for microbiological indicators was 10.7%, for sanitary-chemical indicators 18.1% (data for 2017-2021). Over the past five specific laboratory studies from open water bodies of the Aral Sea region that do not meet the requirements of hygienic standards amounted to 52.3% in terms of sanitary and chemical indicators and 24.09% in microbiological ones. Of the open reservoirs of category II in the Kyzylorda region, the quality of water in terms of microbiological

indicators is lower than the republican level. 88.7% of the studied samples on sanitary and chemical indicators and 50% on microbiological indicators do not meet the hygienic standard requirements.

The state of health of the population of the Aral Sea region

Disappearance of lakes cause dust storms that are specifically challenging for human health and ecological balance. Research has confirmed that unlike common storms, saline storms consist of different types of chemical compounds as harmful metals including arsenic, lead and chromium, furthermore PM2.5 and PM10 [8]. The dust storms may lead to respiratory diseases such as bronchitis, asthma and tuberculosis. Even though, no direct causal effect is proven to exist, studies have shown that morbidity with respiratory diseases in the Aral Sea region has been increasing over time from 1991 to 2016 [9].

Cancers

In Kyzylorda region over the past five years, there has been an increase in cancers by 14 percent, including cancer of the lung, breast, esophagus, stomach, and colorectal cancer (the incidence registered in Karmakshy, Aral, Syrdarya districts, the cities of Kyzylorda, Baikonur are above Kyzylorda regional results). Blood neoplasms (leukemia, leukoblastosis) increased by 36.5 percent, and among children by 183.3 percent. The incidence of blood and hematopoietic organ conditions in the region is higher than the republican indicator. In comparison of 2017 to 2021, the incidence of diseases of the blood and blood-forming organs decreased by 16.3 percent in the entire population (RK 2017 -1634.9, 2021 - 937.19 per 100 thousand population). However, the indicators of the Kyzylorda region are higher than the national (from 2017 -3005.2 to 2021 - 2512.9). Indicators of blood diseases in Aral (2021-3019.6), Shieliinsky (2021-3926.7), Zhalagash (2021) -3166.3), and Zhanakorgan districts (4626.0) are higher than that in Kyzylorda region. The results of earlier study with control group from Karagandar regions had shown that cancer morbidity among children was 1.3-2.7 times higher in the populations near the Aral Sea [10]. The breast cancer is growing in Kazakhstan as well with trends most likely to increase in areas with the presence of the ecological factor such as Aral Sea [11].

The incidence of mental and behavioral disorders in the region is higher than the republican indicator. There is a 2-fold increase in diseases and mental and behavioral disorders in the entire population (from 2017 -48.3 to 2021 - 82.8 and in RK 2017 -54.2, 2021 - 51.7 per 100000). In the Karmakshy district incidence is two times higher than in the region (2021-166.7). Diseases of the digestive system of the region exceed the republican indicator: Kyzylorda region from 2017 - 5730.6 to 2021 - 4786.5 and in RK 2017 - 4517.9, 2021 - 3981.24. Compared to 2017 and 2021, there is a decrease of 16.4 percent, but it remains higher than the republican indicator. Withing the region rates of diseases of the digestive system are higher in the Aral, Shieliinsky, and Zhanakorgan districts. In another study significant excess of the national average morbidity rate for the period 1990-2015 was reported in 3 of 14 provinces (West Kazakhstan, Kyzylorda and Mangistau). At present, the prevalence rate remains high in the Kyzylorda region. The highest incidence is registered in Kazalinsk district, it exceeded the national average by 4.8 times. The morbidity rate was above the epidemiological indicators, according to medical examinations and complaints [12]. The population is prone to disabilities and have shown its higher rates compared to other settings. In the prediction of the disability occurrence up to 2023 years it accounted for 28.1 %, which is not adjusted for other risk factors, and not fully reliable however demonstrates the health threat [9].

Water safety

In 2020 of examined eight heavy metals (Zn, Cu, Pb, Cd, Ni, Co, Mn and Fe) in Syr Darya river, all of them were shown to be highly concentrated in various areas of the Aral Sea region. These results were alarming as the Health Pollution index for the region was high [13]. Pollution of water in open reservoirs with heavy metals (The indicator of contamination of reservoirs with heavy metals is 1.5 c.u.) was characterized by the fourth quality class - «polluted,» so an increased content of sulfates was observed in surface waters (up to 2.1 MPC). High pollution of soil and bottom sediments with sulfates (204.5 MPC and 56.3 MPC, respectively) and soil pollution with chlorides (up to 10.6 MPC) were found in all settlements. In the Aral Sea region territories, the studied rates of the equivalent dose of gamma radiation

(0.01 - 0.18 μ Sv / h), the flux density of alpha, beta particles, and radon EEVA in residential and public buildings did not exceed the average republican values. At the same time, the results of toxicological studies testified to the contamination of soil and seafood with alpha-HCCH, gamma-HCCH and polychlorinated biphenyls (PCBs), which are dangerous toxicants. The content of such natural radionuclides as thorium - 232, radium - 226 and potassium - 40, was found in soil samples, drinking water, and household water, which defines the Kyzylorda region as a high-risk area. Indicators of sanitary and epidemiological monitoring of open water sources and centralized water supply in the Kyzylorda region made it possible to establish that, according to microbiological indicators, non-compliance with sanitary requirements was determined in 73%. In terms of sanitary and chemical indicators, non-compliance with sanitary requirements was found in 98% of open water sources. A comprehensive study of the Kyzylorda region population showed a high degree of environmentally conditioned risks for residents, which necessitates further monitoring of the health status of the surveyed population with subsequent correction of identified diseases.

CONCLUSIONS

Restoration of the saline lakes require comprehensive plans for water management, economic development and health research. Especially it's important to fill the knowledge gap between research community and political decision-makers [14]. Additionally, since there are other lakes worldwide with similar issue we urge to be open to collaboration and joining efforts in solving these problems. One of the proposed ways of lake recovery is to couple the human system and natural system components [15].

In 2020, at the senators' initiative, the WHO Country Office in the Republic of Kazakhstan conducted a field mission to the Kyzylorda region. As a result of the visit, researchers had prepared a report and developed a project proposal to reduce preventable morbidity and mortality associated with environmental degradation in the Aral Sea region. The project's main conclusions are the lack of recent research and high-quality data for

monitoring environmental factors and the need for additional research and analysis to conduct in-depth and systematic scientific research to determine cause-and-effect relationships and forecast the situation.

It is proposed to support the need for a comprehensive study the health state of the population in the region with an assessment of the association between environmental threats, the state of socio-economic development and the health of the population of the region with the organization of a modern monitoring system of indicators, and the development of integrated measures to prevent threats to people's life and health.

REFERENCES

1. Beatrice Grabish. (1999). Dry tears of the Aral. <https://www.un.org/en/chronicle/article/dry-tears-aral>
2. Su, Y., Li, X., Feng, M., Nian, Y., Huang, L., Xie, T., Zhang, K., Chen, F., Huang, W., Chen, J., & Chen, F. (2021). High agricultural water consumption led to the continued shrinkage of the Aral Sea during 1992–2015. *Science of the Total Environment*, 777. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2021.145993>
3. Tussupova, K., Anchita, Hjorth, P., & Moravej, M. (2020). Drying lakes: A review on the applied restoration strategies and health conditions in contiguous areas. *Water (Switzerland)*, 12, (3). <https://doi.org/10.3390/w12030749>
4. Small, I., van der Meer, J., Upshur, R., Aral Sea Area Program, the, & Sans Frontieres, M. (2001). Acting on an Environmental Health Disaster: The Case of the Aral Sea. In *Environ Health Perspect*, 109, (6). <http://ehpnet1.niehs.nih.gov/docs/2001/109p547-549small/abstract.html>
5. Sadeghi-Bazargani, H., Allahverdipour, H., Jafarabadi, M. A., & Azami-Aghdash, S. (2019). Lakes Drying and Their Adverse Effects on Human Health: A Systematic Review. In *Iran J Public Health*, 48 (2). <http://ijph.tums.ac.ir>
6. James Crighton, E., Barwin, L., Small, I., & Upshur, R. (2011). What have we learned? A review of the literature on children's health and the environment in the Aral Sea area. In *International Journal of Public Health*, 56 (2), 125–138 pp. Birkhauser Verlag AG. <https://doi.org/10.1007/s00038-010-0201-0>

7. Compensation to persons who live in ecological disaster zones. (2021, August 26). https://egov.kz/cms/en/articles/ecological_disaster_zones
8. Ge, Y., Abuduwaili, J., & Ma, L. (2019). Lakes in arid land and saline dust storms. E3S Web of Conferences, 99. <https://doi.org/10.1051/e3sconf/20199901007>
9. Anchita, Zhupankhan, A., Khaibullina, Z., Kabiyeu, Y., Persson, K. M., & Tussupova, K. (2021). Health impact of drying aral sea: One health and socio-economical approach. Water (Switzerland), 13 (22). MDPI. <https://doi.org/10.3390/w13223196>
10. Mamyrbayev, A., Dyussebayeva, N., Ibrayeva, L., Satenova, Z., Tulyayeva, A., Kireyeva, N., Zholmukhamedova, D., Rybalkina, D., Yeleuov, G., & Yeleuov, A. (2016). Features of Malignancy Prevalence among Children in the Aral Sea Region. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 17(12), 5217–5221pp. <https://doi.org/10.22034/APJC.P.2016.17.12.5217>
11. Bilyalova, Z., Igissinov, N., Moore, M., Igissinov, S., Sarsenova, S., & Khassenova, Z. (2012). Epidemiological evaluation of breast cancer in ecological areas of Kazakhstan - Association with pollution emissions. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 13(5), 2341–2344 pp. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2012.13.5.2341>
12. Ibraeva L.K., Amanbekova A.U., Zhanbasinova N.M., Sexenova L.S., Rybalkina D.H., Salimbayeva B.M., Drobchenko E.A., Gazizova A.O. (2018). Epidemiological aspects of morbidity in the class of digestive organs in Kazakhstan. Terapevticheskii arkhiv, 90 (2),75-78 pp. doi: 10.26442/terarkh 20189 0275-78
13. Zhang, W., Ma, L., Abuduwaili, J., Ge, Y., Issanova, G., & Saparov, G. (2020). Distribution characteristics and assessment of heavy metals in the surface water of the Syr Darya River, Kazakhstan. Polish Journal of Environmental Studies, 29 (1), 979–988 pp. <https://doi.org/10.15244/pjoes/104357>
14. Amir AghaKouchak, Hamid Norouzi, Kaveh Madani, Ali Mirchi, Marzi Azarderakhsh, Ali Nazemi, Nasrin Nasrollahi, Alireza Farahmand, Ali Mehran, Elmira Hasanzadeh. (2015). Aral Sea syndrome desiccates Lake Urmia: Call for action. Journal of Great Lakes Research, Volume 41 (1), 307-311 pp. ISSN 0380-1330, <https://doi.org/10.1016/j.jglr.2014.12.007>.
15. Parsinejad, M., Rosenberg, D. E., Ghale, Y. A. G., Khazaei, B., Null, S. E., Raja, O., Safaie, A., Sima, S., Sorooshian, A., & Wurtsbaugh, W. A. (2022). 40-years of Lake Urmia restoration research: Review, synthesis and next steps. In Science of the Total Environment, 832. Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2022.155055>

УДК: 614.78: 628

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ МЕКТЕПТЕРІНДЕ СУМЕН ЖАБДЫҚТАУ, САНИТАРИЯ ЖӘНЕ ГИГИЕНА МӘСЕЛЕЛЕРІ БОЙЫНША ҚОЛДАНЫСТАҒЫ НОРМАТИВТІК-ҚҰҚЫҚТЫҚ АКТІЛЕРГЕ ШОЛУ

Раисова К.А., Абдрахманова Ш.З., Жазитов К.С.

ҚР ДСМ «Ұлттық Қоғамдық денсаулық сақтау орталығы» ШЖҚ РМК

k.raisova@hls.kz, sh.abdrahmanova@hls.kz, k.zhazitov@hls.kz

ТҮЙІНДЕМЕ

Мектептердегі су, Санитария және Гигиена бағдарламасы (бұдан әрі-ЖСГ) қауіпсіз ауыз суға қолжетімділікті жақсартуға, санитарлық жайлылықты жақсартуға және балалар мен олардың отбасыларының өмір бойы денсаулығын ілгерілетуге арналған. Әр мектепте және

әр бала үшін суға, санитарияға және гигиенаға қол жетімділікті қамтамасыз ету өте қиын болуы мүмкін. Алайда, мектептер негізгі су және санитарлық қызметтерге қол жетімділікті қамтамасыз ету және гигиенаны зерттеуді қажет ететін маңызды орын болып табылады.

Түйінді сөздер: сумен жабдықтау, гигиена, санитария, НҚА, мектеп.

ОБЗОР ДЕЙСТВУЮЩИХ НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫХ АКТОВ ПО ВОПРОСАМ ВОДОСНАБЖЕНИЯ, САНИТАРИИ И ГИГИЕНЫ В ШКОЛАХ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Раисова К.А., Абдрахманова Ш.З., Жазитов К.С.

РГП на ПХВ «Национальный центр общественного здравоохранения» МЗ РК

k.raisova@hls.kz, sh.abdrahmanova@hls.kz, k.zhazitov@hls.kz

РЕЗЮМЕ

Программа Вода, Санитария и Гигиена (далее – ВСГ) в школах призвана улучшить доступ к безопасной питьевой воде, улучшенным санитарным удобствам и продвигает здоровье на протяжении всей жизни детей и их семей. Обеспечение доступа к воде, санита-

рии и гигиене в каждой школе и для каждого ребенка может быть очень сложной задачей. Однако, школы являются важным местом, где необходимо обеспечить доступ к базовым водным и санитарным услугам и проводить обеспечение гигиены и создание здоровой среды.

Ключевые слова: водоснабжение, гигиена, санитария, НПА, школа.

REVIEW OF CURRENT REGULATORY LEGAL ACTS ON WATER SUPPLY, SANITATION AND HYGIENE IN SCHOOLS OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Raisova K.A., Abdrakhmanova S.Z., Zhazitov K.S.

National center of public health care of the Ministry of health of the Republic of Kazakhstan

k.raisova@hls.kz, sh.abdrahmanova@hls.kz, k.zhazitov@hls.kz

SUMMARY

The Water, Sanitation and Hygiene (hereinafter referred to as WASH) program in schools is designed to improve access to safe drinking water, improved sanitation facilities and promotes health throughout the life of children and their families. Ensuring access to water, sanitation and hygiene in every

school and for every child can be a very difficult task. However, schools are an important place where it is necessary to provide access to basic water and sanitation services and conduct hygiene studies.

Keywords: water supply, hygiene, sanitation, RLA, school.

ВВЕДЕНИЕ

Водоснабжение, санитария и гигиена (ВСГ) в организациях образования имеют особое значение для жизни, благополучия и здоровья, а также сохранения общечеловеческих ценностей и постоянного развития. Почему особое внимание нужно уделять водоснабжению, санитарии и гигиене в школах? Как нам всем известно, безопасность воды и ее надлежащая санитария относятся к числу основных прав человека, в том числе ребенка, включая право на чистую и безопасную окружающую среду [1]. Наиболее эффективной и простой

мерой профилактики многих инфекционных заболеваний является гигиена рук. А также улучшение образа жизни школьников в учебных заведениях способствует повышению показателей здоровья и благополучия, расширение возможностей обучения детей в школах.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Провести обзор действующих нормативно-правовых актов по вопросам водоснабжения, санитарии и гигиены в школах Республики Казахстан.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Основным материалом исследования в данной статье явились результаты проведенного социологического опроса администрации школ и их родителей, а также анализ нормативно-правовых актов Республики Казахстан и Российской Федерации по санитарно-эпидемиологическим требованиям к объектам образования. Методы исследования включают в себя аналитический и статистический анализ.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В ходе проведения социологического вопроса основными задачами являлись определение доступа к воде, определение доступа к санитарии, определение навыков детей по гигиене в школах Казахстана. Исследование было проведено Национальным центром общественного здравоохранения Министерства здравоохранения РК в 2020 году в 153 школах страны при поддержке Детского фонда ООН ЮНИСЕФ в Казахстане и Странового офиса ВОЗ. По результатам опроса в отношении питьевого водоснабжения выявлено, что основными источниками питьевого водоснабжения в школах являлись ЦСВ (центральная система водоснабжения) в здании -77,8%, далее бутилированная/привозная вода – 10% школ (в основном в городских школах), а также ЦСВ на улице (колонка) – 6,5% школ (в основном в сельских школах). Также, ЦСВ обеспечивает постоянный доступ к воде, при этом не обеспечивает полноценный доступ к теплой воде (только 50% школ имеют доступ к теплой воде) и вода требует дополнительной очистки (58,8% школ). Наибольшее количество альтернативных источников воды для питьевых нужд имеют школы с доступом к ЦСВ, при этом альтернатива в городах – бутилированная вода, альтернатива в селах – ЦСВ на улице. 28% школ не дезинфицируют умывальники. 48% школ не отслеживают системы водоснабжения на регулярной основе. 58,8% школ несут дополнительные финансовые затраты для очистки воды и доведения ее до питьевого стандарта. 78% школ предоставляют доступ детям к питьевой воде в столовой и около половины школ имеют фонтанчики с питьевой водой. Тем не менее 68%

детей приносят воду из дома и соответственно 70% детей имеют всегда или очень часто доступ к воде. 20% детей ограничены в постоянном доступе к питьевой воде, то есть им разрешено пить воду только во время перерывов. Что касается санитарии, то данные опроса свидетельствуют, что 81,6% школ имеют туалет внутри здания, при этом в селах только 62%. 16,2% школ имеют доступ к туалету на улице, при этом каждая третья школа села использует данный туалет. 25% сельских школ и 3% городских школ имеют альтернативные туалеты, как правило на улице. В 70% школ туалеты функционируют постоянно, в то время как в остальных школах туалеты время от времени подвергаются ремонту или починке. Мусорные баки/урны имеют 90% школ, при этом туалеты на улице в селах могут не иметь отдельные урны для санитарных отходов. По вопросам гигиены можно сделать заключение, что вода для мытья рук не имела только в нескольких сельских школах. 90% школ имеет доступ в мыло-моющим средствам (ММС), при этом: наблюдение выявило 7.1% сельских и 2.4% городских школ с отсутствием доступа к ММС. 38.6% школ не имеет средств для высушивания рук после мытья, при этом с разницей между городом и селом. С целью анализа нормативных требований был проведен обзор действующих нормативно-правовых актов по вопросам санитарии, водоснабжения и гигиены в Республике Казахстан [2]. В ходе обзора действующих НПА основным документом стал приказ об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам образования», приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 августа 2021 года № ҚР ДСМ-76 (далее – Санитарные правила) [3-8]. Помимо этого, в ходе работы был проведен сравнительный анализ международного опыта с санитарными правилами Российской Федерации по вопросам водоснабжения, гигиены и санитарии в школах России. Источником для сравнительного анализа послужил действующий СанПиН 2.4.2.2821-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных учреждениях» [9]. При сравнительном анализе отечественных Санитарных

правил и российского СанПиНа, можно сделать заключение, что в российских санитарных правилах и нормах расписаны все значения показателей нормирования, а в отечественном есть отдельный СанПиН, где предусмотрены документы нормирования: «Санитарные правила», «Гигиенические нормативы», «Технические регламенты», «Методические указания», «Приказы», «Правила и стандарты». В отличие от российского СанПиН в отечественном не наблюдалось разбора правил про рекреационные помещения в общеобразовательных организациях. В ходе анализа было выяснено, что в российском СанПиН все главы расписаны отдельно, а также сами правила и нормы сконструированы объемнее. Так, например, если в отечественных Санитарных правилах глава звучит «Санитарно-эпидемиологические требования к водоснабжению, водоотведению, теплоснабжению, освещению, вентиляции, кондиционированию», то в российском аналоге каждый раздел представлен по отдельности: «Требования к воздушно-тепловому режиму», «Требования к естественному и искусственному освещению», «Требования к водоснабжению и канализации», что упрощает взаимодействие, анализ и изучение СанПиНа в целом. Обращая внимание на приложение 4 отечественного СанПиНа «Таблица ранжирования предметов по трудности» все предметы для разных классов были занесены в одну таблицу. Так, например, в российском СанПиНе указывались несколько таблиц с разделениями по классам и предметам, а именно с 1-4, с 5-9 и с 10-11 классы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Вопросы ВСГ в школах отражены в нормативно-правовых актах (приказах) Республики Казахстан. В частности, присутствуют правила по питьевому режиму, по транспортировке и содержанию питьевой воды в организации образования, оснащение туалетами в санитарных узлах, а также место размещения СДУ для школ с отсутствием централизованной канализации и нормативы обеспеченности туалетами на количество обучающихся. Несмотря на то, что в школах существуют услуги по водоснабжению, санитарии и

гигиене (ВСГ), которые обеспечивают полезное и общеприменимое руководство по школьным сооружениям ВСГ, необходима дальнейшая работа по совершенствованию нормативно-правовой базы и объему, и качеству предоставляемых услуг по ВСГ в школах.

ВЫВОДЫ

В ходе выполнения анализа результатов социологического исследования по ВСГ в школах и обзора нормативно-правовых актов в области водоснабжения санитарии и гигиены можно сделать следующие выводы:

1. Большинство школ Казахстана обеспечивают базовый уровень услуг по ВСГ, но существуют проблемы с беспрепятственным доступом детей к питьевой воде и качественной санитарии, и средствам гигиены для мытья рук.
2. В действующем приказе Министра здравоохранения Республики Казахстан об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам образования» от 5 августа 2021 года отсутствует полнота и объем требований по воде, санитарии и гигиене. Так же было установлено, что допустимые значения, показатели нормирования и правила проведения санитарно-эпидемиологической экспертизы расписаны в других соответствующих приказах. В сравнительном анализе было указано, что в зарубежных странах, таких как Россия, Беларусь все правила, требования, относящиеся к санитарно-эпидемиологическим требованиям общеобразовательных организациях, находятся в одном документе.
3. При анализе нормативно-правового акта по санитарно-эпидемиологическим требованиям к объектам образования Республики Казахстан отсутствуют и правила по технической проверке, а также ремонту систем водоснабжения и вентиляции не только в санитарных узлах, но и в целом зданий общеобразовательных организаций.
4. Отсутствуют правила оснащения, замены, обновления в СДУ и санитарных узлах средств личной гигиены. То есть, не описана кратность и порядок оснащения, замены мыло-моющих средств, туалетной бумаги. Касательно оборудования, а именно наличия биде/гигиенического душа и мусорных баков, также отсутствует информация в Санитарных правилах.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Постановление Верховного Совета Республики Казахстан от 8 июня 1994 года. О ратификации Конвенции о правах ребенка.
2. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК.
3. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам образования» от 5 августа 2021 года № ҚР ДСМ-76.
4. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении правил разработки и утверждения документов государственной системы санитарно-эпидемиологического нормирования» от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-297/2020.
5. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении правил

разработки и утверждения документов государственной системы санитарно-эпидемиологического нормирования» от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-297/2020.

6. Приказ Министра национальной экономики Республики Казахстан об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к осуществлению производственного контроля» от 6 июня 2016 года № 239

7. Приказ Министра образования и науки Республики Казахстан «Об утверждении форм административных данных в рамках образовательного мониторинга» от 27 декабря 2012 года № 570

8. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении правил проведения санитарно-эпидемиологической экспертизы» от 30 декабря 2020 года № 22007.

9. Требования к условиям и организации обучения в общеобразовательных организациях: действующий СанПиН Российской Федерации 2.4.2.2821-10 от 24.11.2015 года

УДК 614.2 (574)

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІНДЕГІ КАДРЛЫҚ ӘЛЕУЕТТІ НЫҒАЙТУ ЖӘНЕ ТИІМДІЛІГІН АРТТЫРУ ТӘСІЛДЕРІ.

Керимкулова А.Д.

ҚР Денсаулық сақтау министрлігінің Қоғамдық денсаулық сақтау орталығы ШЖҚ РМК.

a.kerimkulova@hls.kz

ТҮЙІНДЕМЕ

Бүгінгі таңда, әсіресе денсаулық сақтау саласындағы ең маңызды және күрделі мәселелердің бірі - адам ресурстарын басқару. Денсаулық сақтау саласы соңғы уақытта кадрлық әлеует мәселелерін айтпағанда, бірқатар мәселелерге тап болды. Қосымша кедергілерге халықтың көптігі, шамадан тыс талаптар және созылмалы аурулардың ауыртпалығының артуы жатады. Сұраныстың түрі мен көлемі, сондай-ақ денсаулық сақтау мен дәрі-дәрмектерді әзірлеу бағасы тұрғысынан бұл денсаулық сақтау жүйесіне ауыртпалық түсіреді. Covid-19 немесе басқа жаңа жұқпалы аурулар мен әдеттен тыс бұзылулар сияқты жаңа жұқпалы аурулардың қаупімен байланысты қосымша қиындықтар бар.

Адами ресурстар саласына қайта оралсақ, денсаулық сақтау саласы - бұл білім мен технологияға негізделген сектор, ол негізінен өзінің кадрлық әлеуетіне тәуелді. Бұл өнімді зерттеу және әзірлеу немесе сату және тарату. Көптеген ұйымдар білікті кадрлардың жетіспеушілігі, пациенттер мен клиенттердің наразылығы, өсіп келе жатқан жалақы талаптары және т.б. нәтижесінде адамдарды басқару өнерінде үнемі өзгерістерге тап болады. Бұл мақала денсаулық сақтау жүйесінде қолданылатын адам ресурстарын басқару процедураларындағы негізгі әдістерді, стратегияларды, тенденциялар мен мәселелерді зерттеуге тырысты.

Түйінді сөздер: кадрлық әлеует, адам ресурстарын басқару, персонал тенденциялары,

персонал тәжірибесі, кадрлық стратегиялар.

СПОСОБЫ УКРЕПЛЕНИЯ И ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

Керимкулова А.Д.

РГП на ПХВ «Национальный центр общественного здравоохранения»
Министерства здравоохранения РК.

a.kerimkulova@hls.kz

РЕЗЮМЕ

Одной из самых важных и сложных проблем сегодня, особенно в секторе здравоохранения, является управление человеческими ресурсами. Область здравоохранения в последнее время столкнулся с рядом проблем, не говоря уже о проблемах с кадрового потенциала. Дополнительные препятствия включают значительное перенаселение, завышенные требования и растущее бремя хронических заболеваний. С точки зрения типа и объема спроса, а также цены на здравоохранение и разработку лекарств, это создает нагрузку на систему здравоохранения. Существуют дополнительные трудности, связанные с опасностью новых инфекционных заболеваний, таких как Covid-19, или других новых инфекционных заболеваний и необычных расстройств. Возвращаясь к сфере человеческих ресурсов,

область здравоохранения — это сектор, основанный на знаниях и технологиях, который в значительной степени зависит от своего кадрового потенциала. Будь то исследования и разработки продуктов или продажи и дистрибуция. Многие организации сталкиваются с постоянными изменениями в искусстве управления людьми в результате нехватке квалифицированных кадров, недовольстве пациентов и клиентов, растущих требований к заработной плате и т.д. В этой статье была предпринята попытка изучить ключевые методы, стратегии, тенденции и проблемы в процедурах управления человеческими ресурсами, используемых в системе здравоохранения.

Ключевые слова: кадровый потенциал, управление человеческими ресурсами, кадровые тренды, кадровые методики, кадровые стратегии.

WAYS TO STRENGTHEN AND INCREASE THE EFFICIENCY OF HUMAN RESOURCES IN THE HEALTHCARE SYSTEM.

Kerimkulova A.J.

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

a.kerimkulova@hls.kz

SUMMARY

One of the most important and complex issues today, especially in the healthcare sector, is human resource management. The health sector has recently faced a number of problems, not to mention problems with human resources. Additional barriers include significant overpopulation, increased demands, and a growing burden of chronic disease. In terms of the

type and volume of demand, as well as the price of healthcare and drug development, this puts pressure on the healthcare system. There are additional challenges associated with the risk of emerging infectious diseases such as Covid-19 or other emerging infectious diseases and unusual disorders. Returning to the area of human resources, the field of healthcare is a sector based on knowledge and technology, which is highly

dependent on its human resources. Whether it's product research and development or sales and distribution. Many organizations are facing constant changes in the art of managing people as a result of shortages of qualified staff, dissatisfied patients and clients, increasing demands for wages, and so on. This article has attempted

INTRODUCTION

In the health sector, human resource management and improving the efficiency of human resources is increasingly becoming one of the most important problems. The purpose of this article is to study and compare the main operating strategies and methods of the most successful and largest healthcare organizations, namely the companies in the pharmaceutical industry. Pharmaceutical companies successfully show themselves in the drug market precisely due to their high human resources potential and the professionalism of their employees. It's no secret that the pharmaceutical sector in healthcare is considered the most profitable and attractive for medical personnel due to comfortable working conditions and high salaries [1]. As for the new pharmaceutical realities of the modern world, some of them are reorganization through acquisitions and mergers, the need for new managerial skills and competencies, the emphasis on cost recovery and pressure on costs [2]. In this environment, from an HR perspective, the current trends are broad and complex in scope, which will be discussed next.

Evolving leadership. The main factors determining the quality of the experience of employees is the leader of the organization and the direct line manager. Leadership development is an area that requires constant attention in order to push managers to more advanced practice, focused on the implementation of mission-based strategies [3,4]. According to Executive Vice President of HR at Sanofi (a French multinational pharmaceutical company), in their "Leading for Tomorrow" program, leaders get to know different markets to introduce them to subversive companies and stimulate innovation. Part of the 2017 program was dedicated to technological innovation in China and leaders working with healthcare entrepreneurs and other different sectors on topics like the use of virtual and augmented

to explore the key practices, strategies, trends and challenges in human resource management procedures used in the healthcare system.

Key words: personnel potential, human resource management, human resource trends, human resource practices, human resource strategies.

realities and cryptocurrency to get an idea that will help them shape the future of Sanofi [5]. Developing multiple skill areas. Another HR trend to consider is the need for people with multiple skill areas. According to the head of the HR department of a large international institute of research and development, people who have learned to combine one area of study with another, add the greatest value to the organization. A person with a degree in IT, as well as a degree in biology or chemistry and possibly a focused study of mathematics or statistics, has a huge advantage in the labor market [6,7]. The changing world of work. Employee's needs are now changing. There will be a stronger commitment to implementing goal-oriented work models by adopting flexible working hours. 60% of remote workers would like to work less if they had to go to the office [8]. The contingent segment is growing in importance and size, and organizations that use an integrated HR strategy will become winners. A study of trends in the workplace in 2016 showed that many pharmaceutical decision-makers recognize the value and need for cooperation with staff partners to provide talent when and where they need it. The interviewed executives of pharmaceutical companies expect that in the next 1-3 years they will more often use contract work and attract more design work [9].

HR management strategies of various organizations in pharmaceutical industry.

Strategic HR management uses capabilities and talent in the HR department to make other departments more effective and powerful. Human resources departments that practice SHRM collaborate within the organization with other departments to identify their goals, and then develop plans, that are consistent with those goals as well as of the organization's objectives. Therefore, the HR department's goals represent and endorse the priorities of the rest of the organization [10,11]. Different pharmaceutical companies define their strategic goals in accordance with

their mission and organizational objectives. For example, Johnson&Johnson (J& J) is a large multinational corporation, operating in more than 60 countries, with more than 275 subsidiaries, and employing 130,000 employees worldwide [12]. J & J's HR strategies are mainly aimed at preserving cultural values. Johnson & Johnson is considered a communal organization, and its personnel profile is characterized as "obsessed" with shared values. Although the company adheres to a strict decentralized approach to management, it is carefully centralized in relation to its global cultural values. Johnson & Johnson offers its workers a wide variety of services: on the Your Benefits Resources™ (YBR) website, staff can view information about personal benefit details and make payments, including: changing or registering their insurance and health plans, managing a savings account, start retirement, etc. [13]. Another German pharmaceutical giant is Bayer with more than 150 years of history. In 2019, the Bayer Group included 392 consolidated companies in 87 countries. As of 31st of December 2019, Bayer employs 103,824 people worldwide [14]. Bayer's goals and objectives are based on the corporate values of the company, known by LIFE acronym, which means leadership, integrity, flexibility and efficiency. Such values comprise the basic elements of their organizational culture, incorporating a strong emphasis on productivity and growth with an elevated level of social accountability. At the same time, they provide workers an easy and realistic guide in their work [15]. A multinational pharmaceutical company headquartered in Switzerland with more than 250 years of history, operating in 140 countries and having more than 100,000 employees is Novartis. It's committed to 6 values: innovation, quality, integrity, performance, courage and collaboration. These values determine business and choice when a company hires, promotes, develops, encourages and evaluates individuals and teams [16]. Novartis' HR strategy is based on two key principles. Firstly, it is people and culture, that are associated with the creation of a uniform employee experience. Novartis wants an inclusive culture that harnesses the different strengths that employees bring together in different teams and regions. The second is more focused on business - organization and talent. The business landscape

is developing along with the market. Therefore, HR must have the foresight to prepare a workforce that is ready for the future. They must have an organizational structure, an operational model and a workflow that can adapt to rapid changes [17].

HR practices of various organizations in pharmaceutical industry.

The best practices for the human resources field are based on legal compliance requirements, business goals, and HR procedures. Hiring, firing, payroll, benefits, wellness, morale-building, and other routine chores are just a few of the actions that HR departments utilize the standards to guide. The work that human resources teams do should be closely related to HR procedures. One of these practices is Training and Development. At J& J, from structured growth and training programs to the support of managers and colleagues, Johnson & Johnson sees management of talents as a potential future investment, which is just important as any other company's investment. They provide on-the-job development, which is available in their many small subsidiaries. In addition to that, they offer vast, worldwide, reachable resources for development and training, which include the following: leadership development program, global leadership profile, school of professional and personal development, management education and eUniversity [12]. As for Bayer, they provide professional training in more than 25 various professions in Germany and offer more places for professional training than is wanted to satisfy its needs. More than 700 young people, in 2018, began training in Germany at Bayer. In 2018, a total of about 2,000 interns were hired. Also, Bayer offers internship programs in different fields for students and those, who are starting a career around the world [13]. In terms of training, Novartis is the first organization to be certified in its field by EFMD (the European Management Development Fund). Corporate training of Novartis was highly appreciated due to remarkable integration of its programs and its clear strategic positioning in the development process of the company's personnel. In addition, their training programs were established in close cooperation with leading international experts, for instance, world-class professors of institutions like Stanford, Harvard Business School, etc. Thus, Novartis achieves its organizational

goals, while maintaining competitiveness [18]. Performance Management. Johnson & Johnson is constantly striving to improve its approach to P&D (performance management and development). A distinctive feature of the new approach in P&D is a focus on discussions. It is expected that each employee and manager will have a frank and clear conversation within the “5 Conversations Framework” throughout the year, which contains the succession planning, performance planning, compensation conversations, midyear and year-end dialogues. These ongoing, meaningful discussions are directed at reinforcing each other, which leads to clear expectations, coherence throughout the company and assessment of the contribution of employees [13]. Bayer believes that steady feedback is essential for the ongoing growth of employees and company and helps to respond to changing demands. They use 360° feedback, along with a performance management system. This opinion of business partners and colleagues is intended to increase the leadership qualities and efficiency of employees and maintain their professional growth. In 2018, Bayer also presented the Employee Echo, an abridged edition of global workplace survey. This should help the company define trends throughout the year, which will allow for the adjustment of measures already begun at an early stage [15]. Employee Benefits. J&J offers a competitive and comprehensive program of benefits to retain and attract talented employees. Organization provides a basic level of accident and life insurance for relevant employees during business trips for free. J&J also has a non-contributory pension plan and gives workers the opportunity to invest in company’s savings plan. Union workers are granted benefits based on collective conventions. As the world’s largest healthcare corporation, J&J considers it its duty to take care of its employees’ health needs as part of its corporate mission. Moreover, improving the well-being and health of employees makes sense in business, as it increases

engagement and productivity, while providing personal benefits and lowering healthcare costs for the workforce. J&J’s Healthy People Program provides worker assistance, labor protection, and wellness and health services [13]. Bayer offers flexible hours of working for its employees and maintenance in caring for children and for close relatives. The Bayer Group, in 2018, employed about 10,500 part-time workers. Bayer gives women and men the opportunity to take parental leave. In 2018, 1980 women and 1228 men in significant operations sites took parental leave. 2,486 workers on maternity leave returned to work by the end of the year. The Bayer Compensation System unites a base salary that reflects responsibility and efficiency, with elements built on the success of the company, plus significant added benefits. Continuous benchmarking, related to the changes, make their pay globally competitive. Along with appealing compensation, Bayer contributes to the financial stability of its current and former workers after retirement. In addition to national retirement schemes, 80% of Bayer employees worldwide have retirement plans available [15]. The Use of HR models in practice. Paul Boselie’s 8-box model demonstrates various external and internal factors, influencing the HR effectiveness. Firstly, there are an external general market context, an external general institutional context, an external institutional context of the population and an external market context of the population. There are outside factors shaping HR management. For instance, if there is a lack of certain skills in the market, this affects the way recruiting, selecting and hiring are done, compared to when there are many skilled workers. The institutional environment also shifts legislation affecting the work of human resource management (e.g. the daily influence of HR), while unions and work councils limit their ability [19].

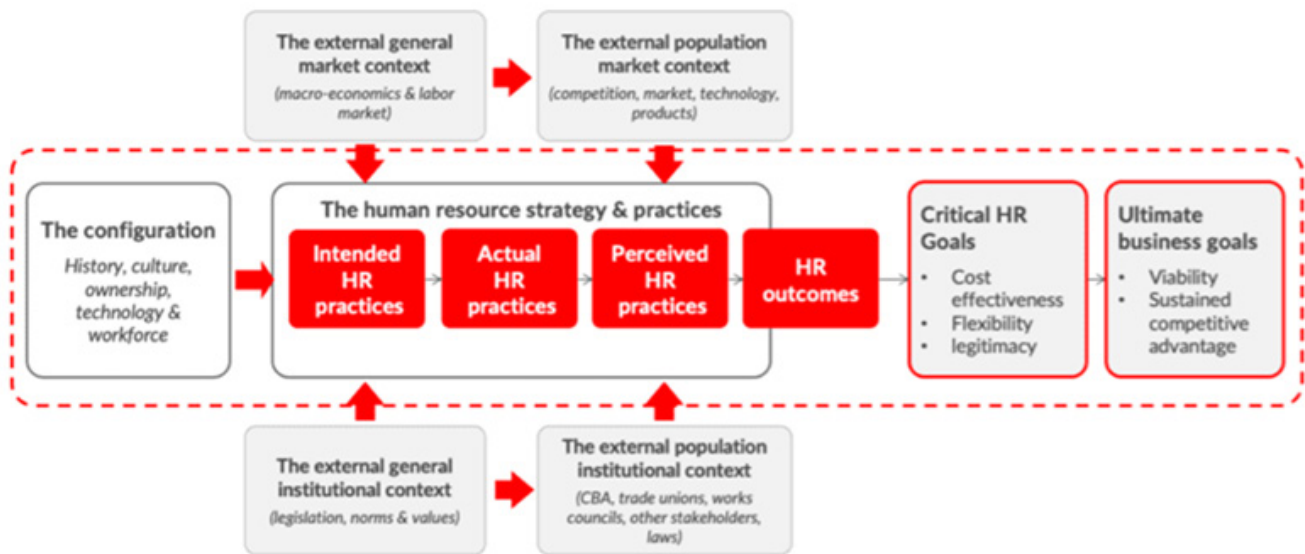


Figure 1 - The 8-box model by Paul Boselie.

The main process begins with configuration. The organization's culture, history and the technology used by company are all the factors that affect how communication works in HR, the goals and effectiveness of human resource policies. All these variables impact HR Strategy, which contains six parts:

- Intended human resource practices. Although, the purpose of training, recruitment and other activities matter, this model demonstrates that this is just a starting point.
- Actual human resource practices. The company may have good aspirations, but the implementation of practices in HR is a collaboration between a manager and HR. When a manager acts differently, the aspiration may be good, yet the real methods may be very different.
- Perceived human resource practices. That is how a worker experiences what is happening in the organization. HR and the manager can do everything possible, but if their actions are not perceived as planned and carried out, the perception will not reflect the actual practices of HRM.
- Human resource outcomes. Perceived human resource practices lead to specific human resource outcomes. They lead to critical goals in the field of HR (i.e. profitability, flexibility, etc.), which land to

the achievement of key business targets [19].

The Harvard Framework. The Harvard Framework structure is a six-component human resource model. The framework starts on the left with a stakeholders' interests. At the same moment, factors, depending on the situation, affect their interests. These factors include features of labor, unions of labor and all other factors. Stakeholders' interests and situational factors influence human resource management policies. When properly implemented, the human resources management policy leads to positive results in the field of human resources management outcome. These include commitment, cost-effectiveness and competence. These positive human resource management outcomes have long-term effects, such as organizational, individual and social [19, 20].

Harvard Model's implications for human resource manager in areas of policy are:

- HR flows - selection, recruitment, promotion, placement, evaluation and appraisal, dismissal;
- Remuneration systems – motivation, systems of payment, etc.;
- Influence of employees - delegated authority levels, power and responsibility levels;
- Work systems - design/definition of work and people alignment.

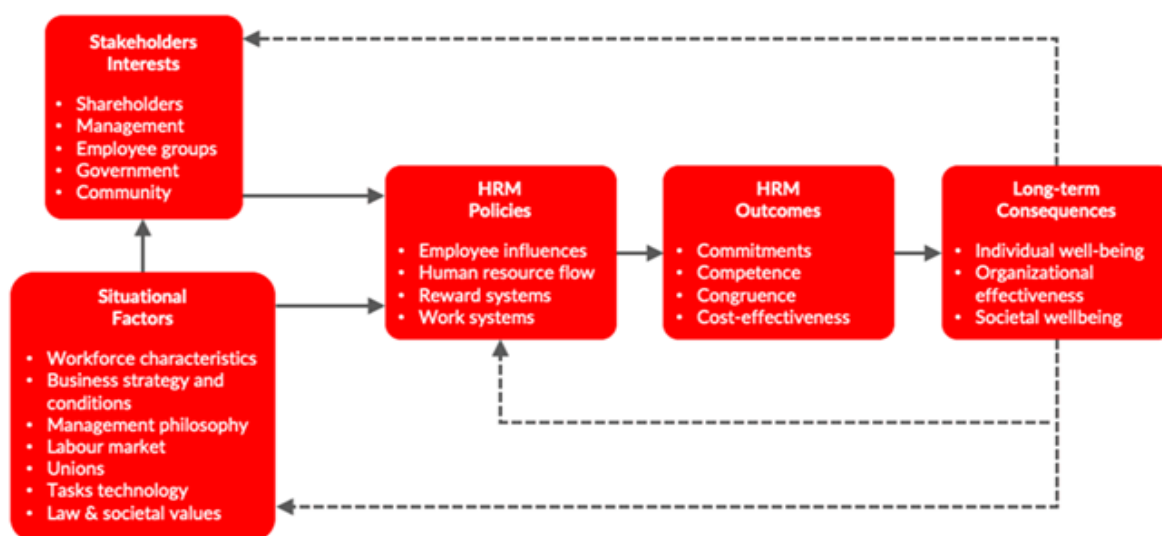


Figure 2 - The Harvard Framework.

Global challenges faced by HR department. According to Randstad [9], as pharmaceutical decision-makers adapt to the changing nature of their work and cope with the demographic shift in the global workforce, a number of challenges continue to threaten the success of organizations. Attracting the best talent. As a rule, the pharmaceutical industry is aimed at attracting the best scientific graduates and postgraduate students, but the most capable graduates, who also want by all companies involved in the development of new technologies in other areas. This rivalry has affected the focus in favor of the individual, shifting away from the best payment packages, on compensation schemes, that can be adapted to the needs of every important worker in the company. An increasing number of businesses, including industry leaders, are offering a share of the company to their most talented employees through options of stock. The manufacturing or R&D expertise that one organization needs may not be the same everywhere, so it is crucial that the applicant is highly skilled in his field. In this regard, it is important that recruitment is carried out after a thorough examination of the candidate's profile. Since the employee is a novice, it is important to make sure that the candidate is hired by the department to which he / she is inclined; only then they can achieve the desired results [21, 22]. Turnover and retention. There are various needs for different employees within an

organization. The ability to consider and respond to the needs of the various workers will be equally important for their preservation and motivation. Even in the pharmaceutical industry, where an important motivation was the nobility of the goal, many senior managers suggest that the only reason someone can leave the company is money. Thus, whenever a key person wants to leave, the organization's response should be appropriate or better to offer a proposal, an approach that often results in increased compensation for a particular class of workers without increasing the value that they provide. In fact, recent polls show that most employees leave the organization to follow a good mentor; and that the majority believes that hiring an organization provides a better opportunity to realize their potential than being prepared for a new role. Creating a positive environment with regard to awards, regular appraisals, public announcement of one's achievements are a few steps being taken by various pharma companies today to ensure that the employee is happy at his / her workplace and wishes to continue [23, 24]. Stress at workplace. Stress is a more common term for employees working as a medical representative or sales staff in the pharmaceutical field. Various parameters, such as a long working day, overload and the desire for better performance lead to stress. It cannot be completely eradicated; rather, some preventive measures should be taken to make the work environment more favorable for workers. To solve

this problem, it is necessary to combine the efforts of managers, HR and the employee himself. HR managers in pharmaceutical companies should use the following methods to deal with stress: training managers to recognize when a member of their sales team is trying to cope and offering 24-hour employee assistance programs (EPAs); flexible and part-time schedule to improve the balance between work and personal life of employees; develop and implement stress management policies [25,26]. The Coronavirus pandemic has altered the paradigms of business domains worldwide. This global overnight shift to remote work puts a high value on flexible work arrangements. According to the World Economic Forum [27], 84% of respondents want to hasten workplace automation and 50% would hasten the digitization of work (such as remote work and video conferencing). These plans will result in a rise in the usage of digital technology. As a Deloitte poll [28] reveals, fewer than 33% of workers are prepared for technological transformation, especially remote work, which is a significant concern for HRM, this prognosis is anticipated to present challenges for the workforce. Four out of five HR managers believe the move to working remotely has caused less employee absenteeism, with employees available online when needed [29]. In 2021, many corporations are offering remote-work as a full-time opportunity. With this, HR departments need to adapt to new workplace settings to keep the employees engaged and on track. Though working from home had already become an increasingly common occurrence for knowledge workers before the start of the pandemic, there weren't many organizations with a decent work from home policy in place — or that were ready to go fully remote in a matter of days [30].

