

Получена: 14 октября 2021 / Принята: 20 декабря 2021 / Опубликовано online: 30 декабря 2021

DOI 10.34689/SH.2021.23.6.017

ЭОЖ 612.17:614.2

ЖҮРЕК-ҚАНТАМЫРЛАР АУРУЫНЫҢ АЛДЫН АЛУ БОЙЫНША ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ЖӘНЕ ОТАНДЫҚ ТӘЖІРИБЕЛЕР

Гүлбаршын Д. Мукашева¹, <https://orcid.org/0000-0003-3490-5628>

Толқын А. Булегенов¹, <https://orcid.org/0000-0001-6145-9649>

¹ КеАҚ «Семей медицина университеті», Семей қ., Қазақстан Республикасы.

Өзектілігі: Жүрек-қан тамырлары аурулары (ЖҚА) әлемдегі өлімнің басты себебі болып табылады. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының мәліметтері бойынша жыл сайын 17,9 миллион адам ЖҚА-дан қайтыс болады, бұл бүкіл әлемдегі өлімнің үштен бірі. ЖҚА өлімінің шамамен 75% -ы төмен және орташа табысты елдерде кездеседі.

Зерттеу мақсаты: ЖҚА алдын алу бойынша халықаралық және отандық тәжірибелерді жүйелі талдау.

Іздестіру стратегиясы: Біз PubMed, Web of science, Cochrane library, e-library, электронды деректер базасынан жүйелі іздеу жүргіздік, сонымен қатар Google Scholar қосымша ақпараттық ресурсын қолдандық. Нақты зерттеуге қосу және қоспау критерийлері қолданылды. Іздеу тереңдігі 15 жылды құрады, ағылшын және орыс тілдеріндегі деректер зерттелді. Сәйкес іздеу бойынша 3779 мақала табылды. Біріншілік талдаудан кейін 57 мақала қосу критерийлеріне сәйкес келіп, қорытынды талдауға алынды.

Нәтижесі: Әдеби шолуда Еуропа, Америка Құрама Штаттары, Канада, Финляндия, Польша, Ресей, Қырғызстан, Қазақстандағы жүрек-қан тамырлары ауруларының алдын алу бойынша мемлекеттік және қоғамдық іс-шаралар жайлы жазылған.

Қорытынды: Жүрек - қан тамырлары ауруларының алдын алу ЖҚА-дан пациенттердің өлімін төмендету және жүрек-қан тамырлар жүйесін сақтау үшін өте маңызды. ЖҚА аурушандықты төмендетуге бағытталған үлкен күш-жігеріне қарамастан, ЖҚА дүниежүзінде өлімнің басты себебі болып қала береді.

Түйінді сөздер: Жүрек-қан тамыр аурулары, ЖҚА алдын алу, халықаралық және отандық тәжірибелер.

Abstract

INTERNATIONAL AND DOMESTIC EXPERIENCE IN PREVENTING CARDIOVASCULAR DISEASES

Gulbarshyn D. Mukasheva¹, <https://orcid.org/0000-0003-3490-5628>

Tolkyn A. Bulegenov¹, <https://orcid.org/0000-0001-6145-9649>

¹ NCJSC «Semey Medical University», Semey c., Republic of Kazakhstan.

Background. Cardiovascular disease (CVD) is the leading cause of death in the world. According to World Health Organization (WHO) data, 17.9 million people die every year from CVD, which is estimated as one-third of all deaths worldwide. Around 75% of CVD deaths occur in low- and middle income countries.

Aim: Systematic analysis of international and domestic experience in the prevention of cardiovascular disease.

Search strategy: We searched in the PubMed, Web of science, Cochrane library, e-library Databases, we also looked at the additional information resource Google Scholar. Used specific criteria for inclusion in the study. The search depth was 15 years. Relevant search returned 3779 articles; after initial analysis, 57 articles were selected for final analysis in accordance with the inclusion criteria.

Results: The literature review covers government and community interventions to prevent cardiovascular disease in Europe, the United States of America, Canada, Finland, Poland, Russia, Kyrgyzstan and Kazakhstan.

Conclusion: Prevention of cardiovascular diseases is very important for reducing the mortality of patients with CVD and maintaining cardiovascular health. Despite major efforts to reduce the incidence of CVD, CVD remain the leading cause of death worldwide.

Keywords: Cardiovascular diseases, prevention of CVD, international and domestic experience.

Резюме

МЕЖДУНАРОДНЫЙ И ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ ОПЫТ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Гульбаршын Д. Мукашева¹, <https://orcid.org/0000-0003-3490-5628>

Толқын А. Булегенов¹, <https://orcid.org/0000-0001-6145-9649>

¹ НАО «Медицинский университет Семей», г. Семей, Республика Казахстан.

Актуальность. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются ведущей причиной смерти в мире. По данным Всемирной организации здравоохранения, 17,9 миллиона человек, ежегодно, умирают от ССЗ, что

составляет треть всех смертей в мире. Около 75% случаев смерти от ССЗ происходит в странах с низким и средним уровнем дохода.

Цель исследования: Проведение обзора литературы, касающейся международного и отечественного опыта профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Стратегия поиска: Мы провели систематический поиск в электронных базах данных PubMed, Web of Science, Cochrane library, e-library, а также использовали дополнительный информационный ресурс Google Scholar. Использовали конкретные критерии для включения в исследования. Глубина поиска составила 15 лет, изучались данные на английском и русском языках. Релевантный поиск выдал 3779 статей, после первичного анализа для итогового анализа были отобраны 57 статей.

Результаты: Обзор литературы охватывает государственные и общественные меры по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в Европе, США, Канаде, Финляндии, Польше, России, Кыргызстане и Казахстане.

Заключение: Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний очень важна для снижения смертности пациентов с ССЗ и поддержания здоровья сердечно-сосудистой системы. Несмотря на значительные усилия по снижению заболеваемости ССЗ, ССЗ остаются ведущей причиной смерти во всем мире.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, профилактика ССЗ, международный и отечественный опыт.

Библиографическая ссылка:

Мукашева Г.Д., Булегенов Т.А. Жүрек-қантамырлар ауруының алдын алу бойынша халықаралық және отандық тәжірибелер // Ғылым және Денсаулық сақтау. 2021. 6 (Т.23). Б. 151-163. doi:10.34689/SH.2021.23.6.017

Mukasheva G.D., Bulegenov T.A. International and domestic experience in preventing cardiovascular diseases // *Nauka i Zdravookhranenie* [Science & Healthcare]. 2021, (Vol.23) 6, pp. 151-163. doi:10.34689/SH.2021.23.6.017

Мукашева Г.Д., Булегенов Т.А. Международный и отечественный опыт профилактики сердечно-сосудистых заболеваний // Наука и Здравоохранение. 2021. 6 (Т.23). С. 151-163. doi:10.34689/SH.2021.23.6.017

Кіріспе

Жүрек - қан тамырлар аурулары (ЖҚА) әлемнің көптеген елдерінде өлімнің басты себебі. Жыл сайын әлемде ЖҚА-нан 17 миллион адам қайтыс болады. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының бағалауы бойынша, 2030 жылға қарай жыл сайын ЖҚА -нан шамамен 23,6 миллион адам қайтыс болады, яғни ЖҚА өлімнің басты себебі болып қала береді. Ауруларды бақылау және алдын алу орталықтарының мәліметтері бойынша, егер барлық елдерде және құрлықтарда ЖҚА таралуы соншалықты жоғары болмаса, өмір сүру ұзақтығы 10 жылға ұзарады. Олар ересек халықтың ұзақ уақыт жұмысқа қабілетсіздігіне әкеледі және елеулі экономикалық шығындарды қажет етеді[8].

Жыл сайын ең көп кездесетін ЖҚА - миокард инфарктісі, инсульт, жедел коронарлық синдромнан шамамен 35 мың адам қайтыс болады. ЖҚА - нан алғашқы аурушаңдық 2014 жылы 100 мың адамға шаққанда 164,4 құрады және халықтың мүгедектігінің негізгі себебі бола отырып, өсуін жалғастыруда. ДДСҰ басшылығымен 2013 жылы барлық мүше мемлекеттер (194 мемлекет) алдын-алу мүмкін болатын ЖҚА-ның ауыртпалығын төмендетудің жаһандық тетіктері, оның ішінде 2013-2020 жылдарға арналған ЖҚА-ның алдын-алу және бақылау жөніндегі жаһандық іс-қимыл жоспарына келісті. Бұл жоспар 9 ерікті жаһандық мақсаттардың көмегімен 2025 жылға қарай инфекциялық емес аурулардың (ИЕА) мерзімінен бұрын өлім жағдайларының санын 25% - ға қысқартуға бағытталған. Осы жаһандық мақсаттардың ішінен екеуі жүрек-қан тамырлары ауруларының алдын алуға және олармен күресуге тікелей бағытталған [5].

Біріккен Ұлттар Ұйымының Бас Ассамблеясы 2018 жылдан 2025 жылға қарай елдердің ерікті жаһандық мақсаттарға қол жеткізудегі прогресті қарау үшін бойынша жоғары деңгейдегі үшінші кеңес өткізді. Таралу және өлім-жітім бойынша жүрек-қан тамырлары аурулары Еуразиялық континенттің елдері, сондай-ақ әлемнің басқа континенттері арасында алдыңғы қатарлы орындарда тұр. Мысалы, ғасырдың соңғы ширегінде және қазіргі уақытта ЖҚА Қазақстан халқының мүгедектігі мен өлім - жітімі себептерінің арасында бірінші орын алады, ал аурушаңдық арасында екінші орын, бұл кардиологиялық және кардиохирургиялық қызметті, алдын алу медицинасының принциптері мен жүйесін жетілдіру бойынша тиімді шараларды жедел қабылдауды қажет етеді [1].

Қазақстан қан айналымы жүйесі ауруларынан өлім көрсеткіші бойынша Еуропалық Одақ елдері, Орталық және Шығыс Еуропа және Орталық Азия аймақтарында бірінші орында. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының мәліметтері бойынша, Қазақстан Республикасы халқының қан айналымы жүйесі ауруларынан болатын өлім-жітім деңгейі Еуропалық аймақ елдерімен салыстырғанда екі есе жоғары [29].

Жүрек-қан тамырлары ауруларының алдын-алу ЖҚА және онымен байланысты мүгедектіктің салдарын жоюға немесе азайтуға бағытталған популяцияда немесе жеке деңгейдегі үйлестірілген шаралар жүйесі ретінде анықталған [50,25].

Өткен ғасырдың 60-жылдарында жасалған қауіп факторлары туралы концепция алдын-алудың ғылыми негізін қалады. Осы тұжырымдамаға сәйкес алдын-

алудың үш стратегиясы бар: популяциялық, жоғары қауіп стратегиясы және екіншілік алдын алу[56].

1. Популяциялық стратегия жалпы халыққа бағытталған. Оған салауатты өмір салтын насихаттау, халықтың медициналық сауаттылық деңгейін арттыру және азаматтардың өз денсаулығына жауапкершілік көзқарасын қалыптастыру кіреді. Популяциялық стратегияның сәттілігінің маңызды факторы - бұл процеске заңнамалық, мемлекеттік, экономикалық және әлеуметтік механизмдерді тартуға негізделген жағдайлар жасау. Популяциялық стратегия жүрек-қан тамырлары аурулары мен өлім-жітімді азайтудың кілті болып табылады, өйткені ол медициналық шығындарсыз популяциядағы қауіп факторларын деңгейін төмендетуді қамтамасыз етеді [56,37].

2. Жоғары қауіп стратегиясы халықтың қауіптілігі жоғары тұлғаларын анықтауға және оларға белсенді түрде алдын-алу шараларын, сонымен қатар медициналық әрекеттерді жүргізуге (дәрі-дәрмектерді қоса) бағытталған. Бұл әрекеттердің негізі скринингтік әдістерді қолдану арқылы бұрыннан бар ауруы бар немесе жүрек-қан тамырлары ауруларының қауіпі бар адамдарды белсенді іріктеу және оларға белсенді медициналық араласу болып табылады. Бұл негізінен дәрігерлердің міндеті.

3. Екіншілік алдын-алу - қауіп факторларын ертерек анықтау, түзету және бұрыннан ауыратын науқастарды емдеу. Адамдардың осы санатында алдын-алу шаралары асқынулар мен өлімнің алдын алу үшін барынша агрессивті түрде жүргізілуі керек [56].

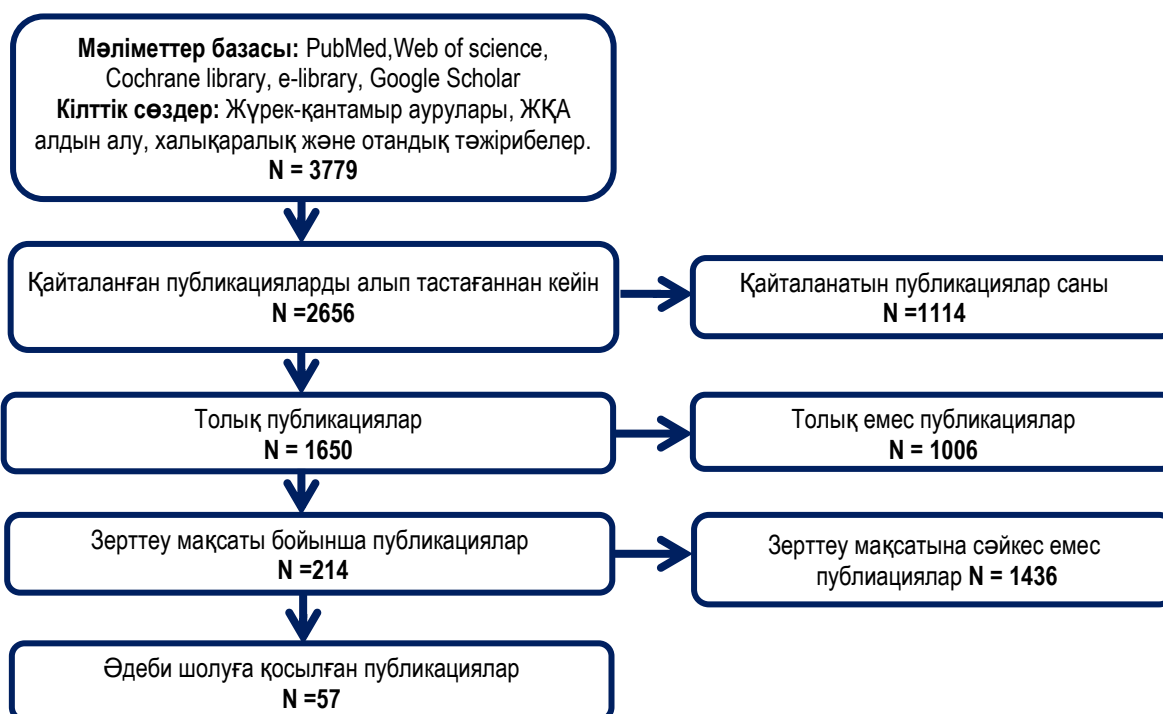
Жоғарыда айтылғандарға байланысты **зерттеудің мақсаты** - жүрек-қан тамыр ауруларының алдын алу бойынша халықаралық және отандық тәжірибелерді жүйелі талдау болып табылады.

Іздестіру стратегиясы: Біз PubMed, Web of science, Cochrane library, e-library, электронды деректер базасынан жүйелі іздеу жүргіздік, сонымен қатар Google Scholar қосымша ақпараттық ресурсын қолдандық. Нақты зерттеуге қосу және қоспау критерийлері қолданылды. Іздеу тереңдігі 15 жылды құрады (2005 - 2020).

Іздеу үшін мынадай кілттік сөздер қолданылды: жүрек-қан тамыр аурулары, ЖҚА алдын алу, халықаралық және отандық тәжірибелер.

Іздестіру бойынша 3779 мақала табылды. Біріншілік талдаудан кейін 41 мақала қосу критерийлеріне сәйкес келіп, қорытынды талдауға алынды.

Зерттеуден қайталанатын мақалалар алынып тасталды. Мақалаларды іріктеу дизайны 1 - суретте көрсетілген.



Сурет 1. Мақалаларды іріктеу дизайны.

Нәтижелер:

Америка Құрама Штаттарындағы ЖҚА алдын алу

Бүгінде әлемде жүрек - қан тамырлары ауруларының алдын алудың аймақтық бағдарламаларында үлкен тәжірибе жинақталған. Мұндай бағдарламалардың саны бойынша Америка Құрама Штаттары (АҚШ) көш бастап тұр. Бұл елде денсаулық сақтауға үлкен шығындар қарастырылғандығымен ғана емес, сонымен қатар осы елдің бүкіл даму барысымен, демократия дәстүрлерімен, әлеуметтік қорғаудың мінсіз жүйесімен,

қоғамдық пікірдің дамуымен байланысты. Популяция бағдарламаларының пайда болуының маңызды кезеңі Фрамингем зерттеуі болды, ол тәуекел факторлары туралы білімді, олардың болжамдық маңыздылығын және жүрек - қан тамырлары ауруларының барысын айтарлықтай кеңейтеді. Тамырлық бұзылыстардың даму қаупінің жоғары болуымен байланысты факторлар туралы бірегей ақпарат жиналды [43].

1970 -ші жылдардың соңында АҚШ-та «Салауатты ұлт: бас хирургтың денсаулықты нығайту және аурудың алдын алу туралы есебі» (Healthy People:

Surgeon Generals Report on health promotion and Disease prevention) құжаты жарияланды. Онда жүрек - қан тамырлары ауруларының алдын алудың келесі басымдықтары көрсетілді: артериялық гипертензия, темекі шегу, алкогольді шамадан тыс тұтыну, дұрыс тамақтанбау, физикалық белсенділіктің төмендігі [46].

80-ші жылдары бүкіл әлемде ЖҚА алдын-алу бағдарламалары белсенді түрде басталды. Ең табысты (тиімді және экономикалық) жобалар екі стратегияның бірігуіне негізделген: халықтың араласуы мен жоғары қауіп стратегиясы (олардың мәні жоғарыда айтылған).

АҚШ-та алдын алу бағдарламалары Ұлттық бағдарламалар шеңберінде жұмыс істеді және оларға өте маңызды қаржыландыру берілді. Бағдарламалардың барлығы зерттеу, араласу және қаржыландыру тұрғысынан мемлекеттік емес. Жергілікті денсаулық сақтау департаменттерінің, жоғары оқу орындарының және сақтандыру компанияларының ресурстарын біріктіретін көптеген жергілікті бағдарламалар болды. Мұндай бағдарламалардың артықшылығы - алдын алу әдістерін таңдауда жергілікті әлеуметтік, медициналық, діни және психологиялық ерекшеліктерді ескеру, төмен шығындар, халық пен билікке барынша жақындық [46].