CONCLUSIONS.

The new dynamic is forcing the industry's HR department to rethink their operational strategies. Driving forces - globalization, competition, consolidation, scientific advances and public policy - have pushed human resource leaders to new territory to meet the needs of the business. In result, they introduced new management growth programs, cultural advancement, capacity modeling, compensation and performance

management. Traditional human resource systems are no longer appropriate for prioritizing tasks and allocating resources to those initiatives.

LIST OF USED LITERATURE

1. R.R.Sims, S.K.Bias. Human Resources Management Issues, Challenges and Trends: «Now and Around the Corner». IAP, 2019. ISBN 1641135379.
2. Глижова, Т. Н. Современные подходы к стратегическому управлению в фармацевтической отрасли / Т. Н. Глижова, Н. В. Арутюнова, Г. В. Воронцова // Заметки ученого. – 2021. – № 7-2. – С. 68-74. – eLIBRARY ID: 46336753.
3. Gallo, P., Mihalcova, B., Vegsoova, O., Dzurov-Vargova, T & Busova, N. Innovative Trends in Human Resources Management: Evidence for the Health Care System. 2019. Marketing and Management of Innovations, 2, 11-20. DOI: 10.21272/mmi.2019.2-01.
4. Salikov Y.A., Logunova I.V., Kablashova I.V. Trends in human resource management in the digital economy. Proceedings of the Voronezh State University of Engineering Technologies. 2019;81(2):393-399. DOI: 10.20914/2310-1202-2019-2-393-399.
5. Widodo W., Mawarto M. Investigating the role of innovative behavior in mediating the effect of transformational leadership and talent management on performance. Management Science Letters. – 2020. – Т. 10. – №. 10. – С. 2175-2182. DOI: 10.5267/J.MSL.2020.3.019.
6. Da Silva L. B. P. et al. Human resources management 4.0: Literature review and trends. Computers & Industrial Engineering. – 2022. – С. 108111. DOI: 10.1016/j.cie.2022.108111.
7. Stefanoska B. Trends and Challenges for Strategic Human Resources Management In 21st Century. International Journal of Economics, Management and Tourism. – 2022. – Т. 2. – №. 1. – С. 40-56. DOI: 10.46763/IJEMT2221040s
8. Shatarova D., Zlatanova - Pazheva E. Human resources in the digital age - trends and challenges. Научни трудове на Съюза на учените – Пловдив. Серия Б: Естествени и хуманитарни науки, vol. 18, 2018, pp. 324-327.
9. Randstad. Life sciences/pharma workplace trends guide, 2016.
10. J. A. Mello. Cengage Learning, 2014. Strategic

- Human Resource Management. ISBN 1285969782.
11. Folarin, K. The Future of Human Resources – Trends, Reflections and Strategies. *European Journal of Human Resource*, 2021, 5(1), 1-19. DOI: 10.47672/ejh.670.
12. The Johnson & Johnson 2021 Annual Report. 2022. Annual Report Pursuant to Section 13 Of The Securities Exchange Act Of 1934. Commission file number 1-3215.
13. Sengupta N., Sengupta M. Johnson & Johnson: Caring for People, Worldwide. *Cases in Management*. 2014. 2 (9). pp. 45-84. ISBN:978-81-922146-9-6.
14. Bayer Annual Report 2021. 2022. ISSN 0343 / 1975.
15. Trinh, T. H. The impact of human resource management practices of the organizational commitment of medical representatives at Bayer Vietnam Ltd, 2021.
16. V. Boya, K. S. Sekhara Rao. Operational Excellence in Pharmaceuticals – The Role of Human Resource Management Practices in Pharmaceutical Industry, Hyderabad, India. 10 October 2019. *International Journal of Innovative Technology and Exploring Engineering*. DOI:10.35940/ijitee I3296.1081219.
17. Dinavahi, A., Subramanyam, A., & Jauhari, M. Employee Wellness: A Way of Life at Novartis. 2016. *NHRD Network Journal*, 9(4), 49–59. DOI: 10.1177/0974173920160409.
18. Mylona, A. Staffing Pharmaceuticals: The Case of Novartis. 2015. *Journal of Undergraduate Research in Alberta*. Volume 5. Corpus ID: 54755423.
19. Pattanayak, B. Human Resource Management, Sixth Edition. PHI Learning Pvt. Ltd., 2020. ISBN 9389347769.
20. Борщёва Н.Л. Управленческие инновации и их роль в развитии фармацевтической промышленности. *Инновационная наука*, no. 1-1 (13), 2016, pp. 37-41.
21. Mohan, A.C., Prasad, B.V.S., Poonguzhali, P. Changing Role of HR Managers in Pharmaceutical Industry. 2015. *International Journal of Pharmaceutical Sciences Review and Research*. 30(2). pp. 83-87.
22. Даниелян М. Г. Развитие кадрового потенциала на примере предприятия фармацевтической отрасли» *Политика, экономика и инновации*, no. 3 (20), 2018, pp. 8.
23. Sovanjeet, M. HR Issues and Challenges in Pharmaceuticals with special reference to India. 2014. *Review of International Comparative Management*. 15(4). pp. 423-430.
24. Macke J., Genari D. Systematic literature review on sustainable human resource management. *Journal of Cleaner Production*. Volume 208, 2019, Pages 806-815, ISSN 0959-6526. DOI: 10.1016/j.jclepro.2018.10.091.
25. Северин А. П. Актуальные вопросы фармацевтического менеджмента на современном этапе. *Глобус*. 2020. №9 (55).
26. Кильмаметова, А. Формирование и развитие трудового потенциала как основа эффективной деятельности фармацевтических компаний. Инновации, кластеризация, информационная трансформация и экономическое развитие: Сборник научных трудов Международной научно-практической конференции, МагнЭ. eLIBRARY ID: 36278700.
27. World Economic Forum. The Future of Jobs Report 2020 | World Economic Forum. The Future of Jobs Report, October 2020, 1163.
28. Deloitte Company. Ecosystems to the Future of Work, 2021. Issue 62470.
29. Hamouche S. Human resource management and the COVID-19 crisis: Implications, challenges, opportunities, and future organizational directions. *Journal of Management & Organization*. – 2021. – Т. 1. – С. 1-16. DOI: 10.1017/jmo.2021.15
30. А. Серикбаева, Г.Ж. Умурзахова, У.М. Датхаев, К.С. Жакипбеков. Кадровый менеджмент в фармации // *Вестник КазНМУ*. 2014. №4. Магнитогорск, 29 марта 2018 года. – С. 79-83. eLIBRARY ID: 36278700

**ЖҰҚПАЛЫ АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ ЖӘНЕ ОНЫМЕН КҮРЕСУ
ПРОФИЛАКТИКА И БОРЬБА С ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
PREVENTION AND CONTROL OF INFECTIOUS DISEASES**

УДК: 616.98:578.834.1-08:615.8

**АМБУЛАТОРЛЫҚ САТЫДА COVID-19 АУЫРҒАН НАУҚАСТАРДЫ ОҢАЛТУДЫ
ҰЙЫМДАСТЫРУДЫҢ ТИІМДІЛІГІН БАҒАЛАУ**

Сливкина Н.В., Накипов Ж.Б., Ергалиев И.Д., Даулетова Г.Ш.

«Астана медицина университеті»
КеАҚ, Қоғамдық денсаулық сақтау және менеджмент кафедрасы

cardio_slivkina@mail.ru, nakipov.zh@amu.kz, islam_daurenovich@mail.ru, dauletova.g@amu.kz

ТҮЙІНДЕМЕ

COVID-19 коронавирустық ауруы дененің денсаулығына ұзақ мерзімді әсер етуі мүмкін. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының анықтамасына сәйкес, пост-COVID синдромы – бұл бұрын SARS-COV-2 инфекциясы болуы мүмкін немесе расталған адамдарда пайда болатын, әдетте COVID-19 басталғаннан кейін 3 айдан кейін пайда болатын COVID-19 респираторлық ауруынан кейінгі жағдай. Басқа себептермен түсіндірілмейтін және кемінде 2 айға созылатын симптомдар. Кейбір адамдар коронавирустың ағзасына ұзақ мерзімді теріс әсер ететіні барған сайын анық бола бастады,

тіпті айыққаннан кейін де олар ұзақ реабилитацияны қажет етеді. COVID-19-дан кейінгі оңалтудың негізгі міндеті - барлық дене жүйелерінің қалыпты жұмыс істеуі үшін жағдай жасау. Дұрыс таңдалған терапия өкпенің өмірлік қабілетін қалпына келтіруге, қанның оттегімен қанықтылығын жақсартуға, бұлшықет тонусын қалпына келтіруге, психоэмоционалды жағдайды тұрақтандыруға, тамақтану мен ұйқыны жақсартуға мүмкіндік береді.

Түйінді сөздер: тиімділігін бағалау, covid-19 ауырған науқастарды оңалтуды, амбулаторлық сатыда оңалтуды ұйымдастыру.

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ,
ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ**

Сливкина Н.В., Накипов Ж.Б., Ергалиев И.Д., Даулетова Г.Ш.

НАО «Медицинский университет Астана», кафедра Общественное здоровье и менеджмент

cardio_slivkina@mail.ru, nakipov.zh@amu.kz, islam_daurenovich@mail.ru, dauletova.g@amu.kz

РЕЗЮМЕ

Коронавирусная болезнь COVID-19 может вызвать отдаленные последствия для здоровья организма. Согласно определению ВОЗ, постковидный синдром – это состояние после перенесенной респираторной болезни COVID-19, возникающей у людей с вероятно или подтвержденной перенесенной инфекцией SARS-

COV-2, обычно проявляющийся через 3 месяца от начала COVID-19 симптомами, которые невозможно объяснить другими причинами и длится не менее 2 месяцев. Всё более очевидно, что на организм некоторых людей коронавирус оказывает более длительное негативное воздействие и им даже после выздоровления требуется продолжительная реабилитация. Главная задача реабилитации после COVID-19

– создание условий для нормального функционирования всех систем организма. Правильно подобранная терапия позволяет восстановить жизненную емкость легких, улучшить насыщение крови кислородом, вернуть мышцам прежний тонус, стабилизировать психоэмоцио-

нальное состояние, наладить питание и сон.

Ключевые слова: оценка эффективности, пандемия Covid-19, постковидная реабилитация, организация реабилитации на амбулаторном этапе.

EVALUATION OF THE EFFICIENCY OF THE ORGANIZATION OF THE REHABILITATION OF PATIENTS WHO SURVIVED COVID-19 AT THE OUTPATIENT STAGE

Slivkina N.B., Nakipov Zh.B., Ergaliev I.D., Dauletova G.Sh.

NpJSC «Astana Medical University», Department of Public Health and Management

cardio_slivkina@mail.ru, nakipov.zh@amu.kz, islam_daurenovich@mail.ru, dauletova.g@amu.kz

SUMMARY

Coronavirus disease COVID-19 can cause long-term effects on the health of the body. According to the WHO definition, post-COVID syndrome is a condition following a prior respiratory illness of COVID-19 that occurs in people with probable or confirmed prior SARS-COV-2 infection, usually manifesting 3 months after the onset of COVID-19 with symptoms that cannot be explained by other causes and lasts at least 2 months. It is becoming increasingly clear that some people have a

longer-term negative impact on the body of the coronavirus, and even after recovery they need a long rehabilitation. The main task of recovery after COVID-19 is to create conditions for the normal functioning of all body systems. Proper therapy allows you to restore the vital capacity of the lungs, improve blood oxygen saturation, restore muscle tone, stabilize the psycho-emotional state, improve nutrition and sleep.

Keywords: efficiency assessment, Covid-19 pandemic, post-surgery rehabilitation, organization of rehabilitation at the outpatient stage.

ВВЕДЕНИЕ

COVID-19 – это новое заболевание, и остается неопределенность в отношении возможных долгосрочных последствий для здоровья. Это особенно актуально для пациентов с тяжелыми симптомами, включая тех, кому во время пребывания в больнице потребовалась искусственная вентиляция легких, чаще всего от которых можно ожидать долгосрочных осложнений и неполного выздоровления после выписки (Zhou F, Yu T, Du R, 2020).

Остаточные явления в значительной степени снижают качество жизни пациентов, особенно у лиц пожилого и старческого возраста, переболевших COVID-19, мешая вести прежний образ жизни, ухудшая работоспособность и способность выдерживать психоэмоциональные нагрузки.

В тоже время, понимание истинного бремени заболевания является важ-

ным для усиления системы общественного здравоохранения и своевременного корректирования карантинных и смягчающих мер в современном мире (Velavan TP, Meyer CG.).

Постковидный синдром был внесен в Международной классификатор болезней МКБ-10 от 23 октября 2020 года как U09.9. Состояние после COVID-19, неуточненное и требует дальнейшего изучения (Симпсон Р., Робинсон). Впервые за многие десятилетия человечество столкнулось со страшной пандемией, унесшей чуть более чем за 2 года более 6 миллионов жизней. К началу января 2021 года COVID-19, сопровождающийся тяжелым острым респираторным синдромом, вызванным коронавирусом 2 (SARS-CoV2), привел к более чем 83 миллионам подтвержденных случаев и более чем 1,8 миллионам смертей [1, 2]. Исследование, недавно опубликованное в Nature's Scientific Reports, сообщает об обнаружении 55 долгосрочных эффектов COVID-19 (устой-

чивых симптомов, признаков и аномальных результатов лабораторных исследований). Среди них выделяют наиболее распространенные: усталость (58%), за которой следуют головная боль (44%), нарушение внимания (27%), выпадение волос, (25%), одышка (24%), потеря вкуса (23%) и потеря запаха (21%). [3,4].

Реабилитация направлена, прежде всего, на борьбу с последствиями самого вируса и избыточного иммунного ответа на инфекцию, а также на устранение ущерба, нанесенного лекарственной терапией (кортикостероидами, препаратами иммуносупрессии, цитостатиками, антибиотиками). Начинать реабилитацию советуют сразу после стабилизации состояния. При этом часто людям, переболевшим в средней и тяжелой форме, требуется комплексная реабилитация в стационаре. Сроки восстановления индивидуальны, но в среднем – от двух недель до месяца. Далее реабилитация может проводиться в домашних условиях под контролем специалистов [5-7]. Чаще всего в курс реабилитации входят лечебная физкультура, работа с психологом, медикаментозная и диетотерапия, физиотерапия. Реже – мануальные практики, массаж, бассейн и др. При этом очевидно, что реабилитация после перенесенного коронавируса необходима каждому переболевшему вне зависимости от степени тяжести пережитого заболевания. А пациенты, столкнувшиеся со среднетяжелой и тяжелой формами коронавирусной пневмонии, нуждаются в особом внимании реабилитологов% [8].

На сегодняшний день нет целостной информации о клинической картине последствий COVID-19. В этом плане, интерес представляет исследование Chaolin Huang и его коллег из The Lancet, которые описывают клиническое наблюдение за группой из 1733 взрослых пациентов (48% женщин, 52% мужчин; средний возраст 57-60 лет, IQR 47,0-65,0) с COVID-19, которые были выписаны из больницы Цзинь Инь. Тан Hospital (Ухань, Китай) [9-11]. Через 6 месяцев после начала заболевания 76% (1265 из 1655) пациентов было сообщено по крайней мере об одном сохраняющемся симптоме, при этом наиболее частыми симптомами были утомляемость или мышечная слабость (63%, 1038 из 1655). Более чем у 50% пациентов наблюдались

остаточные аномалии визуализации грудной клетки. Тяжесть заболевания во время острой фазы была независимо связана со степенью нарушения диффузии легких при последующем наблюдении (отношение шансов 4-60, 95% ДИ 1-85-11-48), при этом 56% (48 из 86) пациентов нуждались в носовой канюле с высоким потоком, которые ранее получали не инвазивную вентиляцию и инвазивную механическую вентиляцию во время пребывания в больнице с нарушением диффузионной способности легких [4,5]. Эти результаты согласуются с результатами более ранних небольших исследований, в которых сообщалось о сохраняющихся радиологических и диффузных аномалиях в легких у значительной части пациентов с COVID-19 в течение до 3 месяцев после выписки из больницы [6,7]. Данные предыдущих вспышек коронавируса предполагают, что некоторая степень повреждения легких может сохраняться, как показано на пациентах, которые выздоровели от SARS, 38% из которых снизили диффузионную способность легких через 15 лет после заражения [3]. Хотя SARSCoV-2 в первую очередь поражает легкие, некоторые другие органы, включая почки, также могут быть затронуты. Janice Wang et al. (2020) отмечают, что отличительной чертой тяжелого COVID-19 является коагулопатия: 71,4% пациентов, умирающих от COVID-19 соответствуют критериям ISTH для диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС-синдром), в то время, как только 0,6% из тех лиц, выживших соответствовали этим критериям. При этом заболевании выше риск развития венозной тромбоэмболии с повышенными уровнями D-димера, высокими уровнями фибриногена в сочетании с низкими уровнями антитромбина. Есть высокий риск развития тромбоза центральных сосудов и осложнений, связанных с ними (например, ишемия конечностей, развитие инсультов и т.д.). Авторы отмечают, что фибринолитическая терапия при остром повреждении легких и ОРДС улучшает выживаемость [12-15]. При COVID-19 развиваются неотложные состояния со стороны сердечно-сосудистой системы. У лиц, у которых ранее были сердечно-сосудистые заболевания, имеется повышенный риск тяжелых заболеваний и смерти. При этой ин-

фекции развиваются различные сердечно-сосудистые осложнения (острый инфаркт, миокардит, аритмии, острый коронарный синдром, венозная тромбоэмболия, кардиогенный шок, кардиомиопатия и сердечная недостаточность). Сообщалось об обнаружении поражения печени у 14-53% пациентов, которое регистрируется чаще у пациентов с выраженным течением болезни. Среди обсуждаемых осложнений также наблюдалось развитие острого поражения почек в 3-8% человек. Среди осложнений отмечают и незначительное поражение поджелудочной железы (наблюдается повышение уровня амилазы в сыворотке крови или липазы) у 17% больных. Анемия развивается у 15% лиц [16,17]. У пациентов с тяжелой болезнью обычно возникают неврологические осложнения, которые включают острые цереброваскулярные заболевания, инсульт, нарушение сознания, атаксию, судороги, невралгию, травмирование скелетных мышц и энцефалопатию. На сегодняшний день известно, что у большинства инфицированных, особенно в молодом возрасте, заболевание имеет легкое течение, по сравнению с лицами старшего возраста. У некоторых пациентов заболевание быстро прогрессирует и развиваются различные осложнения, в т.ч. полиорганная недостаточность [18,19,21].

В условиях пандемии COVID-19 виртуальная амбулаторная помощь может быть предпочтительнее личного общения по многим причинам. Среди решений между службами раннего ухода и реабилитации есть телемедицина и другие приложения электронного здравоохранения [13]. Телереабилитационная система, в которой физиотерапевт следует за пациентами, выполняющими реабилитационные упражнения в течение 20 минут, может быть легко разработана с использованием комбинации технологий. Телереабилитация может быть очень полезным инструментом, независимо от того, используется ли она в больницах или в обществе, для решения социальных проблем, связанных с продолжающейся пандемией [20]. Поэтому раннее начало реабилитационных мер имеет значение в исходе лечения и влияние на качество жизни пациентов.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Оценить эффективность организации реабилитации больных, перенесших COVID-19 на амбулаторном этапе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.

Исследование проводилось на базе «ГКП на ПХВ Городская поликлиника №4 и №5», частный реабилитационный центр «Адал Ниет».

Для решения поставленных задач нами был проведен анализ историй болезни и амбулаторных карт 100 пациентов возрастной категории от 18 до 80 лет, из них 39 (39%) – мужчин, 61 (61%) – женщин.

Для оценки удовлетворенности пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию COVID-19, оказанными реабилитационными услугами было проведено анкетирование.

Для исследования был использован готовый письменный опросник, который был разработан университетской клиникой Йены (Институт физиотерапии), Ганноверской медицинской школой (отделение реабилитационной медицины). Опросник включает в себя: исследование потребностей в реабилитации (RehabNeS), краткую форму 36 медицинского обследования (SF-36) о качестве жизни, связанном со здоровьем, и недавно созданный вопросник о потребностях в реабилитации (RehabNeQ) с одиннадцатью измерениями и в общей сложности 57 пунктов, которые оценивают потребности в реабилитации больных COVID-19 и дополнительно спрашивают об удовлетворенности субъектами системы здравоохранения и лечения в контексте инфекции [17].

Данные были обработаны описательным способом относительно абсолютных и процентных частот. Пациентов просили указать свои проблемы со здоровьем по шкале от 1 до 5, где 1 означает отсутствие проблем, а 5 означает серьезные проблемы. Что касается анализа, представленного здесь, спецификации были суммированы как бросающиеся в глаза от 2 до 5. Кроме того, они должны указать, существует ли проблема. Те же вопросы были заданы относительно активности и участия пациентов. Более того, SF-36 оценивался с использованием

официальной балльной системы [18].

Таблица 1 - Виды, методы и объем исследований

<i>№</i>	<i>Вид исследования</i>	<i>Использованные методы</i>	<i>Объем исследований</i>
1	Социально-гигиенический	Выкопировка данных, экспертная оценка, анализ факторов, анкетирование	407 пациента
2	Медико-демографический	Формирование компьютерной базы данных. Анализ официальной статистики.	407 пациента
3	Социологический	Методика анкетирования	407 пациента
4	Психологический	Методика анкетирования	90 пациентов
5	Статистический	Метод t-критерия Стьюдента, корреляционный анализ	Все результаты функциональных исследований и анкетирования

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты работы показали что, за 12 месяцев 2021 года в медицинских учреждениях Республики Казахстан получили медицинскую реабилитацию после перенесенной коронавирусной инфекции 27 140 человек. За 3 месяца 2022 года получили услуги медицинской реабилитации в условиях стационаров 4 257 человека. Достоверных различий по половому признаку пациентов, получивших реабилитационные услуги после КВИ, не было. Средний возраст пациентов составил 49,8 лет. В 84,6% случаев пациенты имели сопутствующие заболевания, такие, как артериальная гипертензия, ИБС, сахарный диабет. Среднее время прохождения курса реабилитации на амбулаторном этапе составило 9,3+/-2,1, количество процедур варьировало от 3 до 14. В большинстве случаев демонстрировался мультидисциплинарной

подход при осуществлении реабилитационного процесса, когда пациент обслуживался мультидисциплинарной группой в составе врача реабилитолога, физиотерапевта, кинезитерапевта, физиотерапевта или физиомедсестры, профильных специалистов. Медицинские учреждения Казахстана начали оказывать реабилитационную помощь с сентября 2020 года. Постковидный синдром был внесен в Международный классификатор болезней МКБ-10 от 23 октября 2020 года как U09.9 Состояние после COVID-19, неуточненное. Проведенный нами анализ работы городских поликлиник г. Нур-Султан по оказанию реабилитационных услуг населению, перенесшему COVID-19 за период 2021-2022гг., показал, что большая часть пациентов проходили амбулаторную реабилитацию (АПП) (69,7%), часть долечивались в условиях дневного стационара (ДС) (30,3%) (таблица 2).

**Таблица 2 - Реабилитационные услуги, оказанные поликлиниками
г. Нур-Султан населению, перенесшему COVID-19 за период 2021-2022 гг.**

Поликлиника	2021 г		2022 г		Всего
	АПП	ДС	АПП	ДС	
ГКП на ПХВ №2	74	-	30	-	104
ГКП на ПХВ №4	586	-	120	-	706
ГКП на ПХВ №5	97	-	18	-	115
ГКП на ПХВ №6	338	-	54	-	392
ГКП на ПХВ №7	20	210	6	28	264
ГКП на ПХВ №8	-	191	-	64	255
ГКП на ПХВ №11	11	98	10	25	144
ГКП на ПХВ №13	40	4	20	-	64

Ряд поликлиник, кроме АПП и ДС оказывали реабилитационные услуги дистанционно и на базе круглосуточного стационара. Так, в ГКП на ПХВ № 4 на дистанционной основе прошли реабилитационные услуги 314 пациентов в 2021 году и в 2022 году 20 человек. ГКП на

ПХВ №7 на базе круглосуточного стационара получили реабилитацию 36 человек за 2021-2022 гг.

Контингент пациентов направляемых на реабилитацию, представлен в таблице 3.

**Таблица 3 – Половозрастные особенности пациентов, прошедших
медицинскую реабилитацию после КВИ**

	Возраст					
	18-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80
мужчины	22	41	48	33	11	9
женщины	40	50	61	45	29	18

243 (59,7%) респондентов были женщинами и 164 (40,3%) мужчинами. Средний возраст участников составил 49,8 (2,40%) лет, а 82% пациентов находились в возрастном диапазоне от 18 до 64 лет для оплачиваемой работы (или профессиональной подготовки), что соответствует международным и отечественным данным. Семейное положение, уровень образования и условия проживания соответствовали

средне-статистическим для казахстанского населения в целом.

87,6% участников опроса заявили о наличии оплачиваемой работы, 1,7% участников искали работу и 7,7% респондента не имели оплачиваемой работы, трудоустройства или получения пенсии. Всего 2,4% работающих были классифицированы врачами как непригодные к работе.

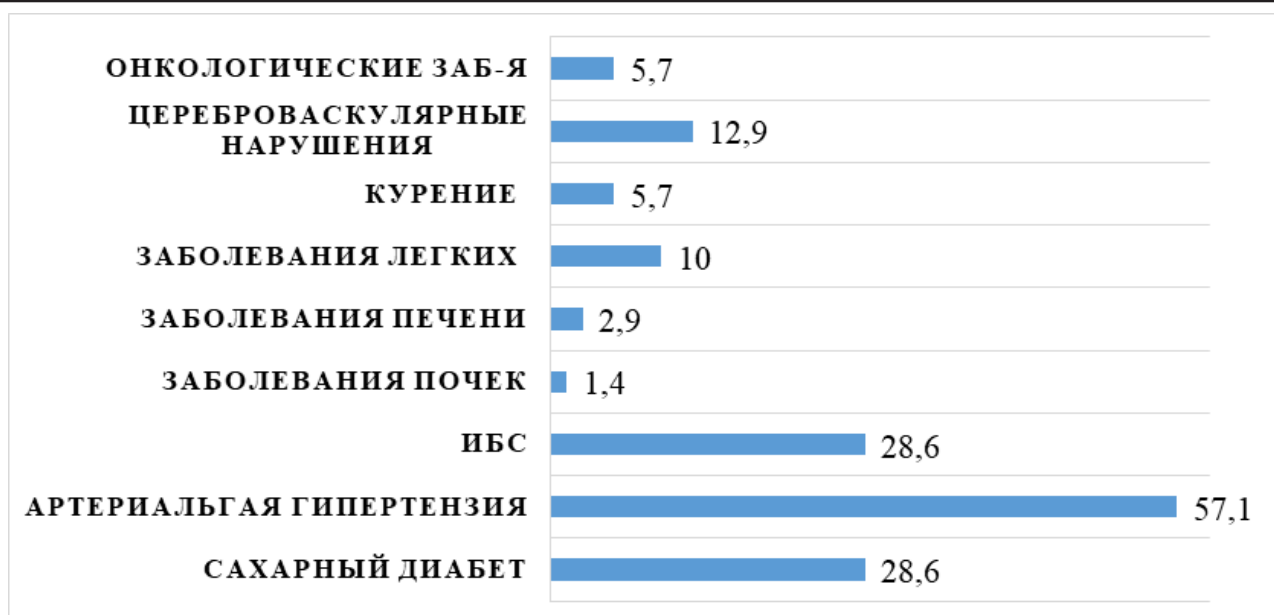


Рисунок 1- Коморбидность пациентов направляемых на реабилитацию

Многие больные имели сопутствующие заболевания: ишемическую болезнь сердца (28,6%), артериальную гипертензию (57,1%), сахарный диабет (28,6%) и т.д. (Рис.1). Небольшую часть больных составляли пациенты с заболеваниями легких (10%) в анамнезе, онкологические больные и пациенты с хроническим заболеванием почек. Курильщики среди пациентов было меньше среднестатистических показателей (5,7%).

Средний рост пациентов составлял 164 см

+/- 12,79 см. Оценка весо-ростового индекса показала, что 39,7% пациентов имели избыточную массу тела.

Оказываемые реабилитационные услуги пациентам, перенесшим КВИ, зависели от тяжести состояния пациента, степени выраженности нарушений биосоциальных функций, наличия сопутствующей патологии и в среднем варьировали от 3 до 6 процедур на курс реабилитации 1 пациента (таблица 4).

Таблица 4 - Количество реабилитационных услуг, оказываемых на амбулаторном этапе реабилитации

	Медицинское учреждение		
	Городская поликлиника №4	Городская поликлиника №5	Частный реабилитационный центр «Адал Ннет»
Кол-во обслуживаемых пациентов постковидных	1040	115	
Кол-во оказываемых услуг	17893		
Кол-во дней	7	7	14

В целом анализ оказания реабилитационных услуг больным, перенесшим COVID 19, показал, что большинству из них проводились дыхательная гимнастика, кинезотерапия, механотерапия (Treadmill тест, велоэргометрия), массаж, физиопроцедуры (биопрон, тубус кварц, электрофорез, магнитотерапия, лазеротерапия, ингаляции и пр.).

Основным принципом оказания реабилитационных услуг является мультидисциплинар-

ный подход, предполагающий обслуживание пациентов мультидисциплинарной группой

Для оценки удовлетворенности пациентов качеством оказания реабилитационной помощи использовали 407 анкет. 82% пациентов находились в возрастном диапазоне от 18 до 64 лет для оплачиваемой работы (или профессиональной подготовки), что является обычным явлением. Семейное положение, уровень образования и жизненная ситуация были аналогичны казах-

станскому населению в целом. Большинство участников (93,7%) заявили, что острая инфекция возникла более чем за 3 месяца до исследования.

На вопрос о своевременности получения реабилитационной помощи или ее неполучения были даны следующие ответы (рисунок 4): 3 (0,7+/-0,41%) – реабилитационная помощь не была оказана, так как у врача не было доста-

точного защитного снаряжения. 5 (1,2 +/-0,54%) ответили: «Мне отказали из-за моей болезни COVID-19». 29 (7,1+/-1,27%) респондентов считали, что не было вариантов лечения. 36 (8,8+/-1,40%) человек ответили, что не знали к кому обратиться. «Я думал, что я недостаточно болен» - ответили 38 (9,3+/-1,44%) респондентов.

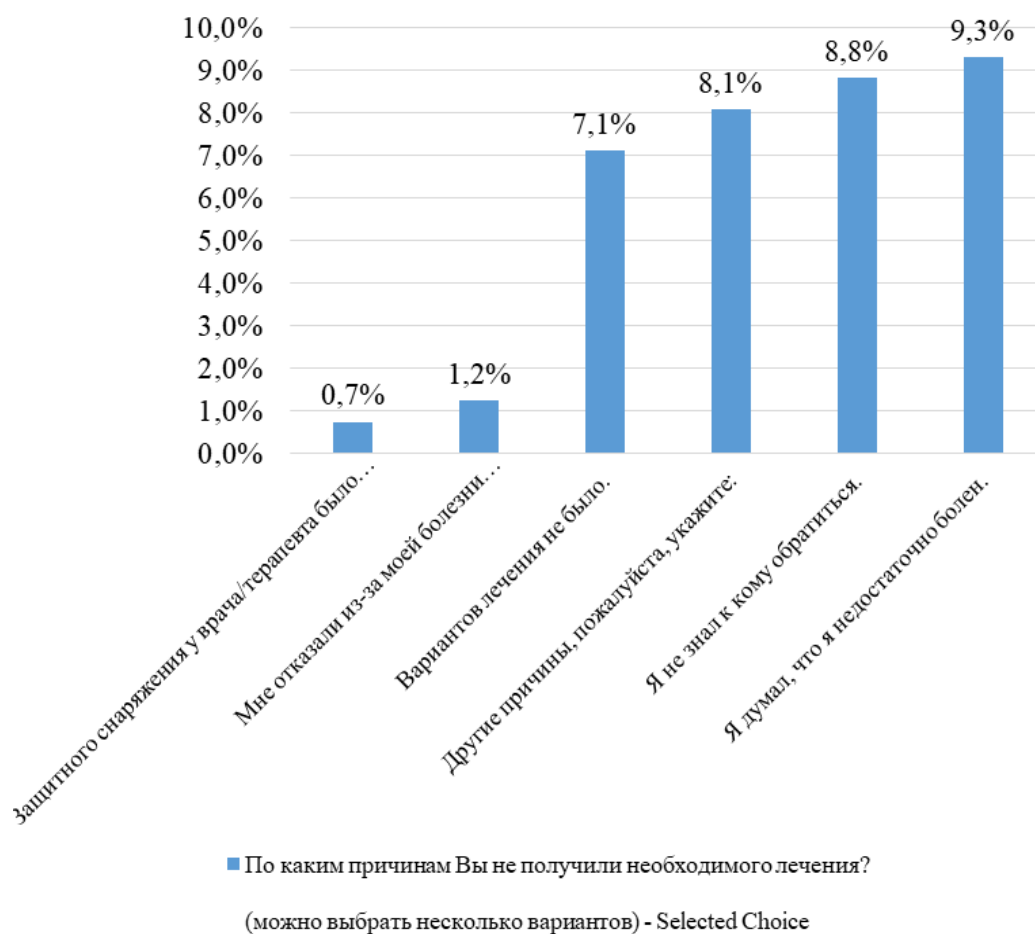


Рисунок 2 - Результаты опроса о своевременности получения реабилитационной помощи

На вопрос об удовлетворенности спектром оказанных реабилитационных услуг 43,7+/-2,46% опрошенных положительно охарактеризовали работу врачей и медперсонала, 30,9+/-2,29% решили воздержаться и 25,5%(+/-2,16%) респондентов остались недовольны оказанными реабилитационными услугами (рисунок 1).

На момент направления пациента, перенесшего КВИ, на реабилитацию самыми частыми жалобами были усталость и быстрая утомляемость (37,5+/-2,40%). Многих респондентов

беспокоили мышечные боли (28,2+/-2,23%) и с одинаковой частотой (26+/-2,17%) встречались одышка и бессонница.

На момент направления пациента, перенесшего КВИ, на реабилитацию самыми частыми жалобами были усталость и быстрая утомляемость (37,5+/-2,40%). Многих респондентов беспокоили мышечные боли (28,2+/-2,23%) и с одинаковой частотой (26+/-2,17%) встречались одышка и бессонница.

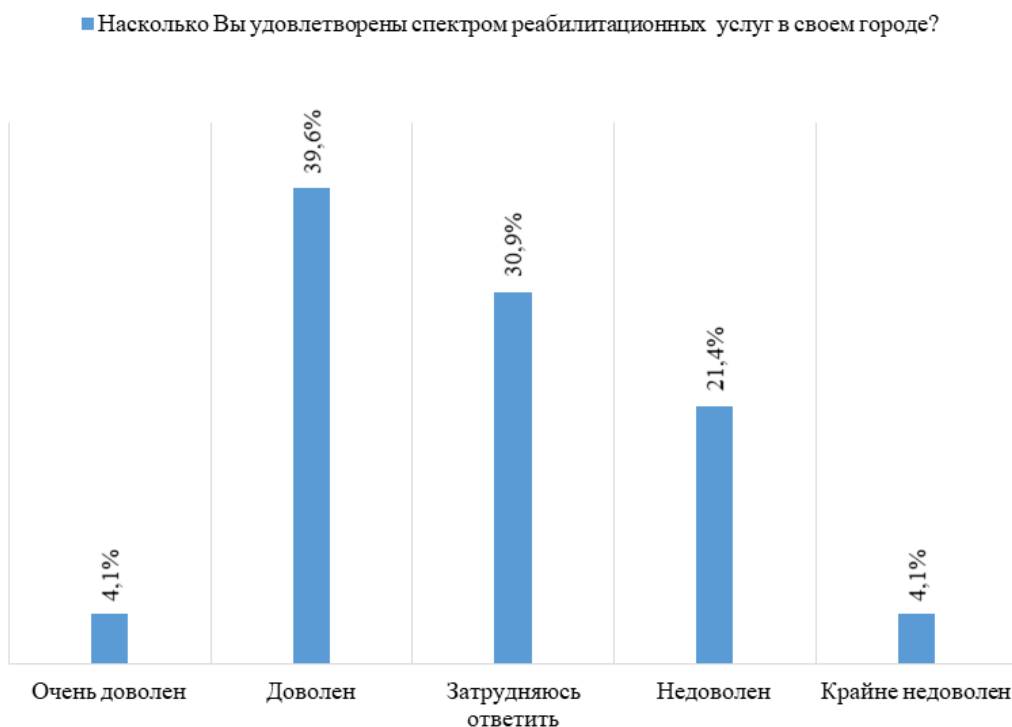


Рисунок 3 - Вопрос об удовлетворенности спектром оказанных реабилитационных услуг

На момент направления пациента, перенесшего КВИ, на реабилитацию самыми частыми жалобами были усталость и быстрая утомляемость (37,5+/-2,40%). Многих респондентов беспокоили мышечные боли (28,2+/-2,23%) и с одинаковой частотой (26+/-2,17%) встречались одышка и бессонница.

В целом 38,1+/-2,41% случаев не сообщали о каких-либо длительных симптомах. Распределение персистирующих симптомов было следующим: утомляемость/усталость (37,5+/-2,40%), проблемы со сном (30,1+/-2,27%), проблемы с дыханием (26,0+/-2,17%), боль (26,0+/-2,17%), страх и тревога (24,9+/-2,14%), ограничение движения (18,4+/-1,92%), изменения обоняния (17,3+/-1,87%) и вкуса (16,2+/-1,83%), сердечно-сосудистые заболевания (15,1%), дисфункция кишечника (14,0+/-1,7%) мышечные проблемы (12,0+/-1,61%) и дисфункция мочевого пузыря (7,9+/-1,34%).

Суммируя количество сообщений о проблемах в деятельности и участии на долгосрочном этапе, 179 участников (49,0+/-2,48%) от общей выборки сообщили о долгосрочных ограничениях активности и участия. В 56 случаях один (15,3+/-1,78%); в 23 случаях - два (6,3+/-1,20%); в 24 случаях три (6,6+/-1,23%); и в 76 случаях

сообщалось о четырех или более (20,8+/-2,01%) проблемах. Оценка толерантности к физической нагрузке показала, что у 37,3+/-2,40% больных по-прежнему отмечалась одышка. Таким образом, 64,8% опрошенных указали на своевременность получения реабилитационных услуг, 43,7+/-2,46% опрошенных были удовлетворены обслуживанием, 25,5+/-2,16% респондентов остались недовольны оказанными реабилитационными услугами. 74,6+/-2,16% пациентов имели клинически выраженное улучшение своего состояния, 13,1+/-1,67% выписывались без изменений, у 12,3+/-1,63% возникли осложнения в процессе получения реабилитационных услуг. Таким образом, эти результаты показывают, что долговременные симптомы после легкой и средней степени тяжести COVID-19 возможны и приводят к ограничению активности и участия. Однако, в большинстве случаев, они не очень серьезные и не приводят к частым или серьезным проблемам, связанным с качеством жизни или трудоспособностью. Здесь следует провести дальнейшие исследования для выявления причин и рисков длительной нетрудоспособности. Использование реабилитационной терапии должно начинаться на ранней стадии, чтобы обеспечить быстрое возвращение к ра-

боте. Важным фактором, в значительной степени определяющим мотивацию пациента к выздоровлению, либо наоборот – тормозящем процесс восстановления – является психологическое состояние и настрой больного. Поэтому оценка психологического состояния пациента в определенной мере позволяет прогнозировать направленность течения заболевания и регулировать ее. В тоже время, наше исследование показало высокую выраженность таких проявлений, как усталость, боль, нарушение сна и др, которые не учитываются при оценке ШРМ, также как большой ряд социально-психологических нарушений. Тогда как своевременное выявление данных отклонений позволяет провести их раннюю коррекцию. Тем более, что МКФ, широко внедряемая в Казахстане, как и во всем мире, содержит домены «активность и участие», «факторы окружающей среды», позволяющие оценивать эти нарушения. К ним относятся: отношение родственников к состоянию пациента, наличие транспортной инфраструктуры для реализации оптимального функционирования, адекватная среда обитания и прочие. Большинство из этих факторов реабилитационная команда учитывает в своей работе, но, как правило, не может использовать в качестве факторов, влияющих на результаты реабилитации. Именно всестороннее описание функционирования пациента позволяет составить реабилитационный диагноз, что дает возможность определить цель, задачи и составить индивидуальную программу медицинской реабилитации, а также оценить ее эффективность.

Помимо этого необходимо учитывать сопутствующие заболевания у пациента и наличие остаточных явлений. Недостаточность сбора данных о реабилитационных мерах делает необходимым создание единого отдела который будет объединять данные о проводимой реабилитации пациентов не только связанных с постковидным синдромом но и другими заболеваниями.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Организация реабилитационной помощи больным, перенесшим COVID-19 на амбулаторном этапе характеризуется обслуживанием

пациентов мультидисциплинарной группой в составе 5-6 специалистов, средней продолжительностью курса реабилитации 9,3+/-2,1 дня со средним количеством назначаемых реабилитационных процедур 8,6+/-1,7, отсутствием четкой статистики по реабилитации постковидных больных, недостаточным использованием Международной классификации функционирования. На амбулаторный этап реабилитации направлялись пациенты обоего пола, средний возраст которых составил 49,8 лет с высокой коморбидностью (84,6+/-1,79%).

2. (64,8+/-2,37%) пациентов, прошедших амбулаторный этап реабилитации после КВИ указывали на качество и своевременность получения реабилитационных услуг, (25,5+/-2,16%) остались недовольны оказанными реабилитационными услугами.

3. (74,6+/-2,16%) пациентов имели клинически выраженное улучшение своего состояния, 13,1% оставались без изменений, у (12,3+/-1,63%) возникли осложнения в процессе получения реабилитационных услуг. Долговременными проявлениями болезни являются одышка (37,3+/- 2,40%), тревожность (23,8 +/-2,11 %), нарушение привычного распорядка дня (18,1+/-1,91%). Снижение качества жизни определялось степенью тяжести КВИ и наличием долговременных проявлений болезни. Субъективные показатели «самочувствие», «активности» и «настроения» имели положительную динамику под действием реабилитационных мероприятий.

4. Исходя из выводов нашего опроса, выраженность таких проявлений, как усталость, боль, нарушение сна и др., а также большой ряд социально-психологических нарушений не учитываются при оценке шкалы реабилитационной маршрутизации (ШРМ), поэтому требуют расширения использования таких доменов Международной классификации функционирования, в реабилитации больных после перенесенной коронавирусной инфекции, как «активность и участие» и «Факторы окружающей среды».

ВЫВОДЫ

В нашем исследовании мы показываем, что анализ работы поликлиник выявил ряд про-

блем, требующих доработки: во-первых, отсутствует чёткая статистика по реабилитации больных, перенёвших коронавирусами инфекцию, недостаточное использование МКФ, которое способствует индивидуальному подходу к пациенту

Практические рекомендации

1. Разработанные реабилитационные программы пациентам, перенесшим КВИ, с учетом их психосоциальных особенностей могут использоваться врачами реабилитологами, участковыми врачами в проведении реабилитации дистанционно.
2. Реабилитационные программы пациентам, перенесшим КВИ, с учетом их психо-социальных особенностей лягут в основу методических рекомендаций по использованию МКФ при реабилитации постковидных больных по плану мероприятий Университета по клиническому ведению долгосрочных последствий COVID-19.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Coronavirus disease (COVID-19) Situation Report. World Health Organisation. 2019;1:1-26.
2. Zhou F, Yu T, Du R, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet* 2020; 395: 1054-1062.
3. Velavan TP, Meyer CG. The COVID-19 epidemic. *Trop Med Int Health*. 2020;25(3):278-280.
4. Zhou F, Yu T, Du R, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet* 2020; 395: 1054-1062.
5. Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020;395(10223):497-506.
6. Zou X, Chen K, Zou J, Han P, Hao J, Han Z. Single-cell RNA-seq data analysis on the receptor ACE2 expression reveals the potential risk of different human organs vulnerable to 2019-nCoV infection. *Front Med*. 2020;14(2):185-192. doi: 10.1007/s11684-020-0754-0. Epub 2020 Mar 12. PMID: 32170560; PMCID: PMC7088738.
7. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med*.

2020;382(8):727-733.

8. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report. World Health Organisation. 2020;26(1):1-50.
9. Lu R, Zhao X, Li J, Niu P, Yang B, Wu H, et al. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. *Lancet*. 2020;395(10224):565-574.
10. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020;395(10223):497-506.
11. Ян, Ф., Лю, Н., Ху, Дж.Й. и др. [Руководство по применению легочной терапии 4S для пациентов, инфицированных новым коронавирусом 2019 года (2019-nCoV)]. *Чжунхуа Цзе Хе Хе Ху Си За Чжи* 2020 ; 43: 180 – 182 .
12. Лю К., Чжан В., Ян Ю. и др . Респираторная реабилитация у пациентов с COVID-19: рандомизированное кардиологическое исследование. Дополнение *Ther Clin Pract* 2020 ; 39:10.
13. Стам, Х. Дж., Штуки, Дж., Бикенбах, Дж., Covid-19 и синдром после интенсивной терапии: призыв к действию . *J Rehab Med* 2020 ; 52: jrm00044.
14. Лю К., Чжан В., Ян Ю. и др . Респираторная реабилитация у пациентов с COVID-19: рандомизированное кардиологическое исследование. Дополнение *Ther Clin Pract* 2020 ; 39: 101166.
15. Брюльера Л., Спино А., Кастеллацци П. и др . Реабилитация пациентов с COVID-19. *J Rehabil Med* 2020 ; 52: jrm00046.
16. Томас П., Болдуин С., Биссет Б. и др . Физиотерапевтическое лечение COVID-19 в условиях стационара неотложной помощи: рекомендации клинической практики. *J Physiother* 2020;66: 73 – 82 .
17. Симпсон Р., Робинсон Л. Реабилитация после критических заболеваний у людей с инфекцией COVID-19 . *Am J Phys Med Rehabil* 2020 ; 99: 470 – 474 .
18. Kiekens, C, Boldrini, P, Andreoli, A, et al . Реабилитация и респираторная терапия в острой и ранней постострой фазе. «Мгновенная статья с мест» о реабилитационных ответах на вызывающую ситуацию Covid-19 . *Eur J Phys Rehabil Med* 2020 ; 56: 323 – 326 .
19. Влияние вспышки COVID-19 на реабилита-

ционные услуги и деятельность врачей физической и реабилитационной медицины (ФРМ) в Италии. Официальный документ Итальянского общества PRM (SIMFER). 2020;1:1-250.