Канададағы ЖҚА алдын алу

Канадада 1986 жылы денсаулық сақтау саласындағы ең ірі ұлттық араласу болып табылатын «Канадалық жүрек денсаулығының бастамасы» (Canadian Heart Health Initiative) құрылды. Бұл бағдарлама ұзақ мерзімді, көп деңгейлі (ұлттық, провинциялық және коммуналдық деңгей) болды. Бұл бастама жүрек -қан тамырлары ауруларынан болатын өлім -жітімді төмендету үшін барлық соңғы жетістіктерді қолданды. Бағдарламаға қоғамның барлық деңгейінен 1000 -нан астам ұйымдар қатысты. Барлығы 50 қауымдастықта 300 - ге жуық жоба жүзеге асырылды. Қаржыландыру республикалық денсаулық сақтау қорлары мен провинциялық денсаулық сақтау басқармаларынан алынды. Бұл бастама саяси қолдауға ие болды. Инициатор ретінде қоғамдық денсаулық сақтау жүйесі болды. Жоба 1994 жылға дейін демонстрациялық сипатта болды, ал 1995 жылдан 2002 жылға дейін ол бүкіл ел бойынша тәжірибе тарату кезеңінен өтті [49].

Финляндиядағы ЖҚА алдын алу

Жүрек -қан тамырлары өлімін түбегейлі төмендетуге болатын ең жарқын мысалдардың бірі - Финляндиядағы Солтүстік Карелия жобасы (North Karelian project). Өткен ғасырдың 60 -шы жылдарының соңында Финляндия жүрек -қан тамырлары өлімі бойынша Еуропада бірінші орындардың бірін алды. Бұл деңгей әсіресе Солтүстік Карелияда жоғары болды. Маңызды себептердің бірі жануарлар майларын, ең алдымен сүт өнімдерін, азық - түлік құрамындағы тұздың көп мөлшерін, темекі шегуді шамадан тыс тұтыну болды. 70 -жылдардың басында жүрек - қан тамырлары ауруларының алдын алу стратегиясы жасалды және енгізілді. Ол негізгі қауіп факторларын - гиперхолестеринемияны, артериялық гипертензияны, темекі шегуді түзетуге интеграцияланған тәсілдемеден тұрды. 1972 жылдан бастап Солтүстік Карелия жобасы пилоттық аймақтық жоба ретінде жұмыс істей бастады.

Жүрек - қан тамырлары ауруларының әр түрлі қауіп факторларына бағытталған жұмыстар жүргізілді. Темекіні тастау және дұрыс тамақтану бағдарламалары енгізілді. Бұқаралақ ақпарат құралдары, сауда, тамақ өнеркәсібі кәсіпорындары бар жұмысшылар корпорациясы құрылды [39].

Бағдарлама салауатты тамақтану мен салауатты өмір салтының негіздері үйретілетін мектептерден басталып, нанның тұздылығын біртіндеп бірнеше рет төмендетуге қол жеткізген шағын наубайханалардан немесе елді майлылығы аз сапасы жоғары сүт өніммен қамтамасыз ететін ірі сүт өңдеу кәсіпорындарына дейін жұмыс істеді. Бұл жүйелі, кешенді тәсіл оң нәтиже берді. Егер 70-ші жылдардың басында Солтүстік Карелияда өлім деңгейі әлемдегі ең жоғары көрсеткіштердің бірі болса, онда 1995 жылы 35-64 жастағы ерлердегі коронарлық аурулардан болатын өлім 73% -ға төмендеді [52]. Финляндияда темекі шегетін еркектер санының айтарлықтай төмендеуін қамтамасыз етті (20% -дан астам), және холестериннің орташа деңгейі, еңбекке қабілетті жастағы өлім-жітімнің 80%-ға төмендеуі, өмір сүру ұзақтығының едәуір артуы және денсаулық сақтаудың негізгі көрсеткіштерінің жақсаруын қамтамасыз етті [7].

Польшадағы ЖҚА алдын алу

Польшаның тәжірибесіне тоқталсақ, Сопот пен Гдыня қалаларында жүзеге асырылатын ең әйгілі аймақтық бағдарлама - СОПКАРД. Бағдарлама жеке және халықтың араласуға, жүрек -қан тамырлары ауруларының қауіпін бағалауға, алдын алу шараларын жоспарлауға және нәтижелерді экономикалық талдауға негізделген. СОПКАРД мақсаты гипертония, қант диабеті және гиперхолестеринемияны анықтауды, алдын алуды және емдеуді жақсарту болып табылады. Бұл мақсатқа 40 пен 50 жас аралығындағы қала тұрғындары арасында скрининг жүргізу арқылы қол жеткізіледі. Бағдарлама жергілікті денсаулық сақтау органдарымен, муниципалитетпен, Гданьск медициналық академиясымен және медициналық сақтандыру қорларымен бірлесіп жүзеге асырылды. Жобаны тікелей жүзеге асырушылар - медбикелер мен алғашқы медициналық көмек дәрігерлері [36].

СОПКАРД бағдарламасы ғылыми - тәжірибелік сипатқа ие (қала тұрғындарына қан қысымын өлшеу, холестерин, қант деңгейін анықтау бойынша қызметтер ұсынылды, қажет болған жағдайда емделді). Бағдарламаны іске асыру мерзімі - 10 жыл. Ол 1999-2009 жылдары 40 пен 50 жасқа толған Сопот тұрғындарының барлығына арналды. Жергілікті деңгейдегі популяция стратегиясы, әрине, белгілі бір шектеулерге ие, өйткені аймақтық билік органдары заңнаманы өзгерте алмайды, жеке ведомстволық бағынысты құрылымдардың өзара әрекеттестігін төмендетуде белгілі бір ахуалдар бар. Сонымен қатар, тұрғындарға жақындық, жергілікті жағдайды нақты бағалау және өзгерістерге неғұрлым лайықты жауап беру мүмкіндігін аймақтық алдын алу бағдарламаларын қамтамасыз етеді [36].

Батыс Еуропа, Австралия және Жапониядағы ЖҚА алдын алу

Шет елдердің тәжірибесі және CINDI, TACIS сияқты үлкен бақыланатын алдын алу бағдарламаларының,

соның ішінде Ресейде жүргізілген бағдарламалардың нәтижелері салауатты өмір салтын белсенді түрде насихаттау және қауіп факторларын тиімді бақылау жаңа жағдайлардың, олардан болатын асқынулар мен өлімнің жиілігін едәуір төмендетуге әкелетініне сенімді. Батыс Еуропа елдерінде, АҚШ-та, Жапонияда, Австралияда, Жаңа Зеландияда алдын алу мен емдеудің тиімді әдістерін енгізу 20 жыл ішінде бұл елдерде жүрек-қан тамырлары салдарынан болатын өлім көрсеткішін 50% - ға немесе одан да көп төмендетуге мүмкіндік берді [44].

1994 жылы «Штат деңгейіндегі іс-қимыл жоспары. Жүрек-қан тамырлары ауруларынан болатын өлім-жітімнің және мүгедектіктің алдын алу» жасалды. Оның негізгі қағидаттары: бағдарламаны әзірлеу мен іске асыруда әртүрлі мемлекеттік және қоғамдық ұйымдардың кең ынтымақтастығы, бағдарламаларды талдау және бағалау үшін ақпарат жинау, «Дені сау адамдар 2000» ұлттық бағдарламасының мақсаттарымен байланысты жүзеге асыру. Батыс Еуропада ЖҚА төмендеуі бастапқы және қайталама алдын алудың жақсаруымен, сондай-ақ пациенттерді емдеудің терапиялық және хирургиялық әдістерінің жетілдірілуімен байланысты болды. Дамыған елдерде қабылданған денсаулықты нығайту моделі эпидемиологияны, әлеуметтік саясатты, психологияны, маркетингті және экономиканы қоса алғанда, бірқатар салалардың мамандарын қолдануды көздейтін сектораралық тәсілге негізделген [53].

Осылайша, экономикалық дамыған елдерде халық денсаулығының заманауи түрі дамыды, бұл ұлттық алдын алу шараларының нәтижесінде жүрек-қан тамырлары және онкологиялық аурулар жас және орта жастан егде жастағыларға ауысатынымен сипатталады [53,54].

Батыс Еуропа, АҚШ және Жапония елдерінде қан айналымы жүйесі ауруларынан болатын өліммен аяқталатын орташа жасы еркектерде 78,6 жасты, ал әйелдерде 84,2 жасты құрады [45]. Дүниежүзілік денсаулық сақтау зерттеуінің мәліметтері бойынша, ЖҚА на шалдыққан науқастардың көпшілігі медициналық мекемелерге барып, тиісті ем алған. Ғаламдық қартаю және ересектерге арналған денсаулық сақтау (SAGE) зерттеуіне сәйкес, инсульт немесе стенокардия ауруы бар пациенттердің тек 10–13% және гипертониясы бар пациенттердің 16,3% өткен жылы медициналық мекемелерге бармады. Науқастардың 80%-ы амбулаториялық-емханалық мекемелерге барған; 30%-дан астамы (олардың шамамен 25%-ы гипертониямен) ауруханаға жатқызылды, көбінесе ауыл тұрғындары [37,19].

Ресейдегі ЖҚА алдын алу

Ресейде ЖҚА - ның алдын алуға жаңа бетбұрыс «Денсаулық» ұлттық жобасынан басталды, оның аясында 2009 жылы «Единая Россия» партиясы «Ресей: Біз ұзақ өмір сүруіміз керек» жобасын бастады. Оның мақсаты - демографиялық дағдарысты еңсеру бойынша мемлекеттік саясатты іске асыруға жәрдемдесу, мерзімінен бұрын және алдын алуға болатын өлім - жітімнің алдын алу арқылы демографиялық көрсеткіштерді жақсарту, өмір сүру ұзақтығын арттыру және салауатты өмір салты үшін

қолайлы жағдайлар жасау» болды. Алдын алу бағдарламалары стратегиясының негізгі бағыты [46] салааралық ынтымақтастық арқылы іс - шараларды жүзеге асыру: жұмысты ұтымды ұйымдастыру, дұрыс тамақтану, психологиялық стресстің алдын алу, физикалық белсенділікті жоғарылату, алкоголизммен, темекі шегумен және нашақорлықпен күресу, созылмалы ауруларды ерте анықтау және оларды уақтылы емдеу [51].

2009 жылы ЖҚА - ның алдын алу мен салауатты өмір салтын қалыптастырудың жаңа ауқымды жобасы - «Сау жүрек» Бүкілресейлік науқаны басталды. Оның құрылтайшылары-елдің ірі саяси партиясы «Единая Россия» және кәсіби медициналық қауымдастық, Бүкілресейлік кардиология ғылыми қоғамы. «Сау жүректер» жобасының мақсаты - адамдардың назарын өз денсаулығына аудару [13].

Қырғызстандағы ЖҚА алдын алу

Орта Азия елдеріне тоқталсақ, Қырғызстанда жүрек-қан тамырлары ауруларының алдын алу мен онымен күресу үшін жақсы құрылған саясат пен құқықтық база бар және алдын алудың саяси және заңнамалық негізі қалыптасқан. Жақында орта мерзімді бағалаудан өткен 2013-2020 жылдарға арналған инфекциялық емес аурулармен күресудің ұлттық стратегиясы және жүрек-қантамыр жүйесінің саулығын бірінші орынға қоятын 2012-2016 жылдарға арналған «Ден соолук» Ұлттық денсаулық сақтау реформасы бағдарламасы бар. ЖҚА іс-қимыл жоспары бойынша қаржыландыру медициналық-санитарлық алғашқы көмек деңгейінде жүзеге асады, сондай-ақ скринингке тегін қол жеткізуді қамтамасыз етеді. Бастапқыда «Ден соолук» бағдарламасы 2016 жылы аяқталады деп жоспарланған болатын, бірақ кеш басталуына байланысты Қырғызстан үкіметі мен донор серіктестер оны 2018 жылдың соңына дейін ұзартуға келісті. «Ден соолук» бағдарламасы нәтижесі бойынша жүрек -қан тамырлары ауруларының таралуын төмендетуге арналған 96 көрсеткіштің 25 % орындалғанын көрсетті [34,46].

Қазақстан Республикасындағы ЖҚА алдын алу шаралары

2009 жылы ЖҚА-мен байланысты шығындар 106 млрд евро болып, Еуропалық Одақтағы (ЕО) денсаулық сақтау шығындарының 9% құрады [22]. Инфекциялық емес аурулармен байланысты мерзімінен бұрын өлім, аурушандық және мүгедектік әлеуметтік-экономикалық дамуға кері әсерін тигізеді. Өлемнің көптеген бөліктеріндегі сияқты Қазақстандағы ИЕА денсаулық сақтау, әлеуметтік қолдау және қамтамасыз ету шығындарының күрт ұлғаюын тудырады, сондай-ақ еңбек өнімділігінің төмендеуіне әкеледі. Бағалау бойынша, 2016 жылы үкімет ИЕА-дың 4 негізгі тобын емдеуге 0,3 трлн. теңге жұмсады [41].

ҚР Денсаулық сақтау министрлігі ЖҚА мәселесін шешуге жыл сайын шамамен 89 млрд. теңге жұмсайды. Бұл Қазақстанға үлкен әлеуметтік -экономикалық залал әкеледі және денсаулық сақтау жүйесінің бюджетін жыл сайын ұлғайта отырып, үлкен жүктемеге әкеледі және мемлекеттің көзделмеген шығындарына алып келеді. Уақытша еңбекке жарамсыздыққа байланысты жыл сайынғы өнімділіктің жоғалуы жүрек-

қан тамырлары аурулары бар 1865 жұмысшы өнімділігінің жоғалуына тең [22].

Осыған байланысты, Қазақстан 2011 жылы денсаулық сақтаудың ұлттық бағдарламаларын жүзеге асыруды бастады және алғашқы іске қосылған бағдарлама «Саламатты Қазақстан» болды, ол кезең-кезеңімен 2016-2019 жылдарға жоспарланған «Денсаулық» бағдарламасына ауысты. ЖҚА –бұл екі бағдарлама қамтыған қоғамдық денсаулық сақтаудың маңызды мәселелерінің бірі болды. Денсаулық сақтаудың ұлттық бағдарламаларын іске асыру аясында клиникалық хаттамалар жаңартылды, нормативтік-құқықтық құжаттар жаңартылды, медициналық мекемелер жақсы жабдықталды, 300-ден астам медициналық мамандар шетелде: Израильде, Ресейде, Жапонияда оқыды. Жедел миокард инфарктісі бар науқастарға медициналық көмек көрсететін медициналық мекемелерде жабдықтар жетіспеушілігі 21% - ға төмендеді. Кардиологиялық тәжірибеде хирургиялық араласудың үлесі 16,6% -ға өсті (2015 ж. - 2,4%, 2016 ж. - 2,8%). Республикалық инсультпен күресу орталығы құрылды [51]. Жыл сайын кардиохирургиялық операциялар саны 10% - ға артып келеді, сондықтан 2016 жылдың аяғында ол 36 027 операцияны құрады, оның ішінде 11 862 ашық жүрекке және 24 165 хирургиялық операциялар. Айта кету керек, контрастты коронарлық ангиография саны 13% -ға артты, ол 2016 жылдың қорытындысы бойынша 2015 жылғы 43 648-ге қарағанда 49 225 құрады. Сонымен қатар, созылмалы жұқпалы емес ауруларды басқаруға арналған 5 бағдарлама 2016 жылдан бастап енгізілді, олардың бірі ЖИА үшін. Бұл бағдарламаның енгізілуі оң нәтиже беріп, ЖҚА-нан өлім-жітімнің 4,3% -ға, жүректің ишемиялық ауруынан 4% -ға азаюына ықпал етті [33].

ЖҚА аурушандық пен өлім-жітімді төмендету үшін мемлекеттік деңгейде біріншілік алдын алудың ауқымды шаралары жүргізілді: «Денсаулық мектептерінің» білім беру, ағартушылық және алдын алу бағдарламаларын ұйымдастыру, ЖҚА ерте диагностикалау үшін халықты скринингтен өткізу, пациенттерді коронарографияға уақытында жіберу, ерте хирургиялық емдеу (стендтеу және коронарлық шунттау) интервенциялық көмек мәселелерін шешу, теле- және мобильді медицинаны дамыту. ЖҚА -мен ауыратын пациенттердің өмір сүру ұзақтығын арттыру және өмір сапасын жақсартуға қазіргі заманғы диагностикалық әдістермен ЖҚА ерте анықтау септігін тигізеді [22].

Денсаулық сақтау жүйесін стратегиялық жоспарлау министрлік деңгейінде жүзеге асырылады және Қазақстан Республикасының Үкіметі бекітеді. 2009 жылы денсаулық сақтаудың екі негізгі стратегиялық құжаттары қабылданды: «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасының Кодексі [15] және Қазақстан Республикасының денсаулық сақтаудың бірыңғай ұлттық жүйесін құру Концепциясы [20]. Екі құжат та халықтың денсаулығын жақсарту жөніндегі жалпыұлттық шараларды жүргізіп, аурудың алдын-алуға және мемлекет пен азаматтардың денсаулығы үшін ортақ жауапкершілігін қалыптастыруға бағытталған.

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтаудың бірыңғай ұлттық жүйесін құру Концепциясы денсаулық сақтау жүйесіндегі реформаларды жалғастыруға бағытталған және пациенттерге медициналық қызмет көрсетушіні таңдау құқығын беру арқылы медициналық қызметтерді жақсартуды, қызмет нәтижелеріне негізделген медициналық ұйымдарды қаржыландыру механизмдерін енгізуді, орта және ұзақ мерзімді перспективада (2016–2020 жж.) мемлекеттің, жұмыс берушілердің және азаматтардың жеке және қоғамдық денсаулық үшін бірлескен жауапкершілігіне негізделген денсаулық сақтау жүйесін құруды көздейді [20].

Елдегі демографиялық жағдайға айтарлықтай әсер етуді ескере отырып, Қазақстан Республикасының Үкіметі ЖҚА мәселесіне ерекше назар аударады. «Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын реформалау мен дамытудың 2005 - 2010 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасы», «Қазақстан Республикасында кардиологиялық және кардиохирургиялық көмекті дамытудың 2007–2009 жылдарға арналған бағдарламасы» негізгі бағыттары мынадай болды:

- «медициналық қызметтердің қол жетімділігі мен сапасын жақсарту;

- ЖҚА диагностикасы мен емдеудің заманауи технологияларын енгізу;

- халықты диспансеризациялау;

- халық арасында салауатты өмір салтын қалыптастыру;

- дәрігерлердің кәсіби деңгейін көтеру»[4,12].

Қысқа мерзім ішінде Қазақстан Республикасының барлық дерлік аймақтарында ЖҚА бар науқастарды емдеудің жоғары тиімді және кардиохирургиялық әдістері енгізілді. Бұл ритмді және өткізгіштік бұзылыстарды емдеудің заманауи хирургиялық әдістері және созылмалы жүрек жетіспеушілігінде жасанды сол қарыншаны орнатудың бірегей жаңа операциялары. Осы бағдарламаларды іске асыру ЖҚА-дан болатын өлімді 2005 жылы 535.50 / 0000-ден 2011 жылы 316.00 / 0000-ге дейін төмендетуге мүмкіндік берді [21,31].