20.Макнири Л., Мальцер С., Вердуско-Гутьеррес М. Навигация по коронавирусной болезни 2019 г. (Covid-19) в физиотерапии: отчет CAN для стационарных реабилитационных учреж-

дений. премьер - министр Р. Еруб перед печатью. 2020;3:25-50.

21.Smith, JM, Lee, AC, Zeleznik, H, et al . Лечение взрослых с синдромом после интенсивной терапии физиотерапевтом на дому и по месту жительства. Физ Тер 2020 ; 100: 1062 — 1073.

УДК 614.2

ИНФЕКЦИЯНЫҢ АЛДЫН АЛУ ЖӘНЕ ИНФЕКЦИЯЛЫҚ БАҚЫЛАУ БАҒДАРЛАМАСЫ ШЕҢБЕРІНДЕ АҚПАРАТТЫҚ ЖҮЙЕНІ ІСКЕ АСЫРУ ТУРАЛЫ

Текебаев Қ.Ө.

ҚР ДСМ «Қоғамдық денсаулық сақтау ұлттық орталығы» ШЖҚ РМК

kanat_7@mail.ru

ТҮЙІНДЕМЕ

Мақалада инфекцияның профилактикасы және инфекциялық бақылау бағдарламасы шеңберінде ақпараттық жүйені іске асыру мәселелері баяндалды. Қолданыстағы медициналық ақпараттық жүйелерде «эпидемиолог кабинеті» модулін әзірлеу медициналық ұйымдарда пилоттық жобаны іске қосуды көздейді, ол инфекциялық бақылау мамандарының жұмысы үшін цифрлық форматта іске асырылады, денсаулық сақтау объектісінде инфекциялық бақылаудың профилактикасы шеңберінде медициналық

персоналды ақпаратпен уақтылы қамтамасыз ету құралы болады, бұл ретте модульдің жұмыс істеуінің нәтижесі ақпараттық өнім - құжаттар, ақпараттық массивтер, деректер базасы және ақпараттық қызметтер болып табылады.

Түйінді сөздер: ақпараттық жүйе, цифрландыру, эпидемиолог кабинеті, инфекцияның профилактикасы және инфекциялық бақылау бағдарламалары, медициналық көмек көрсетуге байланысты инфекциялар, чек парақтары, тәуекелдер журналы, процестердің электрондық мониторингі, зертханалық зерттеулер.

О РЕАЛИЗАЦИИ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИИ И ИНФЕКЦИОННОГО КОНТРОЛЯ

Текебаев К.О.

РГП на ПХВ «Национальный центр общественного здравоохранения» МЗ РК

kanat_7@mail.ru

РЕЗЮМЕ

В статье изложены вопросы реализации информационной системы в рамках программы профилактики инфекции и инфекционного контроля. Разработка модуля «Кабинет эпидемиолога» в действующих медицинских инфор-

мационных системах предполагает запуск пилотного проекта в медицинских организациях, который будет инструментом реализованном в цифровом формате для работы специалистов инфекционного контроля, своевременного обеспечения медицинского персонала информацией в рамках профилактики инфекционного кон-

троля на объекте здравоохранения, при этом результатом функционирования модуля является информационная продукция - документы, информационные массивы, базы данных и информационные услуги.

Ключевые слова: информационная система, цифровизация, кабинет эпидемиолога,

программы профилактики инфекции и инфекционного контроля, инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи, чек листы, журнал рисков, электронный мониторинг процессов, лабораторные исследования.

ON THE IMPLEMENTATION OF THE INFORMATION SYSTEM WITHIN THE FRAMEWORK OF THE INFECTION PREVENTION AND INFECTION CONTROL PROGRAM

Tekebaev K.O.

«National center for public health» of the Ministry of healthcare of the Republic Kazakhstan

kanat_7@mail.ru

SUMMARY

The article describes the issues of implementing an information system within the framework of the infection prevention and infection control program. The development of the module «Epidemiologist's Office» in existing medical information systems involves the launch of a pilot project in medical organizations, which will be a tool implemented in digital format for the work of infection control specialists, timely provision of medical personnel

with information within the framework of infection control prevention at a healthcare facility, while the result of the module is information products - documents, information arrays, databases and information services.

Keywords: information system, digitalization, epidemiologist's office, infection prevention and infection control programs, infections related to medical care, checklists, risk log, electronic monitoring of processes, laboratory studies.

ВВЕДЕНИЕ

В современном мире информационные системы (ИС) и информационные технологии получили достаточно широкое распространение и интегрированы во все сферы жизни человека. Информационные процессы присутствуют во всех областях медицины и здравоохранения. От их упорядоченности зависит четкость функционирования отрасли в целом и эффективность управления ею [1]. За рубежом принято использовать термин HIS (Hospital Information System) – госпитальная информационная система для комплексного управления всеми процессами медобслуживания, включая юридический аспект. Дополнениями к ней могут быть специфические модули, например, RIS (Radiology Information System) – радиологическая информационная система или PACS (Picture Archiving and Communication System) – система сохранения медицинских изображе-

ний. Отдельный вид МИС – лабораторные информационные системы (Laboratory Information Management Systems) и аптечные информационные системы (АИС). Они могут частично или полностью реализовываться в виде отдельных компонентов комплексной медицинской информационной системы [2]. В Казахстане одними из основополагающих принципов цифрового здравоохранения являются: реализация принципов здравоохранения посредством цифровизации данных и процессов в отрасли; поддержка повышения эффективности системы здравоохранения; поддержка повышения качества медицинских услуг [3].

Комплексная медицинская информационная система (КМИС) - система автоматизации документооборота для медицинских учреждений, в которой объединены система поддержки принятия врачебных решений, электронные медицинские карты пациентов, данные медицинских исследований в цифровой форме,

данные мониторинга состояния пациента с медицинских приборов, средства общения между сотрудниками, финансовая и административная информация. КМИС предназначена для своевременного обеспечения медицинского персонала информацией, для удовлетворения конкретных информационных потребностей в рамках медицинской деятельности, при этом результатом функционирования ИС является продукция в виде - документов, информационных массивов, базы данных и информационных услуг [4]. На сегодняшний день, модули КМИС не адаптированы под работу эпидемиолога в соответствии с должностными обязанностями. Вкладки, уже разработанные в КМИС, не применяются в работе эпидемиолога, так как распределены по разным модулям и обучение для специалистов по работе с КМИС не проводилось. По итогам анализа наблюдается тенденция к повышению оперативности выполнения противоэпидемических мероприятий при условии оптимизации КМИС в работе эпидемиолога. Результаты исследования показали, что эпидемиологи готовы работать с КМИС и им было бы удобнее, если бы был предложен отдельный раздел для специалистов данного профиля [5].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработка модуля «Кабинет эпидемиолога» в действующих медицинских информационных системах, который будет инструментом реализованном в цифровом формате для работы врача эпидемиолога и специалистов инфекционного контроля, своевременного обеспечения медицинского персонала необходимой информацией в рамках профилактики инфекционного контроля на объекте здравоохранения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

РГП на ПХВ «Национальный центр общественного здравоохранения» МЗ РК (далее-НЦОЗ) с 2021 года в рамках выполнения государственного задания, начата разработка концепции и технического задания системы сбора данных, оценки и мониторинга программ профилактики инфекции и инфекционного

контроля (ПШИК) при оказании медицинской помощи. Подготовлено и согласовано с Департаментом развития электронного здравоохранения Министерства здравоохранения РК техническое задание по разработке системы сбора данных, оценки и мониторинга инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП).

В 2022 году начата отработка компонентов системы (чек-листы, форма производственного контроля, кодировка симптоматического ряда связанных с ИСМП) с пилотными мед организациями и техническая реализация внедрения данного модуля в МИС.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В краткосрочной перспективе нами предусмотрена разработка модуля «Кабинет эпидемиолога», который представляет собой инструмент из шести компонентов, для работы госпитального эпидемиолога и специалистов инфекционного контроля в медицинской организации. В долгосрочной перспективе предполагается разработка санитарно-эпидемиологической системы по учету ИСМП на многоуровневой основе, которая организует эффективную коммуникацию между всеми участниками системы, в том числе специалистами центральных госорганов (МЗ, КСЭК), территориальных Управлений здравоохранения, Департаментов СЭК, госпитальными эпидемиологами, клиницистами, фармакологами, занимающимися лечебно-диагностическими процессами и лабораторными специалистами. Разработанный проект модуля «Кабинет эпидемиолога», системы мониторинга и инфекционного контроля на объекте здравоохранения предусматривает следующие принципы:

1. Определение перечня наиболее важных компонентов для построения структуры модуля «Кабинет эпидемиолога».

2. Выбор оптимально достаточных показателей, для сбора и концентрации информации для анализа электронного паспорта здоровья (ЭПЗ) пациентов с признаками ИСМП, также информацию, позволяющую объективно оценить санитарно-эпидемиологическую обстановку, риски дестабилизации эпидемиологической

безопасности в организации здравоохранения.

Модуль состоит из шести системных компонентов.

Первый компонент, «Электронный мониторинг ЭПЗ пациентов с симптомами ИСМП»

Известно, что высокая температура тела - это защитная реакция организма, которая помогает иммунной системе бороться с вирусами, бактериями и другими возбудителями инфекции. Этот симптом весьма распространен при большинстве инфекционных заболеваний, в том числе и ИСМП. В связи с чем данный симптом был определен как основной индикатор. Наряду с повышением температуры тела, определен симптоматический ряд признаков инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи. К таким симптомам отнесены послеоперационные осложнения, такие как нагноения, флегмона, абсцесс, у рожениц эндометрит, сепсис, гнойно септические инфекции (ГСИ), у новорожденных гнойный омфалит, сепсис, пневмонии, локализованные инфекции кожи, другие ГСИ. Инфекции, связанные с проведением процедур, постановкой различных внутривенных и мочевых катетеров (ЦВК, ПВК, МК и др.). Данные симптомы у пациента, который ранее был подвергнут различным медицинским манипуляциям может сигнализировать о возможном наличии у пациента инфекции, связанной с оказанием медицинской помощи.

МИС формирует список пациентов, с сохраняющейся повышенной температурой тела и симптомами характерными для ИСМП, с доступом специалиста инфекционного контроля в ЭПЗ. Список пациентов направляется для анализа в личный кабинет эпидемиолога.

На основании вышеизложенного, получение списка пациентов, позволит вовлечь врача эпидемиолога в процесс дифференциальной диагностики и исключить возможное наличие у пациента инфекции, связанной с оказанием медицинской помощи.

В личном кабинете врача эпидемиолога, при работе со списком пациентов с повышенной температурой тела и другими симптомами характерных для ИСМП обеспечивается функциональная кнопка «исключить», подразумевающая исключение из списка тот или иной

электронный паспорт здоровья, в связи с отсутствием достаточных оснований для ИСМП. Исключенные эпидемиологом ЭПЗ пациентов фиксируются отрицательным индикатором ИСМП, для дальнейшей работы участковым врачом. Пациенты, которые не исключены, сохраняются до выяснения обстоятельств и завершения полного диагностического обследования.

Второй компонент-чек-листы. Чек-листы используют, чтобы организовать рабочие процессы. Часто чек-листы, это не подробный перечень задач, а список пунктов, обязательных к проверке. Сегодня чек-лист широко используют как самостоятельный информационный продукт во всех отраслях экономики. Передовые больницы используют контрольные списки, чтобы остановить распространение внутрибольничных инфекций [6]. Нами разработаны чек-листы отдельно для поликлиник и для стационаров, так как имеются принципиальные различия между работой этих лечебных учреждений. Во-первых, это время пребывания пациентов в лечебном учреждении, прием и распределение больных, режимы лечения и другое. Естественно, содержание чек-листа может быть изменено под задачи и специфику другой медицинской организации посредством настроек и конфигурирования. Предполагается, что заполнение чек-листов в каждом отделении будет проводить старшая медицинская сестра или другой подготовленный медицинский работник (ответственный за инфекционный контроль в отделении). Простота заполнения чек-листа не требует специальных углубленных знаний в области ПИИК. Чек-листы будут внесены отдельной вкладкой в МИС и по заполнению нажатием кнопки «Завершить» будет отправлено в систему. В свою очередь эпидемиолог данного учреждения здравоохранения в модуле «Кабинет эпидемиолога», после заполнения и отправки чек-листа ответственным лицом отделения, может видеть результаты заполнения чек-листа и оценить уровень инфекционной безопасности в отделении по установленным (запрограммированным) показателям. Каждый показатель приравнен к определенному количеству баллов, которые затем автоматически суммируются и выводятся процент соответствия отделения к

ПШИК. В целях внутреннего аудита эпидемиологом может быть проверено любое отделение на достоверность заполнения чек-листов. В случае выявления несоответствий эпидемиологом принимаются соответствующие меры. Посредством данного инструмента предоставляется возможность частичного освобождения эпидемиолога от рутинных процессов и больше времени уделять аналитической работе по выявлению факторов, способствующих развитию ИСМП. Данный инструмент не требует постоянных обновлений или дополнений, так как создаётся для проверок повторяющихся процессов. Чек-лист удобен не только как прикладной инструмент проверки каких-либо процессов, но и как информационный продукт. Он достаточно быстро создаётся, легко заполняется и обеспечивая оперативность выявления факторов риска.

По функциональности чек-лист инфекционной безопасности можно разделить по следующим тематическим блокам: наличие медицинской документации (СОПы, учетно-отчетные формы, инструктажи и т.п.); организация работы отделения (разъяснительная работа с пациентами, наглядная агитация, обеспечение санитарными узлами с умывальниками, антисептиками, вентиляция, обеззараживание воздуха, температурный режим, укомплектованность штата, медосмотры, вакцинация, обучение персонала вопросам ПШИК); гигиена рук (наличие и оснащение станции для гигиены рук, памятки мытья рук, аудит гигиены рук); средства индивидуальной защиты (наличие СИЗ, правильность использования СИЗ); обработка помещений (оснащенность уборочным инвентарем, моющими средствами, использование СИЗ, правильность проведения уборок, внутренний контроль); стерилизационный/дезинфекционные мероприятия (обеспеченность дезсредствами, правильность приготовления растворов, соблюдение правил проведения дезинфекции и стерилизации); управление медицинскими отходами (обеспеченность КБСУ, использование СИЗ, соблюдение правил сбора, хранения и утилизации мед отходов)

Третий компонент, электронный мониторинг производственного контроля.

Производственный контроль - это комплекс

мероприятий, в том числе лабораторных исследований и испытаний производимой продукции, работ и услуг, выполняемых индивидуальным предпринимателем или юридическим лицом, направленных на обеспечение безопасности и (или) безвредности для человека и среды обитания [7]. Результаты производственного контроля будут вводиться в электронный журнал ПК «Лабораторные исследования и замеры» ответственными лицами по мере получения результатов производственного контроля. Данные производственного контроля архивируются и хранятся в базе данных. Система будет отслеживать своевременность, кратность и результаты производственного контроля и при выявлении нарушений сигнализировать. При выявлении несоответствии по результатам производственного контроля система автоматически отправляет данные в электронный «журнал рисков», и ставит отделение на контроль. Таким образом, в личном кабинете эпидемиолога отображается общая ситуация по факторам риска с учетом которых принимаются оперативные решения по профилактике ИСМП на объекте.

Четвертый компонент, «Журнал рисков». Цель данного модуля заключается в обеспечении внутреннего контроля качества и безопасности медицинских услуг (в электронном формате), оказываемых структурными подразделениями организации здравоохранения. В период деятельности объекта здравоохранения, плановых и внеплановых проверок контролируемых организаций в области санитарно – эпидемиологической безопасности, внутреннего аудита, формируется перечень структурных подразделений объекта здравоохранения, в которых были выявлены нарушения эпидемиологической безопасности.

В этой связи, контроль врача эпидемиолога по выявленным нарушениям и специалистам, допустивших данные нарушения, должна быть индивидуальным.

Основные задачи данного «Журнал рисков» следующие:

- Сформировать список структурных подразделений и специалистов организации здравоохранения, требующие индивидуального мониторинга, представляющих риск повторного

нарушения эпидемиологической безопасности;

- разработка индивидуальных показателей мониторинга и кратность обследования для данной категории структурных подразделений. Каждое мероприятие может подразумевать получение проходных баллов;

- удаление из «Журнала рисков» в случае деятельности без замечаний и нарушений в течении 3-6 месяцев (получение пороговых проходных баллов), данного отделения или специалиста;

- внесения плана обучения, фиксация исполнения (факта проведения обучения) и оценка знаний.

Неудовлетворительные результаты производственного контроля и неудовлетворительные результаты чек-листов будут автоматически поступать в «Журнал рисков», при этом указывается дата, отделение и ответственные лица.

Пятый компонент, индикатор «Контроль эпидемиологом». Нередко, с целью дифференциальной диагностики и исключения инфекционной патологии, клиническим специалистам здравоохранения требуется консультация врачей эпидемиологов. Система взаимодействия клинических медицинских работников (врачей хирургов, реаниматологов, терапевтов и др.) с врачом эпидемиологом в медицинской информационной системе организации здравоохранения, предусматривается посредством индикатора «контроль эпидемиологом». С целью обеспечения взаимодействия необходима разработка визуального индикатора (маркера) «контроль эпидемиологом» на титульном листе электронного паспорта здоровья. Функционал данного индикатора (маркера) подразумевает визуальную отметку врачом клиницистом о необходимости консультации врача эпидемиолога. При этом врач эпидемиолог может видеть электронный паспорт здоровья пациента в кабинет эпидемиолога для изучения и возможного исключения профильной патологии. Для возможности исключения врачом эпидемиологом из списка мониторинга ЭПЗ пациента, предусматривается функция использования кнопки «исключить». Не исключённые эпидемиологом ЭПЗ пациентов сохраняются в личном кабинете до выяснения обстоятельств.

Шестой компонент, мониторинг лабораторных результатов пациентов. Лабораторные исследования являются необходимым компонентом в постановке точного диагноза и последующем назначении адекватного и правильного лечения. По данным ВОЗ, при помощи лабораторных анализов специалист получает примерно до 80% точной информации о состоянии здоровья пациента. Для клинических специалистов и врача эпидемиолога, при изучении и мониторинге состояния пациента, необходимо получение результатов лабораторных исследований. Данный функционал возможно внедрить путем разработки индикатора (маркера) «мониторинг лабораторных результатов пациента», который обеспечит следующее:

- визуальная отметка необходимости мониторинга за результатами лабораторного исследования врачом эпидемиолога на титульном листе в электронном паспорте здоровья пациента;

- автоматического уведомления врача эпидемиолога о получении и внесении в электронный паспорт здоровья новых результатов исследований, готовых для просмотра и ознакомления.

В данном случае врач эпидемиолог получает доступ к лабораторным анализам пациента.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данный модуль предназначен для работы госпитальных эпидемиологов и эпидемиологов поликлиник с целью централизации медицинской информации о пациенте с признаками ИСМП, о факторах влияющих на возникновение ИСПМ, а также повышения уровня взаимодействия между врачами клиницистами и эпидемиологом (медработниками инфекционного контроля) данного лечебного учреждения.

ВЫВОДЫ

1. Представленное в статье описание конкретных функциональных возможностей модуля «Кабинет эпидемиолога» позволит оценить риски возникновения ИСМП в структурных подразделениях медицинской организации.

2. Модуль «Кабинет эпидемиолога» в МИС облегчит врачу эпидемиологу сбор необходимой информации в электронном формате

и позволит ускорить аналитический процесс принятия решения по случаям ИСПМ и дальнейшего предотвращения заражения и недопущения распространения ИСПМ среди пациентов, обслуживающего персонала и посетителей учреждений здравоохранения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1.Бородулин А.Н., Емельянов С.В. Экономическая эффективность внедрения информационных систем в компаниях. Тверской государственный технический университет, статья в сборнике трудов конференции, с. 159-165, 2021. УДК: 004:338.
- 2.Sanders D.L., Kern S.I. What the HITECH Act means for you. Data breach rules require new procedures//Medical economics. - 2010. - 87(6). - P. 26-29.
- 3.Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» статья 57, глава 7 (с изменениями и дополнениями по со-

стоянию на 04.09.2022 г.).

- 4.Ваганова Е.В. Медицинские информационные системы как объект оценки: факторы и тенденции развития. Вестник Томского государственного университета. Экономика. 2017. №37.
- 5.Хамзина А.М. «Оптимизация медицинской информационной системы в работе эпидемиолога». Диссертация на соискание академической степени магистра, 7М10119 - Общественное здравоохранение УДК 616–036.22:004, г. Караганда, 2021 г.
- 6.Christov, C. et. al. Smart Checklists to Improve Healthcare Outcomes. 2016 International Workshop on Software Engineering in Healthcare Systems.
- 7.Приказ Министра национальной экономики Республики Казахстан от 6 июня 2016 года № 239 Об утверждении Санитарных правил Санитарно-эпидемиологические требования к осуществлению производственного контроля».

ЖҰҚПАЛЫ ЕМЕС АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ ЖӘНЕ ОНЫМЕН КҮРЕСУ ПРОФИЛАКТИКА И БОРЬБА С НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ PREVENTION AND CONTROL OF NON-COMMUNICABLE DISEASES

УДК 614.23

ХАЛЫҚТЫҢ МАҚСАТТЫ ТОБЫНДА ҚАНТ ДИАБЕТІН ЕРТЕ АНЫҚТАУ ҮШІН СКРИНИНГТІК ТЕКСЕРУ НӘТИЖЕЛЕРІН БАҒАЛАУ

Конуршина Г.И., Калмакова Ж.А. Токбергенов Е.Т. Аскарлов К.А.,
Имашева Б.С., Байтуякова Г.Т.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің
«Қоғамдық денсаулық сақтау ұлттық орталығы» ШЖҚ РМК. Астана қ.

g.konurshina@hls.kz , zha_kalmakova@mail.ru , azpp60@mail.ru , kuandyk03@mail.ru ,
b.imasheva@hls.kz , g.baituyakova@hls.kz

ТҮЙІНДЕМЕ

Бұл мақала қант диабетін ерте анықтау үшін скринингтік тексерулердің нәтижелерін талдауға арналған, осы патологиямен динамикалық бақылауда тұрмаған 40-70 жас аралығындағы әйелдер мен ер адамдар тексерілді. 2020 жылдың ұқсас кезеңімен салыстырғанда, 2021 жылы

жүргізілген скринингтік тексеру нәтижесінде қант диабетіне тексерілген науқастар үлесінің ұлғайғандығы байқалады, қант диабетінің анықталған жағдайларының үлес салмағы 1,0% құрады, сондай-ақ 2020 жылмен салыстырғанда едәуір өскені байқалды. Анықталған қант диабетімен ауыратын науқастарды диспансерлік бақылаумен қамту көрсеткіші 0,5%-ға аздап

төмендегенін көрсетті.

анықтау, қант диабеті.

Түйінді сөздер: скрининг, денсаулық, ерте

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ СКРИНИНГОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НА РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА ЦЕЛЕВОЙ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ

Конуршина Г.И., Калмакова Ж.А. Токбергенов Е.Т. Аскарров К.А.,
Имашева Б.С., Байтуякова Г.Т.

РГП на ПХВ «Национальный центр общественного здравоохранения»
Министерства здравоохранения Республики Казахстан. г. Астана

g.konurshina@hls.kz, zha_kalmakova@mail.ru, azpp60@mail.ru, kuandyk03@mail.ru,
b.imasheva@hls.kz, g.baituyakova@hls.kz

РЕЗЮМЕ

Данная статья посвящена анализу результатов скрининговых обследований на раннее выявление сахарного диабета, были осмотрены женщины и мужчины в возрасте 40-70 лет, не состоящие на динамическом наблюдении с данной патологией. В результате проведенного скринингового обследования за 2021 год отмечено увеличение доли осмотренных пациентов

на сахарный диабет в сравнении с аналогичным периодом 2020 года, удельный вес выявленных случаев сахарного диабета составил 1,0%, также отмечено незначительное увеличение по сравнению с 2020 годом. Охват диспансерным наблюдением выявленных пациентов с сахарным диабетом замечено небольшое уменьшение показателя на 0,5%.

Ключевые слова: скрининг, здоровье, раннее выявление, сахарный диабет.

EVALUATION OF SCREENING RESULTS FOR EARLY DETECTION OF DIABETES AMONG THE TARGET POPULATION

Konurshina G.I., Kalmakova Z.A., Tokbergenov E.T., Askarov K.A.,
Imasheva B.S., Baytuyakova G.T.

RSE on REM «National Center for Public Health» of the Ministry of Health of the Republic of
Kazakhstan, Astana

g.konurshina@hls.kz, zha_kalmakova@mail.ru, azpp60@mail.ru, kuandyk03@mail.ru,
b.imasheva@hls.kz, g.baituyakova@hls.kz

RESUME

This article is devoted to the analysis of the results of screening examinations for the early detection of diabetes mellitus. Men and women aged 40 to 70 years who were not under dispensary observation with diabetes were examined.

As a result of the screening examination for 2021, an increase in the proportion of patients examined

for diabetes mellitus was noted compared to the same period in 2020, the proportion of detected cases of diabetes mellitus was 1.0%, which shows a slight increase compared to 2020. Dispensary observation coverage of identified patients with diabetes mellitus showed a slight decrease by 0.5%.

Keywords: screening, health, early detection, diabetes mellitus.

ВВЕДЕНИЕ

Скрининг в медицине представляет собой специальную медицинскую стратегию ранней диагностики, раннего выявления заболеваний.

В отличие от остальных медицинских направлений, при скрининге тесты выполняются на фоне отсутствия клинических признаков болезни или наличия нечеткой клинической

картины.

Задачей скрининга является раннее выявление заболеваний, что позволяет своевременно оказать медицинскую помощь и способствует излечению и снижению уровня преждевременной смертности.

Сахарный диабет – группа эндокринных заболеваний, связанных с нарушением усвоения глюкозы и развивающихся вследствие абсолютной или относительной (нарушение взаимодействия с клетками-мишенями) недостаточности гормона инсулина, в результате чего развивается гипергликемия – стойкое увеличение содержания глюкозы в крови. Заболевание характеризуется хроническим течением, а также нарушением всех видов обмена веществ: углеводного, жирового, белкового, минерального и водно-солевого.

Распространённость сахарного диабета в популяциях человека, в среднем, составляет 1-8,6%, заболеваемость у детей и подростков примерно – 0,1-0,3%. С учётом не диагностированных форм, это число может в некоторых странах достигать 6%. По данным статистических исследований, каждые 10-15 лет число людей, болеющих диабетом, удваивается, таким образом, сахарный диабет становится актуальной медико-социальной проблемой. По данным Международной диабетической федераций (Брюссель), на 1 января 2016 года, в мире около 415 миллионов людей в возрасте от 20 до 79 лет страдают диабетом, и при этом половина из них не знает о своём заболевании. А к 2040 году прогнозируется рост числа людей, страдающих диабетом до 642 миллиона человек.

Также следует отметить, что со временем увеличивается доля людей, страдающих 1-м типом сахарного диабета. Это связано с улучшением качества медицинской помощи населению и увеличением срока жизни лиц с диабетом 1-го типа.

Важной особенностью сахарного диабета является отсутствие или слабая выраженность симптоматики. И это диктует необходимость раннего выявления категории лиц с признаками метаболического синдрома для проведения коррекции имеющихся обменных нарушений с целью предупреждения и приостановления развития тяжелых осложнений и течений са-

харного диабета.

В настоящее время используются 3 основных вида скрининга (ВОЗ,1994): популяционный, целенаправленный и скрининг лиц с высокой степенью риска. В нашей стране скрининговые обследования на раннее выявление сахарного диабета реализуются в рамках Национальной скрининговой программы и во исполнение приказа и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан № ҚР ДСМ-174/2020 от 30 октября 2020 года «Об утверждении целевых групп лиц, подлежащих скрининговым исследованиям, а также правил, объема и периодичности проведения данных исследований», все скрининговые обследования регламентируются статьей 87. Скрининговые исследования Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК. «О здоровье народа и системе здравоохранения».

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка результатов скринингового обследования 2021 года на раннее выявление сахарного диабета целевой группы населения, не состоящих на динамическом наблюдении с данной патологией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалом для оценки явились результаты скрининговых обследований, проведенные организациями, оказывающие амбулаторно-поликлиническую помощь в том числе первично медико-санитарную помощь в 2021 году среди целевой группы населения в возрасте 40- 70 лет, не состоящие на динамическом наблюдении с диагнозом «Сахарный диабет». Правила прохождения скрининга, утверждены приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан № ҚР ДСМ-174/2020 от 30 октября 2020 года «Об утверждении целевых групп лиц, подлежащих скрининговым исследованиям, а также правил, объема и периодичности проведения данных исследований» и включают в себя порядок проведения скрининговых исследований на раннее выявление сахарного диабета.

Анкетирование на выявление поведенческих факторов риска, позволяет оценить физическую активность, объем талии, индекс

массы тела. Анкетные опросы повышают информированность населения относительно симптомов болезни и описывают факторы риска, которые могут привести к заболеванию. Анкета включает следующие данные: пол, возраст, уровень физической активности, вредные привычки (курение, алкоголь) сахарный диабет в анамнезе у родственников.

Биохимические скрининговые тесты включают определение уровня глюкозы крови, показатели могут измеряться натощак, случайно, при нагрузке глюкозой. При выявлении повышенного уровня глюкозы крови (более 7,0 ммоль/л) - направляют пациента на консультацию к участковому терапевту/ВОП по месту жительства, при наличии клинических признаков сахарного диабета (жажда, полиурия, слабость, нарушения зрения), индекс массы тела выше 25, направляют к эндокринологу.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Скрининговые осмотры взрослого населения, направленные на профилактику, раннее выявление и предупреждение развития сахарного диабета, проводятся специалистами организаций первичного звена здравоохранения. При скрининговом осмотре лиц, входящих в целевые группы, исследования проводились согласно правилам, объему и периодичности проведения скрининговых обследований с участием мужчин и женщин, в возрасте от 40 до 70 лет, не состоящие на динамическом наблюдении с диагнозом сахарный диабет.

Анализ полученных результатов проводили с помощью общепринятых методов медицинской статистики. Скрининг-обследование на раннее выявление сахарного диабета в 2021 году было охвачено 96,6% из числа подлежащих данному обследованию. В ходе обследований было выявлено 15 398 человек, что составляет 1,0%. Из них взято на «Д» учет 11 966 человек – 77,7%.

Таблица 1 – Охват целевых групп населения РК на раннее выявление сахарного диабета в разрезе областей за 2021 год

Области	Запланировано обследований	Обследовано		Выявлено		Взято на Д-учет	
		абс	%	абс	%	абс	%
Акмолинская	69879	69879	100,0	477	0,7	452	94,8
Актюбинская	71369	76204	106,8	732	1,0	331	45,2
Алматинская	230885	217621	94,3	1852	0,9	1091	58,9
Атырауская	53265	50222	94,3	1989	4,0	1350	67,9
ВКО	116018	114704	98,9	669	0,6	480	71,7
Жамбылская	100942	100384	99,4	796	0,8	645	81,0
ЗКО	57414	58482	101,9	641	1,1	413	64,4
Карагандинская	128414	139543	108,7	564	0,4	328	58,2
Костанайская	85965	67340	78,3	590	0,9	590	100,0
Кызылординская	65091	65836	101,1	637	1,0	597	93,7
Мангистауская	78184	51117	65,4	789	1,5	414	52,5
Павлодарская	60602	55356	91,3	528	1,0	468	88,6
СКО	62662	54008	86,2	406	0,8	403	99,3
Туркестанская	145380	146264	100,6	1338	0,9	1287	96,2
г. Шымкент	56854	61591	108,3	584	0,9	569	97,4
г. Алматы	145495	143789	98,8	1867	1,3	1766	94,6
г. Астана	61802	63270	102,4	939	1,5	782	83,3
РК	1590221	1535610	96,6	15398	1,0	11966	77,7

Из данных таблицы 1 следует, что в 2021 году скринингу на выявление сахарного диабета подлежало 1 590 221 человек из целевой

группы населения в возрасте 40-70 лет, обследованием было охвачено 1 535 610 человек.

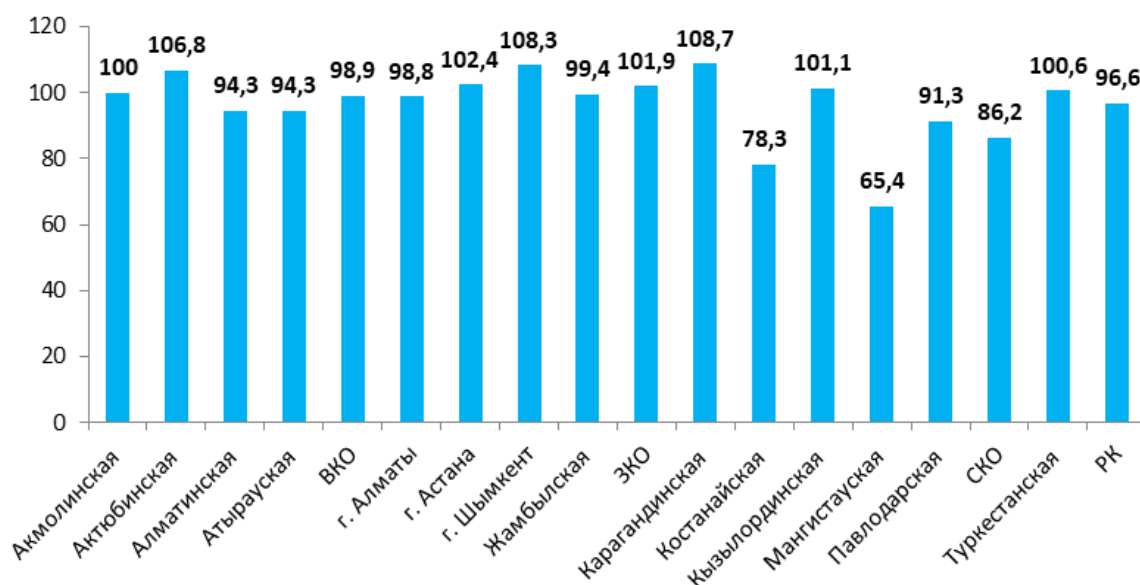


Таблица 1 – Охват целевых групп населения РК на раннее выявление сахарного диабета в разрезе областей за 2021 год

Как видно из рисунка 1, что в 8 регионах страны, а именно Акмолинской, Актюбинской, Западно-Казахстанской, Карагандинской Кызылординской, Туркестанской и в городах Шымкент и Астана охват был более 100% осмотренных. Наименьший процент в Мангистауской области – 65,4%. При республиканском показателе – 96,6%.

Анализ полученных данных в ходе проведения скрининг – обследований на раннее выявление сахарного диабета показал, что в 2021

году было впервые выявлено среди целевой группы населения в возрасте 40-70 лет, не состоящих на динамическом наблюдении – 15 398 пациентов.

В разрезе областей наиболее высокий удельный вес выявленных пациентов с сахарным диабетом из числа осмотренных по РК, отмечен в Атырауской области – 4,0%, наименьший удельный вес выявленных в Карагандинской области – 0,4% случаев сахарного диабета, (рисунок 2).

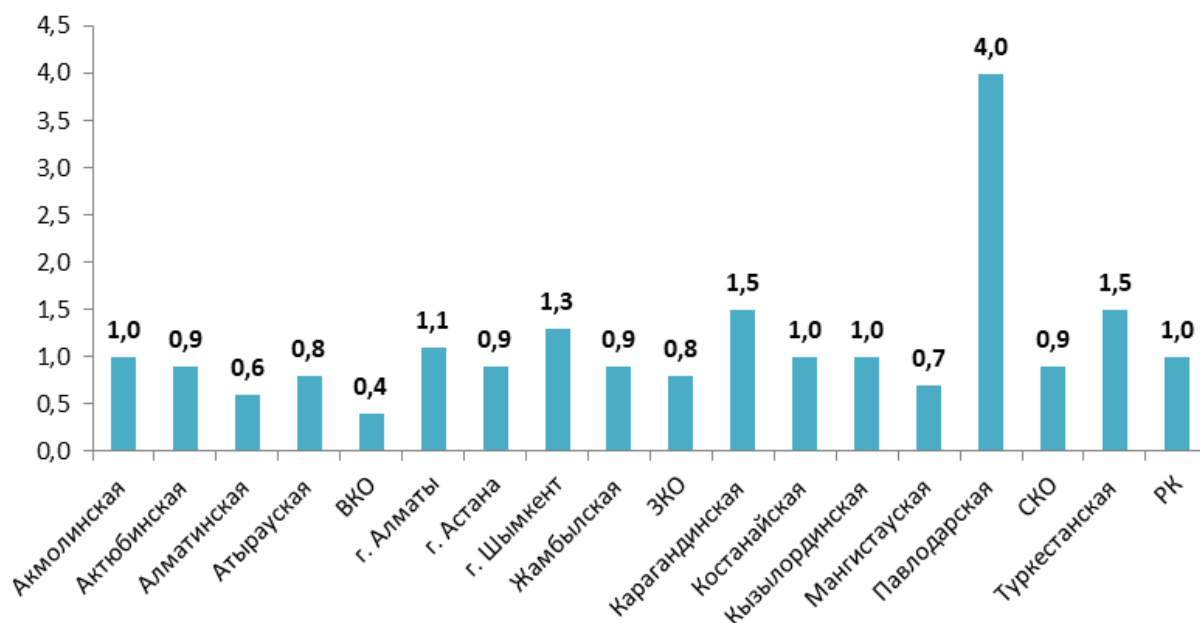


Рисунок 2 – Удельный вес пациентов с сахарным диабетом в 2021 году.

Диспансеризация пациентов с сахарным диабетом направлена на профилактическое лечение и осуществляется под наблюдением врача поликлиники. Полноценная профилактическая терапия должна содержать комплекс мероприятий: соблюдение режима питания и диеты, отказ от курения и приема алкогольных напитков, удлинение времени сна до 10 ч, лечение сопутствующих заболеваний, психотерапевтические и физиотерапевтические воздействия, а также санаторно-курортное и медикаментозное лечение. Поэтому немаловажную роль в достижении контроля за течением сахарного диабета играет диспансеризация.

В 17 регионах страны при скрининговом обследовании целевой группы населения за 2021

год на динамическое наблюдение взято 77,7%. В разрезе областей из числа выявленных пациентов с сахарным диабетом на «Д» учет взято 100% в Костанайской области. Наименьшее количество взятых на «Д» учет в Актыбинской области – 45,2%, (рисунок 3).

Результаты биохимических скрининговых тестов, а именно для определения ранних нарушений углеводного обмена проводится анализ на гликемию.

За отчетный период 2021 года уровень гликемии был определен у 1 535 610 человек, осмотренных на наличие сахарного диабета (100%). Уровень глюкозы в норме выявлен у 1 477 806 человек (96,2%), а гипергликемия у 57 804 человек (3,8%).

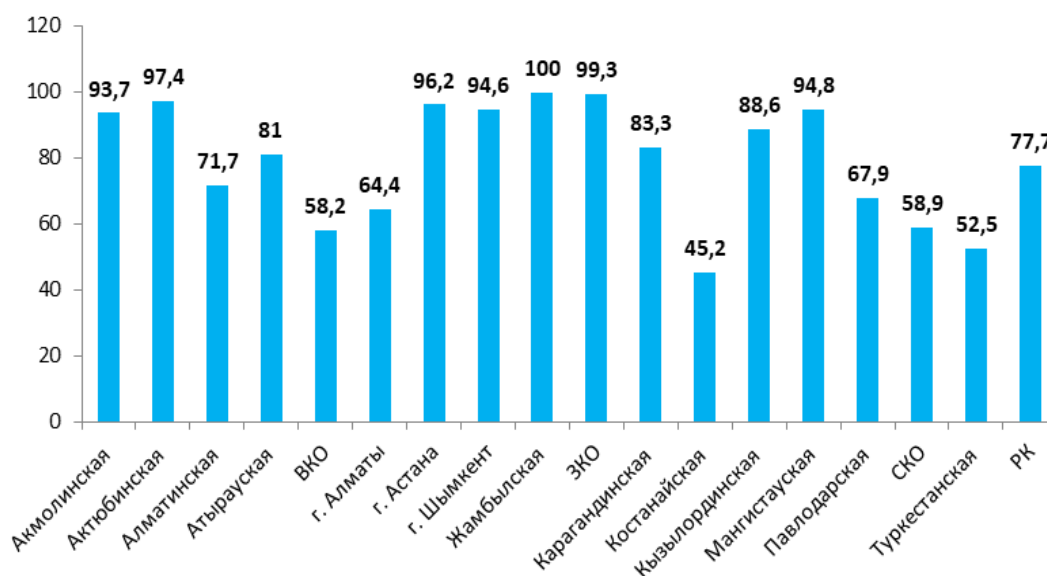


Рисунок 3 – Удельный вес взятых на «Д» учет из числа выявленных с сахарным диабетом в 2021 году.

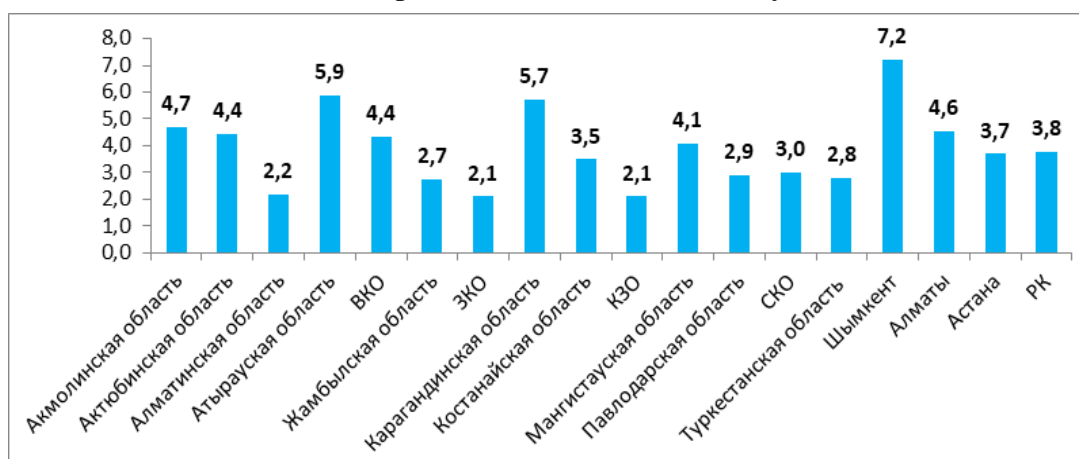


Рисунок 4 – Доля пациентов с сахарным диабетом с выявленной гипергликемией из числа обследованных по РК в 2021 году.

На рисунке 4, наглядно видно значительное число случаев гипергликемии выявлено в городе Шымкент – 7,2%, наименьшее количество в Кызылординской и Западно-Казахстанской областях – 2,1%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в результате проведенного скринингового обследования за 2020-2021 годы можно сделать следующие выводы:

1. За 2021 год отмечается увеличение доли осмотренных пациентов на сахарный диабет в сравнении с аналогичным периодом 2020 года и составляет – 96,6% и 93,2%, соответственно.

2. Удельный вес выявленных случаев СД составляет 1,0%, имеет место незначительное увеличение по сравнению с 2020 годом – 0,78%.

3. В разрезе областей наиболее высокий удельный вес выявленных пациентов с сахарным диабетом из числа осмотренных по РК, отмечен в Атырауской области – 4,0%, наименьший удельный вес выявленных в Карагандинской области – 0,4% случаев заболевания.

4. По охвату диспансерным наблюдением выявленных пациентов с сахарным диабетом отмечается незначительное уменьшение показателя до 77,7% (78,2% за 12 месяцев 2020 года).

5. В разрезе областей из числа выявленных пациентов с сахарным диабетом на «Д» учет взято 100% Костанайской области. Наименьшее количество взятых на «Д» учет по Актыбинской области – 45,2.

6. При проведении скрининга выявлено инсулинозависимый диабет 829 (5,4%), инсулиннезависимый сахарный диабет 12764 (82,9%), другие типы диабета 1805 (11,7%).

ВЫВОДЫ

В контексте полученных данных можно отметить, что необходимо не только своевременное прохождение скрининговых обследований на выявление сахарного диабета, но и формирование у населения изменения образа жизни. Модификация образа жизни включает в себя диетические рекомендации, регулярную физическую активность, отказ от вредных привычек, снижение хронического стресса, тревоги и депрессии

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Постановление Правительства Республики Казахстан от 12 октября 2021 года № 725 «Об утверждении национального проекта «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина - Здоровая нация»».

2. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстана во исполнение приказа и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан № ҚР ДСМ-174/2020 от 30 октября 2020 года «Об утверждении целевых групп лиц, подлежащих скрининговому исследованию, а также правил, объема и периодичности проведения данных исследований».

3. Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбы с ними на 2013-2020г.//ВОЗ. -Женева,2013-107с.

4. Отчет по результатам скрининг-обследований целевых групп населения Республики Казахстан за 2021 год. - Нур-Султан: «НЦОЗ»,2021-55с.

5. Salving E., Steffen M.W., Zhu H. et al. Glycated hemoglobin, diabetes, and cardiovascular risk in nondiabetic adults // N. Engl. J. Med. 2010. Vol. 362. № 9. P. 800-811.

6. Valdez R. Detecting undiagnosed type 2 diabetes: family history as a risk factor and screening tool // J. Diabetes Sci. Technol. 2009. Vol. 3. № 4. P. 722-726.

7. Мисникова И.В., Древаль А.В., Барсуков И.А. Новый подход к проведению скрининга для выявления ранних нарушений углеводного обмена // Проблемы эндокринологии. 2011. № 1. С. 80-85.

8. Международная диабетическая федерация <https://www.idf.org/>

9. Bellamy L., Casas J.P., Hungarian A.D. et al. Type 2 diabetes mellitus after gestational diabetes: a systematic review and meta-analysis // Lancet. 2009. Vol. 373. № 9677. P. 1773-1779.

10. Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК. «О здоровье народа и системе здравоохранения».

11. Ford E.S., Zhao G., Li C. Pre-diabetes and the risk for cardiovascular disease: a systematic review of the evidence // J. Am. Coll. Cardiol. 2010. Vol. 55. № 13. P. 1310-1317.