Қазақстан Республикасының халқына кардиологиялық, интервенциялық кардиологиялық және кардиохирургиялық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымдары туралы ереже жасалып, жарияланды, ол Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2011 жылғы 22 қыркүйектегі № 647 бұйрығымен бекітілді [23]. Қазақстан Республикасының халқына кардиологиялық, интервенциялық кардиологиялық және кардиохирургиялық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымдары туралы ереже «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» 2009 жылғы 18 қыркүйектегі Қазақстан Республикасы Кодексінің 32-бабы 3-тармағының 1-тармақшасына сәйкес жасалды.

Халыққа кардиологиялық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымдарының қызметі ЖҚА ерте анықтауға, уақтылы емделуге және медициналық оңалтуға бағытталған.

Кардиологиялық, интервенциялық кардиологиялық және кардиохирургиялық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымдары:

1) кардиологиялық орталық және / немесе диспансер;

2) кардиохирургиялық орталық;

3) құрылымында өзіне жүктелген функцияларға байланысты кардиология және/немесе интервенциялық кардиология бөлімі, стационарлық медициналық ұйымдардың кардиохирургиялық бөлімі, оңалту емі және оңалту бөлімі, кардиология кабинеті ұйымдастырылған медициналық ұйымдар [15].

Қазақстан Республикасындағы денсаулық сақтау мәселелері «экономикалық және әлеуметтік прогрестің маңызды факторы ретіндегі мемлекеттік саясаттың басты басымдықтарының бірі» болып табылады. Елбасының Қазақстан халқына «Қазақстан жолы - 2050: бір мақсат, бір мүдде, бір болашақ» атты Жолдауында Қазақстанның әлемдегі ең дамыған елдердің біріне айналу тұжырымдамасының ұзақ мерзімді басымдықтарының бірі медицинаны дамыту болып табылады [27].

Қазақстандағы «Жүрек ишемиялық ауруынан» өлімнің стандартты деңгейінің айтарлықтай төмендеу себептері денсаулық сақтау саласын дамытудың «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасы аясында іске асырылған қауіп-қатер факторларын анықтау және жүрек-қан тамырлары ауруларын ерте диагностикалау тәсілдерінің өзгеруі болды. Бұл бағдарлама отандық денсаулық сақтау жүйесін жаңғыртуды, оның ішінде Қазақстан Республикасындағы кардиологиялық және кардиохирургиялық қызметтің ұйымдық құрылымын дамытуды және жетілдіруді көздеді; ЖҚА бар науқастар мен мүгедектерге алдын алудың, ерте диагностиканың, емдеудің және медициналық оңалтудың тиімді әдістерін енгізу; кардиохирургия бойынша мамандарды даярлау және біліктілігін арттыру және т.б. қарастырды [10,14]. 2009 жылдан бастап қанайналым ауруларын, гипертония, ишемиялық ауруларды және қант диабетін ерте анықтауға арналған ұлттық скринингтік бағдарлама жүргізілуде. Содан кейін пациенттер артериялық гипертензия, коронарлық аурулар, қант диабеті мектептеріне жіберіліп, әр клиниканың деңгейінде болады, сонымен қатар қолданыстағы клиникалық нұсқаулармен ұсынылған дәрі-дәрмектермен қамтамасыз етіледі. 2016-2019 жылдары «Денсаулық» мемлекеттік бағдарламасы іске асырылды, оның аясында негізгі бес ауру бойынша, оның ішінде жедел миокард инфарктісі мен инсультке медициналық көмек көрсетудің интеграцияланған моделі енгізілген, ал жүрек - қантамыр жүйесі ауруларының алдын алу, диагностикалау және емдеу тактикасын таңдау ҚР жазылған қағидаттарға негізделді [3, 11].

Қазақстанда артериалды гипертензияны, ЖҚА және қант диабетін ерте анықтау скринингі екі кезеңнен тұрады: бірінші кезеңді алғашқы медициналық-санитарлық көмек мекемесінің медбикелері жүзеге асырады және антропометриялық өлшеулерден тұрады (салмағы, бойы, бел көлемі); сұхбат; қан қысымын өлшеу; қандағы холестерин мен қантқа зертханалық зерттеулер. Екінші кезеңде алғашқы медициналық-санитарлық көмек персоналы жүрек-қан тамырлары қаупін анықтау және келесі шаралар

туралы шешім қабылдау үшін жүйелі түрдегі тәуекелдерді бағалау (SCORE) шкаласын қолданады: ЖҚА қаупі төмен адамдар үшін (SCORE шкаласы бойынша 1% дейін) 2 жылдан кейін тағы бір рет скринингтік тексеруден өтіп, салауатты өмір салтын ұстану ұсынылады. Сонымен қатар, жүрек-қан тамырлары қаупін азайту немесе тұрақтандыру үшін ЖҚА қаупі орташа адамдар (SCORE шкаласы бойынша >1% - <5%) денсаулық сақтау мектептеріне жіберіледі. Сонымен, ЖҚА қаупі жоғары және өте жоғары (SCORE шкаласы бойынша >5%) адамдар электрокардиографияға жіберіліп, кардиологпен кездесу тағайындалады. ЖҚА анықталған кезде пациенттерді АМСК дәрігері бақылайды [48].

Тек 2011 жылдың өзінде Қазақстандағы ЖҚА-ға арналған скринингтік тексерулер 2,5 миллионнан астам ересектерді қамтыды, бұл 200 000-нан астам жаңа ауруды диагностикалауға көмектесті (тексерілгендердің 7,9%) [48].

ЖҚА өлім-жітімінің төмендеуіне қарамастан, көптеген шешілмеген мәселелер бар. Мұның себептері күрделі. Біріншіден, дәрігерлердің және денсаулық сақтаудың басқа қызметкерлерінің халықаралық клиникалық нұсқаулықтарды толық пайдаланбауы, емделу құнына байланысты пациенттер арасында емделудің төмен деңгейін және ұзақ мерзімді дәрілерді қабылдаумен байланысты стигманы қолданады. Нұсқаулықтардың нашар орындалу себептерін зерттейтін зерттеулер пациенттің, дәрігердің және денсаулық сақтау деңгейлеріндегі көптеген кедергілерді көрсетеді. Сонымен қатар, көптеген дамушы елдерде денсаулық сақтау саласында жалпы диуретиктер, ангиотензин түрлендіретін фермент ингибиторлары және статиндер сияқты маңызды алдын алу дәрі-дәрмектері қол жетімді емес және Қазақстанда да осындай жағдай [57].

Сонымен қатар, елде медицина қызметкерлерінің аймаққа байланысты біркелкі бөлінбеуі байқалады: әдетте, қалалық жерлерде медицина қызметкерлерінің тығыздығы ауыл тұрғындарына қарағанда анағұрлым жоғары, себебі өмір деңгейі мен жоғары жалақыға байланысты. Халықтың шамамен 40%-ы ауылдық жерлерде тұрады және мұндай пациенттерде медициналық көмекке жүгінуді қажет ететін созылмалы соматикалық аурудың таралуы жоғары, бірақ мамандандырылған медициналық көмек алу халық үшін қиын болуы мүмкін. Медициналық көмекке қол жетімділік денсаулық сақтауды басқарудағы басты басымдық болып табылады және медициналық орталықтарға қатысты осы халықтың географиялық таралуы мен облыстарының орналасуын түсіну көмекті үйлестіруге көмектеседі. Сонымен қатар, медициналық көмектің барлық деңгейіне халықтың бірдей және әділ қол жетімділігінің жоқтығы жол инфрақұрылымының нашарлығымен түсіндіріледі [42].

Қазақстан жүрек-қан тамырлары ауруларынан болатын өлімді одан әрі төмендетуге мүдделі және «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі» деп аталатын жаңа нормативтік құжат әзірледі және денсаулық сақтаудың 2020-2025 жылдарға арналған жаңа ұлттық бағдарламасын ұсынды. Бұл бағдарлама

жоғары тиімді, дәлелді демографиялық стратегияларға негізделген, ол халықтың өте үлкен топтарына жете алады және салық салу мен жарнамалық шектеулер арқылы темекіні пайдалануды бақылаудың заңнамалық шараларын қамтиды. Басқа экономикалық тиімді стратегияларға темекіні тастауға арналған никотинді алмастыру терапиясы және орташа гипертензиясы бар емделушілер үшін артериалды қысымды төмендететін терапияны ұсынады[55]. Популяцияның басқа стратегияларының, мысалы, өңделген тағамдардағы тұздың немесе майдың мөлшерін бақылауға арналған заңнама немесе физикалық белсенділікті арттыру үшін қала құрылысын салу саясатының артықшылықтары болуы мүмкін. Сондықтан, темекі шегуді азайту жөніндегі заңнамалық өзгерістерден басқа, өлімге немесе жүрек-қан тамырлары ауруларына шалдығу қаупі бар адамдарға дәлелденген және қол жетімді алдын алу стратегияларын жеткізудің клиникалық стратегиясы болып табылады. Алғашқы медициналық-санитарлық көмекті жетілдіру осы мақсатқа жету үшін орталық болып саналады [34]. Қазақстанда 2020 жылы басталатын міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесін енгізу денсаулық жағдайы үшін жауапкершілікті енгізеді. Алайда, кез-келген мұндай жүйенің денсаулықты сақтандырудың бұрынғы схемаларының басты назарында болған – ауруханаға жатқызуды ғана емес, амбулаториялық-емханалық көмек пен дәрі-дәрмектер үшін жеңілдіктер ұсыну өте маңызды. Сонымен, денсаулық сақтау саласындағы саясатты ақпараттандыру, мақсат қою және интервенциялық бағдарламалардың әсерін бақылау үшін денсаулық сақтау саласындағы ақпараттық жүйелер, мысалы, өлімді бақылау жүйесі қажет [40].

Талқылау

ЖҚА-ның алдын алу саласындағы жетістіктер сөзсіз. Аурулардың дамуы мен өршуіне ықпал ететін факторлар зерттелді, алдын алудың ғылыми тұжырымдамасы құрылды, оны қолдану әлемнің көптеген елдерінде ЖҚА-дан өлім -жітімнің төмендеуіне әкелді, мүмкіндік беретін алдын алу стратегиялары әзірленді. Көптеген елдерде жүрек -қан тамырлары ауруларының алдын алу бойынша мемлекеттік және қоғамдық іс-шаралар жүргізілді және бұндай әрекеттер оң нәтиже көрсетті. Атап айтқанда, АҚШ -да инсульттен (60%) және миокард инфарктісінен (53%) өлім -жітімнің айтарлықтай төмендеуі байқалды. Және де бұл нәтижеге дәрігерлер ғана қол жеткізген жоқ, бұл үшін бүкіл қоғамның күш -жігері мен ел саясатының күші қажет болды. Дәл осындай оң динамика Батыс Еуропа елдерінің көпшілігінде, Жапония мен Австралияда, яғни өнеркәсібі дамыған қоғамдарда байқалады. Дегенмен, жүрек -қан тамырлары аурулары бүкіл әлем бойынша өлімнің басты себебі болып қала береді.

Ең алдымен, жүрек –қан тамырлары жүйесі аурулары жүйке -психикалық стресстің негізінде пайда болады. Сондықтан олардың саны мен қарқындылығын төмендету барлық жүрек -қан тамырлары ауруларының алдын алудың ең қуатты шарасы болып табылады. Жүрек -қан тамырлары жүйесінің зақымдалуын уақытында анықтау маңызды,

себебі адамның өмірі көп жағдайда көмек көрсету мен реанимациялық шараларды жүргізу жылдамдығына байланысты [18].

«Популяциялық» стратегиясының негізгі мақсаты - халықтың денсаулығына қатысты қоғамдық сананы өзгерту. Бұл тәсіл салауатты өмір салтын насихаттауға, жалпы халықтың денсаулығына теріс факторлардың әсерін бағалауға және төмендетуге бағытталған мұқият қарастырылған әрекеттерге негізделген. Бұл стратегияны ұлттық деңгейде де, жергілікті деңгейде де енгізуге болады. Ұлттық бағдарламаның ерекшелігі заңнаманы жетілдіру, әр түрлі билік тармақтарының, сондай -ақ медицинаны, білім беруді, өнеркәсіпті және т.б. ұсынатын құрылымдар арасындағы өзара іс -қимылды ұйымдастыру болуы тиіс. Үкіметте қалыптастыру өте маңызды болып саналады. Халықтың денсаулығына алдын алу көзқарасының қажеттілігі мен перспективаларына деген сенімді қалыптастырады [38,17].

Жоғары қауіп стратегиясының мақсаты - тәуекелге ұшыраған адамдарда жүрек -қан тамырлары асқынуларының ықтималдығын азайту. Бұл стратегияның артықшылығы - назар мен қаражаттың тәуекел тобына шоғырлануы және тәуекел факторлары бар нақты адамға жеке көзқарас. Бұл тәсіл пациенттің дәрігермен ынтымақтастыққа деген ынтасын жоғарылату түрінде белгілі бір артықшылықтарға ие. Медицина қызметкерлеріне бүкіл халықпен жұмыс жасаудан гөрі, жеке жұмыс жасау оңай екенін есте ұстаған жөн. Бұл әдіс жүрек -қан тамырлары аурулары бар науқастарды емдеудің қазіргі тәжірибесіне жақын [17].

Сондықтан, жүрек -қан тамырлары ауруларының алдын алудың бұл екі стратегиялық желісінің белгілі бір кемшіліктері мен артықшылықтары бар. Максимальды нәтижеге жету үшін екі әдісті де қолдану қажет.

Көптеген елдер қайталама алдын алудың сапасын жақсартудың арқасында, сонымен қатар халықтың қауіп факторларының таралуын төмендету арқылы ЖҚА-дан болатын өлім -жітімді қысқартуда ғана емес, прогреске қол жеткізді. Р.Г. Огановтың және қосымша авторларды зерттеулері бойынша ЖҚА қайталама алдын алуға да назар жеткілісіз [45].

Г.П. Сквирская зерттеу нәтижелері бойынша, орташа алғанда жылына бір тұрғынның емханаға баруы 9,1 құрайды, олардың 40-тан 60% -ына дейін алдын алу мақсатымен келген. Автордың айтуынша, алдын-алу шараларын талдау олардың тиімсіздігін көрсетті. Алдын алу тексерулері кезінде денсаулық жағдайы мен аурулардың ауытқуларының анықталуы орта есеппен 0,5%-дан 1,5%-ға дейін, негізінен аурулар пациенттің шағымдарымен емханаға жүгінген кезде анықталды [28].

Әр түрлі авторлардың пікірінше, медициналық тексерулер белгілі бір патологияның тек 8-10%-ын анықтайды, ал санитарлық-ағарту жұмысы адамдардың мінез-құлқының өзгеруіне әкелмейді [2].

Н.А. Жидяева пікірінше емханадағы алдын алу жұмыстары кезінде учаскелік дәрігерлердің нәтижесіз жұмыс жасауының себептері: тағайындаулардың қатаң

мерзімі, күнделікті қағазбастылықтың көптігі, дәрігерлерде ыңғайлы есепке алу нысандарының болмауы, пациенттерді және әсіресе қауіп факторлары бар адамдарды басқару бойынша келісілген ұсынымдардың болмауы, алдын-алудың тиімділігі мен еңбек мотивациясын бағалаудың критерийлерінің анық болмауы. Осыған байланысты әрі қарай зерттеу медициналық ұйым персоналының алдын алу іс-әрекетін ынталандыру сұрақтарын талап етеді [16].

С.В. Шагарава Башқұртстан Республикасында жүрек-қан тамырлары аурулары бар адамдарда медициналық қызметті (хабардар болу, дәрігерге уақтылы бару, медициналық ұсыныстарды орындау, екінші және үшінші алдын алу процедуралары) зерттеген, оның ең жоғары деңгейі 1-топтағы мүгедек адамдарда және зейнеткерлерде байқалғандығын анықтады, ал ең төмені жұмыс істейтін мүгедек ерлерде анықталған. Сонымен қатар, жедел аурулары бар мүгедектердің тек 39,6%-ы дереу дәрігерге барған, 35%-ы дербес емделуге тырысқан, ал 25%-ы дәрігерге ауыр жағдайда ғана барған [32].

В.И. Гриднев және бірлескен авторлар гипертензиясы бар науқастарға көрсетілетін медициналық көмектің едәуір бөлігі дұрыс емес немесе жеткіліксіз екенін ескереді. Ұсынылатын халықаралық және отандық медициналық стандарттар оларды қолдану тиімділігін қалай және қандай параметрлер бойынша бағалау қажет екендігін қарастырмайды [6]. «Денсаулық мектептерінің» клиникалық-экономикалық тиімділігі *А.А. Стремухов* жүргізген зерттеулерімен дәлелденеді. Мұндай мектептерді ұйымдастырудың тәжірибесі ведомстволық денсаулық сақтау саласында, атап айтқанда, теміржолшылар арасында артериалдық гипертензияның алдын-алу үшін дамыған [6].

Қорытынды

Осылайша, бүгінгі күні ұлттық алдын алу бағдарламаларының аймақтық деңгейдегі белсенді жұмыспен біріктірудің жоғары тиімділігіне күмән жоқ. Жергілікті шаралар жүрек -қан тамырлары ауруларының алдын алу бойынша ұлттық бағдарламаларды іске асырудың маңызды және жоғары тиімді бөлігі болып табылады. Жүрек -қан тамырлары ауруларының алдын алуы ЖҚА-дан пациенттердің өлімін төмендету және жүрек - қан тамырлары денсаулығын сақтау үшін өте маңызды. Біріншілік және екіншілік алдын алуда бірқатар жетістіктерге қол жеткізілгенімен, жүрек - қан тамырлары аурулары дүниежүзінде өлімінің басты себебі болып қала береді. Қазіргі уақытта әйелдер мен ерлер арасындағы алдын алу мен емдеу әдістерінде ешқандай айырмашылық жоқ. Сондықтан, ЖҚА қауіп факторларын зерттей отырып жыныс бойынша алдын алу шараларын жетілдіру қажет.

Вклад авторов. Все авторы в равной мере принимали участие в поиске и проведении анализа литературных источников и написании разделов статьи.

Конфликт интересов: отсутствует.

Финансирование: не проводилось.

Сведения о публикации: Данный материал не был заявлен ранее, для публикации в других изданиях и не находится на рассмотрение другими издательствами.