**ЖҰҚПАЛЫ ЖӘНЕ ЖҰҚПАЛЫ ЕМЕС АУРУЛАРДЫҢ ҚАУІП ФАКТОРЛАРЫ
ФАКТОРЫ РИСКА ИНФЕКЦИОННЫХ И НЕИФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
RISK FACTORS FOR INFECTIOUS AND NON-COMMUNICABLE DISEASES**

УДК: 616.98:578.833.29:314.14(574)

**ҚАЗАҚСТАНДА КОНГО-ҚЫРЫМ ГЕМОМРАГИЯЛЫҚ ҚЫЗБАСЫНЫҢ 2019-2022 ЖЖ.
ҚЫРКҮЙЕК АРАЛЫҒЫНДАҒЫ АУРУШАҢДЫҒЫН ТАЛДАУ**

**Имашева Б. С., Асқаров А. М., Талғатқызы Ж., Текебаев К. О.,
Терлікбаева Г. С.**

ҚР ДСМ Ұлттық қоғамдық денсаулық сақтау орталығы.

**b.imasheva@hls.kz, a.askarov@hls.kz, zh.talgatqyzy@hls.kz, k.tekebayev@hls.kz,
g.terlikbayeva@hls.kz**

ТҮЙІНДЕМЕ

Мақалада ҚР ДСМ Ұлттық қоғамдық денсаулық сақтау орталығы өткізген 2019-қыркүйек 2022жж кезеңінде Қазақстан халқының Конго-Қырым геморагиялық қызбамен (ККГЛ) сырқаттанушылығының мониторингі ұсынылған. Материалдар ретінде 2019 жыл - 2022 жылғы қыркүйек кезеңіндегі есептер, қорытындылар, эпизоотологиялық зерттеу нәтижелері пайдаланылды. Зерттеудің негізгі әдісі эпизоотологиялық болды. Халық арасында ККГЛ профилактикасы мақсатында

мыналар басым бағыттардың бірі болып табылады: жыл сайын дезинсекциялық препараттармен уақтылы өңдеу арқылы кенелер санын азайту, халық арасында жүргізілетін ақпараттық-түсіндіру жұмыстарының тиімділігін арттыру, эпизоотологиялық маусым басталғанға дейін олардың ККГЛ - ға сақтығын арттыру бойынша медицина қызметкерлерімен семинар-тренингтер сапалы өткізу.

Түйінді сөздер: Конго-Қырым геморагиялық қызбасы, кене, инфекция, ауру, шағу, өлім.

**АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОНГО-КРЫМСКОЙ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ
ЛИХОРАДКОЙ В КАЗАХСТАНЕ ЗА ПЕРИОД 2019-СЕНТЯБРЬ 2022ГГ.**

**Имашева Б.С., Асқаров А.М., Талғатқызы Ж., Текебаев К.О.,
Терликбаева Г.С.**

Национальный центр общественного здравоохранения МЗ РК.

b.imasheva@hls.kz, a.askarov@hls.kz, zh.talgatqyzy@hls.kz, k.tekebayev@hls.kz

РЕЗЮМЕ

В статье представлен мониторинг заболеваемости населения Казахстана Конго-Крымской геморагической лихорадкой (ККГЛ) за период 2019-сентябрь 2022гг, проведенного Национальным центром общественного здравоохранения МЗРК. В качестве материалов использованы отчеты, сводки, результаты эпизоотического обследования за период 2019 год - сентябрь 2022

года. Основным методом исследования был эпизоотический. Установлено, что в целях профилактики ККГЛ среди населения, одними из приоритетных направлений являются: снижение численности клещей путем ежегодной своевременной обработки дезинсекционными препаратами, повышение эффективности проводимой информационно-разъяснительной работы среди населения, качественное проведение семинаров - тренингов с медицинскими

работниками по повышению их настороженности к ККГЛ до начала эпидемиологического сезона.

Ключевые слова: конго-крымская геморрагическая лихорадка, клещ, инфекция, заболеваемость, укус, летальность.

ANALYSIS OF THE INCIDENCE OF CONGO-CRIMEAN HEMORRHAGIC FEVER IN KAZAKHSTAN FOR THE PERIOD 2019-SEPTEMBER 2022

Imasheva B.S., Askarov A.M., Talgatkyzy Zh., Tekebaev K.O., Terlikbaeva G.S.

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

b.imasheva@hls.kz, a.askarov@hls.kz, zh.talgatqyzy@hls.kz, k.tekebeyev@hls.kz

SUMMARY

The article presents the monitoring of the morbidity of the population of Kazakhstan with Congo-Crimean hemorrhagic fever (CCGL) for the period 2019-September 2022, conducted by the National Center for Public Health of the Ministry of Health. The materials used are reports, summaries, results of epizootological examination for the period 2019 - September 2022. The main research method was epidemiological. It has been established that in order to prevent CCGL among the population,

ВВЕДЕНИЕ

Конго-Крымская геморрагическая лихорадка (ККГЛ) – особо опасная природно-очаговая вирусная инфекция, характеризующаяся лихорадкой, выраженной интоксикацией и кровоизлияниями на коже и внутренних органах и представляющая серьёзную угрозу для эпидемиологического благополучия населения многих стран мира

ККГЛ является эндемичной инфекцией в Африке, на Балканах, на Ближнем Востоке и в азиатских странах к югу от 50-й параллели северной широты – географической границы распространности клещей, переносчиков вируса, возбудителя болезни – относящегося к арбовирусам, рода *Orthonairovirus* порядка *Bunyavirales* и открытого в 1945 году.

Среди вирусов, переносимых клещами и вызывающих заболевание человека, вирус ККГЛ занимает первое место по географическому распространению. Переносчиками и хранителями вируса являются клещи 30 видов, особое значение среди которых имеют клещи рода

one of the priority areas are: reducing the number of ticks by means of annual timely treatment with disinsection drugs, increasing the effectiveness of information and explanatory work among the population, high-quality training seminars with medical professionals to increase their alertness to CCGL before the beginning of the epidemiological season.

Keywords: Congo-Crimean hemorrhagic fever, tick, infection, morbidity, bite, lethality.

Hyalomma. Клещи этого рода распространены практически повсеместно, но особую роль в распространении ККГЛ имеют виды *Hyalomma marginatum*, *Hyalomma asiaticum*, *Hyalomma anatolicum*, а также *Dermacentor marginatus* и *Ixodes ricinus*. Эти клещи имеют различные биологические особенности, разное географическое распространение, но, тем не менее, они являются основными источниками инфекции. Зараженность клещей данного рода вирусом ККГЛ колеблется от 1,5 до 20% (1).

Природным резервуаром возбудителя являются грызуны, крупный и мелкий рогатый скот, птицы, дикие виды млекопитающих, а также сами клещи, способные передавать вирус потомству через яйца, и являющиеся вирусосенителями пожизненно.

Вирус ККГЛ передается людям либо при укусах клещей, либо при контакте с инфицированной кровью или тканями животных вовремя и сразу после забоя, а также может передаваться от больного человека при проведении медицинских манипуляций, связанных с

кровью при несоблюдении мер предостороженности. Большинство случаев заражения происходит у людей, занятых в промышленном животноводстве (сельскохозяйственные рабочие, работники скотобоен и ветеринары) (2). Укус заражённым клещом человека, как правило, приводит к развитию заболевания ККГЛ, хотя иногда встречаются и случаи бессимптомного протекания инфекции. После заражения у пациентов проявляются различные клинические проявления, а летальность составляет 40% (3).

Учитывая, что эпидемиологическая ситуация по ККГЛ остается напряженной во многих странах мира, включая южный регион нашей страны оперативным центром Национального центра общественного здравоохранения МЗРК (НЦОЗ) проводится постоянный мониторинг заболеваемости населения, который в дальнейшем послужит основой для разработки и совершенствования методов эпидемиологического прогнозирования.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Мониторинг заболеваемости населения Казахстана Конго-Крымской геморрагической лихорадкой за период 2019-сентябрь 2022 гг.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Данные открытых статистических отчетов о заболеваемости ККГЛ за период 2019 год - сентябрь 2022 года. В качестве материалов использованы отчеты, сводки, результаты эпизоологического обследования за период 2019 год - сентябрь 2022 года. Основным методом исследования был эпидемиологический.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В Республике Казахстан сохраняется неблагоприятная эпидемическая и эпизоотическая ситуация по ККГЛ, которая ежегодно регистрируется среди населения республики.

Природные очаги ККГЛ в Казахстане находятся в пустынных, полупустынных и степных ландшафтах, где обитает большое количество иксодовых клещей. Полноценное существование очагов во многом тесно связано с засушливым климатом и высокими среднегодовыми температурами, необходимыми для размножения вируса у клещей. Поэтому в южных регионах Казахстана – Туркестанской, Кызылординской, Жамбылской областях и в г. Шымкент сосредоточены виды клещей *H. a. asiaticum*, *H. anatolicum*, *H. scupense*, *H. marginatum*, *D. niveus*.

Для ретроспективного эпидемиологического анализа изучены абсолютные показатели заболеваемости городского и сельского населения дополнительно за 2022 год по состоянию на 5 октября по возрасту и полу.

Случаи заболеваемости ККГЛ в нашей республике выявлены в южном регионе, так, в 2019 году всего заболело 18 человек без летального исхода, по 9 больных в Кызылординской и Туркестанской областях. В 2020 году география распространения заболеваемости населения расширилась, Жамбылской области – 2 человека, Кызылординской - 9, Туркистанской - 5 и в г. Шымкент -1 человек, всего 17 человек, из них 2 человека с летальным исходом. На рисунке 1 представлены зарегистрированные случаи за 2021 год.



Рисунок 1- Количество заболевших ККГЛ за 2021 год

За исследуемый период в 2022 году число умерших больных с диагнозом ККГЛ составило 9 человек (рисунок 2). В Жамбылской и Туркестанской областях зарегистрировано по одному летальному случаю, в городе Шымкент – 2 случая, в Кызылординской наибольший показатель - 5 случаев. Коэффициент летальности от ККГЛ составил 25 % (из 36 подтвержденных

случаев 9 летальных), смерть наступала в период от 3 до 11 дней заболевания. Первый летальный случай зафиксирован 27 мая 2022 года в Туркестанской области. Из числа подтвержденных случаев дети до 14 лет – 1 и до 18 лет-2 человека. Случаев с летальным исходом среди детей выявлен 1 в Кызылординской области.

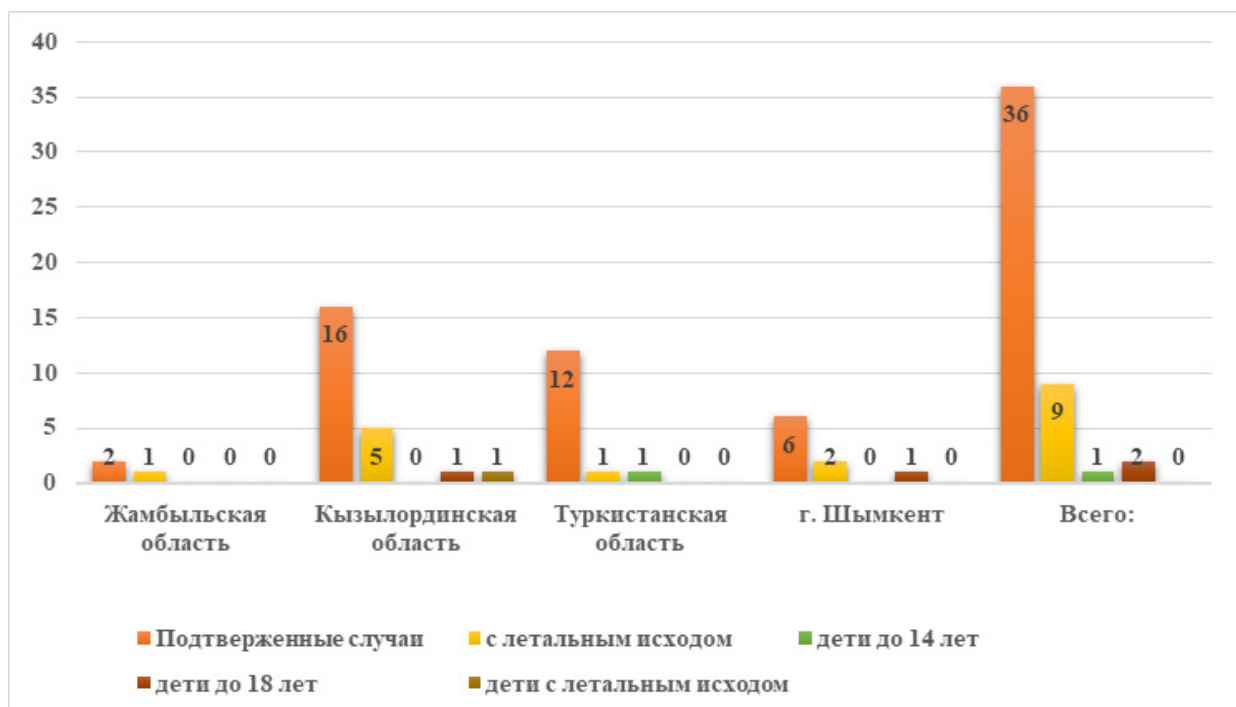


Рисунок 2 – Количество заболевших, летальный исход за исследуемый период 2022г.

В 2022 году провели анализ заболевших среди городского и сельского населения, распределение по полу (таблица 1). Из полученных данных следует, что сельское население больше подвергается заражению ККГЛ – 27 человек, из них наибольшее количество в Кызылордин-

ской, Туркестанской областях. По сравнению с женщинами больше подтвержденных случаев приходится на мужчин - 28 человек, на женщин 8. Повышенное количество среди мужчин выявлено в Кызылординской, Туркестанской областях.

Таблица 1 – Количество заболевших городского, сельского населения и распределение по полу

Регионы	город	село	мужчины	женщины
Жамбылская область	1	1	2	0
Кызылординская область	3	13	13	3
Туркестанская область	2	10	10	2
г. Шымкент	3	3	3	3
ВСЕГО	9	27	28	8

За аналогичный период 2021 года летальность от ККГЛ составила 2 случая из 19 больных (10,5%). В Жамбылской и Туркестанской областях зарегистрировано по одному летальному случаю.

Большинство летальных случаев 77,7% зарегистрированы у жителей сельской местности, и 22,3% среди городских жителей (город Шымкент – 2 случая), что связано с несвоевременным и поздним обращением пациентов, а также несвоевременной постановки диагноза.

Основной причиной заболевания является непосредственный укус инфицированными клещами, а также контакт с заклещеванными домашними животными.

В большинстве случаев клиническая картина проявлялась с симптомов внезапно повышенной температуры тела, миалгии (мышечной боли), головокружения, боли и ригидности шеи, боли в спине или пояснице, головной боли. Также наблюдалась тошнота, рвота, диарея, боль в области живота и боль в горле.

Сыпь является одним из наиболее частых проявлений геморрагического синдрома. Она появлялась на 5 - 7 сутки болезни. Петехиальная сыпь отмечалась на верхних и нижних конечностях, реже на боковых поверхностях туловища пациентов. При осмотре слизистой полости рта отмечаются мелкоточечные кровоизлияния на мягком нёбе и деснах.

У выздоравливающих улучшение обычно

отмечалось на девятый или десятый день от начала заболевания.

В республике в 2021 году за медицинской помощью от укусов клещей обратилось 1586 человек (в 2019 году- 6160; в 2020 году-2042), показатель пострадавших от укусов клещей составил 31,5 на 100 тыс. населения.

В текущем году за медицинской помощью от укусов клещей обратились 3913 человек, в том числе в Туркестанской области – 1520 (38,8%), Кызылординской области – 964 (24,6%) и Жамбылской области – 633 (16,2%), г. Шымкент – 796 (20,3%).

По данным литературы печень является одним из важных органов-мишеней вируса ККГЛ. Проведенные исследования (4) показывают, что ККГЛ оказывает очень пагубное влияние на функцию печени. Нарушение функции печени может привести к неблагоприятному прогнозу и увеличению заболеваемости и смертности у пациентов с ККГЛ.

При проведении оценки тактики действий медицинских специалистов было выявлено, что при первичном обращении, заболевших за медицинской помощью, со стороны медицинского персонала в сельской местности (фельдшера, врачи) нет должной настороженности в отношении ККГЛ, не смотря на то, что указанные регионы находятся в природных очагах данной инфекции. Осмотры больных проводятся некачественно, поверхностно, без выставления

каких-либо патологических состояний (диагноза), не собирается должным образом эпидемиологический анамнез у пациента, отмечается отсутствие динамического наблюдения за пациентом. Практически всем умершим больным диагноз выставлен в поздние сроки, при этом до постановки окончательного диагноза ККГЛ, они обращались в несколько ЛПО по месту жительства.

Общее количество госпитализированных с симптоматикой и получивших лечение препаратом рибавирин составило 161 человек, из них с окончательным, лабораторно подтвержденным диагнозом ККГЛ – 36 человек.

На эндемичных территориях по ККГЛ проводилась санпросвет работа, прочитано 3182 лекции, опубликовано 141 статья в СМИ, выпущено 2870 санитарных бюллетеней, проведено 14819 встреч с населением, проведено интервью на 45 телеканалах, распространено 43049 листовок, 29340 брошюр по эпизоотическому контролю иксодовых клещей и санитарно-противоэпидемическим и санитарно-профилактическим мероприятиям.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Учитывая вышеизложенную информацию, в целях профилактики ККГЛ среди населения, одними из приоритетных направлений являются: снижение численности клещей путем ежегодной своевременной обработки дезинсекционными препаратами, повышение эффективности проводимой информационно-разъяснительной работы среди населения, качественное проведение семинаров - тренингов с медицинскими работниками по повышению их насто-

женности к ККГЛ до начала эпидемиологического сезона.

ВЫВОДЫ

Учитывая, что цикл «клещ-животное-клещ» обычно проходит незаметно, и инфекция у домашних животных обычно протекает без явных признаков, одним из эффективных практических вариантов - является борьба с клещами с помощью разрешенных к применению противоклещевых препаратов.

Разработка и совершенствование методов эпидемиологического прогнозирования позволит уменьшить количество случаев, зараженных ККГЛ, и выявить возможные риски.

Практическое применение прогноза повысит бдительность медицинских работников при скрининге и выявлении случаев ККГЛ.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. <http://www.vector.nsc.ru/kryimskaya-kongo-gemorrhagicheskaya-lihoradka/>
2. <https://ria.ru/20220628/likhoradka-1798678572.html>
3. Omoniyi, A.A., Adebisi, S.S., Musa, S.A., (...), Zachariah, R., Nyengaard, J.R. Crimean-Congo hemorrhagic fever virus through reverse vaccinology and immunoinformatics approaches// Scientific Reports 2(1),8736 2022г.
4. Rathore, S.S., Manju, A.H., Wen, Q., (...), Ahmed, N.K., Patel, D.M. Crimean-Congo haemorrhagic fever-induced liver injury: A systematic review and meta-analysis// International Journal of Clinical Practice 75(11),e14775 2021г.

КӘСІПТІК АУРУЛАРДЫ ЕРТЕ АНЫҚТАУ АСПЕКТІЛЕРІНДЕ МІНДЕТТІ МЕДИЦИНАЛЫҚ ТЕКСЕРУЛЕРДІ ҰЙЫМДАСТЫРУ ЖӘНЕ ЖҮРГІЗУ

Пивоваров Е. И.

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі санитариялық-эпидемиологиялық бақылау комитеті «Шығыс Қазақстан облысының санитариялық-эпидемиологиялық бақылау департаменті» республикалық мемлекеттік мекемесі
Өскемен қ., ШҚО

trud1977@mail.ru

ТҮЙІНДЕМЕ

Кәсіби аурулардың алдын алу жұмысшылардың денсаулығын сақтауға үлкен әсер етеді. Осыған байланысты профилактикалық және мерзімді медициналық тексерулерді (бұдан әрі – МТ) жүргізу кәсіптік ауруларды дамытуға қатысты алдын алу шараларының маңызды тетігі болып табылады. Өкінішке орай, қазіргі уақытта оларды өткізу сапасын қанағаттанарлық деп атауға болмайды, дегенмен ӨБ өткізу Қазақстан Республикасының нормативтік құқықтық актілерімен нақты реттелген. МО жүргізудің қолданыстағы ұйымы мен сапасы түпкі мақсатқа қол жеткізуді қамтамасыз етпейді: зиянды өндірістік факторлардың жұмысшылардың денсаулығына теріс әсерін ерте анықтау және аурулардың алдын алу. Алдын ала және мерзімді

МТ негізінен тек қана кәсіби жарамдылықты сараптау міндетін шешетінін, ал медициналық қарсы көрсетілімдер тізімінде көзделген өндірістік негізделген және созылмалы жалпы соматикалық ауруларды ерте кезеңде анықтау және алдын алу мәселелері назардан тыс қалатынын атап өтеміз. Жұмыс ортасының зиянды және қауіпті факторларының әсеріне ұшыраған жұмыс істейтін халықтың мерзімді МТ-ды кәсіптік патологияның уақтылы анықталуын қамтамасыз етпейді, бұл еңбек қызметі кезеңінде еңбекке қабілеттілігін тұрақты жоғалтудың дамуына әкеледі.

Түйінді сөздер: кәсіптік сырқаттанушылық, профилактикалық және мерзімді медициналық тексерулер, кәсіптік жарамдылық сараптамасы.

ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ В АСПЕКТАХ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Пивоваров Е.И.

Департамент санитарно-эпидемиологического контроля
Восточно-Казахстанской области Комитета санитарно-эпидемиологического контроля
Министерства здравоохранения Республики Казахстан
г.Усть-Каменогорск, ВКО

trud1977@mail.ru

РЕЗЮМЕ

Огромное влияние на сохранение здоровья, работающих оказывает профилактика профессиональных заболеваний. В связи с этим, проведение профилактических и периодических медицинских осмотров (далее – МО)

является важным механизмом превентивных мер в отношении развития профессиональных заболеваний. К сожалению, в настоящее время качество их проведения нельзя назвать удовлетворительным, хотя проведение МО достаточно четко урегулированы нормативными

правовыми актами Республики Казахстан. Существующая организация и качество проведения МО не обеспечивают достижения конечной цели: раннего выявления негативного влияния вредных производственных факторов на здоровье работающих и профилактики заболеваний. Отмечаем, что проводимые, предварительные и периодические МО решают в основном, почти исключительно, задачу экспертизы профессиональной пригодности, а вопросы выявления на ранней стадии и профилактики производственно-обусловленных и хронических общесоматических заболеваний, которые предусмотрены

в перечне медицинских противопоказаний, остаются без внимания. Периодические МО работающего населения, подвергающегося воздействию вредных и опасных факторов рабочей среды, не обеспечивают своевременного выявления профессиональной патологии, что приводит к развитию стойкой утраты трудоспособности в периоде трудовой деятельности.

Ключевые слова: профессиональная заболеваемость, профилактические и периодические медицинские осмотры, экспертиза профессиональной пригодности.

ORGANIZATION AND CONDUCT OF MANDATORY MEDICAL EXAMINATIONS IN THE ASPECTS OF EARLY DETECTION OF OCCUPATIONAL DISEASES

Pivovarov E.I.

Department of Sanitary and Epidemiological Control of the East Kazakhstan Region
of the Committee for Sanitary and Epidemiological Control of the
Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan
Ust-Kamenogorsk, East Kazakhstan region

trud1977@mail.ru

SUMMARY

The prevention of occupational diseases has a huge impact on maintaining the health of workers. In this regard, conducting preventive and periodic medical examinations (hereinafter referred to as MO) is an important mechanism for preventive measures in relation to the development of occupational diseases. Unfortunately, at present, the quality of their conduct cannot be called satisfactory, although the conduct of MO is quite clearly regulated by the regulatory legal acts of the Republic of Kazakhstan. The existing organization and quality of MO do not ensure the achievement of the ultimate goal: early detection of the negative impact of harmful production factors on the health of workers and disease prevention. We note that

the ongoing preliminary and periodic medical examinations mainly, almost exclusively, solve the problem of professional suitability examination, and the issues of early detection and prevention of work-related and chronic general somatic diseases, which are provided for in the list of medical contraindications, are left without attention. Periodic medical examinations of the working population exposed to harmful and dangerous factors of the working environment do not provide timely detection of occupational pathology, which leads to the development of permanent disability during the period of employment.

Keywords: occupational morbidity, preventive and periodic medical examinations, examination of professional suitability.

ВВЕДЕНИЕ

Восточно-Казахстанская область (далее - ВКО) - является одним из лидеров среди промышленных регионов Республики Казахстан (далее - РК) с развитым горно-металлургическим комплексом.

Несмотря на то, что условия труда, работа-

ющих планомерно доводятся до соответствия требований санитарного законодательства, по-прежнему, в ВКО высок удельный вес работающих, занятых во вредных и неблагоприятных условиях труда и составляет более 60%, в том числе среди женщин - более 40%.

Проблемным вопросом остается стабиль-

ная регистрация профессиональной заболеваемости на предприятиях горнодобывающей и металлургической промышленности, на долю которых приходится 99,6% всей профзаболеваемости ВКО.

Недостаточно удовлетворительные условия труда, а также длительный контакт с вредными производственными факторами явились основными причинами формирования у работающих

профессиональной патологии.

При этом, она регистрируются в основном среди работников предприятий г.Риддер, района Алтай, Бородулихинского, Глубоковского и Шемонаихинского районов на долю которых приходится 92,4% (в основном предприятия ТОО «Казцинк» и ТОО «Востокцветмет») всей профзаболеваемости, прочие предприятия области – 7,6 % (таблица 1).

Таблица 1- Показатели профессиональной заболеваемости в разрезе территорий ВКО (2019-2021г.г.)

Город, район	2019г.		2020 г.		2021 г.	
	КОЛ-ВО	%	КОЛ-ВО	%	КОЛ-ВО	%
г. Риддер	60	43,2	55	36,6	81	38,6
Алтай	11	7,9	17	11,3	14	6,7
Бородулихинский	7	5,0	18	12	15	7,1
Глубоковский	39	28,0	49	32,7	69	32,8
Шемонаихинский	12	8,6	8	5,3	15	7,1
г. Усть-Каменогорск	1	0,7	-	-	2	0,9
г. Семей	7	5,0	3	2,0	14	6,7
Итого по ВКО:	139 сл.		150 сл.		210 сл.	

В связи с этим, проведение МО является важным механизмом превентивных мер в отношении развития профессиональных заболеваний.

В настоящее время организация и проведение МО достаточно четко урегулированы нормативными правовыми актами Республики Казахстан: Кодексом РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» [1], Трудовым кодексом РК, приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 октября 2020 года № ҚР ДСМ-131/2020 «Об утверждении целевых групп лиц, подлежащих обязательным медицинским осмотрам, а также правил и периодичности их проведения, объема лабораторных и функциональных исследований, медицинских противопоказаний, перечня вредных и (или) опасных производственных факторов, профессий и работ, при выполнении которых проводятся предварительные обязательные медицинские осмотры при поступлении на работу и периодические обязательные медицинские осмотры и правил оказания государственной

услуги «Прохождение предварительных обязательных медицинских осмотров» [2] и др.

К сожалению, в настоящее время качество их проведения нельзя назвать удовлетворительным.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить типичные нарушения и факторы, оказывающие влияние на эффективность проведения МО и наметить пути их решения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Объектом исследования стали итоги МО, в качестве материалов исследования изучены и проанализированы заключительные акты по результатам проведенного медицинского осмотра работников за 2021-2022 годы ВКО, нормативные правовые документы. Применен комплекс методов исследования: сравнительный, статистический, аналитический, организационно-методический.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Проведя анализ заключительных актов по результатам проведенного медицинского осмотра работников результатов МО по республике, выявленные нарушения были систематизированы.

Предлагаю рассмотреть типичные нарушения и факторы, оказывающие влияние на эффективность проведения МО и наметить пути их решения.

А именно:

1) Не во всех субъектах здравоохранения составляется Календарный план проведения медицинского осмотра, зачастую его не согласовывают с администрацией организации (предприятия) (работодателем), что является нарушением п.13 приказа № ҚР ДСМ-131/2020.

2) Медицинские работники врачебной комиссии:

- не проходят подготовку по профессиональной патологии, что является нарушением п.14 приказа № ҚР ДСМ-131/2020. В каждом регионе области ежегодно фиксируются факты отсутствия у многих врачей-специалистов, участвующих в работе в составе врачебных комиссий, обучения по отдельным вопросам профессиональной патологии. Поэтому подозрений на профессиональную патологию у врачей и не возникает. Процент выявления профзаболеваемости на медосмотрах и колеблется до 60 %;

- зачастую не ознакамливаются с характеристикой производственных факторов и условиями труда работников, по причине ее не представления работодателем, что является нарушением п.14 приказа № ҚР ДСМ-131/2020.

3) Председателем комиссии шаблонно даются рекомендации работодателю по проведению оздоровительных мероприятий, зачастую и во все графа 13 заключительного акта не заполняется, что является нарушением п.15 приказа № ҚР ДСМ-131/2020.

4) Отмечается несвоевременное представление:

- заключительного акта в территориальные подразделения ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения (в том числе на транспорте), что является нарушением п.15 приказа

№ ҚР ДСМ-131/2020;

- не по форме представление сводного отчета в территориальные подразделения ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения (в том числе на транспорте), что является нарушением п.17 приказа № ҚР ДСМ-131/2020, а также несвоевременное и не по форме занесение данных осмотра в медицинскую карту амбулаторного пациента, что является нарушением п.18 приказа № ҚР ДСМ-131/2020;

- отсутствие участия медицинской организации совместно с работодателем в составлении не позднее 1 декабря списка лиц, подлежащих обязательному медицинскому осмотру, зачастую используется устаревшая форма, что является нарушением пп.1) п.20 приказа № ҚР ДСМ-131/2020;

- отсутствие участия медицинской организации совместно с работодателем в разработке ежегодного плана мероприятий по оздоровлению работников и улучшению условий труда, что является нарушением пп.2) п.20 приказа № ҚР ДСМ-131/2020, а также в обеспечении своевременного направления работника в медицинскую организацию, оказывающую специализированную помощь по профессиональной патологии для проведения экспертизы связи заболевания с выполнением работником трудовых (служебных) обязанностей, в случае выявления у работника профессионального заболевания, что является нарушением пп.4) п.20 приказа № ҚР ДСМ-131/2020;

- не выполнение медицинской организацией рекомендаций заключительного акта по результатам проведенного медицинского осмотра работников, в части их касающейся, что является нарушением пп.5) п.20 приказа № ҚР ДСМ-131/2020.

5) Обращаем внимание, не необходимость знания основных положений приказа №ҚР ДСМ-131/2020.

Так, например, персонал объектов (рентген-лаборанты) в соответствии с п.14 Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к радиационно-опасным объектам», утвержденными Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 25 августа 2022 года №ҚР ДСМ-90, проходят обязатель-

ные медицинские осмотры в соответствии с Приказом №ҚР ДСМ-131/2020, как декретированный контингент, при котором прохождение требуемых лабораторных и функциональных исследований проводится с целью определения безопасности медицинских работников для населения и как работники, имеющие вредные и (или) опасные производственные факторы.

б) Медицинской организацией:

- не формируются группы по 6 категориям и не выдаются рекомендации по профилактике профессиональных заболеваний, а также по дальнейшему наблюдению, лечению и реабилитации, что является нарушением п.21 приказа № ҚР ДСМ-131/2020,

- не осуществляется экспертиза профессиональной пригодности рабочих после медицинской реабилитации, а также их диспансерное наблюдение, что является нарушением п.23 приказа № ҚР ДСМ-131/2020;

- не во всех случаях затруднения определения профессиональной пригодности и проведения экспертизы профессиональной пригодности, направляются рабочие в медицинскую организацию, оказывающую специализированную помощь по профессиональной патологии, что является нарушением п.24 приказа № ҚР ДСМ-131/2020.

7) Медицинскими работниками не во всех случаях:

- проводится качественный предсменный и послесменный осмотры (в целях установления или подтверждения наличия, или отсутствия у физического лица заболевания, определения состояния здоровья, а также временной нетрудоспособности, профессиональной пригодности к работе в заступаемую смену (рейс), в том числе употребления алкогольных напитков, наркотических, психоактивных веществ или остаточных явлений такого употребления) нередко формально. Зачастую, не проводится осмотр и оценка внешнего вида, походки, позы обследуемого, адекватности поведения и эмоциональных реакций, связанности и четкости речи, мимики, сознания, состояния кожных покровов и видимых слизистых оболочек, окраски склер, величины зрачков, особенностей дыхания что является нарушением п.31 приказа № ҚР ДСМ-131/2020;

- принимается решение о направлении работника в медицинскую организацию на медицинское освидетельствование не позднее двух часов с момента обнаружения признаков употребления алкогольных напитков, наркотических, психоактивных веществ или остаточных явлений такого употребления у работника (запах алкоголя изо рта, неустойчивость позы, нарушение речи, выраженное дрожание пальцев рук, изменение окраски кожных покровов, положительное показание пробы алкотеста), что является нарушением п.33 приказа № ҚР ДСМ-131/2020. Как правило, это выясняется при проведении расследований острых профессиональных отравлений, при этом уже встает вопрос об ответственности, вплоть до уголовной. В отношении медицинского работника;

- анализируются причины отстранения лиц, формируются группы риска, в том числе по длительно и часто болеющим (страдающим хроническими заболеваниями). Зачастую данные списки не предоставляются ответственному лицу работодателя, что является нарушением пп.35, 36 приказа № ҚР ДСМ-131/20.

8) Имеет место быть коррупционным рискам, когда медицинские организации необоснованно запрашивают в государственном органе в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения (в том числе на транспорте) санитарно-эпидемиологическую характеристику условий труда, либо практикуют направление рабочих непосредственно в гос.орган, что является нарушением п.12 приказа № ҚР ДСМ-131/20.

В соответствии с требованиями пп. 2) п. 12 параграфа 1 приказа №ҚР ДСМ-131/2020:

- запрос на составление Санитарно-эпидемиологические характеристики (СЭХ) может быть сформирован субъектом здравоохранения при проведении периодического осмотра работающих с вредными производственными факторами, в случае подозрения на диагноз хронического профессионального заболевания и (или) отравления;

- территориальное подразделение ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения представляют СЭХ по запросу лишь 4 субъектов, а именно:

1) медицинской организации, обслуживающей организацию (предприятие), на котором работает(ал) работник;

2) медицинской организации по месту прикрепления работника;

3) физических и юридических лиц, предоставившим работу работнику;

4) медицинской организации, оказывающей специализированную помощь по профессиональной патологии.

9) Отмечаем отсутствие преемственности между медицинской организацией, обслуживающей организацию (предприятие) и с территориальной медицинской организацией по месту прикрепления работника, что сказывается на выполнении пп.5) п.20 приказа № ҚР ДСМ-131/20.

10) Обращаем внимание на специфику проведения МО в обстановке ограниченного времени, большого потока людей, а также случаи сокрытия информации со стороны работников, проходящих осмотр.

11) Качество МО также зависит от компетентности врачей.

Имеют место быть сложности в проведении экспертизы профпригодности, возникающие в случаях:

- недостаточной осведомленности специалистов - членов комиссии по медосмотрам работников о характере противопоказаний к работе и проявлениях профессиональных заболеваний от воздействия вредных производственных факторов;

- недостаточной обеспеченности комиссии всеми необходимыми методами лабораторной и функциональной диагностики.

- недостаточного опыта выявления клинических признаков, что может потребовать применения ряда параклинических методов обследования, не предусмотренных скрининг-диагностикой в рамках периодического медицинского осмотра.

12) Качество МО также зависит от того:

А) придерживается ли врач алгоритма экспертизы связи заболевания с профессией и экспертизы профпригодности работников:

1. Сбор анамнеза заболевания;
2. Оценка профессионального маршрута;
3. Выявление характерных клинико-диагно-

стических симптомов;

4. Дифференциальная диагностика, ее проведение;

5. Оценка медицинских противопоказаний для работающих в условиях вредного производственного фактора;

6. Оформление заключения специалиста по результатам медицинского осмотра.

Б) придерживается ли врач алгоритма проведения обязательных медицинских осмотров кандидатов и работников, контактирующих с вредным производственным фактором:

1) участие всех необходимых специалистов;

2) полное лабораторное оснащение медосмотра;

3) экспертизу профпригодности.

При периодическом осмотре проводятся:

1) выявление ранних признаков воздействия вредного производственного фактора:

- формирование групп риска по развитию хронических интоксикаций или воздействий вредного производственного фактора;

- проведение профилактических мероприятий (первичная профилактика интоксикации или воздействия вредного производственного фактора).

2) выявление начальной формы хронической интоксикации или воздействия:

- оформление экстренного извещения об установлении предварительного диагноза профессионального заболевания хронической интоксикации или воздействия вредного производственного фактора;

- направление работника в Центр профпатологии для экспертизы связи заболевания с профессией.

В) от своевременности направления работников с подозрением на профессиональное заболевание, либо подлежащих в Центры профпатологии:

- работники, имеющие (в процессе периодического медицинского осмотра) заключение о предварительном диагнозе профессионального заболевания для установления окончательного диагноза;

- работники, занятые на работах с вредными производственными факторами с разовым или многократным превышением ПДК, ПДУ, а также работники с подозрением на интоксикацию.

13) Низкие показатели проф.заболеваний:

- связаны с действующей системой признания профессионального заболевания у работника. С учетом того, что установленное профессиональное заболевание затрагивает не только медицинские аспекты, но и вопросы трудовых отношений, последующей финансовой и социальной компенсации и поддержки работника, в том числе за счет работодателя, процесс окончательного решения очень часто затягивается из-за наличия разногласий между работником, медицинской организацией, работодателем и других заинтересованных сторон;

- объясняются тем, что отсутствие хотя бы одного документа (например, результатов аттестации рабочих мест), характеризующего условия труда трактуется не в пользу работника и установление профзаболевания становится проблематичным, поскольку чревато рисками юридических действий со стороны работодателя и страховых организаций, которые будут оспаривать данное заключение;

- объясняются тем, что заказчиком МО является работодатель, которому не выгодно показывать профессиональные болезни у своих работников, то он «неявно» или «явно» пытается пролоббировать свои интересы, а субъекту здравоохранения, проводящему процедуру осмотра, не хочется связываться с работодателем и в следующем году потерять заказ на медицинский осмотр.

Установление профессионального заболевания становится нежелательным и на ранних стадиях заболевания факт его наличия можно скрыть не только от статистики, но и от «осмотренного» работника.

И, как следствие, число таких заболеваний на порядки меньше, чем в странах Европы и других странах с отлаженным здравоохранением и охраной труда.

14) Очевидно, чем дальше находится работодатель и работающий у него работник от крупных промышленных центров, тем сложнее найти ему работу.

Поэтому многие больные работники никогда не пожалуются на проблемы со здоровьем и будут терпеть «до последнего» и скрывать свои проблемы со здоровьем. Они хотят «работать», ибо работа – единственный источник их суще-

ствования.

Отчёты показывает, что ежегодно увеличивается количество работников, нуждающихся:

1) в постоянном переводе или во временном переводе на другую работу по состоянию здоровья,

2) в ограничении воздействия вредных производственных факторов,

3) в дообследовании с целью решения вопроса о профессиональной пригодности.

Этот рост одновременно сочетается с тенденцией к снижению количества лиц, которым рекомендовано направление на лечебно-профилактическое лечение, т.е. число нуждающихся растет, а число официально направляемых на лечение или иные процедуры падает.

А потому с каждым годом официально все меньше выявляется общесоматических заболеваний, в том числе профессионально-обусловленных общесоматических заболеваний. В итоге: нет профилактики, ни лечения, а только зарабатывание денег субъектами здравоохранения, и выбраковка работников по состоянию здоровья.

15) При проведении обязательных медосмотров (периодических) заключается договор гражданско-правового характера между работодателем и медицинской организацией.

При изучении договоров, отмечается, что в 80% случаев указываются существенные условия, идущие вразрез с нормами законодательства.

Отмечается некомпетентность в вопросах порядка и объема проведения предварительных и периодических МО специалистов работодателя-заказчика.

Как правило, договора составляют специалисты без медицинского образования (бухгалтеры, экономисты, кадровики и др.). В 10% проанализированных договоров оказания услуг по проведению периодического медицинского осмотра является территория Заказчика.

При этом, согласно Закона РК «О разрешениях и уведомлениях» работы и услуги, указанные в лицензии на осуществление медицинской деятельности с использованием оборудования медицинской организации, осуществляются по фактическому адресу осуществления деятельности или действий (операций), указанному в

лицензии.

В соответствии с законодательством о лицензировании «медицинские услуги оказываются по адресу, указанному в лицензии на медицинскую деятельность». Данная правовая норма является императивной и не требует уточнения и введения дополнительно прямого запрета оказания услуг вне медицинской организации. Однако, при анализе документации и изучении текстов заключенных договоров, зачастую отмечается проведение периодических медицинских осмотров по адресу местонахождения заказчика. Государственный контроль за оказанием медицинских услуг по таким договорам практически не проводится.

Проведения медицинского осмотра по адресу нахождения заказчика приводит к проведению медицинских осмотров в помещениях с нарушением санитарно-эпидемиологического режима, не в полном объеме (без необходимого оборудования).

Оказание медицинских услуг на территории заказчика выполнимо лишь в дорогостоящих передвижных мобильных медицинских кабинетах, которыми не располагают медицинские организации.

В итоге:

1) периодические медицинские осмотры, особенно «выездные» проводятся по месту расположения заказчиков в приспособленных помещениях, не имеющих санитарно-эпидемиологических заключений;

2) возникают проблемы предоставления предыдущих заключительных актов врачебной комиссии.

Таким образом, можно сделать вывод, что условия договора возмездного оказания услуг (государственного контракта), предметом которого является проведение предварительных/периодических медицинских осмотров, являются существенными и императивными и не могут противоречить нормам законодательства (о лицензировании, защите прав потребителей, санитарно-эпидемиологическом благополучии и т.д.).

Полагаем, что настало время отказаться от выездных медицинских осмотров.

16) Договором между работодателем и медицинской организацией на осуществление меди-

цинских осмотров должен предусматриваться объём работ как по проведению непосредственно медицинского осмотра, так и по проведению экспертизы профпригодности.

При оформлении договора с работодателем необходимо предусмотреть возможность участия дополнительных врачей-специалистов и проведение дополнительных лабораторных и функциональных исследований в соответствии с вредными и опасными производственными факторами, и наименованием работ.

При этом, в тексте договора требуется отразить, что решение о расширенном объёме медицинского осмотра принимается врачами-специалистами, участвующими в проведении медосмотров, в этом случае указывается: какие виды дополнительного обследования и консультации каких специалистов, лабораторные и функциональные исследования, требуется провести.

При привлечении дополнительных специалистов, проведении дополнительных лабораторных и функциональных исследований, размер оплаты со стороны работодателя подлежит увеличению в соответствии с утвержденным прейскурантом цен, что также должно отражаться в договоре.

17) Отмечаем отсутствие на практике процедуры экспертизы договоров об оказании платных медицинских услуг в части предварительных/ периодических медицинских осмотров на стадии их согласования и подписания. Государственный контроль (надзор) осуществляется в лучшем случае во время плановых (внеплановых) проверок.

18) Другим фактором, влияющим на качество медицинских осмотров и являющимся существенным условием договора возмездного оказания услуг, является их стоимость. Коммерческие медицинские организации во время закупочных процедур необоснованно занижают цены, что косвенно говорит о соотношении «цена-качество».

19) Как показал анализ данных по данной проблеме, в настоящее время один из методов улучшения качества и эффективности проведения первичного медицинского осмотра (ПМО) - это привлечение цеховых врачей.

Привлечение цехового врача к проведению

медосмотра существенным образом влияет на его качество:

- цеховой врач тесно контактирует с инженером по охране труда, что позволяет ему иметь представление об особенностях технологического процесса на данном предприятии, об условиях труда и вредных факторах производства, сведения об особенностях работы в данном предприятии.

- имеет представление о профессиональной патологии, связанной с данными вредными факторами.

- цеховой врач тесно контактирует с работниками, имеет возможность наблюдать работников в течение длительного периода, ведет историю их обращений на основании которой, он рекомендует врачам медкомиссии обратить внимание на те или иные проблемы со здоровьем работника. Цеховой врач уже имеет некоторое представление о состоянии здоровья работников.

- также это обеспечивает создание доверительных отношений с работником и уменьшает количество диссимуляции работников.

По данным исследований проведение ПМО с привлечением цехового терапевта эффективнее в 1,6 раз по сравнению с ПМО по классической схеме.

20) Считаем, что проведения МО работников, направленных в медицинскую организацию, оказывающую специализированную помощь по профессиональной патологии достоверно эффективнее в 2,1 раз по сравнению с МО по классической схеме.

Таким образом, можно говорить о том, что направление в медицинскую организацию, оказывающую специализированную помощь по профессиональной патологии при проведении МО является наиболее эффективным методом профилактики профессиональных заболеваний.

На этом этапе врачи, ведут прием на базе амбулаторно-поликлинического отделения в кабинетах, оснащенных в объеме, превышающем требования оснащения в соответствии с порядками оказания медицинской помощи по соответствующему профилю.

На прием выделяется больше времени - 30-45 минут, что позволит врачам собрать более

полный анамнез, а также выявить жалобы, на которые работник возможно не обращал внимания, или скрывал, а в других случаях уменьшить количество диссимуляции работников.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На сегодняшний день вопросы осуществления мероприятий по профилактике профессиональной заболеваемости актуальны и являются приоритетными в работе санэпидслужбы. В целях повышения качества медицинских осмотров, необходимо обеспечить точное исполнение Правил и периодичности проведения обязательных МО и оказания государственной услуги «Прохождение предварительных обязательных медицинских осмотров», утв. приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 октября 2020 года № ҚР ДСМ-131/2020. До утверждения Проверочного листа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения и в целях исключения дублирование полномочий контрольно-надзорных органов, предлагаем территориальным органам Комитета медицинского и фармацевтического контроля Министерства здравоохранения Республики Казахстан рассмотреть вопрос о проведении в 2023 году единых совместных проверок субъектов здравоохранения, оказывающих услуги по МО по вопросу оценки качества проведения предварительных и периодических медицинских осмотров, с обязательным привлечением в качестве экспертов сотрудников государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения и Центры профпатологии.

ВЫВОДЫ

Считаем целесообразным в ходе проверок акцентировать внимание на следующих вопросах:

- факты своевременного прохождения обязательных медицинских осмотров,
- соблюдение процедурных требований при их организации и проведении,
- оплата обязательных медицинских осмотров (за чей счет, времени проведения, в рабочее или не рабочее время, дообследования и др.),

- наличие результатов обязательных медицинских осмотров и их выполнение.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1) Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК.

2) Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 октября 2020 года № ҚР ДСМ-131/2020 «Об утверждении целевых групп лиц, подлежащих обязательным меди-

цинским осмотрам, а также правил и периодичности их проведения, объема лабораторных и функциональных исследований, медицинских противопоказаний, перечня вредных и (или) опасных производственных факторов, профессий и работ, при выполнении которых проводятся предварительные обязательные медицинские осмотры при поступлении на работу и периодические обязательные медицинские осмотры и правил оказания государственной услуги «Прохождение предварительных обязательных медицинских осмотров».

УДК 613.62

ЗИЯНДЫ ӨНДІРІСТЕР ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРІНІҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН ІЛГЕРІЛЕТУ ТЕХНОЛОГИЯЛАРЫ (Әдебиеттік шолу)

Мусина А.А., Амирсеитова Ф.Т., Сүлейменова Р.Қ.

«Астана медицина университеті» КеАҚ Астана қ.

Қоғамдық денсаулық және гигиена, қоғамдық денсаулық және эпидемиология кафедрасы

mussina.a@amu.kz, amirseitova.f@amu.kz, suleimenova.r@amu.kz

ТҮЙІНДЕМЕ

Еңбекті қорғау мәселелері жан-жақты және жан-жақты, еңбек ұжымдарының өмірі мен қызметінің көптеген аспектілеріне, өндіріс пен еңбекті ұйымдастыруға, өндірісті басқаруды ұйымдастыруға және т. б. әсер етеді. Гигиеналық, емдеу-профилактикалық, оңалту және өзге де іс-шаралар. Жұмысты жоспарлау, персоналды оқытуды ұйымдастыру, қызметкерлерді тәуекел факторларының болуы туралы хабардар ету, сондай-ақ теріс факторларды басқару мақсатында ұйымдастырушылық-техникалық іс-шаралардың көпшілігі еңбек министрлігінің Кәсіптік қауіп-қатерді бағалау жөніндегі жаңа

тәсілдерімен және бұйрықтарымен айқындалады. Жалпы, санитарлық-гигиеналық шаралар кәсіби аурулардың алдын алу мақсатында Өндірістік зиянды азайтуға бағытталған жұмыстарды жүргізуден тұрады. Емдеу-профилактикалық іс-шаралар бастапқы және мерзімді медициналық қарап-тексерулерді ұйымдастыру, емдеу-профилактикалық тамақтануды ұйымдастыру мәселелерін, оның ішінде жұмыс берушіні қызметкердің медициналық көрсеткіштерін ескере отырып, оларды жүргізуге міндеттейтін оңалту іс-шараларын қамтиды.

Түйінді сөздер: өндіріс, денсаулық, қызметкерлер, технология, зиянды фактор, алдын алу

ТЕХНОЛОГИИ ПРОДВИЖЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ ВРЕДНЫХ ПРОИЗВОДСТВ
(Литературный обзор)

Мусина А.А., Амирсеитова Ф.Т., Сулейменова Р.К.

**НАО «Медицинский университет Астана», г.Астана
Кафедра общественного здоровья и гигиены, общественного здоровья и эпидемиологии**

mussina.a@amu.kz, amirseitova.f@amu.kz, suleimenova.r@amu.kz

РЕЗЮМЕ

Проблемы охраны труда носят разносторонний и многоплановый характер, затрагивая многие стороны жизни и деятельности трудовых коллективов, организации производства и труда, организации управления производством и др. На сегодня охрана труда, это система сохранения жизни и здоровья работников в процессе трудовой деятельности, включающая в себя правовые, социально-экономические, организационно-технические, санитарно-гигиенические, лечебно-профилактические, реабилитационные и иные мероприятия. Большинство организационно-технических мероприятий в целях планирования работы, организации обучения персонала, информировании работников о наличии факторов риска, а также управление

негативными факторами определяются новыми подходами и приказами Министерства труда по оценке профессионального риска. В целом, важными являются санитарно-гигиенические мероприятия заключающиеся в проведении работ, направленных на снижение производственных вредностей с целью предотвращения профессиональных заболеваний. Лечебно-профилактические мероприятия охватывают вопросы организации первичных и периодических медицинских осмотров, организацию лечебно-профилактического питания, в том числе реабилитационные мероприятия, которые обязывают работодателя проводить их с учетом медицинских показателей работника.

Ключевые слова: производства, здоровье, работники, технология, вредный фактор, профилактика

**TECHNOLOGIES FOR PROMOTING THE HEALTH OF WORKERS OF HARMFUL
INDUSTRIES**
(Literary review)

Musina A.A., Amirseitova F.T., Suleimenova R.K.

**Non-Profit Joint Stock Company «Astana Medical University», Astana
Department of Public Health and Hygiene, Public Health and Epidemiology**

mussina.a@amu.kz, amirseitova.f@amu.kz, suleimenova.r@amu.kz

SUMMARY

The problems of labor protection are versatile and multifaceted, affecting many aspects of the life and activities of labor collectives, the organization of production and labor, the organization of production management, etc. Today, labor protection is a system of preserving the life and health of employees in the course of their work, including legal, socio-economic, organizational

and technical, sanitary and hygienic, therapeutic and preventive, rehabilitation and other measures. Most organizational and technical measures for work planning, organization of staff training, informing employees about the presence of risk factors, as well as management of negative factors are determined by new approaches and orders of the Ministry of Labor on occupational risk assessment. In general, sanitary and hygienic measures are important, consisting in carrying out works aimed

at reducing industrial hazards in order to prevent occupational diseases. Therapeutic and preventive measures cover the organization of primary and periodic medical examinations, the organization of therapeutic and preventive nutrition, including

КІРІСПЕ

Өткізілген шолудың мақсаты жұмыс істейтін халықтың денсаулығын сақтаудың заманауи тәсілдері, атап айтқанда еңбекті қорғауды қамтамасыз ету технологиялары, өндірістік факторларды нормалау, сондай-ақ жұмыс орындарында денсаулықты нығайту әдістері бойынша жарияланымды талдау болып табылады. Еңбек жағдайлары-адамның жұмыс қабілеттілігі мен денсаулығына әсер ететін өндірістік орта мен еңбек процесі факторларының жиынтығы. Зиянды өндірістік фактор-қызметкерге әсер етуі оның ауруына әкелуі мүмкін өндірістік фактор [1].

Қауіпті өндірістік фактор-жұмыскерге әсер етуі оның жарақатына әкеп соғуы мүмкін өндірістік фактор;

Қауіпсіз еңбек жағдайлары-жұмыс істеушілерге зиянды және қауіпті өндірістік факторлардың әсері алынып тасталған не олардың әсер ету деңгейі белгіленген нормативтерден аспайтын еңбек жағдайлары [2,3].

Салауатты жұмыс орны денсаулықты сақтауға және нығайтуға, өндірістік аурулар мен жарақаттардың алдын алуға ғана емес, жалпы адамдардың денсаулығын бағалау мен жақсартуға ықпал ететін орын ретінде қарастырылады. Іс-әрекеттердің екпіні физикалық өндірістік ортадан психоәлеуметтік ортаға, оның ішінде өмір салтына, мінез-құлқына, денсаулықты сақтау мен жақсартуға деген көзқарасқа таралады, бұл жұмыс берушілер мен қызметкерлердің өзара тығыз іс-қимылын талап етеді. ДДҰ сарапшыларының пікірі мен ірі компаниялардың тәжірибесін талдауға сәйкес жұмыс орындарындағы Денсаулық жобалары (бағдарламалары) мыналарға бағытталған шараларды біріктіруге тиіс:

* еңбекті қорғау және өндірістік медицина саласындағы қауіпсіз физикалық өндірістік ортаны қамтамасыз ету

* тек төтенше жағдайлар кезінде ғана емес, сонымен қатар кәсіби ғана емес, негізгі созыл-

rehabilitation measures that oblige the employer to conduct them taking into account the medical indicators of the employee.

Keywords: production, health, workers, technology, harmful factor, prevention

малы аурулардың алдын алу бойынша шараларды қоса отырып, жоспарлы режимде медициналық көмектің қолжетімділігін арттыру

* ұйымдағы психоәлеуметтік ортаны сауықтыру, зиянды мінез-құлықтан зиянды азайту үшін қызметкерлердің жеке әлеуетін арттыру, белсенділікті арттыру және денсаулықты сақтауға ұмтылу

* компания басшылығының денсаулықты нығайту және сақтау мүмкіндігін қамтамасыз ететін және ықпал ететін жағдайларды жасауға жауапкершілігін арттыру (өндірісте, тұрмыста, сондай-ақ қатысу аумағында) [4,5].

Бүгінгі таңда еңбекті қорғау ережелерін бұзудың алдын алу мәселелері өзекті. Кәсіпорындар мен ұйымдардағы еңбекті қорғау туралы еңбек заңнамасының нормаларын сақтау өте маңызды, өйткені азаматтардың құқықтары мен заңды мүдделерін қорғау, олардың денсаулығы мен өмірін қорғау осыған байланысты. Қауіпсіз еңбек жағдайлары экономикалық, техникалық, ұйымдастырушылық іс-шаралармен ғана емес, құқықтық сипаттағы әдістермен де қамтамасыз етіледі, атап айтқанда: қажетті кепілдіктерді заңнамалық тәртіппен белгілеу, барлық меншік нысанындағы кәсіпорындар әкімшіліктерінің қызметін қатаң бақылауды жүзеге асыру, олардың қауіпсіздік техникасы мен өндірістік санитария жөніндегі іс-шараларды орындауы [6,7].

Жұмыс орнында салауатты өмір салтын насихаттау тиімділігінің көрсеткіштері:

- жұмыс ортасын жақсарту
- жұмыстағы жазатайым оқиғалар мен кәсіби аурулардың санын азайту
- қызметкердің жұмыс орнында болмау жағдайларының азаюы
- экономикалық пайданың өсуі
- қызметкерлер арасындағы ынтымақтас-тықты нығайту және өзара қарым-қатынасты жақсарту
- жұмыскерлердің уәждемесінің өсуі және олардың еңбегінің тиімділігін арттыру
- өнімдер мен қызметтер сапасының көрсеткіштерін жақсарту

- клиенттердің қанағаттану деңгейінің өсуі
- кәсіпорынның имиджін жақсарту

Егер ол салауатты өмір салты идеясын қолдайтын ұйымда жұмыс істесе, адам қандай пайда көреді?

- адам өмірінің сапасын қамтамасыз ететін жұмыс ортасы

- жұмысқа қанағаттанудың жоғары деңгейі
- жұмысқа байланысты стрессті азайту
- жұмыстағы жазатайым оқиғалар мен кәсіби аурулар санын азайту [8].

Қызметкерлердің денсаулығын нығайтудың корпоративтік бағдарламасы деп қызметкерлердің денсаулығын сақтауға және нығайтуға, олардың кәсіби денсаулығына қауіп-қатерді азайтатын салауатты өмір салты мен мінез-құлқын қалыптастыру арқылы олардың жұмыс қабілеттілігі мен өмір сүру сапасын арттыруға бағытталған ұйымдастырушылық, профилактикалық, сауықтыру, әлеуметтік-экономикалық және өзге де іс-шаралар кешенін қамтитын жұмыс беруші енгізген бағдарлама түсініледі. Кәсіби жұмыс істейтін адам ағзасының жоғары және ұзақ жұмыс қабілеттілігін, сондай-ақ оның кәсіби қызметі жағдайында кәсіби ұзақ өмір сүруді қамтамасыз ету қабілеті ретінде қарастырылады. Корпоративтік Денсаулық деп қызметкерлердің денсаулығын, әл-ауқатын және еңбекке қабілеттілігін сақтаумен және жақсартумен қатар олардың қызметінің тиімділігін арттыруды және ұйымның жоғары имиджін қолдауды қамтамасыз ететін ұйымның (Компанияның) корпоративтік мәдениетінің құрамдас бөліктерінің бірі түсініледі [9,10].

Еңбекке қабілетті халықтың кәсіби денсаулығын сақтау мәселесі елдің тұрақты экономикалық дамуын қамтамасыз ету тұрғысынан ең маңыздыларының бірі болып табылады. ДДҰ «жұмысшылардың денсаулығын сақтау жөніндегі 2008-2017 жылдарға арналған Жаһандық іс-қимыл жоспарын» бекітті, онда еңбек жағдайларымен байланысты денсаулық үшін тәуекелдерді бағалау мен бақылауды оңтайландыру, кәсіби қауіп факторлары мен ауруларының бастапқы алдын алу жүйесін құру, кадрлық, әдіснамалық және технологиялық ресурстарды нығайту көзделген. Қауіпсіз еңбек жағдайларын қамтамасыз етудің кепілі жұмыс

орындарында өндірістік ортаның зиянды және қауіпті факторларының гигиеналық рұқсат етілген деңгейлерін құру, еңбек операцияларының ауырлығы мен қауырттылығын оңтайландыру болып табылады. Еңбек жағдайларын жақсарту жөніндегі гигиеналық және санитарлық-техникалық іс-шаралардың жалпы бағыттары мыналарды қамтиды: еңбек жағдайлары ерекше зиянды аймақтарда (3.4 және 4-сыныптар) жұмысшылардың қатысуынсыз технологиялық процесті қашықтықтан басқаруды қамтамасыз ету; шаң пайда болу көздерінде шаңды басу мен шаңды аулаудың тиімді құралдарын қолдану; өндірістік факторлардың, оның ішінде шу мен дірілдің әсер ету деңгейін төмендетуге арналған конструктивтік-технологиялық шаралар, жеке қорғаныс құралдарын қолдану; жөндеу-реттеу жұмыстарын жүргізу мерзімдері мен нұсқаулықтарын қатаң сақтау. Жұмыстың ауырлығын төмендету үшін-статикалық және динамикалық күш-жігерді азайту үшін еңбек пен жұмыс орнын ұйымдастыру; материалдар мен құралдарды жұмыс орнына механикаландырылған жеткізу; жұмыс орнын, жұмыс орындарын және алаңдарды жайластыруға эргономикалық шешімдерді енгізу [11,12].

Негізгі нормативтік-құқықтық құжаттар қауіпсіз және салауатты еңбек жағдайларын қамтамасыз етуге, қызметкерлердің жұмыс қабілеттілігін арттыруға бағытталған. Еңбекті қорғау қауіпсіздік техникасы мен өндірістік санитарияны қамтиды. Еңбекті қорғаудың негізгі міндеттері: еңбек жағдайлары мен еңбекті қорғауды жақсарту және өндірістік жарақаттану мен кәсіптік аурулардың алдын алу [13,14].

Қазіргі уақытта көптеген елдердің үкіметтері, сондай-ақ жұмыс берушілер мен қызметкерлердің ұйымдары кәсіптік аурулардың алдын алуға көбірек көңіл бөле бастады. Бірақ оған індеттің ауқымы мен ауырлығын ескере отырып, оған қандай мән берілмейді. Кәсіби аурулардың «көрінбейтіндігін» және лайықты еңбек тапшылығын жою үшін халықаралық және ұлттық деңгейде бірлескен күш-жігер қажет. Кәсіптік аурулардың табысты профилактикасы үшін еңбекті қорғаудың ұлттық жүйелерін, ауруларды инспекциялау мен олардың алдын алу бағдарламаларын, сондай-ақ барлық мүше мемлекеттерде, үкіметтер мен жұмыс

берушілер ұйымдары мен қызметкерлердің күш-жігерін біріктіру жолымен жәрдемақылар төлеу жүйелерін ұдайы жетілдіру талап етіледі. Денсаулық жағдайын бақылаудың негізгі мақсаты алдын – алу шараларын уақтылы қабылдау үшін жұмысшыларға зиянды әсерді ертерек анықтау болса да, ол ұзақ жасырын кезеңі бар кәсіби ауруларды тануға ықпал етеді. Еңбек гигиенасы қызметтері туралы 1985 жылғы Конвенцияда (№ 161) атап өтілгендей, жұмыс берушілер өз қызметкерлерінің денсаулық жағдайына тиісті бақылау ұйымдастыра алуы үшін оларға Еңбекті қорғау қызметтерінің тиімді ұлттық жүйесі қажет [15].

Еңбек жағдайларының арасында денсаулығы жақсы жұмыс істеген алтын іздеушілер денсаулығына байланысты кәсіби проблемаларға тап болу ықтималдығы аз. Бір таңқаларлығы, қауіпсіздік жағдайларын жақсы деп бағалаған алтын іздеушілер денсаулығына байланысты кәсіби проблемаларға жиі тап болды. Қорытынды: алтын өндірушілер әртүрлі кіші секторлар мен бөлімдерде денсаулыққа әртүрлі қауіп-қатерлерге ұшырайды. Бұл жағдайлар саланың мүдделі тараптарының сыни назары мен іс-әрекетін талап етеді. ЖҚК-ны тау-кен өнеркәсібінде қорғауға сенуге болады, бірақ олар алдын-алу шаралары мен іс-әрекеттерін алмастырудың орнына соңғы қорғаныс желісі болуы керек [16,17].

Үндістандағы тоқыма өнеркәсібінде, әсіресе Тамил Надуда еңбекті қорғау және денсаулық сақтау жүйесін дамыту, шамамен 1371 жұмысшы жұмыс істейді, олардың 38,461-і мақта тазалау, иіру, тоқу, тігін және бояу салаларында жұмыс істейді. Тоқыма өнеркәсібі Үнді экономикасының өсуіне ықпал етеді, бірақ адам дамуының негізгі құрамдас бөлігі ретінде білім беру мен денсаулық сақтауды дамытуға ықпал етпейді және жаңа демократияға көмектеспейді. Қызметкерлердің қауіпсіздігі мен денсаулығына ықпал ететін факторларды егжей-тегжейлі талдау растайтын факторлық талдау, тәуекелді бағалау арқылы жүргізілді, ал OHMS құрылымы құрылымдық теңдеу моделін қолдана отырып тұжырымдалды. Зерттеу тоқыма жұмысшыларының еңбек гигиенасына қауіпсіздік шаралары ғана емес, сонымен қатар технология мен басқару да әсер ететіндігін

көрсетті [18].

НӘТИЖЕЛЕР ЖӘНЕ ОЛАРДЫ ТАЛҚЫЛАУ

Кәсіпорын персоналының еңбегін және денсаулығын қорғау жөніндегі шаралар кешені бірқатар жылдар бойы зиянды және ауыр еңбек жағдайлары бар қызметкерлерде компания персоналының еңбекке қабілеттілігінен уақытша айырылудың орташа көрсеткіштерімен салыстырғанда звуппен сырқаттанушылықтың неғұрлым төмен деңгейі (15-20% - ға) тіркелуіне қол жеткізуге мүмкіндік берді. Өнеркәсіптік профилактикалық медицина жүйесін құрудың арқасында ауру бойынша еңбекке қабілеттілігінен уақытша айрылу жағдайларының санын азайтып қана қоймай, қазіргі уақытта өңір көрсеткіштерінен 2,5–3 есе төмен «Газпром добыча Надым» ЖШҚ персоналының өлім-жітімі мен мүгедектікке алғашқы шығуын айтарлықтай қысқартуға мүмкіндік туды [19].

Технологияның дамуы еңбек саласының барлық аспектілерінде – жұмысты кім, қалай және қайда орындайтындығында, оның сипатында, ұйымдастыру әдістері мен орындау шарттарында және жұмысшылардың еңбегі мен денсаулығын қорғауда көрінеді. Осы өзгерістер мен оқиғалардың қарқыны жеделдеп келеді, олар қазірдің өзінде өндірістік орта мен еңбекті қорғауға үлкен әсер етеді және болашақта да болады [20].

Қазіргі жағдайларда еңбекті қорғауды қамтамасыз ету ұлттық және мемлекетаралық ауқымдағы аса маңызды проблема болып қала береді. Халықаралық Еңбек Ұйымының мәліметтері бойынша жыл сайын бүкіл әлемде жүз жиырма миллион өндірістегі жазатайым оқиғалар орын алады. Олардың екі жүз он мыңы өлімге әкеледі. Күн сайын бес жүзден астам ерлер мен әйелдер үйге оралмайды, апат салдарынан қайтыс болады. Халықаралық Еңбек Ұйымының бағалауы бойынша жыл сайын жазатайым оқиғалар мен еңбек қызметіне байланысты ауруларға байланысты мемлекеттер жалпы ішкі өнімнің 4% - ын жоғалтады [21].

Кәсіптік аурулардың алдын алу және оларды атап өту үшін өндірістік ортаны үнемі бақылау және жұмысшылардың денсаулығын

бақылау қажет. Еңбекті қорғаудың ұлттық жүйелерін, инспекциялау және аурулардың алдын алу бағдарламаларын ұдайы жетілдіру талап етіледі. Егер жұмысшылардың денсаулығын бақылау өндірістік ортаны бақылаумен байланысты болса, бұл жұмысшылардың денсаулығына зиянды факторларға қаншалықты ұшырайтындығын анықтауға, сондай-ақ белгілі бір аурудың ауру адамдар жүргізетін жұмысқа байланысты екенін анықтауға көмектеседі. Сонымен қатар, бұл басқа жұмысшылар арасында ұқсас аурулардың алдын алуға көмектеседі.

Жұмыс қауіптердің себептері мен салдарын анықтаудағы қиындықтар, басшылықтың әртүрлі өлшемдердегі ЕҚЖБ-ны бақылауға және жылжытуға әсері екенін көрсетеді. Таңқаларлық фактілердің бірі-Денсаулық факторлары мен нәтиже арасындағы өте төмен және шамалы корреляцияның болуы [22].

Зерттеу мұнай-газ өнеркәсібіндегі еңбек қауіпсіздігі мен өнеркәсіптік қауіпсіздікті басқару жүйелері (OHSMF) мен кәсіби жарақаттар мен жұмыс орнындағы жазатайым оқиғалар арасындағы себептік байланыстағы қауіпсіздік туралы білімнің делдалдық әсерін зерттеді. Зерттеу еңбекті қорғау және қауіпсіздік техникасын басқару жүйелерінің, өндірістегі жазатайым оқиғалар мен өндірістік жарақаттардың әртүрлі аспектілерін қарастырады. Зерттеу кросс-сауалнаманың дизайнын қабылдады. Зерттеу үшін барлығы 699 респондент үш мемлекеттік мұнай-газ ұйымдарында ыңғайлы және мақсатты іріктеу әдісін қолдана отырып таңдалды. Деректерді талдау үшін корреляция, бірнеше регрессиялық талдау әдістері қолданылды. Регрессиялық және корреляциялық талдаудың нәтижелері еңбекті қорғау және өнеркәсіптік қауіпсіздікті басқару негіздері (OHSMF) мен өндірістегі жазатайым оқиғалар мен кәсіби жарақаттар арасында орташа күшті теріс және маңызды байланыс бар екенін көрсетті. Қауіпсіздік техникасын білу көбінесе ЖЖҚ мен жұмыс орнындағы жазатайым оқиғалар мен жарақаттар арасындағы себеп-салдарлық байланысқа делдал болады. Қауіпсіздік техникасы бойынша оқыту қауіпсіздік, өндірістік жарақат және жұмыс орнындағы жазатайым оқиғалар туралы білімнің маңызды болжаушысы екенді-

гі анықталды. OHSMF пен жұмыс орнындағы жазатайым оқиғалар мен жарақаттар арасындағы теріс байланыс қолданыстағы OHSMF-тің тиімсіз немесе саладағы қауіп-қатердің әсерін бақылау үшін қолайлы қауіпсіздік стандарттарына сәйкес келмейтінін көрсетеді. Менеджмент жұмысшылар арасындағы қауіпсіздік туралы білім деңгейін арттыру үшін жиі нұсқаулықтар мен қауіпсіздік нұсқауларына қаражат салуы керек [23].

Жұмысшылар жұмысына байланысты жарақат алмауы немесе ауырмауы керек. Өндірістік жарақаттар мен ауруларды болдырмау үшін біз OSHA-ны қайта құрып, жанартып, жұмыс берушілер мен жұмысшылардың Агенттікпен және бір-бірімен қарым-қатынасын қайта құруымыз керек. Бұл жұмыс берушілердің жұмысшыларды қорғау үшін не істеуі керек деген үміттерін өзгертуді және фирмалардың өз қызметі нәтижесінде зиян келтіруі мүмкін барлық адамдарды қорғауға «қамқорлық жасау» міндетін жүктеуін қамтиды. Тек елеулі өзгерістер енгізе отырып, біз әрбір қызметкердің жұмыс ауысымының басында қалай болса, солай жұмыстан шығатынына кепілдік бере аламыз [24].

Бұл зерттеу Филиппиндегі жапондық кәсіпорындар үшін мамандардың ережелері мен дамуы туралы ақпарат негізінде қолайлы еңбек гигиенасы жүйесін қарастыруға бағытталған. Біз Филиппиндегі еңбек гигиенасы мемлекеттік ережелерге, атап айтқанда қауіпсіздік және еңбек гигиенасы стандарттарына негізделгенін растадық. Сонымен қатар, жаңа заңның қабылдануы еңбек гигиенасы саласындағы корпоративтік қызметті қатаң сақтауды талап етеді. Шетелдік кәсіпорындарда еңбек гигиенасы саласындағы тиісті қызметті басқару үшін жапон корпорациялары жалпы корпоративтік саясаты нақтылап, жергілікті жұмыс берушілерге ережелерді сақтау және жоғары мамандандырылған персоналды пайдалану бойынша қолдау көрсетуі керек [25,26].

Тайландта қауіпсіздік және еңбекті қорғауды басқару жүйелеріне (OSHMS) қатысты еңбекті қорғау жөніндегі іс-шараларды өткізу үшін қажетті ақпарат жиналды. Біздің алдыңғы зерттеуімізде әзірленген ақпарат жинаудың бақылау парағы негізінде әдебиеттерді зерттеу

жүргізілді және төрт жергілікті бизнес-базаға, бір ISO сертификаттау органына және екі жоғары оқу орнына барды. Тайландтағы еңбек гигиенасына қатысты құқықтық база 2011 жылғы қауіпсіздік, еңбек гигиенасы және қоршаған орта туралы Заңнан және осы Заңға сәйкес Еңбек министрлігінің 13 қаулысынан тұрады. Тайланд үшін ЕҚЖБ бастапқы стандарттары жарияланды және соңғы жылдары осы стандарттарға сәйкес келетін жүйелерді енгізетін компаниялардың, әсіресе ірі компаниялардың саны артты. Еңбек гигиенасының мамандары үшін еңбек гигиенасының мамандары, қауіпсіздік мамандары және медбикелер үшін оқу бағдарламалары бар. Кәсіби қауіпсіздік мамандары жұмыс орнында еңбек гигиенасын қамтамасыз етуде басты рөл атқарады. Тайландта тиісті заңдар мен ережелердің сақталуын қамтамасыз ету, сондай-ақ OSHMS стандарттарына сәйкес жұмыс орнындағы жағдайларды қанағаттандыратын ерікті қызмет жүргізу қажет. Сонымен қатар, еңбек гигиенасын жақсарту үшін жоғары сапалы сыртқы қызметтерді және/немесе еңбек гигиенасы мамандарын пайдалану маңызды. Жапондық компаниялардың Штаб-пәтерлері кәсіби қауіпсіздік офицерлерін белсенді пайдалану туралы ұсыныс, сондай-ақ жаһандық стандарттарды шығару сияқты қарсы шаралар қабылдауды қарастыруда. Кәсіби қауіпсіздік мамандары жұмыс орнында еңбек гигиенасын қамтамасыз етуде басты рөл атқарады. Тайландта тиісті заңдар мен ережелердің сақталуын қамтамасыз ету, сондай-ақ OSHMS стандарттарына сәйкес жұмыс орнындағы жағдайларды қанағаттандыратын ерікті қызмет жүргізу қажет. Сонымен қатар, еңбек гигиенасын жақсарту үшін жоғары сапалы сыртқы қызметтерді және/немесе еңбек гигиенасы мамандарын пайдалану маңызды. Жапондық компаниялардың Штаб-пәтерлері қауіпсіздік бойынша кәсіби офицерлерді белсенді пайдалануды ұсыну, сондай-ақ жаһандық стандарттарды шығару және ЕҚЖБ стандарттарына сәйкес жұмыс орнының шарттарын қанағаттандыратын ерікті қызмет жүргізу сияқты қарсы шаралар қабылдау мүмкіндігін қарастыруда. [27,28].

Жалпы, еңбекті қорғаудың негізгі мәселелері салыстырмалы түрде тиімді шешіліп, осы салада оң өзгерістер байқалады деп қо-

рытынды жасауға болады. Сонымен қатар, еңбек нарығының құрылымдарындағы, еңбекті ұйымдастырудағы және жұмыспен қамту түрлеріндегі динамикалық өзгерістер, сондай-ақ жұмыс орындарына сұраныс, өсіп келе жатқан бәсекелестік және еңбек өнімділігін арттыру қажеттілігі сияқты факторлар еңбекті қорғау мен жұмыс орнындағы әл-ауқатқа көбірек әсер етеді. Бұл жаңа сын-қатерлерге жауап берудің бірнеше мүмкіндігі бар, бұл ретте олардың барлығы әлеуметтік-еңбек саласында, оның ішінде еңбекті қорғау саласында жаңа тәсілдер мен инновацияларды талап етеді. Финляндияның прогрессивті саясаты мен заңнамасы, дамыған әлеуметтік диалогы, инфрақұрылымы және адами ресурстары бар, туындаған мәселелерді шешудің жаңа жолдары мен әдістерін жасауға жақсы мүмкіндіктері бар [29,30]. Осылайша, барлық менеджерлер мен жұмысшылар оң құндылықтарды, көзқарастарды, практика мен мінез-құлықты қабылдайды, бұл өндіріс ортасын сақтауға ықпал етеді, онда заңнама сақталып қана қоймай, жұмыс істеуге ыңғайлы. Бұл тәсіл қызметкерлерді ынталандырады және жұмыс беруші алдындағы жауапкершілік сезімін күшейтеді, инновацияларға және адалдықты арттыруға ықпал етеді, бұл кәсіпорынның өнімділігі жағынан да, жұмысшылардың жалпы әл-ауқаты жағынан да айқын артықшылықтар береді [31]. ЕО-ның 2014-2020 жылдарға арналған гигиена және еңбекті қорғау стратегиясы келесі жеті негізгі стратегиялық мақсаттарға қол жеткізу арқылы проблемаларды жоюды ұсынады:

1. Ұлттық саясатты үйлестіру және өзара оқыту арқылы денсаулық сақтау мен қауіпсіздіктің ұлттық стратегияларын нығайту.

2. Практикалық құралдарды қолдану арқылы қауіпсіздік ережелерін жақсарту үшін кәсіпорындарға практикалық қолдау мен көмек көрсету және тәуекелдерді бағалау сияқты оларды игеруге көмектесу, мысалы, тәуекелдерді бағалаудың салалық құралдарын ұсынатын веб-платформа.

3. ЕО-ға мүше мемлекеттердің ұлттық еңбек инспекциялары жұмысының тиімділігін бағалауды жақсартуы.

4. Қажет болған жағдайда қызметкерлердің денсаулығы мен қауіпсіздігін қорғаудың жоға-

ры деңгейін сақтай отырып, қажетсіз әкімшілік қиындықтарды жою үшін қолданыстағы заңнаманы оңайлату.

5. Еуропадағы жұмыс күшінің қартаюын ескеру және нано материалдары, жасыл технологиялар және биотехнологиялар сияқты қазіргі және жаңа қауіптерді бағалау арқылы кәсіби аурулардың алдын алуды жақсарту.

6. Статистикалық деректерді жинауды және мониторинг құралдарын жақсарту.

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы (ДДСҰ) және экономикалық ынтымақтастық және даму ұйымы сияқты халықаралық ұйымдармен және басқа серіктестермен өндірістегі жазатайым оқиғалар мен кәсіптік ауруларды азайту және бүкіл әлемдегі еңбек жағдайларын жақсарту мақсатында үйлестіруді нығайту [32,33]. Еңбекке қабілетті жастағы адамдардың денсаулығына қамқорлық еңбек жағдайларын сауықтыруға және жақсы демалуды жүзеге асыруға, жұмысшылардың денсаулығын нығайтуға, аурулардың алдын алуға және ерте диагноз қоюға, толық емделуге және оңалтуға бағытталған шараларды қамтиды. Бұл шаралар кешенінде жұмыс істейтін халықты, әсіресе өндірістің зиянды және қауіпті факторларының әсерінен жұмыс істейтін адамдарды медициналық тексеруден өткізу ерекше орын алады. Қолданыстағы заңнама бойынша еңбек жағдайлары зиянды және қауіпті өндірістік факторлардың әсерімен байланысты қызметкерлер тапсырылатын жұмысты орындауға жарамдылығын анықтау және кәсіптік аурулардың алдын алу үшін белгіленген тәртіппен міндетті алдын ала (түскен кезде) және мерзімдік медициналық тексеруден өтеді [34,35]. Сонымен қатар, мерзімді тексерулерге қосымша жүргізілетін қосымша және тереңдетілген медициналық тексерулер жалпы ауруларды, оның ішінде қант диабетін, онкологиялық ауруларды, туберкулезді, жүрек-қан тамырлары ауруларын және тірек-қимыл аппараты ауруларын ерте анықтауға және алдын алуға бағытталған. Тексерудің бұл түрлері экономикалық қызметтің негізгі түрі бойынша кәсіптік аурушандықтың жоғары деңгейіне жататын кәсіпорындардың қызметкерлеріне қазіргі жағдайда жүргізіледі (көмір өнеркәсібі, түсті және қара металлургия, машина жасау және металл өңдеу, Көлік және байланыс)

[36,37]. Еңбек жағдайларын жақсарту үшін «үнемді өндірістің» мынадай негізгі құралдары қолданылады: материалдық және ақпараттық ағындарды визуалдауды, ысыраптар мен олардың туындау себептерін анықтауды қамтитын құндылықтар жасау ағынын картаға түсіру; 5С (5S) жүйесі-тиімді жұмыс орнын құру технологиясы; ТРМ (Total Productive Maintenance) жүйесі-жабдыққа жалпыға бірдей күтім жасау; еңбекті қорғау соның ішінде жұмыс орындарына аттестаттау жүргізу, қызметкерлерді қауіпсіздік техникасы мен «үнемді өндіріс» негіздеріне оқыту. Кәсіптік қауіп-қатерді тиімді басқару үшін кәсіпорында жұмысшылардың денсаулығын сақтау мақсатында Еңбек медицинасы қызметтерін құру және оларды кәсіптік тәуекелдерді басқару бойынша оқытудан өткен гигиеналық және медициналық мамандармен толықтыру ұсынылады, олар Еңбек медицинасы мәселелері бойынша кәсіпорында өздеріне жүктелген функцияларды орындайды және өндірістік жүйенің негізгі қатысушыларымен өзара іс-қимыл жасайды [38,39]. Қауіп-қатер факторлары бар «Nova – Цинк» ЖШС кәсіпорны қызметкерлерінің негізгі кәсіптері өндіру учаскелері мен кенді тасымалдау кәсіптері болды. Физикалық факторлардың әсер ету диапазоны, атап айтқанда микроклимат параметрлері нормадан 2-ден 5-ке дейін, ал шу көрсеткіштері деңгейлері 4-тен 8 дБА-ға дейін. Ауырлық факторлары бойынша негізінен кәсіптерде екі қолмен 74600 кгс*сек дейін статикалық жүктеме, бір ауысымда 185 есеге дейін корпустың тұрақты көлбеуі және жұмыс уақытының 50% - на дейін ыңғайсыз жұмыс позициясы болды. Осылайша, зияндылығы бойынша кенді өндіру мен тасымалдаумен айналысатын жұмысшылардың қатері 1 және 2 дәрежеге сәйкес келеді, бұл бірінші кезекте олардың әсерін азайту, технологияны оңтайландыру (еңбекті автоматтандыру немесе жүктемені азайту үшін әртүрлі құрылғыларды пайдалану), сондай-ақ жұмысшылардың денсаулығын нығайтуға ықпал ететін медициналық-профилактикалық іс-шараларды жүргізуді талап етеді [40,41]. Еңбекті қорғау саласындағы белгілі бір мүмкіндіктер Зияткерлік технологиялар мен киюге болатын ақылды құрылғылар жасай алады. Мұндай құрылғылар қауіпсіздік техникасы үшін жа-

уапты қызметкерлерге қызметкерлердің мінез-құлқын бақылауға және нақты уақытта оларға тиісті ұсыныстар мен ақпарат беруге мүмкіндік береді. Мысалы, арнайы киілетін ақылды құрылғылар ауа сапасын, жұмысшылардың шаршау дәрежесін бақылауға және осы параметрлердің төмендегенін көрсетуге арналған. Еңбекті қорғауда жаңа мүмкіндіктер жасаумен қатар, Сандық техника және АКТ инспекциялау әдістерін жетілдіру арқылы осы саладағы нәтижелерді жақсартуға ықпал ете алады. Осылайша, АҚШ-тың еңбекті қорғау басқармасы адамның қатысуынсыз объектілерді ауадан тексеру үшін ұшқышсыз ұшу аппараттарын пайдаланады. Әдетте бұл инспекторлардың мұндай объектілерде болуы қауіпсіз болмаған жағдайларда (мысалы, мұнай бұрғылау қондырғыларындағы өрт кезінде немесе ғимараттардың құлауы кезінде) орын алады. Мұндай әдістер инспекторлардың мүмкіндіктерін кеңейте алады, олар қазіргі уақытта адам ресурстарының жетіспеушілігіне байланысты жиі шектеулі [42]. Автоматтандыру және робототехника құралдарын тарату еңбекті қорғау үшін пайдалы болуы мүмкін. Робототехника мен жасанды интеллект адамдарды тірек-қимыл аппаратының ауруларына әкелетін және психикалық денсаулығына қауіп төндіретін монотонды қайталанатын қозғалыстармен байланысты ауыр жұмыстардан арылтады. Сонымен, адамның әдеттегі физикалық және эргономикалық қозғалыстарын өзгерту үшін белсенді экзоскелеттерді қолдануға болады, мысалы, ауыр салмақты көтеруге мүмкіндік береді, бірақ, мүмкін, моториканы жақсартады. Экзоскелеттер әртүрлі салаларда қолданылады, мысалы, медициналық мекемелерде, өндірістік өндірісте құрастыру желілерінде, құрылыста. Олар тірек-қимыл аппараты ауруларының алдын алу үшін пайдалы болуы мүмкін және еңбек өнімділігін арттыруға қабілетті, бірақ сонымен бірге жабдықты басқаратын қызметкерлер үшін басқа да қауіп-қатерді тудырады [43].

ҚОРЫТЫНДЫ

Осылайша, жұмыс істейтін халықтың денсаулығын сақтау мәселесі ұйымдық-басқару мәселелерін, санитарлық-гигиеналық мәселе-

лерді, сондай-ақ мақсатты сауықтыру шараларын өткізуді қамтитын кешенді шешімдерді талап етеді.

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1. Аманбеков У.А., Газизова А.О. Влияние экопроизводственных факторов на орган слуха // Гигиена труда и медицинская экология. – 2015. – № 2 (47). – С. 3–16.

2. Актуальные проблемы медицины труда : сборник трудов института / под ред. академика РАМН Н.Ф. Измерова. - М.: ГУ НИИ медицины труда РАМН, 2012. 368 с.

3. Абдильдина Г. К., Абилдаева А., Сембаев Ж., Мырзагалиева А., Мусина А. // Характер рисков у рабочих предприятия тоо «Nova – цинк»// медицина и экология 2021, №4 (101). – С.49

4. Ахмадуллина, Х. М. Основы здорового образа жизни и профилактика болезней : учебное пособие для студентов вузов / Х. М. Ахмадуллина, У. З. Ахмадуллин ; Восточная экономико-юридическая гуманитарная академия (Академия ВЭГУ). — 2-е изд., стер. - Москва : ФЛИНТА, 2018. - 300 с. - ISBN 978-5-9765-3589-3. - Текст : электронный. - URL: <https://znanium.com/catalog/product/1643141> (дата обращения: 19.09.2022). – Режим доступа: по подписке.

5. Agadzhanian N.A., Baevskiy R.M., Berseneva A.P. Problems of Adaptation and Teaching about Health. // [Problemy adaptatsii i uchenie o zdorov'e]. Moscow: Publishing House of People's Friendship University; 2006. –С.56

6. Базарова Е. Л., Ошеров И. С., Рослый О. Ф., Тартаковская Л.Я. Особенности формирования групп риска по развитию профессиональной патологии в условиях модернизации производства титановых сплавов. Уральский медицинский журнал. 2011; 9: 26–9.

7. Baevskiy R.M., Berseneva A.P. et al. Using the principles of prenosological diagnostics to assess the functional state of the organism under stress conditions. Fiziologiya cheloveka. 2009; 35 (1): 41—51. (in Russian)

8. Бессарабов А. В., Латышевская Н. И., Показатели общей заболеваемости и репродуктивного здоровья мужчин-металлургов // вестник ВолГМУ - №2 2007. - с. 59-61.

9. Валеева Э.Т. Профессиональные заболе-

вания и заболевания, связанные с условиями труда, у работников производства гептила / Э.Т. Валеева, Р.Р. Галимова, Г.В. Тимашева // *Общественное здоровье и здравоохранение*. 2012. № 1. С.28 - 32.

10. Валеева Э.Т. Профессиональная и производственно-обусловленная патология у работающих в современных нефтехимических производствах / Э.Т. Валеева, Л.К. Каримова, Г.Г. Гимранова // *Агроэкологическая безопасность в условиях техногенеза: международный симпозиум: сб. научных докладов*. Ч.1., 21-23 июня 2006 г. Казань, 2006. С. 129 - 132.

11. Валеева Э.Т. Оценка профессионального риска у работников по производству этилбензола и стирола // *Связь заболевания с профессией с позиции доказательной медицины*: сб. научных трудов Всерос. конф. с междунар. Участием. Казань, 2011. С. 72 - 74.

12. Всемирная организация здравоохранения. Глобальный план действий по охране здоровья работающих на 2008—2017 гг. Женева. –С.34

13. Валеева, З.С. Терегулова // *Гигиенические и медико-профилактические технологии управления рисками здоровью населения в промышленно развитых регионах: материалы научно-практической конференции с международным участием / под общей ред. акад. РАМН Г.Г.Онищенко, чл.-корр. РАМН Н.В.Зайцевой – Пермь: книжный формат, 2010. С. 328 - 332.*

14. Волкова Н.В., Ефимова Е.И., Смирнов В.Н. Бережливое производство в охране труда (электронный ресурс). // *Интернет-журнал Науковедение*. 2013; 3 (16): 58. Available at:<http://cyberleninka.ru/article/n/berezhlivoe-proizvodstvo-v-ohranetruda> (дата обращения: 23.06.2015). – С.51

15. Вибрационная болезнь от воздействия локальной вибрации у горнорабочих в условиях сибиря и севера / Под ред. Рукавишников В.С. // *Иркутск: НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН*.- 2008. - 208 с.

16. Вознесенский Н.К. Профессиональные заболевания от воздействия дыма оксида цинка (литейная лихорадка, экзогенный фиброзирующий альвеолит). - Киров, 2000.- 112 с.

17. Вибрационная болезнь и меры профилактики / *Методические рекомендации* // Ново-

сибирск. - 2007.- 48 с.

18. Верховцев, А. В. Порядок оказания медицинской помощи при острых и хронических профессиональных заболеваниях / сост. А.В. Верховцев. — Москва: ИНФРА-М, 2012. — 27 с. — (Б-ка журн. «Трудовое право Российской Федерации». Вып. 13(228)). - ISBN 978-5-16-005407-0. - Текст: электронный. - URL: <https://znanium.com/catalog/product/339676> (дата обращения: 19.09.2022). – Режим доступа: по подписке.

19. Денисов Э.И. Профессионально обусловленная заболеваемость и ее доказательность / Э.И. Денисов, П.В. Чесалин // *Медицина труда и промэкология*. 2007. № 10. С. 1 – 9

20. Зайцева Н.В., Попова А.Ю., Май И.В., Шур П.З. Методы и технологии анализа риска здоровью в системе государственного управления при обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения. *Гигиена и санитария*. 2015; 2: 93—8.

21. Измеров Н.Ф. // *Медицина труда и промышленная экология*. 2008. № 6. С.1-6. Оригинальные статьи 19 *Медицина труда и экология человека*, 2015, №1. –С. 16

22. Измеров Н.Ф. Связь заболевания с профессией с позиций доказательной медицины. В кн.: *Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием 19–20 мая 2011 г. Казань: КГМУ; 2011: 21–4.*-С.44

23. Мухаметжанова З.Т., Касымбекова Б.К., Мухаметжанова Р.А. Оценка здоровья и субъективная оценка влияния состояния рабочей среды на работоспособность рабочих, занятых открытой добычей угля // *Гигиена труда и медицинская экология*. – 2013. – № 3. – С. 43–50.

24. Мухин Н. А. Профессиональные болезни:// учебник - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 496 с.

25. Косарев В. В., Бабанов С. А. Профессиональные болезни: // учеб. пособие.-М.: Вузовский учебник: ИНФРА-М, 2011. 252 с.

26. Косарев, В. В. Профессиональные заболевания медицинских работников: монография / В.В. Косарев, С.А. Бабанов. — Москва: ИНФРА-М, 2022. — 174 с. — (Научная мысль). - ISBN 978-5-16-006220-4. - Текст: электронный. - URL: <https://znanium.com/catalog/>

product/1859844 (дата обращения: 19.09.2022). – Режим доступа: по подписке.

27. Каримова Л.К. Охрана здоровья работающих в нефтехимических отраслях промышленности / Л.К. Каримова, Э.Т. Валеева, Р. Р. Захарова // Агроэкологическая безопасность в условиях техногенеза: международный симпозиум: сб. научных докладов. Ч.1. 21-23 июня 2006 г. Казань, 2006. С. 121 - 126.

28. Мусина А.А., Цукрова О.В. Оценка условий труда по материалам итоговой аттестации рабочих мест открытой и закрытой добычи хромовой руды// Сборник конференции. - 2017.- с. 62-63.

29. Профессиональные заболевания: диагностика, лечение, профилактика. Справочник / под ред. Н.А. Скепьяна. - Минск: Беларусь. 2003.- 333 с.

30. Пивоваров Ю.П., Королик В.В., Зиневич Л.С. Гигиена и основы экологии человека.: Учебник под ред. Ю.П. Пивоварова.- 2-е изд-е, М.: АCADEMIA.- 2006 -183 с.