Әдебиеттер:

1. *Аманов Т.И. и др.* Проблемы и пути совершенствования специализированной кардиологической помощи населению РК. Алматы, 2007, 200с. – 207.
2. *Артюхов И.П., Гаас Е.Н., Модестов А.А.* Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний на уровне первичной медико-санитарной помощи // Сибирское медицинское обозрение. 2010. Т. 62. №2. С.25-34.
3. *Бармагамбетова А.Т.* Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний среди жителей стран СНГ // Вестник КАЗНМУ. 2013. № 2. С. 11.
4. *Буларкиева Э.А.* Оценка уровня знаний врачей по вопросам реабилитации больных с острым инфарктом миокарда в амбулаторно- поликлинических учреждениях г. Бишкек // Терапевтический вестник. 2013. Т.37, № 1. С.9-12.
5. ВОЗ. Информационный бюллетень. Профилактика неинфекционных заболеваний. Декабрь 2017, <http://vestnik.mednet.ru/content/view/943/30/lang,ru/> (дата обращения: 12.05.2021).
6. *Гриднев В.И., Раковский М.Е., Котельникова Е.В.* Анализ качества диагностики и обследования больных гипертонической болезнью // Актуальные проблемы кардиологии. Саратов, 2000. – С. 3235.
7. *Дианов М.А., Никитина С.Ю., Агеева Л.И. и др.* Кардиоваскулярная профилактика, 2011: Национальные рекомендации. – М., 2011. – 64 с.
8. Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире за 2014 г.: Достижение девяти глобальных целей по НИЗ, общая ответственность. <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/ru/> (дата обращения: 17.09.2021).
9. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2005 / Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген, 2005. – 154 с.
10. *Ерембаева А.А., Байызбекова Д.А.* Оценка эффективности влияния государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на сердечнососудистую заболеваемость. Современные проблемы науки и образования 2017;6:URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=27169>. (Дата обращения: 22.09.2021)
11. *Жолдин Б.К., Ешнйазов Н.Б., Медовщиков В.В., Курманалина Г.Л.* Модифицируемые факторы риска и их влияние на развитие сердечно-сосудистых заболеваний // Батыс Қазақстан медицина журналы. 2017. №1. С. 4-53.
12. *Искакова Б.К.* Организация кардиологической службы на базе АО «Республиканский центр неотложной медицинской помощи» // Медицина. Астана. 2012. №11. С.8-10.
13. *Камардина Т.В.* Разработка, реализация и оценка эффективности популяционной стратегии по отказу от курения: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2004. – 42 с..
14. *Каусова Г.К., Төлеу Е.Т., Кодасбаев А.Т., Нурбақыт А.Н.* К вопросу профилактики сердечно-сосудистых заболеваний // Вестник Казахского Национального медицинского университета. 2017. 4. С. 40–42
15. Кодекс Республики Казахстан № 193 от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе

здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 14.07.2017 г.) - https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=30479065 (Дата обращения: 05.08.2021)

16. Крошнин С.М., Романова Е.В. Место и роль службы медицинской профилактики, значение гигиенического воспитания, оздоровления и реабилитации пациентов по результатам опроса населения и медицинских работников Московской области // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 1999. №4. С.43-45.

17. Курманбаева А.О. Формирование системы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и органов дыхательных путей: опыт России и США // NovalInfo.Ru. 2017. Т.1. № 60. С. 372-381.

18. Кушбоков З.А. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний // Интеллектуальный потенциал XXI века: ступени познания. 2011. №5-1. <https://cyberleninka.ru/article/n/profilaktika-serdechno-sosudistykh-zabolevaniy-2> (дата обращения: 25.09.2021).

19. Мартынич С.А., Соколова О.В., Филатенкова С.В., Мартынич С.А. Индикаторы качества и эффективности расходов стационара в системе бюджетирования, ориентированного на результат // Здоровоохранение Российской Федерации. 2012. №1. С.5-9.

20. Мубараков А. Методические рекомендации по разработке единого перспективного плана развития инфраструктуры медицинских организаций в Республике Казахстан на 2017-2025 гг. Астана, 2017. 44с.

21. Мухаметдзянов А.М., Шарафутдинова Н.Х. Преемственность в оказании медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения на догоспитальном и госпитальном этапах // Современные проблемы науки и образования. 2014. № 4. С. 276.

22. Ногаева М.Г., Тулеутеева С.А. Распространенность болезней системы кровообращения в Республике Казахстан // Медицина, 2014. №10. С.13-15.

23. Об утверждении Положения об организациях здравоохранения, оказывающих кардиологическую, интервенционную кардиологическую и кардиохирургическую помощь населению Республики Казахстан: Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан №647 от 22 сентября 2011 года. http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31088700 (дата обращения: 20.09.2021).

24. Оганов Р. Г., Герасименко Н.Ф., Погосова Г.В., Колтунов И.В. и др. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: пути развития // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2011, 10(3). С.5-7

25. Оганов Р.Г., Калинина А.М., Шальнова С.А. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. М. : ГЭОТАР-Медиа. 2009.

26. Оганов Р.Г., Хальфин Р.А. Руководство по первичной медико-санитарной помощи. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 464 с.

27. Послание Президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаева народу Казахстана 17 января 2014 г. «Казахстанский путь – 2050: Единая цель, единые

интересы, единое будущее». URL: <http://control.edu.gov.kz/sites/default/files/k1400002014.17-01-2014.rus.pdf> (Дата обращения: 05.09.2021)

28. Сквирская Г.П. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья населения // Здоровоохранение. 2000. №11. С. 11-16.

29. Султанбеков Р.Т., Исабекова А.Х., Мусагалиева А.Т. Достижения и проблемы кардиологической службы Алматинской области // Терапевтический вестник. 2012. №1. С.7.

30. Стремоухов А.А. Клинико-экономическая эффективность «школ здоровья» в общей врачебной практике // Проблемы управления здравоохранением. 2009. № 5. С. 96-102.

31. Тулегалиев А.Г. О развитии кардиологической и кардиохирургической помощи в Республике Казахстан // Терапевтический вестник. 2010. Т.34, №4. С 4-7.

32. Шагарова С.В. Уровень медицинской активности инвалидов с заболеваниями системы кровообращения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2001. №4. С.18-20.

33. Analytical material of the extended board of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan. <http://www.rcrz.kz/docs/broshura.pdf> (дата обращения: 25.09.2021).

34. Anderson I., Obermann K., Temirov A., Ibragimova G. Independent review of Den Sooluk and project in support of the mid-term review. World Health Organization. 2016. 215p.

35. Aringazina A., Kuandikov T., Arkhipov V. Burden of the Cardiovascular Diseases in Central Asia // Cent Asian J Glob Heal. 2018. Aug, 8. 7(1).

36. Authors/Task Force Members: et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012) The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR) // European heart journal. 2012. Т.33. №13. С.1635-1701.

37. Caughey G.E., Ramsay E.N., Vitry A.I. et al. Comorbid chronic diseases, discordant impact on mortality in older people: a 14-year longitudinal population study // J. Epidemiol Community Health. 2010. №64. С.1036–1042.

38. Chernogrivov A.E., Gornostaev A.A., Chernogrivov I.E. et al Anomalous origin of the right coronary artery from the pulmonary artery: surgical reimplantation into the aorta // Multimedia Manual of Cardio-Thoracic Surgery. 2015. p. 10

39. Collins D.R. et al. Global cardiovascular risk assessment in the primary prevention of cardiovascular disease in adults: systematic review of systematic reviews // BMJ open. 2017. Т.7. №3. С. e013650.

40. Drafts of the law regulatory document “People’s Health and the Health Care System” and the State Program for Improving Public Health for 2020–2025 [Internet]. 2019. http://www.rcrz.kz/images/Presentation_public_050619.pdf (дата обращения: 25.08.2021).

41. Farrington J.ill, Kontsevaya A., Dombrovskiy V., Small R., Rinaldi Ch. et al. Prevention and control of

noncommunicable diseases in Kazakhstan: the case for investment. World Health Organization. Regional Office for Europe. 2019. 206c.

42. Gawron L.M., Pettey W.B.P., Redd A.M., Suo Y., Gundlapalli A.V. Distance to veterans administration medical centers as a barrier to specialty care for homeless women veterans. In: Studies in Health Technology and Informatics. 2017. 375p.

43. Jia X. et al. Highlights of studies in cardiovascular disease prevention presented at the 2020 American College of Cardiology Annual Scientific Session // Current atherosclerosis reports. 2020. T.22. №8. C. 1-10.

44. Kaczmarczyk-Chalas K. et al. Arterial hypertension as a medical and social problem in the older urban population. The CINDI WHO Program study // Przegląd lekarski. 2008. T.65. №12. C. 838-843.

45. Lee K.B., Lim S.H., Kim K.H. et al. Six-month functional recovery of stroke patients: a multi-time-point study // Int J Rehabil Res. 2015. Jan 27. pp.25-36.

46. Mehta A. et al. Cardiovascular disease prevention in focus: highlights from the 2019 american heart association scientific sessions // Current atherosclerosis reports. 2020. T.22. №. 1. C. 1-10.

47. Mid-term Review Report of Den Sooluk National Health Reform Program of the Kyrgyz Republic for 2012-2016, Bishkek 2016, 115p.

48. Ministry of Healthcare. Minister of Health of the Republic of Kazakhstan issued the order dated December 25, 2017 No. 995 "On Amendments and Additions to the Order of the Acting Minister of Health of the Republic of Kazakhstan dated November 10, 2009, No.685" On Approval of the [Internet]. Ministry of Healthcare Decree №995 dated December 25, 2017. https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=37725334 (дата обращения: 13.05.2021)

49. Norris C.M. et al. State of the science in women's cardiovascular disease: a Canadian perspective on the influence of sex and gender // Journal of the American Heart Association. 2020. T. 9. №. 4. C. e015634.