31. Рослый О.Ф., Лихачева Е.И., Жовтяк Е.П., Рослая Н.А., Газимова В.Г., Федорук А.А. //Оценка и управление риском для здоровья работающего населения в системе «Медицины труда»// Гигиена и санитария. 2007; 3: 44–6.- С. 33

32. Разумов В.В., Шацких Г.А., Зинченко В.А. Методы изучения и оценки гемодинамики у больных с профессиональной патологией органов дыхания / Методические рекомендации // Новокузнецк.- 2007.- 24 с.

33. Разумов В.В., Матвеева О.В., Родин С.И. Методология экспертизы связи заболевания с профессией / Методические рекомендации // Новокузнецк.- 2007. - 24 с.

34. Семенов К. П. Технологические процессы. Новые правила и решения// Охрана труда Казахстан.-№2 – 2019. – с. 27-28.

35. Сивочалова О.В. Критерии оценки профессионального риска репродуктивного здоровья / О.В. Сивочалова, М.А. Фесенко // Профессия и здоровье: материалы IV Всерос. конгресса. М., 2005. С. 136 – 138.

36. Сраубаев Е.Н. Актуальные проблемы гигиены труда и охраны здоровья работающего населения Казахстана // Медицина и экология. – 2012. – № 4. – С. 256–259.

37. Цветкова, Л. А. Профилактические проекты в сфере здоровья: разработка, внедрение, оценка эффективности: учебное пособие / Ерицян. - Санкт-Петербург: Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2018. - 81 с. - ISBN 978-5-8064-2512-7. - Текст: электронный. - URL: <https://znanium.com/catalog/product/1173636> (дата обращения: 19.09.2022). – Режим доступа: по подписке.

38. Чеботарёв А.Г., Прохоров В.А. Условия труда и профессиональная заболеваемость рабочих предприятий по производству алюминия// Сборник материалов VIII Всероссийского конгресса «Профессия и здоровье». -25-27 ноября 2008. - с.334-336.

39. Чеботарёв А.Г., Прохоров В.А. Условия труда и профессиональная заболеваемость рабочих предприятий по производству алюминия// Медицина труда и промышленная экология. - 2009.- с. 8-9.

40. Шардакова Э.Ф., Гонцова Д.А., Елизарова В.В., Ямпольская Е.Г. Проблемы рациональной организации рабочих мест в целях сохранения здоровья работающих// Сборник материалов V Всероссийского конгресса «Профессия и здоровье». -30 октября -2 ноября 2006. Москва- с. 320-325.

41. Шляпников Д.М., Власова Е.М., Пономарева Т.А., Проблемы оценки заболевания органов дыхания у работников металлургического производства// Медицина труда и промышленная экология - №12 2012. - с. 16-19.

42. Шпагина Л.А., Паначева Л.А. Эколого-производственные аспекты опухолевых заболеваний. - Новосибирск. - 2008.- 192 с. 47.

43. Шпагина Л.А., Герасименко О.Н., Чернышов В.М., Третьяков С.В. Эндотелиальная дисфункция при вибрационной болезни: клинические и патогенетические аспекты. - Новосибирск: Сибмедиздат-2004. –С. 148

САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУ МӘСЕЛЕЛЕРІ
ВОПРОСЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗОЖ
ISSUES OF FORMATION OF HEALTHY LIFESTYLE

УДК 614.1

МЕДИЦИНАДАҒЫ САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫ
ЖӘНЕ ЖАСҚА БАЙЛАНЫСТЫ ҚАРТАЮ

Мұхамедияров М. Н. Мұбарак К.Н.

АҚ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы»

maidan.box@mail.ru, mubarak.karakat@mail.ru

ТҮЙІНДЕМЕ

Қартайған кезде салауатты әдеттердің ұзақ өмір сүруге және денсаулыққа әсері артқан сайын ауру азаяды. Генетикалық бейімділік адамның әлеуметтік жағдайлары мен өмір салтына қарағанда мезгілсіз өлім қаупіне әкелуі

мүмкін емес. Соңғы уақытта демографиялық тенденциялар бізге қартайған адамдар арасында созылмалы аурулардың көбеюін көрсетті. Осыған байланысты адамдар өмір сапасының төмендігін сезінеді.

Түйінді сөздер: денсаулық, ауру, өмір сүру ұзақтығы, қартаю.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ В МЕДИЦИНЕ И ВОЗРАСТНОЕ СТАРЕНИЕ

Мухамедияров М.Н. Мубарак К.Н.

АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»

maidan.box@mail.ru, mubarak.karakat@mail.ru

РЕЗЮМЕ

Заболеваемость уменьшается с увеличением влияния здоровых привычек на долголетие и здоровье в старческом возрасте. Генетическая предрасположенность не так может привести к риску преждевременной смерти, нежели социальные обстоятельства и образ жизни челове-

ка. За последнее время тенденции демографии показали нам, рост хронических заболеваний среди людей с преклонным возрастом. В связи с чем, люди более склонны испытывать низкое качество жизни.

Ключевые слова: здоровье, заболеваемость, продолжительность жизни, старение.

HEALTHY LIFESTYLE IN MEDICINE AND AGE-RELATED AGING

Mukhamediyarov M.N. Mubarak K.N.

JSC «South Kazakhstan Medical Academy»

maidan.box@mail.ru, mubarak.karakat@mail.ru

SUMMARY

Morbidity decreases with an increase in the influence of healthy habits on longevity and health in old age. Genetic predisposition can lead to a risk

of premature death in a different way than social circumstances and a person's lifestyle. Recently, demographic trends have shown us an increase in chronic diseases among elderly people. In this regard, people are more likely to experience a low

quality of life.

Key words: health, morbidity, life expectancy,

aging.

ВВЕДЕНИЕ

Суть здорового образа жизни (ЗОЖ) является не только его пропаганда среди подрастающего населения, но и это научно-обоснованная практика для оказания помощи лицам в поддержании здорового поведения, что значительно влияет на здоровье и качество жизни, а также устранение причин заболеваемости, что является основным для сокращения бремени хронических болезней [1,2]. Здоровое старение, хороший сон, хорошее самочувствие, исследования этих столпов медицины здоровья, показало, насколько важны данные компоненты для гериатрии и здорового старения. Данные исходы включают заболеваемость, упадок функциональности, слабость. Процесс происходящий в течение всего жизненного цикла это здоровое старение [4]. Здоровые привычки нежели плохие рано практикуются на всех этапах развития, в школах, университетах и других организациях, что влияет на долголетие и здоровье людей способных пережить старость [5]. Важными для благополучия и здоровья является качество жизни, чем медицина здорового образа жизни может продвигать и оптимизировать здоровое старение на лад с показателями качества жизни [6].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Рассмотреть факторы здорового образа жизни и их влияние на возрастное старение.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Включены результаты зарубежных исследований по изучению проблемы здорового образа жизни, качества жизни и здорового старения за период с 2010 по 2022 годы. Нами были использованы англоязычные публикации, включенные в электронную поисковую систему PubMed, Science Direct, Google Scholar и поисковые системы библиотечных баз данных Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Результат сложного отношения генетической расположенности и социальным, поведенческими факторами окружающей среды, а также доступом с медицинской помощи является здоровье. Было выявлено, что социальные и поведенческие обстоятельства более способствуют преждевременной смерти (Рис. 1).

В Республике Казахстан факторы социально-поведенческие фактора влияют как на годы жизни инвалидов больных, так и на продолжительность жизни.

Ранее наблюдалась положительная динамика на протяжении 10 лет. Продолжительность жизни выросла с 65,6 лет в 1999 году до 73,1 в 2019 году. Однако по итогам 2020 года она составила — 71,3 года и 70,3 в 2021 году. Так, на начало 2022 года в Казахстане проживает 9,8 млн женщин и 9,3 млн мужчин. При этом в городе проживают около 6 млн женщин, а на селе 3,8 млн. Средний возраст казахстанской женщины составляет 33,5 года, средний возраст вступления в брак - 24,8 года [7]. Ожидаемая продолжительность жизни 75,5 года.

Здоровый образ жизни направлен на снижения уровня заболеваемости, на сжатие факторов риска. В тенденции среди пожилых людей менялись функциональные возможности, связанные с когортой с течением времени, распространенность инвалидности была стабильной в течении 1990-х годов и снизилась к 2010 году [8]. Здесь было видно улучшение продолжительности для «самых старых» т.е. тех. кому старше 80-ти и старше, показаны ранние инвалидности, вызванные беспокойством о будущем поколении, тем что следующее поколение могут столкнуться с распространение болезней и потратить большую часть жизни, что может стать причиной слабого здоровья [9]. Факторы ЗОЖ имеют разные траектории с изменением времени. Показатели курения, распространенность курения в Казахстане среди взрослых (15 лет и старше) составляла 22,4% (мужчины: 42,4%; женщины: 4,5%), в то время, как мало известно о показателях потребления

овощей и фруктов. Гиподинамия увеличилась, в большем случае у пожилых людей, ожирение. Данные изменения в образе жизни, спо-

собствуют увеличению распространенности хронических заболеваний, что необходимо для укрепления здоровья.

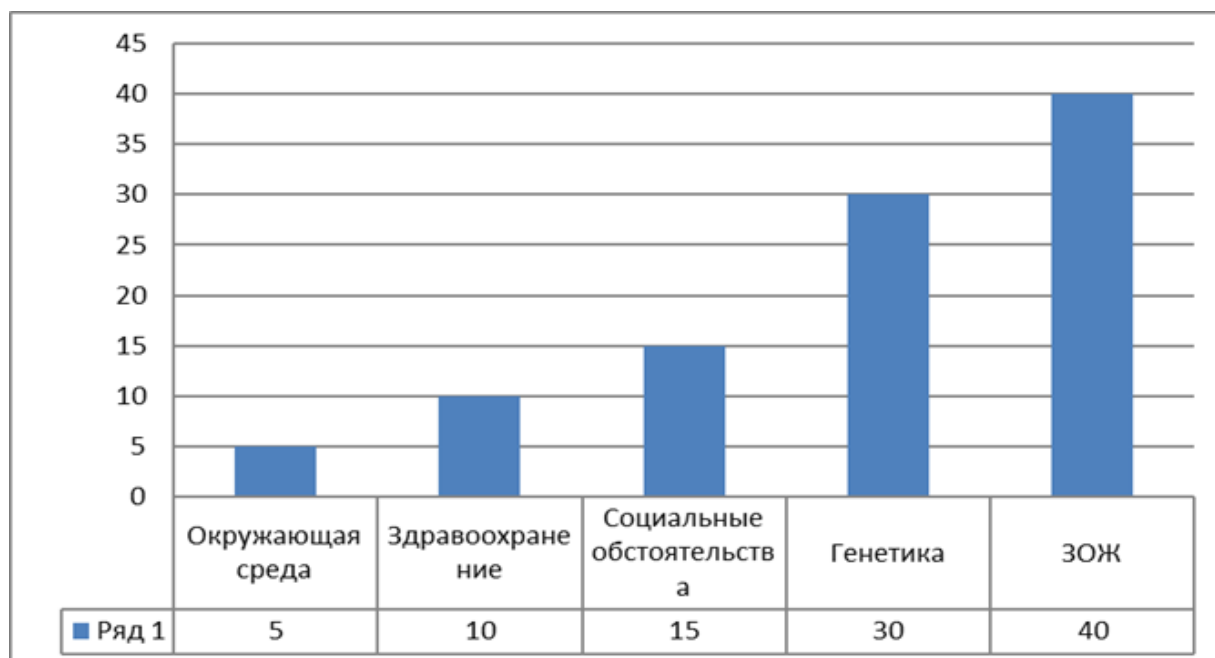


Рисунок 1- Факторы преждевременной смертности. (Никман Дж.Р.2020г.)

Данные исследования показывают существенный рост распространенности гипертонии, хронических обструктивных болезней легких, болезни суставов среди пожилых.

Медицина здорового образа жизни.

По словам П. Баталдена, Институт улучшения здравоохранения «Каждая система идеально спроектирована для получения тех результатов, которые она дает» [10]. В связи с чем число хронических болезней растёт и расходы в области здравоохранения соответственно. Согласно данным информационно-аналитической системы Талдау Бюро Национальной статистики Агентства по стратегическому планированию и реформам РК, в 2020 году расходы населения на здравоохранение заметно возросли. В среднем на душу населения они увеличились почти на 19% с 19,7 до 23,4 тыс.тенге [11.12].

Рекомендации в отношении компетенций здорового образа жизни включали оценку и управление “столпами” отрасли, включая табак, алкоголь, диету, физическую активность, вес, стресс, сон и эмоциональное благополучие [13].

ВОЗ определила активное и здоровое старение как процесс улучшения здоровья для уча-

стия с целью повышения качества жизни.

Продуктом окружающей среды является здоровое старение. Здоровое старение-это концепция, включающая социальные, экономические, психические и другие компоненты.

Также возможна другая схема описания здорового старения предложенная в 1998 году. Данная модель включает в себя 3 элемента: поддержка когнитивных и физических функций, избежание болезней и вовлеченность в здоровую жизнь [14].

Эти три сферы представляют ситуацию, что называется «здоровое старение», но у большего количества развивается 1 и более хронических болезней. Удельный вес людей пожилого возраста без хронических заболеваний составляет 8%. Во время опроса у пожилых людей с целью уточнения каким они себе представляют здоровое старение, многие уделяют вовлеченность и сохранение независимости, а так же принадлежность к обществу [15].

Посредством адаптации и компенсации мы видим, что жизнь наполненная смыслом, целеустремленностью можно представить в нынешнем мире в условиях хронических заболеваний [16].

На долголетие и здоровье, конечно влияет образ жизни, что непосредственно приводит к снижению уровня заболеваемости, для людей в возрасте. В последнее время люди сталкиваются с более ранним началом заболеваний и большим количеством хронических сопутствующих заболеваний.

Всемирная организация здравоохранения определила активное и здоровое старение как “процесс оптимизации возможностей для здоровья, участия и безопасности с целью повышения качества жизни по мере старения людей”.

Хронические заболевания и ЗОЖ.

Связь образа жизни с низким риском возникновения хронических заболеваний (ХЗ) был несколько раз продемонстрирован во многих исследованиях. На основе Европейского проспективного исследования рака и питания, было принято участие 23 000 пациентом в возрасте от 35 до 65 лет, наблюдение происходило в течение 8 лет с целью определения рисков развития хронических заболеваний [17]. Происходила оценка 4-х факторов образа жизни:

- Никогда не курил
- Индекс массы тела
- Потребление фруктов и овощей
- Физическая активность 3,5ч. в неделю

Участники имеющие все 4 фактора на этом этапе имели на 78% низкий риск развития ХЗ, при следующем наблюдении риск был уже на 93%, риск инсульта на 50% уменьшился, риск диагностики рака на 36%.

По сравнению с обычным лечением было проведено 1-летнее исследование Lifestyle Heart с 48 пациентами с заболеванием коронарной артерии, исследование было случайным для многомерного вмешательства в образ жизни. Средний возраст пациентов 56 лет, где диапазон 35+/-75. Суть вмешательства было соблюдение вегетарианской диеты с низким количеством жиров, около 10% калорий, а также отказом от курения, управление стрессом (дыхание, медитация), физические упражнения два раза в

неделю при содействии с психологом [18].

В начале исследования испытуемым была проведена катетеризация сердца и спустя год. У 82% в группе вмешательства был замечен регресс заболевания. В группе вмешательства на 91% было меньше эпизодов стенокардии в отличие от контрольной группы где показатель был на 165% больше исходной. Общий уровень холестерина в крови снизился на 24% и липопротеины низкой плотности на 37%. Была заметна сильная корреляция между дозами реакций, так что пациенты с высокой приверженностью к лечению добились улучшения.

Образ жизни и инвалидность.

В округе Аламеда было проведено исследование, где наблюдалась связь между здоровьем и жизненным стилем.

Выборка составила 7000 человек, а также 7 здоровых привычек были рассмотрены: умеренное употребление алкоголя, отказ курения, сон 8 часов в день, рациональное питание, поддержание веса, завтрак. Выяснилось, что люди с 6 здоровыми привычками жили на 11 лет дольше, чем у кого 3 или меньше здоровых привычек [19]. У кого были 4 и более здоровых привычек вероятность стать инвалидами превалировала на 12,2%. Через 10 лет после проведения исследования, люди имевшие 2,3 здоровых привычек имели вероятность 14,1%, а те, кто имел с 0-до 1 здоровых привычек имели 18,7%.

Исследования подтвердили что, защитный эффект здорового образа жизни у тех, кто придерживается его на 75% ниже вероятность стать инвалидом.

Когортное исследование, проведенное по месту жительства у 5248 мужчин и женщин в возрасте 65 лет и старше дали оценку продолжительности жизни без трудностей, сравнивая нездоровый и здоровый образ жизни. Было рассмотрено 7 элементов (Рис.2)

Компонент	Полезно	Вредно
Курение	Никогда	Текущий
Алкоголь	1-7 напитков в неделю	14+напитков в неделю
ИМТ	18-24,9	30+
Упражнения	2300 ккал, активный отдых в неделю	375 ккал, активный отдых в неделю
Прогулка	48 блоков в неделю	6 блоков в неделю
Интернет	Верхний квартиль	Нижний квартиль
Социальная поддержка	Верхний квартиль	Нижний квартиль

Рисунок 2 - Компоненты здорового образа жизни

Модифицирующие факторы риска снижения когнитивных функций были рассмотрены Ассоциацией Альцгеймера и отдельно деменции тоже. Были найдены доказательства, что регулярная физическая активность и управление факторами риска, таких как диабет, курение, повышенное давление, снижают риск развития когнитивных дисфункций и могут помочь для снижения развития деменции [20]. А также здоровое питание и постоянное развитие на протяжении всей жизни, образовательные, когнитивные тренировки снижают риск развития когнитивных нарушений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Здоровый образ жизни должен оценивать, питание, физическую активность, хорошее самочувствие, управление стрессом, употребление психоактивных веществ, связь и сон, чтобы предотвратить, остановить и обратить вспять хронические заболевания. Таким образом, ЗОЖ может привести к результатам, которые были важны для старческого населения, таким как снижение мультиморбидности, предотвращение или отсрочка функциональных и когнитивных нарушений, снижение хрупкости и поддержание вовлеченности, что все способствует здоровью в пожилом возрасте.

ВЫВОДЫ

Образ жизни влияет как на долголетие, так и на здоровье в пожилом возрасте. Это, в свою очередь, приводит к снижению заболеваемости, что долгое время было целью здорового образа жизни. В последнее время продолжительность

жизни снизилась среди молодежи и людей среднего возраста. Доказательная практика помощи отдельным людям и семьям в развитии и поддерживать здоровый образ жизни, лечение коренных причин хронических заболеваний, оценка ЗОЖ ест и лечит питание, физическая активность, благополучие, может предотвратить, остановить и обратить вспять хронические заболевания.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Мартыненко А. В. Здоровый образ жизни молодежи // Знание. Понимание. Умение. – 2004. – №. 1. – С. 136-138.
2. Агаджанян Н. А., Скальный А. В., Детков В. Ю. Элементный портрет человека: заболеваемость, демография и проблема управления здоровьем нации // Экология человека. – 2013. – №. 11. – С. 3-12.
3. Джайнакбаев Н. Т., Иманбаева Ж. А., Третьякова С. Н. Современные демографические аспекты здоровья в условиях Казахстана // Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины. – 2022. – №. 4. – С. 10-13.
4. Джайнакбаев М. Н. И др. Роль синтеза наук в системе знаний о здоровье населения // Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины. – 2021. – Т. 31. – №. 1. – С. 66-69.
5. Абдирова Т. М. Организация паллиативной помощи в гериатрической практике Республики Казахстан (обзор) // Наука о жизни и здоровье. – 2018. – №. 1. – С. 51-62.
6. Абдирова Т. М. Интегрированная паллиативная помощь в гериатрии на уровне семьи и общества // Вестник Казахского Национального

медицинского университета. – 2019. – №. 1. – С. 522-527.

7. Сидоренко А. В., Ешманова А. К., Абикулова А. К. Старение населения в Республике Казахстан. 2. Меры государственной политики // Успехи геронтологии. – 2017. – Т. 30. – №. 5. – С. 644-651.

8. Баттакова Ж. Е. «Экология и здоровье»-приоритетное направление научных исследований в Казахстане // Медицина труда и промышленная экология. – 2011. – №. 6. – С. 1-4.

9. Байтиленов Б. С. Мужское здоровье: современные проблемы и пути их решения // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2017. – Т. 17. – №. 10. – С. 116-118.

10. Бенберин В. В., Ахетов А. А., Танбаева Г. З. Медико-социальные технологии моделирования активного долголетия в Республике Казахстан // Успехи геронтологии. – 2015. – Т. 28. – №. 1. – С. 173-176.

11. Арон С. Новые подходы по продлению человеческой жизни в республике казахстан (медицинские и правовые аспекты) // Вестник Института законодательства и правовой информации Республики Казахстан. – 2020. – №. 5 (63). – С. 68-75.

12. Аканов А. А. И др. Успехи в достижении увеличения продолжительности жизни населения Казахстана // Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2013. – №. 1. – С. 332-336.

13. Омарова А. И., Саубетова Б. С., Таскараева М. Б. Качество жизни населения Казахстана // Социальные и экономические системы. – 2019. – №. 1. – С. 155-173.

14. Абилова Ж. М., Аимбетова Г. Е., Байсугурова В. Ю. Научно-обоснованные подходы

к развитию концепции управления здоровьем в современных условиях // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2014. – №. 2-4. – С. 110-112.

15. Шергенг Н. А., Нафикова А. И. Старение и старость как глобальная проблема современности // Медико-фармацевтический журнал «Пульс». – 2017. – Т. 19. – №. 7. – С. 124-126.

16. Харбедия Ш. Д., Моисеева К. Е., Александрова М. Н. Медико-социальная характеристика семей, имеющих детей с хроническими заболеваниями // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – №. 3. – С. 45-45.

17. Соболева Г. Н., Федулов В. К., Карпов Ю. А. Дисфункция артериального эндотелия и ее значение для оценки прогноза у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2010. – Т. 9. – №. 2. – С. 69-73.

18. Бубнова М. Г. и др. Новые возможности триметазидина МВ в лечении ишемической болезни сердца в условиях реальной клинической практики. Результаты Российского многоцентрового, рандомизированного исследования перспектива (часть II) // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2011. – Т. 10. – №. 6. – С. 70-80.

19. Платонов В. Н. Сохранение и укрепление здоровья здоровых людей-приоритетное направление современного здравоохранения. – 2006.

20. Деревнина Е. С., Персашвили Д. Г., Шварц Ю. Г. Когнитивная дисфункция у пациентов с кардиоваскулярными заболеваниями // Сердце: журнал для практикующих врачей. – 2013. – Т. 12. – №. 1. – С. 13-20.

**БАЛАЛАРДЫ, ЖАСӨСПІРІМДЕРДІ, ЖАСТАРДЫ САУЫҚТЫРУ
ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ, ПОДРОСТКОВ, МОЛОДЕЖИ
HEALTH OF CHILDREN, ADOLESCENTS, YOUTH**

УДК 613.22-053.4(574.24)

**АҚМОЛА ОБЛЫСЫНДАҒЫ МЕКТЕПКЕ ДЕЙІНГІ БАЛАЛАР МЕКЕМЕЛЕРІНДЕ
ТАМАҚТАНУДЫ ҰЙЫМДАСТЫРУ МӘСЕЛЕЛЕРІ.**

Болатбаева К. Н., Тарджибаева С. К., Абдрахманова Д. Е.

**Ы Алтансарин атындағы Ұлттық Білім Академиясы.
КеАҚ «Астана медицина университеті»**

kulzhanat.bulatbayeva@mail.ru, sauletard@gmail.com, damira094@gmail.com

ТҮЙІНДЕМЕ

Тамақтанудың сапасын бағалау әр түрлі сапалық көрсеткіштерге негізделген. Ол ас дайындау жерлерінің санитарлық-эпидемиологиялық жағдайы, тамақ өнімдерінің сапасы, тамақ дайындау технологиясы және т.б. сияқты әртүрлі өлшемдерді қамтиды. Авторлар Қазақстан Республикасы Ақмола облысының мектепке дейінгі мекемелерінде пайдалану

мысалында сандық көрсеткіштерге негізделген тамақтандыруды ұйымдастыру сапасын бағалауға арналған әдісін ұсынды. Тамақтану сапасын бағалау кезінде мектепке дейінгі мекемелердегі тамақтану саласына қатысты негізгі проблемалар анықталып, оларды оңтайландыру бойынша практикалық ұсыныстар берілді

Түйінді сөздер: балалар, тамақтандыруды ұйымдастыру, мектепке дейінгі мекемеле

**ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПИТАНИЯ В ДЕТСКИХ ДОШКОЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ
В АКМОЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ.**

Булатбаева К.Н., Тарджибаева С.К., Абдрахманова Д.Е.

**Национальная академия образования имени Ы. Алтынсарина
НАО «Медицинский университет Астана»**

kulzhanat.bulatbayeva@mail.ru, sauletard@gmail.com, damira094@gmail.com

РЕЗЮМЕ

Оценка качества организации питания включает в себя различные критерии, такие как: санитарно-эпидемиологическое состояние пищеблоков, качество продуктов питания, технологии приготовления блюд и т.д., которые основаны на качественных показателях. Авторами предложен метод для оценки качества организации питания, основанный

на количественных показателях, на примере использования их в дошкольных учреждениях Акмолинской области Республики Казахстан. При проведении оценки качества питания выявлены основные проблемы, касающиеся сферы питания в дошкольных учреждениях, а также даны практические рекомендации по их оптимизации.

Ключевые слова: дети, организация питания, дошкольные учреждения

ISSUES OF FOOD ORGANIZATION IN CHILDREN'S PRESCHOOL INSTITUTIONS IN AKMOLA REGION.

Bulatbaeva K.N., Tarjibaeva S.K., Abdrakhmanova D.E.

**National Academy of Education named after Y. Altynsarin
«Astana Medical University»**

kulzhanat.bulatbayeva@mail.ru, sauletard@gmail.com, damira094@gmail.com

SUMMARY

The assessment of the quality of catering includes various criteria, such as: the sanitary and epidemiological state of food units, the quality of food, cooking technologies, etc., which are based on qualitative indicators. The authors propose a method for assessing the quality of catering, based on quantitative indicators, on the example of their

use in preschool institutions of the Akmola region of the Republic of Kazakhstan. When assessing the quality of nutrition, the main problems related to the sphere of nutrition in preschool institutions are identified, and practical recommendations for their optimization are given.

Key words: children, catering, preschool institutions

ВВЕДЕНИЕ

Питание детей в дошкольном и школьном возрасте имеет важное значение, потому как в период формирования физического здоровья, психомоторного и интеллектуального развития ребенка, детский организм нуждается в обеспечении всеми питательными веществами и энергией. Если до трех лет питание ребенка зависит в основном от матери, то в дошкольный период, когда ребенок большую часть своего времени находится в дошкольном учреждении, качество организации питания играет главенствующую роль [1].

Организации питания в учреждениях образования зависит от многих составляющих, таких как: полноценность рационов питания, соблюдение технологии приготовления блюд, обеспечение санитарно-гигиенических условий, оснащенность технологическим оборудованием и кадровым потенциалом [2]. Формирование меню рационов питания в детском учреждении имеет свои особенности, предусмотренные в «Стандарты питания в организациях здравоохранения и образования» от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ302/2020, в санитарных правилах «Санитарно-эпидемиологические требования к дошкольным организациям и домам ребенка», от 9 июля 2021 года № ҚР ДСМ-59, а также «Нормы питания пред-

усмотрены в постановлении Правительства Республики Казахстан от 12 марта 2012 года № 320 «Об утверждении размеров, источников, видов и Правил предоставления социальной помощи гражданам, которым оказывается социальная помощь [3,4]. В последнее время все чаще проводятся исследования по анализу организации питания в детских учреждениях, так условия для обеспечения рационального и сбалансированного питания в Западно-Казахстанской области в ряде случаев не реализуется. Гигиеническая оценка действующих меню рационов детского питания показала, что ассортимент блюд в меню ограничен, наблюдается «перенасыщение» углеводами, такими как: манная крупа, сладкие мучные изделия, хлеб, булочки, сахара. Наблюдается недостаточное потребление круп, фруктов и овощей [5]. В результате изучения регламентирующих документов в сфере питания ДДУ Республики Казахстан, авторами было проанализирована структура питания и пищевой статус детей. Так в меню рационов питания во многих учреждениях дошкольного образования отсутствовали кисломолочные продукты, наблюдается частое использование мяса птицы, чем рекомендуемые говядина и телятина, а из овощей в основном только в виде капусты и свеклы [6].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В рамках программно-целевого финансирования (ПЦФ) «Научные основы оптимизации дошкольного и среднего образования» Национальной Академии образования имени Ы. Алтынсарина проведен анализ деятельности организации питания в дошкольных учрежде-

ниях в Акмолинской области. Всего приняли участие 6 дошкольных учреждений из следующих районов: Аршалинский, Целиноградский, Зерендинский, Бурабайский, г. Степногорск и г. Кокшетау. Характеристика целевых групп, участвовавших в исследовании приведена в таблице 1.

Таблица 1 - Характеристика целевых групп

№	Наименование	Соц. опрос родителей	Мед работник	Работники пищеблока
	Аршалинский район	7	1	3
	Целиноградский район	32	2	4
	г. Степногорск	26	1	2
	Зерендинский район	16	1	5
	г. Кокшетау	28	1	3
	Бурабайский район	19	1	-
	ИТОГО	128	7	17

Во всех учреждениях были изучены условия организации питания, технологическая оснащённость пищеблоков, анализ меню рационов питания, санитарно гигиенические условия приготовления пищи, хранения пищевых продуктов. Проведены социологические исследования по изучению уровня информированности родителей, медицинских работников и работников пищеблока и администрации по вопросам детского питания. Проведены антропометрические измерения весо-ростовых показателей у детей различного возраста. Проведен анализ фактического питания детей по опросу родителей о питании ребенка в течении суток, путем анализа питания в ДУ и дома.

Для оценки санитарно-гигиенического состояния организации питания в ДУ нами впервые была составлена и внедрена методика оценки по «Чек-листу». Данная методика может использоваться для оценки качества организации, который состоит из 6 критериев (таблица 2). Каждый критерий оценивается системой баллов, сумма которого в итоге отражает качество питания. Итог по сумме баллов выносится в виде суммы баллов.

Данная методика может быть использована в работе бракеражных комиссий по оценке качества питания в учреждениях образования и здравоохранения, социальных учреждениях.

Таблица 2- Чек лист оценки качество организации питания в образовательном учреждении

Наименование организации _____

Ұйымның атауы

Наименование учреждения _____

Мекеменің атауы

Показатель Көрсеткіш	Критерии Критерийлер	Кол-во баллов Балдар саны

Обеспеченность посадочных мест Отыратын орындардын камтамасыз етілуі	1. Площадь столовой соответствует- Да-1,Нет-0 Асхана ауданы сәйкес келеді-Иә-1, Жоқ-0 2.Количество посадочных мест Да-1. Нет-0 Отыратын орындар саны Бар-1, Жоқ-0	
Обеспеченность технологическим оборудованием Технологиялық жабдықтармен камтамасыз етілуі	Обеспеченность технологическим оборудованием Да-1,Нет- 0 Технологиялық жабдықтармен камтамасыз етілуі Иә-1, Жоқ-0 Обеспеченность инвентарем Да-1, нет-0 Мүкәмалмен камтамасыз етілуі Бар-1, Жоқ-0	
Меню рацион питания Ас мәзірі	Наличие энергетического и нутриентного состава Да-1, Нет -0 Энергетикалық және нутриенттік құрамның болуы Иә-1, Жоқ-0 Наличие меню-рациона питания по сезонам Да-1, Нет-1 Маусымдық тамақтану мәзірінің болуы Бар-1, Жоқ-0	
Санитарно-эпидемиологическое состояние Санитарлық-эпидемиологиялық жағдайы	Соблюдение режима санитарной обработки Да-1, Нет-0 Санитариялық өндеу режимін сақтау Наличие контроля здоровья работников пищеблока Да-1, Нет-0 Ас блогы қызметкерлерінің денсаулығын бақылаудың болуы Бар-1, Жоқ-0	
Наличие сертификатов качества продуктов питания и условий хранения и транспортировки продуктов питания Тамақ өнімдерінің сапасы сертификаттарының болуы және тамақ өнімдерін сақтау және тасымалдау жағдайы.	Наличие сертификатов качества Да-1, Нет-0 Тамақ өнімдерінің сапасы сертификаттарының болуы Бар-1, Жоқ-0 Наличие условий для хранения п/п Да1, Нет-0 тамақ өнімдерін сақтау және тасымалдау жағдайы Бар-1, Жоқ-0	
ИТОГО Барлығы	Макс 10 баллов Мин -0 баллов	

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При проведении нами анализа многих дошкольных учреждений Акмолинской области, было выявлено слабое техническое оснащение пищеблоков, учреждения нуждаются в ка-

питальном ремонте, имеются трудности при работе с местными поставщиками продуктов питания.

Только 33,3 % учреждений по чек-листу имеет удовлетворительные условия организации питания.

Несмотря на требования в нормативных документах картотеки технологии приготовления блюд, отсутствует отечественная методическая база рецептуры блюд для организации питания в дошкольных учреждениях, используются картотеки блюд с «Советского питания». Отсутствие методической базы вызывает трудности при работе диетических сестер, для расчета содержания белков, углеводов и жиров, и энергетической ценности меню рационов питания. Отсутствие централизованной системы доставки пищевых продуктов, вызывает трудности по обеспечению качества питания, а также отражается на ценовой политике, особенно в сельских округах, где доставка продуктов питания осуществляется за счет поставщика. Необходимо также формирование образовательной системы по организации питания в дошкольных учреждениях, по повышению квалификации не только медицинских сестер диетологов, но и работников пищеблоков, ведь приготовление детских блюд имеет свои специфические профессиональные требования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В целях оптимизации питания детей в дошкольных учреждениях необходимо:

- разнообразить меню рациона питания;
- оптимизировать систему единой централизованной доставки пищевых продуктов;
- сформировать методическую базу технологических карт приготовления блюд для организации питания в дошкольных учреждениях;
- проводить обучающие образовательные программы по повышению профессиональных знаний и навыков среди медицинских работников.

ВЫВОДЫ

Таким образом реализация предлагаемых мер будут способствовать не только улучше-

нию системы питания, но и комплексную работу всего дошкольного учреждения.

Статья выполнена в рамках программно целевого финансирования научно-технической программы OR 11465474 «Научные основы модернизации системы образования и науки (2021-2023 гг., Национальная академия образования им. Ы. Алтынсарина). Авторская группа благодарит Министерство образования и науки Республики Казахстан за предоставленную возможность опубликовать настоящую статью.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Жданова О.А., Настаушева Т.Л., Попов В.И., Минакова О.В. Влияние питания на физическое развитие и состояние здоровья школьников. Здоровье молодежи: новые вызовы и перспективы, -Издательско-полиграфический центр: «Научная книга» Москва, 2019 г-271-289 стр.
2. Елисеев Ю.Ю., Клещина Ю.В. Перспективы укрепления Здоровья школьников на основе оптимизации питания //Вопросы детской диетологии, Том9., №1, 2009 г. Стр. 46-48
3. Стандарты питания в организациях здравоохранения и образования РК 21.12. 2020 // adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021857
4. Санитарно-эпидемиологические требования к дошкольным организациям и домам ребенка 9.06.21 <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2100023469>
5. Г. К. Ахметова, Ж. Р. Асангалиева, А. К. Гумарова, Э. Р. Чинарова. Исследование питания детей в дошкольных учреждениях в Западно-Казахстанской области//Молодой ученый.-2015.-№ 6.3 (86.3).- С. 14-19.
6. Д.А.Сарымсакова, А.К.Беисбекова, А.У. Калдыбай Особенности питания детей в детских дошкольных учреждениях в современных условиях// Вестник КазНМУ № 1 2020 стр. 134-136.

УДК: 614.1; 614.2; 616-053.3.

ДҮНИЕЖҮЗІЛІК ЕМІЗУ АПТАЛЫҒЫНА АРНАЛҒАН 2022 ЖЫЛҒЫ ҚАЗАҚСТАНДА ҰЛТТЫҚ БАҒДАРЛАМАНЫ ЖҮЗЕГЕ АСЫРУДЫҢ НЕГІЗГІ НӘТИЖЕЛЕРІ

Сулейманова Н.А., Қалмақова Ж.А., Слажнева Т.И., Адаева А.А., Әбдірахманова Ш.З.,
Назарова С.А., Жұманова М.Е.

ҚР ДСМ Қоғамдық денсаулық сақтау ұлттық орталығы ШЖҚ РМК

n.suleymanova@hls.kz, zh.kalmakova@hls.kz, t.slazhneva@hls.kz, adai202@hls.kz,
sh.abdrahmanova@hls.kz, s.nazarova@hls.kz, m.zhumanova@hls.kz

ТҮЙІНДЕМЕ

Мақалада емізудің баланың денсаулығына тигізетін пайдасы туралы халықты ақпараттандыру мақсатында жүргізілген Дүниежүзілік баланы емізу апталығына орайластырылған 2022 жылғы ұлттық бағдарламаны іске асыру қорытындылары келтірілген. Бағдарлама «Дені сау ұлт» әрбір азамат үшін сапалы және қолжетімді денсаулық сақтау» ұлттық жобасы шеңберінде жүзеге асырылады. Мақалада республика өңірлеріндегі іс-шаралар көлемі және халықты қамту өткен жылмен салыстыра отырып көрсетілген. Іс-шараларға жастар, орта және аға буын өкілдері тартылды. Түрлі ауқымды акциялар, БАҚ-тағы іс-шаралар, оқу орын-

дарында, медициналық-санитариялық алғашқы көмек желілерінде ақпараттық-коммуникациялық жұмыстар өткізіліп, конференциялар, дөңгелек үстелдер, медициналық ұйымдарда семинар-тренингтер, көптеген спорттық іс-шаралар ұйымдастырылды. Аналардың баларды қа деген адалдығын ұстамдылығын арттыру үшін оның мәні мен мәселенің маңыздылығын түсіну, медицина қызметкерлері мен әйелдерде сапалы білімнің болуы, олардың баланы емізуге кедергі келтіретін мәселелердің алдын алу мен оларды шеше білуі, дені сау баланы тәрбиелеуге деген ұмтылысы маңызды.

Түйінді сөздер: емізу, бала денсаулығы, Дүниежүзілік баланы емізу апталығы

ОСНОВНЫЕ ИТОГИ РЕАЛИЗАЦИИ НАЦИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ В КАЗАХСТАНЕ В 2022 ГОДУ, ПРИУРОЧЕННОЙ К ВСЕМИРНОЙ НЕДЕЛЕ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

Сулейманова Н.А., Калмақова Ж.А., Слажнева Т.И., Адаева А.А.,
Абдрахманова Ш.З., Назарова С.А., Жұманова М.Е.

РГП на ПХВ «Национальный центр общественного здравоохранения» МЗ РК,
г. Алматы, Казахстан

n.suleymanova@hls.kz, zh.kalmakova@hls.kz, t.slazhneva@hls.kz, adai202@hls.kz,
sh.abdrahmanova@hls.kz, s.nazarova@hls.kz, m.zhumanova@hls.kz

РЕЗЮМЕ

В статье представлены итоги реализации Национальной программы 2022 года, приуроченной к Всемирной неделе грудного вскармливания, проведенной в целях информирования населения о пользе грудного вскармливания для

здоровья ребенка. Программа осуществляется в рамках Национального проекта качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая нация». В статье приведен объем мероприятий в разрезе регионов республики и охват населения, даны сравнения с предыдущим годом. К мероприятиям были привле-

чены молодежь, среднее и старшее поколение. Проведены различные широкомасштабные акции, мероприятия в СМИ, информационно-коммуникационная работа в учебных заведениях, сети первичной медико-санитарной помощи, организованы конференции, круглые столы, семинар-тренинги в медицинских организациях, многочисленные спортивные мероприятия. Для повышения приверженности матерей к грудному вскармливанию важно понимание его сути

и важности проблемы, наличие качественных знаний у медицинских работников и женщин, их умение предотвращать и решать проблемы, препятствующие лактации, желание воспитать здорового ребенка.

Ключевые слова: грудное вскармливание, здоровье ребенка, Всемирная неделя грудного вскармливания

KEY RESULTS OF IMPLEMENTATION OF THE NATIONAL PROGRAM DEDICATED TO THE WORLD BREASTFEEDING WEEK IN KAZAKHSTAN, 2022

Suleimanova N. A., Kalmakova Z.A., Slazhnyova T. I., Adayeva A.A.,
Abdrakhmanova Sh. Z., Nazarova S.A., Zhumanova M.E.

National Center of Public health of the Ministry of Health RK

n.suleymanova@hls.kz, zh.kalmakova@hls.kz, t.slazhneva@hls.kz, adai202@hls.kz,
sh.abdrahmanova@hls.kz, s.nazarova@hls.kz, m.zhumanova@hls.kz

SUMMARY

The article presents the results of the implementation of the 2022 National Program devoted to World Breastfeeding Week, implemented to inform the population about benefits of breastfeeding for child health. The program is implemented within the framework of the National Project «Quality and affordable healthcare for every citizen «Healthy Nation». The article presents the scope of activities in the context of regions of the republic and coverage of the population, comparisons with previous year are given. Young people, middle and older generations were involved

in the events. Various large-scale actions, events in the media, information and communication work in educational institutions, primary health care networks, conferences, round tables, training seminars in medical organizations, numerous sports events were organized. To increase the commitment of mothers to breastfeeding, it is important to understand its benefit and importance of the problem, availability of high-quality knowledge among medical professionals and women, their ability to prevent and solve lactation problems, the desire to raise a healthy child.

Keywords: breastfeeding, child health, World Breastfeeding Week

ВВЕДЕНИЕ

По данным Всемирной Организации Здравоохранения в мире умирает около 3 млн. младенцев, не достигнув 4-недельного возраста. Подавляющее большинство этих смертей приходится на первые дни жизни. Ранние случаи смерти и тяжелые последствия, которые могут развиваться у выживших младенцев, можно значительно сократить с помощью простых технологий, основанных на научных доказательствах. Так, исследованиями экспертов ВОЗ

было показано, что если бы всех детей с рождения вскармливали исключительно грудным молоком, то это позволило бы ежегодно спасать от смерти около 1,5 миллионов детей, укреплять их здоровье. Процесс кормления детей грудью является общим для всех культур во все времена, поскольку от этого зависит вопрос выживания человечества [1-3].

Всемирная Организация Здравоохранения и Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) еще в 1989 г разработали Совместную декларацию «Охрана, поощрение и

поддержка практики грудного вскармливания. Особая роль родовспомогательных служб». В декларации были разработаны 10 принципов успешного грудного вскармливания и представлен свод рекомендаций для медицинских организаций. Внедрение этих рекомендаций в практику здравоохранения обеспечивает здоровье матери и ребенку. В 1990 году была разработана и принята Декларация Инноченти (в некоторых переводах - Инносенти) «О защите, содействии и поддержке практики грудного вскармливания». Декларация призывает правительства всех стран принять конкретные меры для внедрения в практику «10 принципов успешного грудного вскармливания» и положений «Международного свода правил по сбыту заменителей грудного молока», интеграции политики грудного вскармливания в планы общего развития и здравоохранения для достижения конкретных целей по распространению грудного вскармливания и снижению младенческой заболеваемости и смертности [4].

В Казахстане с 1997 года проводится целенаправленная государственная политика по охране, поощрению и поддержке грудного вскармливания. Это способствовало существенному прогрессу в отношении сроков начала грудного вскармливания. Так, если в 1999 году только 27% новорожденных были приложены к груди в течение первого часа после рождения и 66,1% получили материнское молоко в течение первого дня своей жизни, то, по данным Мультииндикаторного кластерного обследования (МИКО), проведенного ЮНИСЕФ, эти показатели в 2006 г повысились соответственно до 64,2% и 87,8% [5].

Согласно данным «Кластерного обследования по многим показателям 2015», проведенном ЮНИСЕФ, показано, что в Казахстане доля младенцев, находящихся на исключительно грудном вскармливании, составляет всего лишь 37,8%, а продолжительность грудного вскармливания до 1 года – 59,8% и до 2-х лет – 21,1% [5].

Ежегодно, во всем мире и Казахстане, с 1 по 7 августа, проводится «Неделя поддержки и поощрения грудного вскармливания», 1 августа в 1990 года была принята Декларация о защите, поощрении и поддержке грудного

вскармливания. Всемирная неделя поддержки и поощрения грудного вскармливания призвана защитить право ребенка питаться материнским молоком, а также разъяснить беременным женщинам и молодым мамам необходимость грудного вскармливания.

В Казахстане в настоящее время соблюдается политика медицинских организаций, соответствующая резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения «Десять шагов успешного грудного вскармливания»: обновленная версия». ВОЗ обновил и дополнил «10 шагов к успешному грудному вскармливанию» – Защита, пропаганда и поддержка грудного вскармливания в учреждениях по родовспоможению, работающих с беременными, матерями и новорожденными [6].

В статье приведены данные по реализации Национальной программы, приуроченной к Всемирной неделе грудного вскармливания, проведенной в 2022 году в целях информирования населения о пользе грудного вскармливания для здоровья ребенка. Программа осуществляется в рамках Национального проекта качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая нация», утвержденного постановлением Правительства Республики Казахстан от 12 октября 2021 года № 725 при организационно-методическом руководстве Национального центра общественного здравоохранения в регионах республики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Представленные в статье данные, основываются на информации, представленной Управлениями здравоохранения Актюбинской, Жамбылской, Западно-Казахстанской, Карагандинской, Костанайской, Кызылординской, Северо-Казахстанской и Туркестанской областей по реализации в РК Национальной программы, приуроченной к Всемирной неделе грудного вскармливания. Основным элементом механизма реализации является совместная деятельность организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, на единой методологической основе с практической реализацией данных мероприятий на региональном уровне. Целевая группа, подлежащая

охвату информационно-разъяснительными мероприятиями, население РК: молодежь от 18 до 29 лет; взрослое население от 30 до 64 лет.

Полученные данные с регионов были сведены и обработаны в программе MS Excel.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В рамках реализации Национальной программы всего было проведено 18184 мероприятия, в том числе: 8 811 организационных мероприятий в разрезе целевых групп с охватом 27 794 человек, 9 373 мероприятия в средствах массовой информации (далее –СМИ).

Для отдельных целевых групп населения республики организованы 8811 мероприятий, в том числе: 345 тематических занятий (игры, рассказы) в детских дошкольных учреждениях, 36 родительских собрания, 23 классных часа в учебных заведениях, 16 творческих конкурсов (конкурс рисунков и др), 16 широкомасштабных акций, 312 мероприятий в ПМСП, 65 конференций, 4 989 семинар-тренингов, 112 круглых столов, 138 вечеров вопросов и ответов, 23 спортивных мероприятия и 2736 других

мероприятий с общим охватом 27794 человек. Все мероприятия, которые были проведены в рамках реализации Национальной программы, проведены с соблюдением пунктов Постановления Главного государственного санитарного врача РК.

На рисунках 1 и 2 представлены количество проведенных в 2022 году мероприятий и охват населения в разрезе регионов.

В текущем году по количеству проведенных мероприятий в рамках программы абсолютным лидером является Карагандинская (4870 мероприятия) область. Большое количество мероприятий в Карагандинской области обусловлено проведением большого числа индивидуальных консультаций и бесед с целевой группой населения. На втором месте с большим отрывом находится Костанайская область (2095 мероприятий). Наименьшее количество мероприятий зафиксировано в Кызылординской (90 мероприятий) и Западно-Казахстанской (97 мероприятий) областях. Среднереспубликанский показатель по количеству проведенных мероприятий составил 1101 (рисунок 1).

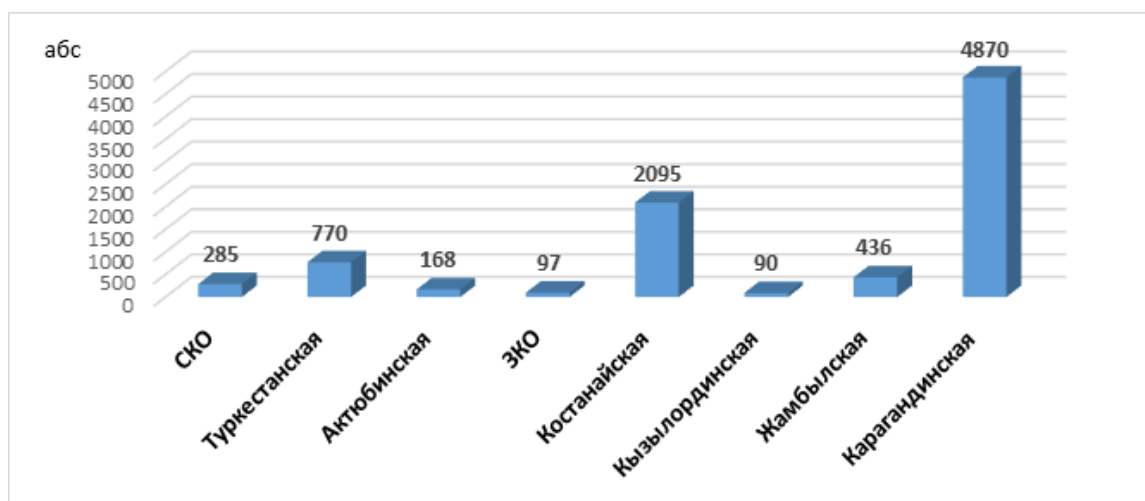


Рисунок 1 - Количество мероприятий, проведенных в рамках реализации Национальной программы, приуроченной к Всемирной неделе грудного вскармливания, в разрезе регионов за 2022 год

Высокий охват населения – 6 647 человека в Жамбылской области, также в Карагандинской – 6 323 человек (рисунок 2). Низкий охват зафиксирован в Западно – Казахстанской (915 человек). Следует отметить, что в Кызылордин-

ской и Северо-Казахстанской областях также наблюдается низкий охват населения – 1000 и 1290 человек соответственно. Среднереспубликанский показатель по охвату населения составил 3474 человека (рисунок 2).

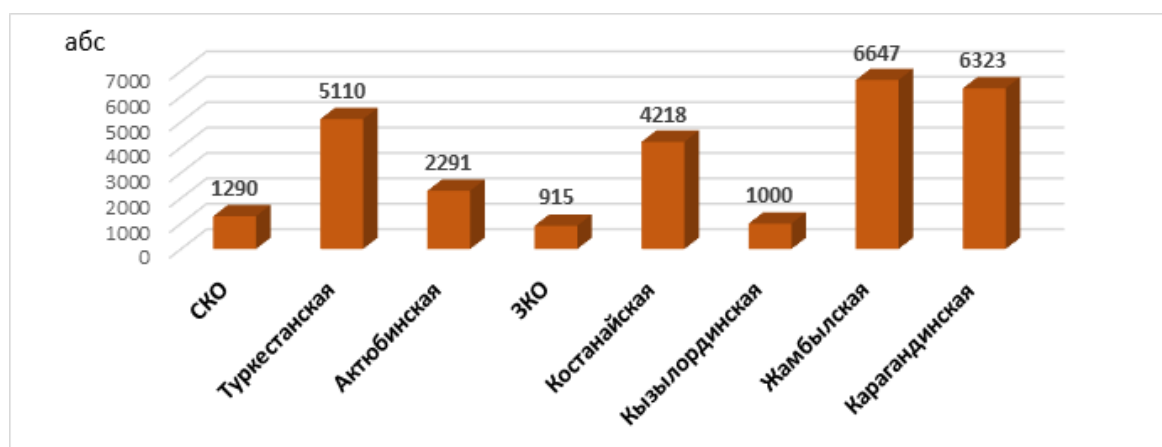


Рисунок 2 - Охват населения мероприятиями в рамках реализации Национальной программы, приуроченной к Всемирной неделе грудного вскармливания, за 2022 год в разрезе регионов

В целевой группе от 18 до 29 лет в средне-специальных и высших учебных заведениях, рабочих коллективах проведено в комбинированной (онлайн и офлайн) форме 5 359 мероприятий с привлечением 15 349 человек, в том числе: 184 тематических занятия (игры, рассказы) в ДДУ с охватом 1 522 человека, 22 родительских собрания с охватом 221 человека, 13 кураторских часов с охватом 28 человек, 10 творческих конкурсов (конкурс рисунков и др) с охватом 21 человек, 11 широкомасштабных акций с охватом 66 человек, 91 вечер вопросов и ответов (диспуты, дебаты) с охватом 1 046 человек, 63 круглых стола с охватом 470 человек, 196 мероприятий в ПМСП с охватом 2 560 человек, 33 конференции с участием 203 человек, 2 826 семинар-тренингов с охватом 4 353 человек, 16 спортивных мероприятий с охватом 63 человека и 1 894 других мероприятий с привлечением 4 796 человек.

В целевой группе от 30 до 64 лет в организациях ПМСП, стационарах, школах здоровья, организованных коллективах организованы 3 452 мероприятия с охватом 12 445 человек, в том числе 161 тематическое занятие (игры, рассказы) в ДДУ с охватом 1 745 человек, 14 родительских собраний с охватом 80 человек, 10 кураторских часов с охватом 10 человек, 6 творческих конкурсов (конкурс рисунков и др.) с охватом 24 человек, 5 широкомасштабных акций с охватом 40 человек, 47 вечера вопросов и ответов (Диспуты, дебаты) с охватом 436 человек, 49 круглых столов с охватом 550 человек,

116 мероприятий в ПМСП с охватом 1 618 человек, 32 конференции с участием 198 человек, 163 семинар-тренинга с охватом 4 276 человек, 7 спортивных мероприятий с охватом 8 человек и 842 других мероприятия с привлечением 3 460 человек.

Всего по республике в СМИ было организовано 9 373 мероприятия, в том числе: 7 пресс-конференций, 7 выступлений на телевидении, 35 публикаций в периодической печати, 18 выступлений на радиостанциях, 8 материалов, опубликованных в И/А (Nur.kz, Zakon.kz, Tengrinews и др.), 6 созданных телевизионных сюжетов и выпусков, фильмов, 742 ротаций аудиороликов на радиостанциях, 168 ротаций видеороликов на телевидении, 19 выступлений по радио трансляционному узлу, 284 публикации размещены в социальных сетях, 139 размещения информации на веб-сайтах медицинских организаций, 59 публикаций на веб-сайтах Управлений здравоохранения, 5 238 трансляций видеороликов на LED-мониторах, 94 выпуска наружной рекламы (светодиодные дисплей, баннеры, билборды, информационные стойки, Roll-up стойки и т.д.), 2 051 рассылки информации посредством SMS-сообщений через мобильную связь, социальные сети, платежные квитанции по оплате коммунальных услуг, расклеивание информации в лифтах, подъездах жилых домов и 498 других мероприятий.

Максимальное количество мероприятий в СМИ проведено в Жамбылской области – 3 038 мероприятия, однако данный показатель

сформирован за счет большого числа трансляции видеороликов на LED-мониторах (2450 показов). Достаточно высокие показатели в Костанайской и Западно-Казахстанской области.

Минимальное - в Актюбинской (186 мероприятий) и Северо-Казахстанской (340 мероприятий) областях (рисунок 3). В Кызылординской области мероприятия в СМИ не проводились.

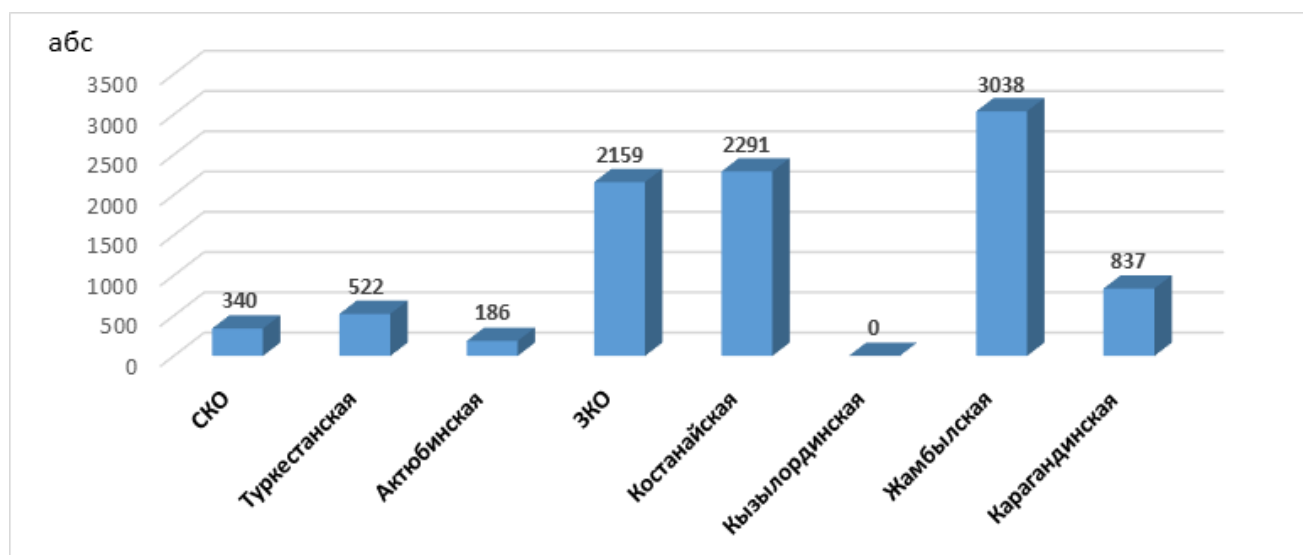


Рисунок 3 - Количество мероприятий в СМИ в рамках реализации Национальной программы, приуроченной к Всемирной неделе грудного вскармливания, в разрезе регионов за 2022 год

В рамках реализации Национальной программы распространено 14 427 единиц информационно-образовательных материалов, в том числе: 4580 буклет-инфографиков, 962 плакатов, 7094 листовок, 1791 других материалов.

Сравнение данных национального проекта за 2021 и 2022 годы в разрезе регионов

В рамках реализации Национальной программы в 2022 году было организовано и про-

ведено 8 811 мероприятия, приуроченных к Всемирной неделе поддержки грудного вскармливания, что несколько меньше по сравнению с 2021 годом (рисунок 4).

Количество лиц, охваченных мероприятиями, почти в 1,7 раза меньше в сравнении с 2021 годом и составило 27 794 человек, тогда как в 2021 году данный показатель составлял 47 951 (рисунок 4).

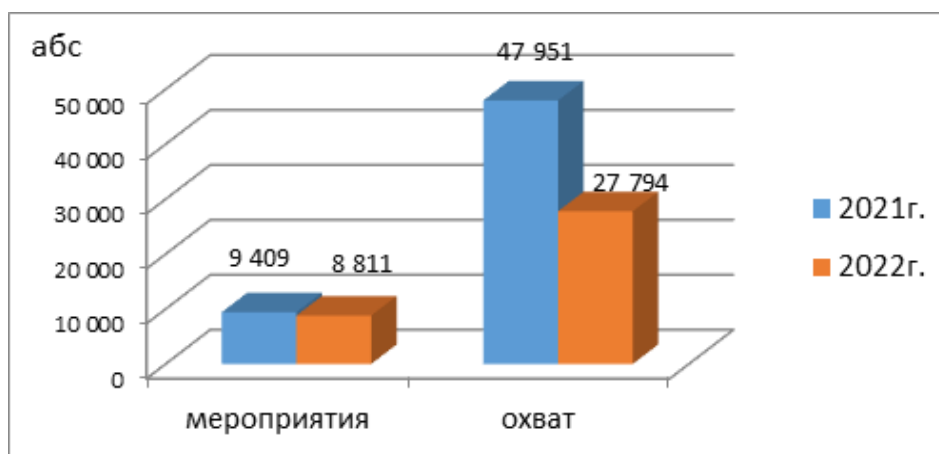


Рисунок 4 - Количество проведенных мероприятий и охват населения в рамках реализации Национальной программы, приуроченной к Всемирной неделе грудного вскармливания за 2021 и 2022 годы

Сравнительный анализ количества мероприятий показал резкое снижение количества мероприятий в 2022 году в ряде регионов (рисунок 5). Среднереспубликанский уровень (1101 мероприятие) в 2021 году превысили Карагандинская область – 4 870 мероприятия и Костанайская область – 2 905 мероприятий. Тогда как в 2022 году среднереспубликанский уровень (723 мероприятия) в 2022 году превысили Карагандинская область – 5273 мероприятия и Северо-Казахстанская область – 886 мероприятий. Значимая разница между показателями

2021 и 2022 годами наблюдается в Костанайской области, так, в 2021 году там было проведено 209 мероприятий, однако в текущем году наблюдается резкий рост количества проведенных мероприятий в 10 раз. Увеличение количества мероприятий зафиксировано также в Актыубинской (на 60%) и Туркестанской (на 35%) областях. Наоборот, заметное снижение количества мероприятий наблюдается в Северо-Казахстанской (почти в 3 раза). В Жамбылской и Кызылординской областях не отмечалось значимой разницы.

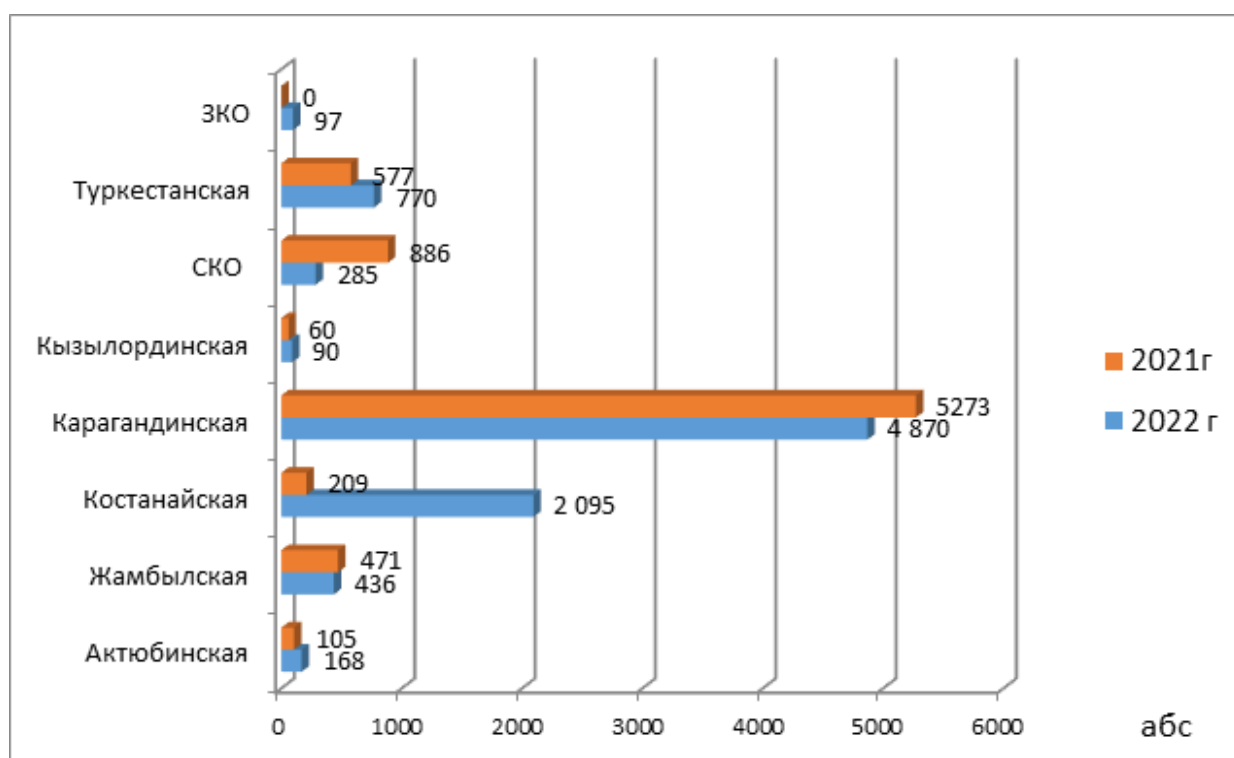


Рисунок 5 - Количество мероприятий в рамках реализации Национальной программы, приуроченной к Всемирной неделе грудного вскармливания, в разрезе регионов за 2021 и 2022 годы

Сравнение данных по охвату населения показал резкое снижение количества населения, привлеченного к мероприятиям в рамках национальной программы (рисунок 6). Если в 2021 году среднереспубликанский показатель по охвату составлял 3 689 человек, то в 2022 году немного меньше – 3 474 человек. Резкое снижение отмечено в Туркестанской области

в 2021 году 11 202, а в 2022 году 5110. Также наблюдается заметное снижение в Северо-Казахстанской (почти в 2,2 раза), Карагандинской (в 1,2 раза) областях. В Жамбылской области охват населения, напротив, увеличился в 2021 году 2545, а в 2022 году 6647, так же в рост заметен в Костанайской области в 2021 году 2439, а в 2022 году 4218.

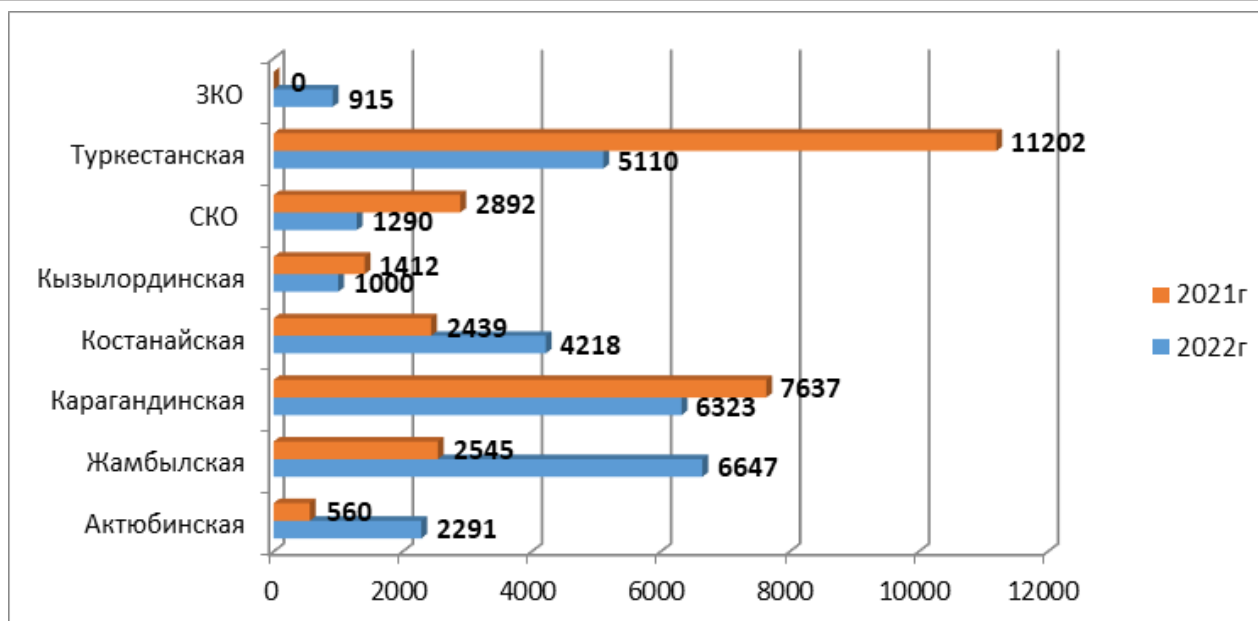


Рисунок 6 - Охват населения мероприятиями в рамках реализации Национальной программы, приуроченной к Всемирной неделе грудного вскармливания за 2021 и 2022 годы в разрезе регионов

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Стоит отметить, что естественное вскармливание младенца не потеряло своей актуальности и в наше время, с точки зрения, его медико-биологической и социальной значимости для семьи и общества. Однако, за последние десятилетия заметно сократилась распространенность и длительность кормления детей грудью. В связи с этим, крайне важна широкая и эффективная работа с населением, особенно с молодежью, в направлении повышения значимости кормления грудью не только для жизни и здоровья младенца, эффективного развития психологических, познавательных навыков, но и для долгосрочного здоровья.

В современное время становится все более очевидным, что принятие решений по улучшению питания на ранних этапах развития ребенка играет важную роль в снижении бремени инфекционных болезней. Грудное вскармливание является ключевым компонентом профилактических мер, и в целях расширения базы знаний о связи между естественным вскармливанием и снижением риска развития НИЗ крайне важно, чтобы вести более эффективную работу по стимуляции грудного вскармливания. Необходимо усилить пропаганду, охрану и поддержку его на всех этапах оказания первичной

медико-санитарной помощи матери и ребенку с учетом современных научно-обоснованных рекомендаций по сохранению лактации.

ВЫВОДЫ

Таким образом, в рамках реализации Национальной программы, приуроченной к Всемирной неделе поддержки грудного вскармливания, проведено свыше 18000 мероприятий с охватом более 27,5 тыс. человек. По количеству проведенных мероприятий в рамках программы абсолютным лидером является Карагандинская область. Достаточно большое количество мероприятий проведено в Костанайской области. Наименьшее количество мероприятий зафиксировано в Кызылординской и Западно-Казахстанской областях.

Высокий охват населения проведенными мероприятиями на Всемирной неделе поддержки грудного вскармливания в Жамбылской и Карагандинской областях. Недостаточно мероприятиями были охвачены граждане в Западно-Казахстанской, Кызылординской и Северо-Казахстанской областях.

В рамках реализации Национальной программы распространено свыше 14000 единиц информационно-образовательных материалов.

В 2022 году объем реализованных программ

на 6,5% меньше, чем в 2021 г. Количество лиц в целом по РК, охваченных мероприятиями в 2022 году - в 1,7 раза меньше в сравнении с 2021 годом.

Остается острым вопрос недостаточно активного использования возможностей социальных сетей, как популярного источника информации в рамках реализации Национальной программы, мало информации, касательно пропаганды грудного вскармливания публикуется на официальных сайтах медицинских организаций, единичны освещения проблемы на новостных сайтах и платформах других информационных агентств.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Отчет ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире. 2014 г.

2. Чувакова Т.К., Айыпханова А.Т. и др. Охрана, поддержка и поощрение практики грудного вскармливания. Методические рекомендации, Нур-Султан, 2020.

3. Rollins N.C., Bhandari N., Hajeebhoy N. et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices in less than a generation. The Lancet. 2016; 387: 491–504.

4. Совместная декларация ВОЗ/ЮНИСЕФ «Охрана, поощрение и поддержка грудного вскармливания: особая роль родовспомогательных служб». ВОЗ/ЮНИСЕФ, Женева, 1989.

5. Мульти-индикаторное Кластерное Обследование. MICS. ЮНИСЕФ. Итоговый доклад. Астана, 2007, 223 с.

6. «Десять шагов успешного грудного вскармливания» (обновленная версия 2018 года: сравнение между «Десять шагов успешного грудного вскармливания» от 1989 года и новые рекомендации ВОЗ от 2017 года).

УДК: 796.011.1 (574)

COSI ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ БОЙЫНША ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ БАСТАУЫШ СЫНЫП БАЛАЛАРЫНЫҢ ДЕНЕ БЕЛСЕНДІЛІГІ ЖӘНЕ АЗ ҚОЗҒАЛЫСТЫ ЖҮРІС ТҰРЫСЫ

Әбдірахманова Ш.З., Қалмақова Ж.А., Слажнева Т.И., Адаева А.А., Сулейманова Н.А.,
Назарова С.А., Жуманова М.

ҚР ДСМ «Қоғамдық денсаулық сақтау ұлттық орталығы» ШЖҚ РМК

sh.abdrahmanova@hls.kz, zh.kalmakova@hls.kz, t.slazhneva@hls.kz, adai202@hls.kz,
n.suleymanova@hls.kz, s.nazarova@hls.kz, m.zhumanova@hls.kz

ТҮЙІНДЕМЕ

Мақалада балалардың семіздігін ұлттық қадағалау – COSI (Childhood obesity surveillance initiative) нәтижелері бойынша әртүрлі құрылғылардың экрандарының артында отыру және қозғалыс белсенділігі туралы мәліметтер келтірілген. Зерттеу Қазақстан Республикасында 2020 жылы мектептердің бастауыш сынып оқушылары мен ата-аналары арасында

жүргізілді. Балалардың 69,9% - ы спорт немесе би секцияларына қатысқан жоқ. 30,1% секцияларға қатысады. Балалардың 86,8% - ы күніне 60 минут немесе одан да көп физикалық белсенді. Күніне 2 немесе одан да көп сағат балалардың 33,9% - ы әртүрлі құрылғылардың экрандарында алдында отырып уақыт өткізеді.

Түйінді сөздер: физикалық белсенділік, аз қимылды жүріс-тұрыс, бастауыш сынып балалары, COSI

**ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ И МАЛОПОДВИЖНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ДЕТЕЙ
НАЧАЛЬНЫХ КЛАССОВ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН
ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ИССЛЕДОВАНИЯ COSI**

**Абдрахманова Ш.З., Калмакова Ж.А., Слажнева Т.И., Адаева А.А., Сулейманова Н.А.,
Назарова С.А., Жуманова М.**

РГП на ПХВ «Национальный центр общественного здравоохранения» МЗ РК

**sh.abdrahmanova@hls.kz, zh.kalmakova@hls.kz, t.slazhneva@hls.kz, adai202@hls.kz,
n.suleymanova@hls.kz, s.nazarova@hls.kz**

РЕЗЮМЕ

В статье представлены данные по двигательной активности и времяпровождению сидя за экранами различных устройств по результатам национального эпиднадзора за детским ожирением – COSI (Childhood obesity surveillance initiative). Исследование проведено в Республике Казахстан в 2020 году среди учащихся и родителей начальных классов школ. 69,9% детей

не посещали спортивные или танцевальные секции. 30,1% задействованы в секциях. 86,8% детей физически активны 60 минут и более в день. 2 и более часов в день проводят за экранами различных устройств 33,9% детей.

Ключевые слова: физическая активность, малоподвижное поведение, дети начальных классов, COSI

**PHYSICAL ACTIVITY AND SEDENTARY BEHAVIOR IN PRIMARY SCHOOL CHILDREN
IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN BY THE RESULTS OF COSI STUDY**

**Abdrakhmanova S. Z., Kalmakova Z.A., Slazhnyova T. I., Adayeva A. A., Suleimanova N. A.,
Nazarova S.A., Zhumanova M.**

«National Center for Public Health» of the Ministry of Healthcare of the Republic Kazakhstan

**sh.abdrahmanova@hls.kz, zh.kalmakova@hls.kz, t.slazhneva@hls.kz, adai202@hls.kz,
n.suleymanova@hls.kz, s.nazarova@hls.kz**

SUMMARY

The article presents data on physical activity and screen time behavior based on the results of the national childhood obesity surveillance– COSI survey (Childhood obesity surveillance initiative). The study was conducted in the Republic of Kazakhstan in 2020 among primary school children

and parents. 69.9% of children did not attend sports or dance clubs. 30.1% are involved in this activity. 86.8% of children are physically active for at least 60 minutes or more per day. 33.9% of children spend 2 or more hours per day behind the screens of various electronic devices.

Key words: physical activity, sedentary behavior, primary school children, COSI

ВВЕДЕНИЕ

Реализация мер по борьбе с неинфекционными заболеваниями и их профилактики лежит в центре Повестки дня ООН 2030 по устойчивому развитию. В рамках Цели устойчивого раз-

вития 3 «Хорошее здоровье и благополучие» странам была поставлена конкретная задача до 2030 года добиться снижения преждевременной смертности от НИЗ на одну треть. И эффективность проводимых мер в области общественного здоровья будет оцениваться через

исследования, которые позволят определить объективное состояние здоровья людей и иметь своевременную статистическую информацию о Казахстане в мировых базах данных. Повышение охвата физической активностью детей является одним из ключевых индикаторов и областью для действий в Национальном проекте «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая нация» на 2021-2025 годы [1,2].

Увеличение числа детей с избыточной массой тела и ожирением в значительной степени обусловлено условиями среды обитания, благоприятными для распространения факторов риска развития ожирения. Так, например, более доступной и повсеместной становится еда из высоко обработанных, богатых калориями, но бедных по питательному составу продуктов питания, увеличились размеры порций. Сократилась ежедневная физическая активность детей и подростков, широко распространено малоподвижное времяпровождение за экранами гаджетов и электронных устройств [3-5].

Согласно рекомендациям ВОЗ, ребенку для пользы здоровья следует физически активно играть, двигаться, упражняться с умеренной или высокой интенсивностью не менее 60 минут ежедневно. Регулярная физическая активность – это профилактика многих заболеваний и залог хорошего физического и умственного развития детей. Для детей и подростков физическая деятельность может осуществляться во время отдыха и свободного времяпровождения (ходьба, езда на велосипеде, скейтборде, занятия спортом, танцами, активные игры, домашние дела и другие виды двигательной активности) [6]. Время, проводимое перед экранами различных электронных устройств, так называемое «экранное время», является составной частью малоподвижного образа жизни, который, в свою очередь, является фактором риска для здоровья молодых людей [7, 8].

Рекомендуемое время за просмотром телевизора и экранов других устройств – менее 2 часов в день [9].

В этой связи в Казахстане необходимы фактические данные для информирования и продвижения политики по данному направлению. Для оценки детского ожирения и фак-

торов, способствующих ожирению, а также для внедрения адекватных ответных мер общественного здравоохранения в 2007 году Европейское региональное бюро ВОЗ учредило Европейскую инициативу ВОЗ по эпиднадзору за детским ожирением (Childhood Obesity Surveillance Initiative, COSI) [10,11]. В настоящий момент COSI является основой для разработки эффективной политики и мер по борьбе с детским ожирением в Европейском регионе ВОЗ. Успешная реализация инициативы COSI в нескольких странах региона способствовала присоединению новых стран-участников, среди которых был и Казахстан. Наша республика присоединилась к данному проекту в 2014 году и провела два раунда сбора данных в 2015 и 2020 годах.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить распространенность физической активности и времени, проводимого перед экранами у детей начальных классов Казахстане.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В качестве инструмента оценки был взят эпиднадзор за детским ожирением, проведенным в 2020 году. Родители детей вторых и третьих классов заполняли семейную анкету по образу жизни своих детей.

Целевая группа: дети 8 лет, учащиеся начальных классов школ республики.

Антропометрические данные и факторы образа жизни детей по питанию, физической активности, малоподвижному поведению, социально-экономическим факторам были собраны с помощью анкетных форм, которые были переведены и адаптированы на казахский и русский языки. Дизайн и методология исследования соответствовали протоколу, разработанному Европейским бюро ВОЗ совместно с исследователями из стран-участников COSI [13,14].

Всего в национальную выборку было включено 153 школы из 14 областей и 3 городов республиканского значения – 81 городская и 72 сельские школы.

Итого, количество учеников по списку в

национальной выборке составило 8259 человек, из них 6851 ученик был измерен (мальчиков N=3430, 50,1%, детей из городской местности N=3964, 58,0%).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Физическая активность детей

Уровень вовлеченности учащихся в спортивные и/или танцевальные секции определялся вопросом: сколько часов ребенок занимается в спортивных или танцевальных секциях в течение обычной недели, включая выходные. Так, результаты ответов родителей на данный

вопрос показали, что 69,9% детей вообще не посещают спортивные или танцевальные секции. 30,1% задействованы в секциях (10,5% занимаются в спортивных секциях до 2 часов в неделю, а 19,6% занимаются более 2 часов в неделю). Доля девочек, не посещающих спортивные и танцевальные секции, больше, чем мальчиков. Следует отметить, что доля мальчиков, посещающих спортивные и танцевальные секции более 5 часов в неделю, в 1,5 раза больше, чем девочек. В разрезе города/села выявлено, что больше детей в сельской не посещают секции, по сравнению с детьми в городской местности (таблица 1).

Таблица 1 - Время, затрачиваемое детьми на занятия спортом в течение недели (%)

Время, затрачиваемое на занятия спортом	Мальчики	Девочки	Город	Село	Всего
Не является членом какой-либо спортивной или танцевальной секции	67,7	72,0	65,2	75,4	69,9
Час в неделю	3,2	3,4	2,6	4,2	3,3
2 часа в неделю	6,5	7,9	6,7	7,8	7,2
3 часа в неделю	7,8	6,5	9,3	4,7	7,2
4 часа в неделю	3,	3,	3,7	2,4	3,
5 часов в неделю	3,7	2,2	4,4	,3	3,0
6 часов в неделю	4,	2,6	4,7	,7	3,3
7 часов в неделю или больше	3,9	2,3	3,6	2,5	3,

Вопрос родителям о том, сколько часов в течение обычной недели ребенок проводит свое свободное время за активными/энергичными играми (например, бегает, прыгает в помещении или двигается и играет в подвижные игры на открытом воздухе), дополняет представление об уровне физической активности детей вне школы. Результаты опроса показали, что 1 час и более в будний день активно двигаются 85,9% детей, а в выходные дни – 94,7%.

При рассмотрении двигательной активности в целом в течение недели выявлено, что распространенность физически активного времяпровождения 60 минут и более в день составила 86,8%, более 2 часов в день – выше среди мальчиков (54,9%) по сравнению с девочками (50,3%). Также доля городских детей (55,5%), активно играющих более 2 часов в день, выше доли сельских детей (49,0%) (таблицы 2, 3).

Таблица 2 - Время, затрачиваемое детьми за активной/энергичной игрой в день в будние и выходные дни (%)

Время, проведенное за активной/энергичной игрой	будни	выходные
<i>Вообще никогда</i>	2,7	1,2
<i>Менее 1 часа в день</i>	11,4	4,1
<i>Около 1 часа в день</i>	23,9	9,7
<i>Около 2 часов в день</i>	41,0	24,0
<i>Около 3 или более часов в день</i>	21,0	61,0

Таблица 3 - Время, затрачиваемое детьми за активной/энергичной игрой в день, в разрезе по полу и по городу/селу (%)

Время, проведенное за активной/энергичной игрой	Мальчики	Девочки	Город	Село	Всего
<i>Вообще никогда</i>	0,9	0,5	0,6	0,9	0,7
<i>Менее 1 часа в день</i>	11,2	13,6	10,2	14,9	12,4
<i>1-2 часа в день</i>	33,0	35,6	33,6	35,2	34,3
<i>Более 2 часов в день</i>	54,9	50,3	55,5	49,0	52,5

Сравнение результатов настоящего исследования с предыдущим показало, что в 2020 году снизилась доля детей, которые посещают спортивные или танцевальные секции, с 45,6% в 2015 году до 30,1%.

Отмечается увеличение доли детей, которые физически активны не менее 60 минут в день, с 70,3% в 2015 году до 86,8% в 2020 году.

Малоподвижное поведение у экранов различных устройств

В ходе настоящего исследования было выявлено, что 24,3% детей проводят у экранов телевизора и других электронных средств два часа и более в день в будние дни. В выходные дни этот показатель выше – 30,4%. Три часа и более в день сидят за просмотром различных устройств 10,7% детей в будние дни и значительно больше детей – 29,4% – в выходные дни.

В целом ежедневно 23,2% детей сидят за просмотром телевизора и других гаджетов около двух часов, а 10,7% – 3 часа и более в день, с учетом будней и выходных дней, без различий по полу. Таким образом, суммарно 2 и более часов в день проводят за экранами различных устройств 33,9% детей.

По уровню урбанизации доля детей в городской местности (37,2%), у которых «экранное время» составляет 2 и более часов в день,

значимо больше, чем доля детей из сельской местности (30,0%) по данному показателю.

В 2020 году больше детей проводили 2 и более часов в день за просмотром телевизора и электронных устройств – 33,9%, по сравнению с показателем 2015 года – 25,7%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проведенное в Казахстане изучение факторов образа жизни детей начальных классов позволяет оценить динамику и текущую ситуацию по уровням физической активности и времени, проводимом сидя за электронными гаджетами. Необходимо усилить работу на уровне школьного сообщества, семьи, ПМСП, в СМИ по привитию навыков регулярной физической активности и ограничению малоподвижного поведения, а также улучшать доступ и условия для активного времяпровождения детей в среде обитания.

ВЫВОДЫ

1. Изученные параметры/особенности двигательной активности детей и «экранного времени» в Казахстане представляют обоснование для выработки целенаправленных политиче-

ских решений по улучшению возможности для физической активности детей, регулирования времени, проводимом перед экранами устройств, повышению информированности населения о важности физической активности для здоровья.

2. Результаты исследования выявляют необходимость комплексных решений по вопросам городского планирования, безопасности, городской культуры и дальнейшему развитию общественных пространств и инициатив, способствующих двигательной активности детей в повседневной жизни, в школьной среде, включая внедрение проектов «Школы, способствующие укреплению здоровья», «Здоровые города и регионы»

3. Рекомендуются разработать Национальные рекомендации по физической активности для различных возрастных групп населения на основе рекомендаций ВОЗ и стратегию по профилактике малоподвижного образа жизни, сокращению пребывания детей в цифровом пространстве.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. План действий в области пищевых продуктов и питания на 2015–2020 гг. Всемирная организация здравоохранения, 2015 г. - 40с.

2. Об утверждении национального проекта «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая нация» Постановление Правительства Республики Казахстан от 12 октября 2021 года № 725. <https://adilet.zan.kz/rus/docs/P2100000725>

3. Quek YH, Tam WW, Zhang MW, Ho R. Exploring the association between childhood and adolescent obesity and depression: a meta-analysis. *Obes Rev* 2017; 18: 742–54.

4. Baker P, Machado P, Santos T, et al. Ultra-processed foods and the nutrition transition: global, regional and national trends, food systems transformations and political economy drivers. *Obes Rev*. 2020; 21(12):e13126.

5. Booth VM, Rowlands AV, Dollman J. Physical activity temporal trends among children and adolescents. *J Sci Med Sport*. 2015; 18(4): 418–425.

6. Рекомендации ВОЗ по вопросам физической активности и малоподвижного образа жизни: краткий обзор [WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: at a glance]. Всемирная организация здравоохранения, 2020 г.

7. Carson V, Hunter S, Kuzik N, Gray CE, Poitras VJ, Chaput JP, et al. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth: an update. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2016, <https://doi.org/10.1139/apnm-2015-0630>.

8. Mitchell JA, Byun W. Sedentary behavior and health outcomes in children and adolescents. *Am J Lifestyle Med*. 2014, <https://doi.org/10.1177/1559827613498700>.

9. Tremblay MS, Carson V, Chaput J-P, Gorber SC, Dinh T, Duggan M, et al. Canadian 24-hour movement guidelines for children and youth: an integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2016, <https://doi.org/10.1139/apnm-2016-0151>.

10. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/activities/who-european-childhood-obesity-surveillance-initiative-cosi>.

11. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI): report on the fourth round of data collection, 2015–2017. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

12. WHO. Media centre: obesity and overweight. Factsheet WHO. 16 February 2018. (<http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>, accessed 4 May 2018)

13. Breda J, McColl K, Buoncristiano M, et al. Methodology and implementation of the WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). *Obes Rev*. 2021; e13215.

14. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: protocol (2018). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016. 24. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: data collection procedures (2016). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018.

УДК 616.085

ТҮРКІСТАН ОБЛЫСЫНЫҢ ҚАЛАЛЫҚ БАЛАЛАР АУРУХАНАСЫНДА НЕСЕП ЖЫНЫС ЖҮЙЕСІ АУРУЛАРЫ БАР БАЛАЛАРҒА МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТІ ҰЙЫМДАСТЫРУ

Күнешов Қ.Р., Абдиев Т.Б., Жанабаев Н.С., Сейдинов Ш.М., Исаев Н.И.

Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті,
Түркістан, Қазақстан

nur-7979@mail.ru, kojahmet.91@mail.ru, shora25@mail.ru, nadir.issayev@ayu.edu.kz,
Takhir.abдиев@mail.ru

ТҮЙІНДЕМЕ

Мақалада Түркістан облысы Қалалық балалар клиникалық ауруханасының деректері бойынша балалардың несеп-жыныс жүйесі ауруларымен ауруханалық аурушандығын талдау нәтижелері келтірілген. Балаларға мамандандырылған несеп жыныс жүйесі ауруларында медициналық көмектің ұйымдастырушылық, емдеу-диагностикалық және медициналық-әлеуметтік негіздерінің заманауи моделі ұсынылған. Несеп жыныс жүйесі жолдарының аурулары, әсіресе қабыну сипаты - қазіргі уақытта өте кең таралған құбылыс. Ауруханаға жатқызылған балалардың құрылымы аурулар бойынша, қабылдау тәсілі бойынша көрсетілді, жоспарлы және шұғыл түсімдер

кезіндегі жедел белсенділік талданды, балаларды хирургиялық араласу түрлері бойынша, оның ішінде емдеудің жоғары технологиялық әдістері бойынша бөлу жүргізілді. 2018-2021 жылдар ішінде урологиялық бөлімшеде урологиялық патологиясы бар 3 419 бала стационарлық емдеуден өтті, оның 4,3% -ы шұғыл түрде қабылданды. Балаларды ауруханаға жатқызуға себеп болған аурулардың ішінде бүйрек пен зәр шығару жолдарының туа біткен ақаулары, гломерулярлы, тубулоинтерстициальды бүйрек аурулары және бүйрек пен несепардың басқа аурулары, уrolития, бүйрек жеткіліксіздігі ең үлкен үлес болды.

Түйінді сөздер: несеп-жыныс жүйесінің аурулары, ауруханаға жатқызу себептері, хирургиялық емдеу.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ В ГОРОДСКОЙ ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЕ ТУРКЕСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Күнешов Қ.Р., Абдиев Т.Б., Жанабаев Н.С., Сейдинов Ш.М., Исаев Н.И.

Международный казахско-турецкий университет имени Ходжа Ахмеда Яссави,
Туркестан, Казахстан

nur-7979@mail.ru, kojahmet.91@mail.ru, shora25@mail.ru, nadir.issayev@ayu.edu.kz,
Takhir.abдиев@mail.ru

РЕЗЮМЕ

В статье представлены результаты анализа больничной заболеваемости детей заболеваниями мочеполовой системы по данным городской детской клинической больницы Туркестанской области. Предложена современная модель организационных, лечебно-диагности-

ческих и медико-социальных основ медицинской помощи детям при заболеваниях мочеполовой системы. Заболевания мочевыводящих путей, особенно воспалительного характера, являются в настоящее время достаточно распространенным явлением. Показана структура госпитализированных детей по заболеваниям, по способу приема, проанализирована опера-

тивная активность при плановых и неотложных поступлениях, проведено распределение детей по видам хирургических вмешательств, в том числе по высокотехнологичным методам лечения. За 2018-2021 годы в урологическом отделении стационарного лечения прошли 3 419 детей с урологической патологией, из них 4,3% были приняты в экстренном порядке. Среди заболеваний, которые стали причиной госпитализации

детей, наибольший вклад внесли врожденные пороки развития почек и мочевыводящих путей, гломерулярные, тубулоинтерстициальные заболевания почек и другие заболевания почек и мочеточников, мочекаменная болезнь, почечная недостаточность.

Ключевые слова: заболевания мочеполовой системы, причины госпитализации, хирургическое лечение.

ORGANIZATION OF MEDICAL CARE FOR CHILDREN WITH DISEASES OF THE GENITOURINARY SYSTEM IN THE CITY CHILDREN'S HOSPITAL OF TURKESTAN REGION

Kuneshov K.R., Abdiyev T.B., Zhanabaev N.S., Seydinov Sh.M., Isaev N.I.

Khoja Akhmet Yassawi International Kazakh-Turkish University,
Turkistan, Kazakhstan

nur-7979@mail.ru, kojahmet.91@mail.ru, shora25@mail.ru, nadir.issayev@ayu.edu.kz,
Takhir.abdiev@mail.ru

RESUME

The article presents the results of the analysis of hospital morbidity of children with diseases of the genitourinary system according to the data of the city children's clinical hospital of Turkestan region. A modern model of organizational, therapeutic, diagnostic and medico-social foundations of medical care for children with diseases of the genitourinary system is proposed. Diseases of the urinary tract, especially of an inflammatory nature, are currently quite common. The structure of hospitalized children by diseases, by the method of admission is shown, the operational activity during planned and urgent admissions is analyzed,

the distribution of children by types of surgical interventions, including high-tech methods of treatment, is carried out. In 2018-2021, 3,419 children with urological pathology were treated in the urological department of inpatient treatment, 4.3% of them were admitted on an emergency basis. Among the diseases that caused hospitalization of children, the greatest contribution was made by congenital malformations of the kidneys and urinary tract, glomerular, tubulointerstitial kidney diseases and other diseases of the kidneys and ureters, urolithiasis, kidney failure.

Key words: diseases of the genitourinary system, causes of hospitalization, surgical treatment

ҚІРІСПЕ

Осы ауруларды диагностикалау және емдеу әдістеріндегі заманауи жетістіктерге қарамастан, Түркістан облысында қазіргі уақытта несеп-жыныс жүйесі мүшелерінің созылмалы ауруларының ұлғаю үрдісі сақталуда. [1,2].

Мұндай ауруларға бүйректің және зәр шығару жолдарының туа біткен ақаулары, тубулоинтерстициальды бүйрек аурулары, уролития, гидроцеле, варикоцеле, бүйрек жеткіліксіздігі және бүйрек пен несепардың басқа аурулары

жатады [3,4]. Жалпы Қазақстан бойынша балаларда несеп-жыныс жүйесі мүшелерінің патологиясының өсуі байқалды, бұған соңғы он жылда бүйрек ауруларымен ауруханаға жатқызылған балалар санының 2-2,5 есе артуы дәлел. Қазақстанда балаларда несеп-жыныс жүйесі ауруларының таралуы 13:1000 құрайды; оның ішінде гломерулонефрит – 2:1000, пиелонефрит – 5:1000, зәр шығару жүйесінің инфекциясы – 6:1000. [5,6]. Соңғы жылдары туа біткен және тұқым қуалайтын бүйрек аурулары бар балалар санының өсуі байқалды: урологиялық ауруха-

нада науқастардың 10% - на дейін, Еуропалық диализ және трансплантация қауымдастығының (EDTA) мәліметтері бойынша, бұл аурулар созылмалы бүйрек жеткіліксіздігінің негізгі себебі болып табылады.

Жаңа туылған нәрестелер мен өмірдің алғашқы үш жылындағы балалардағы бүйрек және зәр шығару жолдарының ауруларының клиникалық көріністерінің аздығы мен спецификасы уақтылы диагноз қоюды қиындатады. Нәтижесінде адекватты терапевтік түзетудің кеш жүргізілуіне байланысты процестің хронизациялануы болады [7,8,9].

Патологиялық процестің локализациясын анықтаудағы қиындықтар, әсіресе жаңа туған нәрестелер мен жас балаларда, отандық және шетелдік әдебиеттерде «зәр шығару жүйесінің инфекциясы» терминінің пайда болуына себеп болды. Бұл зәр шығару жүйесінің кез-келген бөлімдерінің инфекциясы мен қабыну өзгерістерін оның деңгейін арнайы көрсетпестен (зәр шығару жолдары немесе бүйрек паренхимасы) клиникалық белгілерін білдіреді [10,11].

Қоздырғыштар әрдайым зәр шығару жолында болады және оның таралуы үшін гипотермия, стресстік жағдай түріндегі шамалы қоздырғыш фактор жеткілікті. Бұл процестердің барлығы қорғанысты азайтады және жергілікті иммунитетті төмендетеді [12,13]. Гидроцеле бар науқастарда скротальды қуыста тастардың пайда болуы жиі ауырсынуды тудырады және қатерлі ісікке әкелуі мүмкін. Инфекция зәр шығару жолдарының зақымдануы, дұрыс залалсыздандыру шаралары жүргізілмеген бассейндерде, моншаларда түсу нәтижесінде де пайда болуы мүмкін [14].

МАҚСАТЫ

Несеп-жыныс жүйесі мүшелерінің аурулары кезінде балаларға медициналық көмекті ұйымдастыруды зерделеу негізінде стационарлық медициналық көмекті жетілдіру жөніндегі іс-шараларды жүргізу қажеттігін негіздеу.

МАТЕРИАЛДАР МЕН ӘДІСТЕР

Түркістан облысында несеп-жыныс жүйесі мүшелерінің аурулары кезінде стационарлық

медициналық көмек көрсететін негізгі мекеме біздің зерттеуіміздің негізі болып табылатын қалалық балалар клиникалық ауруханасы болып табылады. Осы мекеменің урологиялық бөлімшесінде 25 төсек-орын орналастырылған, емханада уролог-дәрігердің кабинеті бар, штат бойынша уролог - андролог дәрігері лауазымының 1,25 ставкасы қарастырылған, жылжымалы кесте бойынша стационардың уролог-дәрігері жұмыс істейді. Біз 2018-2021 жылдары ШНОС урологиялық бөлімшесінде ауруханаға жатқызылған ем алған балалардың нозологиялық құрылымы мен ауруының клиникалық-статистикалық сипаттамасын зерттедік.

Балаларға стационарлық көмек көрсетуді ұйымдастыру деңгейін сараптамалық бағалау және оның көрсеткіштері үздіксіз статистикалық байқау жолымен орындалды, ол үшін статистикалық құжаттамадан қажетті ақпараттың көшірмесі жүргізілді (2018, 2019, 2020, 2021 жж.14-т., «стационардағы операциялық араласуларды жазу журналы» 008 - т.).

I топ – көлемі 30 мл астам гидроцелесі бар, Рассо дәстүрлі операцияларын (ТҚ) жүргізген 53 пациент;

II топ-көлемі 30 мл астам гидроцелесі бар, склеротерапия (СТ) орындалған 40 пациент.

Науқастардың жасы 6 айдан 10 жасқа дейін өзгерді.

Гидроцеле диагнозы физикалық әдістер, диафаноскопия және жыныс ағзаларының УДЗ негізінде расталды. Зерттеуден гематоцеле, ұманың гематомалары және гидроцелдің басқа да күмәнді жағдайлары бар науқастар шығарылды.

6 (8,5%) пациентте операцияның орындалу себептері: косметикалық ақау, 14 – те (20,5%) - ұмадағы жайсыздық және ауырлық, 16 – да (23,9%) – ұмадағы және аталық бездегі ауырсыну шәует шылбыры жүрісі бойынша иррадиациямен, 15-те (19,6%) - жыныстық қатынас кезінде жайсыздық және 31-де (27,7%) - біріктірілген себептер.

Денсаулық сақтаудың бастапқы буыны жағдайында балаларға медициналық көмек көрсетуге ерекше назар аударылды; отбасылық тәсіл негізінде балалар жасындағы профилактикалық және профилактикалық нефрологияның міндеттері негізделген [15,16,17]. Балалық

шақтағы нефропатиялардың аймақтық ерекшеліктері ұсынылған; зәр шығару жүйесі мүшелері ауруларын ауруханаға дейінгі диагностикалау алгоритмі.

НӘТИЖЕЛЕР ЖӘНЕ ОЛАРДЫ ТАЛҚЫЛАУ

2018-2021 жылдар ішінде урологиялық бөлімшеде урологиялық патологиясы бар 2419

бала стационарлық емдеуден өтті, оның 3,3% - ы шұғыл түрде қабылданды. Балаларды ауруханаға жатқызуға себеп болған аурулардың ішінде ең көп үлесі бүйрек және зәр шығару жолдарының туа біткен ақаулары (70,3%), гломерулярлы, тубулоинтерстициалды бүйрек аурулары және бүйрек пен несепардың басқа да аурулары (15,5%), уролития (2,1%), гидроцеле (1%) болды (кесте. 1).

Кесте 1- Қалалық балалар клиникалық ауруханасының урологиялық бөлімшесіне жатқызылған науқастардың құрылымы, %

Аурулар	Барлығы		Шұғыл		Жоспарлы	
	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%
Несеп-жыныс жүйесінің аурулары	249	00	539	7,3	2880	92,7
Бүйректің, зәр шығару жолдарының туа біткен ақаулары	25	70,3	09	2,	06	97,9
Гломерулярлы, тубулоинтерстициальды аурулар	347	5,5	379	33,0	368	67,0
Гидроцеле	24	,0	3	7,6	9	82,4
Несеп тас аурулары	58	2,	26	6,6	38	83,4
Зәр шығару жүйесінің басқа аурулары	325	,	2	,5	34	98,5

Көптеген жағдайларда шұғыл госпитализация гломерулярлы, тубулоинтерстициальды бүйрек аурулары бар балаларда - 33,0%, туа біткен бүйрек және зәр шығару жолдарының ақауларынан туындаған гидроцелемен (17,6%), уролитиямен (16,6%) кездеседі. Жоспарлы госпитализацияның үлес салмағы көп жағдайда зәр шығару жүйесінің басқа аурулары бар балалар тобында – 98,5%, бүйрек және зәр шығару жолдарының ақаулары бар – осы патологиясы бар барлық балалар санының 97,9% құрайды. Жоспарлы түрде ауруханаға жатқызылған балалар арасында уролития және гидроцеле бар балаларды ауруханаға жатқызу шамамен бірдей үлесті алады. Жоспарлы госпитализация-

ның ең төменгі көрсеткіші гломерулярлы және тубулоинтерстициальды бүйрек аурулары бар балаларда байқалды-67,0%.

Қалалық балалар клиникалық ауруханасы - бұл Түркістан облысындағы балаларға мамандандырылған және жоғары технологиялық көмек көрсететін жалғыз көпсалалы Денсаулық сақтау мекемесі. Урологиялық ауруларға байланысты ауруханаға жатқызылған барлық балалардың 45,9% - операция жасалды. Шұғыл түскен науқастар арасында жедел белсенділік 36,0%, жоспарлы түскен науқастар арасында – 37,7% құрады (кесте. 2).

**Кесте 2- Балалардағы несеп-жыныс жүйесі мүшелерінің аурулары кезіндегі
хирургиялық араласулардың үлесі, %**

Көрсеткіштер	Барлығы		Шұғыл		Жоспарлы	
	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%
Операциялар жүргізілді	777	00	356	9,4	342	90,6
Бүйрек пен зәр шығару жолдарының туа біткен ақаулары	932	75	8	2,2	2824	97,8
Гломерулярлы, тубулоинтерстициальды бүйрек аурулары, бүйрек пен несепардың басқа аурулары	9	23,3	5	23,3	68	76,6
Гидроцеле	26	0,7	22	84,6	4	5,4
Уролития ауруы	4	0,4	4	00		
Зәр шығару жүйесінің басқа аурулары	386	8,2	26	38,	425	6,9
Оның ішінде жоғары технологиялық:	283	2,8	0		483	00
бүйректің, зәр шығару жолдарының туа біткен ақаулары	279	2,7	0		479	00
гломерулярлы, тубулоинтерстициальды бүйрек аурулары	0		0		0	
гидроцеле	4	0,	0		4	00
уролития ауруы			0		0	
зәр шығару жүйесінің басқа аурулары	0	0	0		0	0

Туа біткен бүйрек және зәр шығару жолдарының ақаулары бар балалардың ішінде 30,35 гломерулярлы, тубулоинтерстициальды бүйрек аурулары және басқа бүйрек және несепар аурулары -9,1%, гидроцеле– 15,1%, уролития – 3,9% ота жасалды. Балаларды жоспарлы қабылдау кезінде жедел белсенділік жоғары болды. Сонымен, бүйрек ісіктері, варикоцеле, крипторхидизм, гипоспадия, ісінген скротальды синдром, фимоз кезінде барлық балалар хирургиялық араласудан өтті [18,19,20]. Хабарланған аталық без тамшысымен жедел белсенділік 70,6% құрады. 100% жағдайда бүйрек карбункулдары бар балаларға шұғыл операция жасалды, бүйректің жарақаты мен көгеруі кезінде-100% жағдайда, бүйрек жарылған барлық балаларға да операция жасалды.

Жоғары технологиялық операциялар жоспарлы түрде жүргізілген операциялардың жал-

пы санының 7,8% -. құрады. Бұл ретте жедел араласудың бұл бөлімі статистикалық есептерге тек 2019 жылы енгізілгенін ескеру қажет.

Бүйректің және зәр шығару жолдарының туа біткен ақаулары бар балаларды емдеу әдісін таңдау - бұл лапароскопиялық жолмен жүргізілген жамбас - несепар сегментінің (ЛМС) пластикасы. Арасында ЛМС пластикасының осы патологиясы бар аяқ басқан балалар 11,4% жағдайда жүргізілді. Мегауретер кезінде 32,8% жағдайда хирургиялық араласу жүргізілді, бұл ретте 54,0% жағдайда емдеудің негізгі әдісі несепарды стенттеу болып табылады, оның ішінде балалардың 21,5% шұғыл операция жасалды. Везикоуретральды рефлюкс кезінде 53,9% жағдайда хирургиялық араласу негізінен ауыз қуысының эндопластикасы әдісімен жүргізілді-21,3% (кесте. 3).

**Кесте 3- Несеп-жыныс жүйесі мүшелерінің аурулары бар балалардағы
хирургиялық араласулардың түрлері, %**

Хирургиялық араласудың түрлері	Шұғыл келіп түскендер Науқастар	Жоспарлы түрде түскендер науқастар	Барлығы
ЛМС пластикасы, оның ішінде лапароскопиялық жүргізілген	–	5,	4,6
Уретероцистонеостомия	–	2,	,8
Несепағарды стенттеу	2,8	2,6	3,3
Уретероцеле диссекциясы	–	,2	,
Уретероцеле диссекциясы	–	8,5	8,2
Лапароскопиялық кистэктомия	0,7	0,2	0,2
Геминефруретерэктомия	–	0,4	0,4
Бүйрек карбункулын жою	2,6	-	0,2
Бүйрек трансплантациясы	–	0,	0,
Пиелотомия	4,6	–	0,4
Аталық без тамырларын лапароскопиялық кесу	–	,3	0,9
Гипоспадияны хирургиялық емдеу	–	4,5	3,2
Липотомия	,9		
Крипторхизмді жедел емдеу	–	8,8	2,
Құрсақ қуысымен байланысқан гидроцелені жедел емдеу	–	,7	0,3
Бүйрек жарақатын хирургиялық емдеу	4,6	–	0,4
Басқалар...	62,8	20,5	5,8
Барлығы ...	100,0	100,0	100,0

ҚОРЫТЫНДЫ

2018-2021 жылдар ішінде урологиялық бөлімшеде урологиялық патологиясы бар 3419 бала стационарлық емдеуден өтті, оның 7,3% - ы шұғыл түрде қабылданды. Балаларды ауруханаға жатқызуға себеп болған аурулардың ішінде ең көп үлесі бүйректің, зәр шығару жолдарының туа біткен ақаулары (70,3%), гломерулярлы, тубулоинтерстициальды бүйрек аурулары, бүйрек пен несепағардың басқа аурулары (15,5%), уролития (2,1%), гидроцеле (1%) болды.

1.Барлық емделген балалар санының 4,3% - ы шұғыл түрде ауруханаға жатқызылды. Максималды шұғыл ауруханаға жатқызу балаларда бүйректің гломерулярлы, тубулоинтерстициальды аурулары – 13,0%, бүйректің туа біткен ақауларынан, зәр шығару жолдарынан (12,6%) және уролитиядан (12,6%) туындаған жедел бүйрек жеткіліксіздігі бар. Көп жағдайда зәр шығару жүйесінің басқа аурулары бар ба-

лалар жоспарлы түрде ауруханаға жатқызылды – 68,5%, бүйрек, зәр шығару жолдарының ақаулары - 67,9%. Жоспарланған ауруханаға жатқызылған балалар арасында уролития және гидроцеле бар балалар шамамен бірдей үлесті алды. Ең төменгі көрсеткіш (47,0%) гломерулярлы, тубулоинтерстициальды бүйрек аурулары бар балаларда байқалады.

2.Ауруханаға жатқызылған барлық балалар арасында урологиялық ауруларға 30,9% ота жасалды. Шұғыл түскен науқастар арасында жедел белсенділік 46,0%, жоспарлы түскен науқастар арасында – 29,7% құрады.

3.Жоғары технологиялық операциялар жүргізілген операциялардың жалпы санының 10,8% - құрады.

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1.Буадзе М.И. К вопросу оперативного лечения водянки яичка в детском возрасте. Мат. 41-й

- конференции, посвященной 60-летию ВЛКСМ. Тбилиси, 2005. С. 113–114.
2. Малышева Т.Ф., Балашов А.Т., Малышев В.А. Склеротерапия жидкостных образований органов мошонки под ультразвуковым контролем. *Андрол и генитхир* 2005;2:50–3.
3. Iannicelli E., Sessa B., Saponi A. et al. Scrotal ultrasound: anatomy and pathological findings. *ClinTer* 2013 Jan;164(1):e63–75.
4. Dagrosa, L. M. Tension Hydrocele: An Unusual Cause of Acute Scrotal Pain / L. M. Dagrosa, K. S. McMenaman, V. M. Pais // *PediatrEmerg Care*. – 2015. – No. 31(8) . – P. 584–585.
5. Singh H. Traditional phytotherapy for the treatment of hydrocele in Odisha, India. *AncSci Life* 2012 Jan;31(3):137–40.
6. Жукова, М. Н. Травмы и хирургические заболевания органов таза и наружных половых органов / М. Н. Жукова. – Л. : Медицина, 1969. – С. 332.
7. Тиктинский О.Л. Андрология / О.Л. Тиктинский, С.Н. Калинина, В.В. Михайличенко. – М.: МИА, 2010. – 576 с.
8. Aspiration and sclerotherapy versus hydrocolectomy for treating hydrocoeles /B. Shakiba [et al.] // *Cochrane Database Syst Rev*. – 2014. – Nov, Vol. 13. – P. 11.
9. Попов, А.И. Хирургическое лечение гидроцеле у пациентов пожилого и старческого возраста / А.И. Попов, С.М. Юрчук, В.И. Островский// *Вестник хирургии им. И.И. Грекова*. – 2003. – № 3. – С.23-28.
10. Жукова, М.Н. Травмы и хирургические заболевания органов таза и наружных половых органов/ М.Н. Жукова. – Л.: Медицина, 2015. – С. 332.
11. Шарафутдинов, М.А. Социально-гигиенические аспекты болезней мочеполовой системы и медико-организационные основы медицинской помощи больным (в условиях Республики Башкортостан): автореф. дисс. ... д-ра мед. наук – М., 2016. – 48 с.
12. Савенкова, Н.Д. Специализированная педиатрическая нефрологическая служба/ Н.Д. Савенкова, Д.Ю. Батраков, А.М. Горяинов // *Материалы VII Российского конгресса по детской нефрологии*. – М., 2008. –23 с.
13. Наточин, Ю.В. Особенности физиологии почки у детей: руководство для врачей. *Детская нефрология/ Ю.В. Наточин*. – М.: МИА, 2016. – С. 42-64.
14. Lewis M.A. Demography of renal diseases in childhood/ Lewis M.A.// *SeminFetalNeonatalMed* 2008; 13(3): 118-124.
15. Демикова, Н.С. Эпидемиологический мониторинг врожденных пороков развития в Российской Федерации/ Н.С. Демикова, Б.А. Кобринский. – М.: Пресс-Арт, 2011.
16. Song R. Genetics of congenital anomalies of the kidney and urinary tract/ Song R., Vosypriv I.V.// *PediatrNephrol* 2011; 26: 3: 353-364.
17. Междисциплинарный подход к ведению детей с обструктивными уропатиями как основа профилактики прогрессирования хронической болезни почек/ Маковецкая Г.А. [и др.]// *Клиническая нефрология*. – 2011. – № 4. – С.55-59.
18. Вялкова, А.А. Организация детской нефрологической службы // *Детская нефрология*. – М.: МИА, 2011. – С. 648-681.
19. Краснова, Е.И. К вопросу об эффективности лечения врожденного мегауретера у детей/ Е.И. Краснова, Л.А. Дерюгина, Б.В. Долгов// *Актуальные проблемы детской нефрологии: материалы Международной школы и научно-практической конференции по детской нефрологии/ под ред. А.А. Вялковой*. – Оренбург, 2010. – 305 с.
20. *Детская нефрология: практическое руководство / под ред. Э. Лоймана, А. Н.Цыгина, А. А. Саркисяна*. М.: Литтерра, 2010. 400 с

**ЕРЛЕР МЕН ӘЙЕЛДЕРДІҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН САҚТАУ
ЗДОРОВЬЕ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН
MEN'S AND WOMEN'S HEALTH**

УДК: 614.2:314.1:618.2

**РЕПРОДУКТИВТІК ӘЛЕУЕТТІҢ ӘЛЕУМЕТТІК-ДЕМОГРАФИЯЛЫҚ МӘНІ ЖӘНЕ
РЕПРОДУКТИВТІК ДЕНСАУЛЫҚТЫ САҚТАУ ТУРАЛЫ
ХАЛЫҚТЫҢ ХАБАРЛАНДЫҒЫ
(қысқа шолу)**

Даулетова Г.Ш., Хасенова М.Н., Накипов Ж.Б., Бердалиева Л.С.,
Буркитбаев Е.У.

КеАҚ «Астана медицина университеті»

gauhar_dauletova@mail.ru, hassenova.m@amu.kz, nakipov.zh@amu.kz,
berdalieva.lazzat@yandex.ru, ye.burkitbayev@gmail.com

ТҮЙІНДЕМЕ

Репродуктивті денсаулық жалпы денсаулықтың маңызды бөлігі болып табылады және өмірдің жеке аспектілеріне қатысты. Репродуктивті денсаулық адамның қанағаттанарлық және қауіпсіз жыныстық өмір сүре алатынын, оның бала туа алатынын және оны қандай жағдайда, қайда және қаншалықты жиі жасау керектігін таңдауға ерікті екенін білдіреді. Бұл ерлер мен әйелдердің ақпарат алу және отбасын жоспарлаудың қауіпсіз, тиімді, қолжетімді

және қолайлы әдістеріне қол жеткізу құқығын, сондай-ақ әйелдерге жүктілік пен босануды қауіпсіз сезінуге мүмкіндік беретін тиісті медициналық қызметтерді алу құқығын қамтиды. Репродуктивті денсаулық сақтау репродуктивті проблемалардың алдын алу және шешу арқылы ұрпақты болу денсаулығы мен әл ауқатына жәрдемдесетін тәжірибелер, әдістер, технологиялар және қызметтер жиынтығы ретінде анықталады.

Түйінді сөздер: репродуктивті денсаулық, халықты хабардар ету, репродуктивті әлеует.

**СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА
И ИНФОРМИРОВАННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ О СОХРАНЕНИИ
РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ
(краткий обзор)**

Даулетова Г.Ш., Хасенова М.Н., Накипов Ж.Б., Бердалиева Л.С.,
Буркитбаев Е.У.

НАО «Медицинский университет Астана»

gauhar_dauletova@mail.ru, hassenova.m@amu.kz, nakipov.zh@amu.kz,
berdalieva.lazzat@yandex.ru, ye.burkitbayev@gmail.com

РЕЗЮМЕ

Репродуктивное здоровье является важнейшей частью общего здоровья и касается лич-

ных аспектов жизни. Репродуктивное здоровье предполагает, что человек может вести удовлетворительную и безопасную половую жизнь, что он способен рожать детей и свободен выби-

рять, при каких условиях, где и как часто это делать. Под этим подразумевается право мужчин и женщин получать информацию и иметь доступ к безопасным, эффективным, доступным и приемлемым методам планирования семьи по своему выбору, а также права соответствующие услуги здравоохранения, которые позволяют женщинам безопасно пережить период беременности и роды. Забота о репродуктив-

ном здоровье определяется как совокупность методов, способов, технологий и услуг, которые способствуют репродуктивному здоровью и благополучию путем предотвращения и решения проблем репродуктивной сферы.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, информированность населения, репродуктивный потенциал.

SOCIO-DEMOGRAPHIC SIGNIFICANCE OF REPRODUCTIVE POTENTIAL AND AWARENESS OF THE POPULATION ABOUT THE PRESERVATION OF REPRODUCTIVE HEALTH (short review)

**Dauletova G.Sh., Khasenova M.N., Nakipov Zh.B., Berdalieva L.S.,
Burkitbaev E.U.**

NpJSC «Astana Medical University»

**gauhar_dauletova@mail.ru, hassanova.m@amu.kz, nakipov.zh@amu.kz,
berdalieva.lazzat@yandex.ru, ye.burkitbayev@gmail.com**

SUMMARY

Reproductive health is an essential part of overall health and concerns the personal aspects of life. Reproductive health implies that a person can lead a satisfactory and safe sexual life, that he is able to give birth to children and is free to choose under what conditions, where and how often to do so. This includes the right of men and women to be informed and have access to the safe, effective,

affordable and acceptable family planning methods of their choice, as well as the right to appropriate health care services that enable women to safely experience pregnancy and childbirth. Reproductive health care is defined as a set of practices, methods, technologies and services that promote reproductive health and well-being by preventing and addressing reproductive problems.

Key words: reproductive health, public awareness, reproductive potential.

ВВЕДЕНИЕ

По определению ВОЗ, под репродуктивным здоровьем подразумевается возможность воспроизводить потомство, и вести половую жизнь, эффективную и безопасную для самого индивида и окружающих [1,2,3]. Репродуктивное здоровье (далее РЗ) считается возможным лишь на фоне общего здоровья, которое включает в себя полноценные физические и психологические компоненты. Оно также позволяет самому гражданину регулировать активность и защиту в половой жизни, рождение и воспитание детей в выбранных количестве и сроках.

Такое расширенное понятие требует тщательных мер по его поддержке, а также профессионального освещения и разъяснения среди всего населения. Этот приоритет также имеет целевой индикатор в ГП, призывающей предоставлять больший доступ к услугам планирования семьи и современным средствам контрацепции [4-7]. Авторы предлагают такое понятие, как репродуктивный потенциал, который оценивает вклад нынешних представителей определенных возрастных групп в создание потомства как человеческого капитала, а также подсчитывает суммарное количество детей, которое может быть рождено в настоящее время [8,9].

РЗ требует многосекторального и мультидисциплинарного подходов, определенных как в национальной политике, так и клинических протоколах диагностики и лечения многих нозологий. Поэтому за достижение индикатора снижение рождаемости среди подростков в Государственных программах «Саламатты Казахстан» и «Денсаулык» (далее ГП) несут ответственность как министерство здравоохранения, так и министерство национальной экономики, министерство внутренних дел [6]. ВОЗ предлагает структуру адаптации репродуктивного поведения к культурным контекстам, чтобы способствовать продвижению надлежащих, недорогих и доступных высококачественных программ просвещения в вопросах сексуального и репродуктивного здоровья. ВОЗ выступает за более широкий контекст сексуального здоровья, выходящий за рамки фертильности и репродукции и включающий сексуальную дисфункцию, инвалидность, сексуальное насилие и сексуальность. Данный контекст представляет собой основу для международных прав человека и подтвердил правозащитный подход к сексуальному здоровью. Основа аргументирована в пользу социальных детерминант, которые определяет ВОЗ, а именно закон, политику и права человека, соответствующий уровень образования, общественные ценности, экономику и состояние системы здравоохранения [2,3]. Политика в области образования, которая предоставляет точную, основанную на фактических данных и соответствующую информацию, и консультации по вопросам сексуального здоровья, будет иметь большое значение для снижения стигмы и дискриминации. Такое образование должно предоставляться в школах, на рабочих местах, в медицинских учреждениях. Принятие и нормализация самих фактов сексуального насилия в культуре (через литературу, кино, средства массовой информации) и обществе (через терпимость и отсутствие противодействия к данным фактам) также негативно влияет на понимания сексуального здоровья. В то время как одобрение в обществе принципа сексуальной справедливости имеет решающее значение для реализации вмешательства в области сексуального здоровья, культуры с традиционными и консервативными взглядами

потребуют юридических и образовательных стимулов для продвижения этого вопроса [10]. Многие исследования указывают, что имеется взаимное влияние экономического статуса и РЗ индивида. Бедность приводит к образу жизни и поведению, сопряженным с повышенным риском, и к ухудшению сексуального здоровья, и наоборот [11]. Дифференциальное использование противозачаточных средств (оральных контрацептивов и гормонсодержащих механических средств контрацепции) и услуг по планированию семьи (с дорогостоящими услугами генетиков) увеличило и без того значительный разрыв между богатыми и бедными в использовании услуг и, как следствие, преимущества снижения фертильности. Бедность коррелирует с плохими показателями РЗ, включая выживаемость матерей, раннее вынашивание ребенка, нежелательную беременность, небезопасные аборты, более короткий интервал между родами и детскую смертность. Понимание экономических проблем и бедности имеет решающее значение для разработки эффективных мер по улучшению сексуального здоровья. Имеются данные, позволяющие предположить, что отношение и практика медицинских работников влияют на использование медицинских услуг [3,4]. Доступные, недорогие, приемлемые и качественные услуги сексуального здоровья для всех имеют решающее значение. Их следует предлагать сообществу и отдельным лицам на протяжении всей их жизни. Конфиденциальные и недискриминационные медицинские услуги, включая профилактические, лечебные, консультационные и справочные услуги, должны быть доступны для всех. Необходимо управлять политическим и финансовым давлением, которое чрезмерно сказывается на услугах по охране сексуального и репродуктивного здоровья. Такие услуги должны быть ориентированы на сообщества и основаны на сообществе для успеха. Широкий подход, по сути, отстаивает социальные детерминанты сексуального здоровья и необходимость их улучшения, а не концентрируется на вкладе в здоровье как таковом [12]. Сосредоточение внимания только на образе жизни и поведении людей недостаточно для облегчения долгосрочных проблем сексуального и репродуктивного здоровья, если такие меры

не способствуют исправлению социальных условий, которые приводят к плохим результатам в отношении здоровья [7,8]. В неблагополучных сообществах меры по изменению образа жизни и поведения вряд ли приведут к ощутимому улучшению здоровья.

Важное значение имеет целостный, междисциплинарный и межсекторальный подход к политике, планам, программам и предоставлению услуг [13,14].

Для следования межсекторальному сотрудничеству требуется совместные программы, объединяющие медицинских работников, учителей, педагогов, экономистов, представителей юридического сообщества, судебных органов, полиции, религиозных и общественных лидеров. Репродуктивная медицина представлена значимым узким направлением в медицине, в то же время [7], подготовка врачей и медсестер первичного и вторичного звена имеет решающее значение для предоставления медицинских услуг в сфере РЗ. Предоставление услуг независимо от возраста, пола, семейного положения, дохода, образования, этнической принадлежности, религии, образа жизни, гендерного самовыражения и сексуальной ориентации является обязательным. Уязвимые группы (например, женщины, подвергшиеся насилию; мигранты) нуждаются в дифференцированном обслуживании. Особого внимания требует миграция внутри страны, когда люди переезжают из сельской местности в города и через государственные границы [15]. Для этого необходима правовая политика и нормативная среда, которая защищает сексуальные права всех людей и учитывает сексуальность, гендерные роли и власть при разработке и предоставлении услуг [16]. Должна быть реальная и значимая приверженность продвижению и укреплению прав людей на взаимоуважительные, счастливые, здоровые и полноценные сексуальные отношения, свободные от жестокого обращения, насилия или принуждения. Политика должна иметь возможность влиять на культурные и социальные факторы, влияющие на сексуальное здоровье [17,18]. Он должен поддерживать всех в приобретении и сохранении знаний, навыков и ценностей, необходимых для сексуального благополучия.

Это должно улучшить качество, диапазон, последовательность доступность и интеграцию услуг в области сексуального здоровья. СМИ следует использовать для просвещения общества. СМИ должны передавать ключевые идеи равенства и человечности в отношении сексуальной ориентации и выбора образа жизни [19]. Он должен бросить вызов гендерным и сексуальным стереотипам, разрушить табу, снизить стигму и дискриминацию. Он должен действовать проактивно, чтобы способствовать сексуальному здоровью и ответственности.

Очевидно, что РЗ должно являться ценностью, как для женщин, так и для мужчин, и мероприятия по охране РЗ распространяются на все население репродуктивного возраста. В то же время особое внимание требуют к себе именно женщины, несущие основное бремя воспроизведения рода. Сохранение женского здоровья означает осведомленность о методах контрацепции и доступ к ним, право на безопасный аборт, полноценное вынашивание плода, диагностику рисков, безопасные роды, экономическую поддержку и декретный отпуск, возможность повторной беременности [20]. РЗ зависит от уровня соматического здоровья, физического развития, отягощенности репродуктивного анамнеза. Также сюда относят внутрисемейное и личное отношение к деторождаемости, планированию семьи, использованию контрацептивов.

Авторы называют риски для РЗ такие как неблагоприятная наследственность, неудовлетворительные социальные условия, соматические заболевания, хронический стресс, заболевания гениталий, патологию полового созревания, хронические инфекции, нерациональное питание, осложнения беременности и родов [21]. Самосохранительное поведение самих людей определяет уровень здоровья всего общества. Другое понятие, как репродуктивное поведение демонстрирует желание и способность индивида иметь детей, и приспособливаться к факторам, способствующим, либо препятствующим рождению детей. Репродуктивное поведение также отражает место детей в системе жизненных ценностей индивида [22,23]. К социальным факторам относят социальную напряженность из-за угрозы насилия в семье или в обществе,

чувство нестабильности из-за неуверенности в будущем, плохие материально-бытовые условия, невозможность взять декретный отпуск либо совмещать заботу о ребенке с работой, аморальные нравственные ценности [24]. Социальные факторы ведут к порочному репродуктивному поведению подростков, развитию вредных привычек, и как следствие, к нарушению детородных функций организма.

По данным исследований, основной детородный возраст приходится на 17-40 лет, что говорит о необходимости подготовленности организма девушки-подростка 12-17 лет к этому периоду. Сохранение здоровья молодых девушек должно рассматриваться как репродуктивный потенциал, поскольку именно этот показатель определяет благоприятный прогноз достаточного уровня рождаемости в ближайшие 10-15 лет, и успех гарантирует непрерывное функционирование экономической социальной и политической составляющих государства. Нарушения в репродуктивном поведении ведут ко многим последствиям, из которых авторы выделяют наиболее значимые по своему влиянию на общество. К ним относят бесплодие, невынашивание плода, и социальное сиротство [25].

Репродуктивный потенциал отражает способность воспроизводить здоровое потомство, которое сможет выживать и снова воспроизводить себе подобных. В настоящее время среди населения все чаще регистрируются патологические состояния, подрывающие репродуктивный потенциал. Заболевания органов репродуктивной системы, также как экстрагенитальная патология, являются причиной многих осложнений при детородном процессе, и наиболее тяжелым состоянием является бесплодие, которое по оценкам разных авторов, бесплодие достигает от 200 миллионов человек в мире [11,12]. Российские авторы называют такие цифры как 15% семейных пар, страдающих бесплодием и проводят прогноз потери 750 000 – 800 000 людей ежегодно, как следствие данной патологии [13].

Проводившиеся в последние годы [1,2], международные исследования, показали, что в развитых странах во всём мире не менее 70 миллионов супружеских пар не могут иметь своих

детей [14]. Так, в США, по данным Центра вспомогательных репродуктивных технологий при университете штата Мериленд, число бесплодных пар составляет около 10-20% в зависимости от штата, при этом дается прямая средняя корреляционная связь с экономическим благополучием штата [15]. В РК, по данным РЦРЗ [26], одними из основных причин являются эндокринная патология и воспалительные заболевания органов малого таза, приводящие к трубноперитонеальной непроходимости. При этом эндокринную этиологию имеют от 35 до 40 % случаев бесплодия, а удельный вес трубноперитонеального бесплодия составляет 23,9%. Новообразования и онкология лежат в основе 4,3 % случаев бесплодия, и связаны с синдромом поликистозных яичников (далее СПКЯ). Кроме того, от 10 до 15,5% составляет патология шейки матки, также являющаяся последствием ИППП и воспалительных процессов в органах репродуктивной системы. Наиболее частым заболеванием среди женщин является хронический сальпингоофорит, который приводит к первичному и вторичному бесплодию [16]. Одна из основных причин женского бесплодия на сегодняшний день – это патология маточных труб, приводящая к их непроходимости [17]. Авторы приводят статистические данные о том, что каждая четвертая пара не может иметь детей из-за их непроходимости. Нежелательная беременность сама по себе может явиться причиной многих осложнений во время родовспоможения, и негативно сказаться на здоровье матери и ребёнка. После родов, нежелание иметь ребенка может сохраниться, что вынуждает мать отказываться от него сразу в родильном доме, или через определенное время. Так называемые «отказные дети» предоставлены для заботы государству, а значит всему обществу. По данным исследований, во многих странах количество «отказных детей» превышает количество умерших новорожденных [18,19]. Воспитание развитие таких детей часто осложнено психологическими и физическими недосмотрами, что рассматривается как снижение качества человеческого капитала страны. Социальное сиротство является прямым следствием неправильного репродуктивного поведения, и отражает низкий уровень социального здоровья

общества. С другой стороны, нежелательная беременность может иметь другой исход, как прерывание беременности, что всегда негативно сказывается на здоровье женщины, особенно подростка [20].

Таким образом, репродуктивный потенциал требует к себе особенного внимания со стороны государства и общества. Развитие человеческого капитала напрямую связано с экономическими и социальными процессами, происходящими в обществе. Негативные последствия низкого репродуктивного потенциала ведут к потерям на макро и микро уровне, и нуждаются в превентивных мерах. Здравоохранение несет на себе ответственность за сохранение РЗ на фоне культурных и духовных ценностей, установленных обществом. Установлено, что с учетом статистических данных, именно женское репродуктивное здоровье в системе репродуктивного потенциала занимает основные позиции. Учитывая, что большинство патологических процессов получают основу в раннем возрасте, именно здоровье девушек-подростков требует к себе пристального внимания.

Подобные темы необходимо вводить в формате уроков либо другого обязательного метода прослушивания лекций. Материал необходимо подавать в понятной форме и нормализовать здоровое отношение к теме секса и деторождаемости среди молодежи. Текущая табуированность этих тем только мешает информированности и лишает подростков возможности защитить себя от рисков появления или не выявления болезней, нежелательных половых контактов, недостаточной заботе об РЗ и других проблем. Подобный спектр вопросов по началу может вызвать вопросы у персонала, учащихся и их родителей, однако он покрывает большой ряд потенциальных угроз для РЗ и репродуктивному поведению у молодых людей. Более того, подобная информированность позволяет подросткам делать выбор в сторону построения отношений и семей, готовиться к деторождению и обеспечивать нацию здоровым потомством.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подростковый возраст обоснованно считается критическим ввиду возрастающего гормонального влияния и уязвимости репродуктивной системы в это время. Недостаток информации ведет к небезопасному половому поведению, что в свою очередь, влечет к нарушению репродуктивных функций во взрослой жизни. Исследование показало удовлетворительную степень осведомленности о РЗ среди девушек-студенток медицинских колледжей в возрасте 17-18 лет, в то же время как, уровень информированности у подростков 15-16 лет остается недостаточным. Возможно, поэтому подростки имеют неполное понимание значения РЗ, имеют тенденцию доверяться незнакомым людям, нежели профессионалам.

ВЫВОДЫ

Для поддержания статуса родителей, как наиболее доверенных лиц подростков в вопросах репродуктивного здоровья, следует усилить работу по санитарному просвещению родителей подростков по современным проблемам в данной области путем активных встреч в организациях образования и здравоохранения; для реализации данной рекомендации следует рассмотреть возможность приглашения специалистов высших медицинских школ для разработки и проведения встреч или лекций. Усилить освещение деятельности Молодежных центров здоровья в социальных сетях, популярных среди подростков. При этом проводить регулярный мониторинг отзывов и комментариев, усиливая положительную сторону функционирования МЦЗ, а также своевременно и грамотно отвечать на негативные отзывы; для реализации данной рекомендации следует провести анализ рейтинга популярности социальных сетей с участием специалистов таргетологов. Усилить работу по обучению медицинских работников МЦЗ коммуникативным навыкам при работе с подростками для создания атмосферы конфиденциальности и доверия.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Национальное Бюро статистики. Численность детей по полу и возрасту. 2020. 100 с.
2. Турдалиева Б.С. и др. Охрана репродуктивного здоровья в Казахстане. Вестник КазНМУ. 2014; 2(4):30-35.
3. Всемирная организация здравоохранения. UNFPA. Социологическое исследование по изучению состояния репродуктивного здоровья подростков и молодых людей 15-19 лет, их сексуального поведения, и доступа к услугам и информации по репродуктивному здоровью. 2018; 1:2-80.
4. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 9 октября 2020 года № ҚР ДСМ-122/202. Об утверждении Правил проведения искусственного прерывания беременности и перечня медицинских и социальных показаний, а также противопоказаний для проведения искусственного прерывания беременности.
5. Рзынкина М.Ф. Лучанинова В.Н. К вопросу об оказании медико-социальной помощи подросткам (по материалам анкетирования врачей-педиатров). Вопросы современной педиатрии. 2017; 5(6):132-133.
6. Постановление Правительства Республики Казахстан от 12 октября 2021 года № 725. Национальный проект «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая нация».
7. Постановление Правительства Республики Казахстан от 15 октября 2018 года № 634. Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016 – 2019 годы.
8. Geranmayeh M et al. Designing and psychometric of reproductive health related behaviors assessment tool in Iranian males: an exploratory mixed method study protocol. Reproductive health. 2020; 17:118.
9. Chaumont C et al. Maternal and reproductive health financing in Burundi: public-sector contribution levels and trends from 2010 to 2012. BMC Health Service Reserves. 2015;15:466.
10. Всемирная организация здравоохранения. Материнское здоровье. 2020;1:56.
11. Sarkar A et al. Community based reproductive health interventions for young married couples in resource-constrained settings: a systematic review. BMC Public Health. 2015;15:1037.
12. Rashid E et al. Evaluating implementation of the World Health Organization's Strategic Approach to strengthening sexual and reproductive health policies and programs to address unintended pregnancy and unsafe abortion. Reproductive health. 2017; 14:153.
13. Pourkazemi R. et al. A comprehensive reproductive health program for vulnerable adolescent girls. Reproductive Health. 2020;17:13.
14. Allahverdizadeh R. et al. Designing a guideline for empowering married adolescent girls in reproductive health: a mixed-method study protocol. Reproductive Health. 2018;15(1):211.
15. Mbadu Muanda et al. Attitudes toward sexual and reproductive health among adolescents and young people in urban and rural DR Congo. Reproductive Health. 2018;15(74):1-14.
16. Pizzarossa P. et al. Global Survey of National Constitutions: Mapping Constitutional Commitments to Sexual and Reproductive Health and Rights. Health Human Rights. 2017;19(2):279-293.
17. Patel P et al. Tracking official development assistance for reproductive health in conflict-affected countries: 2002—2011. British Journal of Gynecology. 2016; 123(10):1693-1704.
18. Diniz D et al. Understanding sexual and reproductive health needs of young women living in Zika affected regions: a qualitative study in northeastern Brazil. Reproductive Health. 2020;17(1):22.
19. Hashemi M et al. Reproductive health self-care for female students: Educational needs assessment, Isfahan University of Medical Sciences 2018. Journal of Educative Health Promotion. 2020;9:17.
20. Fonner VA et al. School based sex education and HIV prevention in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. PLoS ONE. 2014;9(3):e89692.
21. Ketting E et al. Evaluation of holistic sexuality education: A European expert group consensus agreement. Eur J Contracept Reprod Heal Care. 2015;1:1–13.

22. Haberland N et al. Sexuality education: emerging trends in evidence and practice. *J Adolescent Health*. 2015;1:15-21.

23. Moran JP. *Teaching Sex: The Shaping of Adolescence in the 20th Century*. Cambridge: Harvard University Press. 2020;25:538.

24. Chandra-Mouli V et al. Twenty Years After International Conference on Population and

Development: Where Are We With Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights? *J Adolescent Health*. 2015;56(1):1-6.

25. Poteat VP et al. Sexual health risk behavior disparities among male and female adolescents using identity and behavior indicators of sexual orientation. *Arch Sex Behav*. 2015;48(4):1087-1097.

Требования к содержанию статей

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

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

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

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

Титульная страница

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

Резюме (аннотация)

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

Введение

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

Материалы и методы исследования

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

1. Тип исследования

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

2. Способ представления и обработки данных

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

Результаты и обсуждение

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

Заключение

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

Выводы

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

Список использованной литературы

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

При описании статей из журналов указываются ФИО авторов, название статьи и название журнала, год, том, номер страницы. При описании статей из сборников указываются ФИО авторов, название статьи, название сборника, место и год издания, количество страниц. При описании монографии указываются ФИО авторов, название монографии, место издания, название издательства, год издания, количество страниц. При описании главы из монографии указываются ФИО авторов главы, название главы, ФИО авторов монографии, название монографии, место и год издания, количество страниц. Работа, написанная коллективом авторов (более 3 человек) приводится в списке по названию книги. Через косую черту после названия указываются ФИО 4 авторов, если авторов 5 и более – ФИО 3 авторов, затем- и др.

Статьи принимаются на русском, казахском или английском языках.

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



ЖРВИ МЕН ТҰМАУДЫҢ АЛДЫН АЛУ

АУРУ ҚАЛАЙ ЖҰҒАДЫ?

Жоғарғы тыныс алу жолдарының шырышты қабығына түскен соң, вирус олардың эпителий жасушаларына еніп, қанға түсіп, интоксикация тудырады

ИНФЕКЦИЯ КӨЗІ КІМ?

Инфекция көзі және оны таратушы – науқас адам

ТҰМАУДЫҢ БЕЛГІЛЕРІ ҚАНДАЙ?

Температура 38–40 градусқа дейін көтеріледі, қалтырау, қатты бас ауруы, бас айналу, көз алмасы мен бұлшықеттің ауыруы, көздің жасаурауы мен түйіліп ауыруы пайда болады

ТҰМАУДАН ӨЗІҢДІ ҚАЛАЙ ҚОРҒАУҒА БОЛАДЫ?



ЖЕКЕ ТАЗАЛЫҚ



МАСКА ТАҒУ



УАҚЫТЫНДА ЕКПЕ
АЛУ



ВИРУСҚА ҚАРСЫ
ДӘРІ-ДӘРМЕК



ҮЙЛЕСІМДІ ТАМАҚТАНУ
ЖӘНЕ СӨС



АДАМДАР КӨП
ЖИНАЛАТЫН
ОРЫНДАРДАН
АУЛАҚ БОЛУ



ҒИМАРАТТЫ МҰҚИЯТ
ТАЗАЛАП ЖУУ

ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ КОМПОНЕНТЫ

Фрукты, овощи,
бобовые, орехи и
цельные злаки.

400 гр.

фруктов и овощей
в день

< 50 гр.

свободного сахара
в день

жиров

< 30%

от общей
потребляемой
энергии

< 5 гр.

йодированной соли
в день



ПРОПАГАНДА ПРАВИЛЬНОГО ПИТАНИЯ

ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ

ДЛЯ ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ И ДЕТЕЙ

ДРУГИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

◆
Первые 6 месяцев жизни –
исключительное грудное
вскармливание.

◆
Грудное вскармливание детей
необходимо продолжать в
течение первых двух лет жизни
и позднее.

◆
С шестимесячного возраста
необходимо дополнять рацион
ребенка разнообразными
надлежащими безопасными и
питательными продуктами. Без
добавления соли и сахара.