50. Porta M. A dictionary of epidemiology. – Oxford university press, 2014. 75p.

51. Program of the meeting board of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan. <http://www.rcrz.kz/files/kollegii.pdf> (дата обращения: 17.06.2021)

52. Puska P. et al. Background, principles, implementation, and general experiences of the North Karelia Project // Global Heart. 2016. T.11. №2. C. 173-178.

53. Shang B., Goldman D. Does age or life expectancy better predict health care expenditure // Health Economics. 2007. Vol. 17, № 4. P. 487501.

54. Suhrcke M., Rocco L., McKee M., Mazzucco S., Urban D., Steinherr A. Economic consequences of non-communicable diseases and injuries in the Russian Federation. – Venice: WHO European Office for investment for Health and Development, 2008. – 83 p.

55. Wang Q., Mati K. Intention to quit among smokers in Kazakhstan: Data from 2014 Global Adult Tobacco survey // J Epidemiol Glob Health. 2019. 9(1): 23–8.

56. World Health Organization (WHO) et al. Global strategy for prevention and control of non-communicable diseases Geneva 2008. – 2016. 308p.

57. World Health Organization. Preventing chronic diseases : a vital investment : WHO global report. World Health. 2005. 303p.

References:

1. Amanov T.I. i dr. *Problemy i puti sovershenstvovaniya spetsializirovannoi kardiologicheskoi pomoshchi naseleniyu RK* [Problems and ways of improving specialized cardiac care for the population of the Republic of Kazakhstan]. Almaty, 2007. 200p. [in Russian]

2. Artyukhov I.P., Gaas E.N., Modestov A.A. Profilaktika serdechno-sosudistyykh zabolevaniy na urovne pervichnoi mediko-sanitarnoi pomoshchi [Prevention of cardiovascular disease at the primary health care level]. *Sibirskoe meditsinskoe obozrenie* [Siberian Medical Review]. 2010. №. 2. p. 62. [in Russian]

3. Barmagambetova A.T. Smertnost' ot serdechno-sosudistyykh zabolevaniy sredi zhitelei stran SNG [Mortality from cardiovascular diseases among residents of the CIS countries]. *Vestnik KAZNMU* [Herald KAZNMU]. 2013. №2. p. 11. [in Russian]

4. Bularkieva E.A. Otsenka urovnya znaniy vrachei po voprosam reabilitatsii bol'nykh s ostrym infarktomyokarda v ambulatorno-poliklinicheskikh uchrezhdeniyakh g. Bishkek [Assessment of the level of knowledge of doctors on the rehabilitation of patients with acute myocardial infarction in outpatient clinics in Bishkek]. *Terapevticheskii vestnik* [Therapeutic Herald]. 2013. T.37, №1. pp.9-12. [in Russian]

5. VOZ. *Informatsionnyi byulleten'. Profilaktika neinfektsionnykh zabolevaniy* [Prevention of non-communicable diseases]. Dekabr' 2017, <http://vestnik.mednet.ru/content/view/943/30/lang,ru/> (accessed: 12.05.2021). [in Russian]

6. Gridnev V.I., Rakovskii M.E., Kotelnikova E.V. Analiz kachestva diagnostiki i obsledovaniya bol'nykh gipertonicheskoi boleznyu [Analysis of the quality of diagnosis and examination of patients with essential hypertension]. *Aktual'nye problemy kardiologii* [Actual problems of cardiology]. Saratov, 2000. p.3235. [in Russian]

7. Dianov M.A., Nikitina S.Yu., Ageeva L.I., i dr. *Kardiovaskulyarnaya profilaktika. Natsional'nye rekomendatsii* [Cardiovascular Prevention], – M., 2011. p. 64. [in Russian]

8. Doklad o situatsii v oblasti neinfektsionnykh zabolevaniy v mire za 2014 god. [Global status report on noncommunicable diseases 2014]: Dostizhenie devyati global'nykh tselei po NIZ, obshchaya otvetstvennost'. <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/ru/> (accessed: 17.09.2021). [in Russian]

9. Doklad o sostoyanii zdoravookhraneniya v Evrope 2005 / Evropeiskoe regional'noe byuro VOZ. [European health report 2005 / WHO Regional Office for Europe] Kopengagen, 2005. – p. 154. [in Russian]

10. Erebaeva A.A., Baiybekova D.A. Otsenka effektivnosti vliyaniya gosudarstvennoi programmy razvitiya zdoravookhraneniya «Salamatty Kazakhstan» na serdechnososudistuyu zabolevaemost [Evaluation of the effectiveness of the impact of the state health development program "Salamatty Kazakhstan" on cardiovascular morbidity]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya* [Modern problems of science and education] 2017. 6,

<http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=27169>.
(accessed: 22.09.2021) [in Russian]

11. Zholdin B.K., Eshniyazov N.B., Medovshchikov V.V., Kurmanalina G.L. Modifiable risk factors and their influence on the development of cardiovascular diseases. *Batys Kazakhstan meditsina zhurnaly* [West Kazakhstan Medical Journal]. 2017. 1. pp.53-4 [in Russian]

12. Iskakova B.K. Organizatsiya kardiologicheskoi sluzhby na baze AO «Respublikanskii tsentr neotlozhnoi meditsinskoi pomoshchi» [Organization of a cardiological service on the basis of «the Republican Center for Emergency Medical Care»]. *Meditsina* [Medicine]. Astana. 2012. №11. pp. 8-10. [in Russian]

13. Kamardina T.V. Razrabotka, realizatsiya i otsenka effektivnostipopulyatsionnoi strategii po otkazu ot kureniya [Development, implementation and evaluation of the effectiveness of a population strategy for smoking cessation]: avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. – M., 2004. 42 p. [in Russian]

14. Kausova G.K., Toleu E.T., Kodasbaev A.T., Nurbakyt A.N., K voprosu profilaktiki serdechno-sosudistyykh zabolevaniy [On the issue of prevention of cardiovascular diseases]. *Vestnik Kazakhskogo Natsional'nogo meditsinskogo universiteta* [Herald of the Kazakh National Medical University]. 2017. 4. pp. 40–42. [in Russian]

15. Kodeks Respubliki Kazakhstan №193 ot 18.09.2009 goda «O zdorov'e naroda i sisteme zdravookhraneniya» (s izmeneniyami i dopolneniyami po sostoyaniyu na 14.07.2017 g.) [Code of the Republic of Kazakhstan No. 193 of 18.09.2009 "On people's health and the health care system" (with amendments and additions as of 14.07.2017)] https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=30479065 (accessed: 05.08.2021) [in Russian]

16. Kroshnin S.M., Romanova E.V. Mesto i rol' sluzhby meditsinskoi profilaktiki, znachenie gigienicheskogo vospitaniya, ozdorovleniya i reabilitatsii patsientov po rezul'tatam oprosa naseleniya i meditsinskikh rabotnikov Moskovskoi oblasti [The place and role of the medical prevention service, the importance of hygienic education, health improvement and rehabilitation of patients according to the results of a survey of the population and medical workers of the Moscow region]. *Profilaktika zabolevaniy i ukreplenie zdorov'ya* [Disease prevention and health promotion]. 1999. №4. pp.43-45. [in Russian]

17. Kurmanbaeva A.O. Formirovanie sistemy profilaktiki serdechno-sosudistyykh zabolevaniy i organov dykhatel'nykh putei: opyt Rossii i SSHA [Formation of a system for the prevention of cardiovascular diseases and respiratory tract organs: the experience of Russia and the USA]. *NovalInfo.Ru*. 2017. T.1. № 60. pp. 372-381. [in Russian]

18. Kushbokov Z. A. Profilaktika serdechno-sosudistyykh zabolevaniy [Prevention of cardiovascular diseases]. *Intellektual'nyi potentsial XXI veka: stupeni poznaniya* [Intellectual potential of XXI century: stages of cognition]. 2011. №5-1. <https://cyberleninka.ru/article/n/profilaktika-serdechno-sosudistyykh-zabolevaniy-2> (accessed: 25.09.2021). [in Russian]

19. Martynchik S.A., Sokolova O.V., Filatenkova S.V. Indikatory kachestva i effektivnosti raskhodov statsionara v sisteme byudzhetrovaniya, orientirovannogo na rezul'tat

[Indicators of the quality and efficiency of hospital expenditures in the system of performance-based budgeting]. *Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii* [Healthcare Russian Federation]. 2012. №1. pp.5-9. [in Russian]

20. Mubarakov A. Metodicheskie rekomendatsii po razrabotke edinogo perspektivnogo plana razvitiya infrastruktury meditsinskikh organizatsii v Respublike Kazakhstan na 2017-2025 gg. [Methodological recommendations for the development of a unified long-term plan for the development of infrastructure of medical organizations in the Republic of Kazakhstan for 2017-2025]. Astana, 2017. - 44 p. [in Russian]

21. Mukhametdzhanov, A.M., Sharafutdinova N.Kh. Preemstvennost' v okazanii meditsinskoi pomoshchi bol'nym s ostrymi narusheniyami mozgovogo krovoobrashcheniya na dogospital'nom i hospital'nom etapakh [Continuity in the provision of medical care to patients with acute cerebrovascular accidents at the prehospital and hospital stages]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya* [Modern problems of science and education]. 2014. № 4. 276 p. [in Russian]

22. Nogaeva M.G., Tuletaeva S.A. Rasprostranennost' boleznei sistemy krovoobrashcheniya v Respublike Kazakhstan [The prevalence of diseases of the circulatory system in the Republic of Kazakhstan]. *Meditsina* [Medicine], 2014. №10. p.13-15. [in Russian]

23. Ob utverzhdenii Polozheniya ob organizatsiyakh zdravookhraneniya, okazyvayushchikh kardiologicheskuyu, interventsiyannuyu kardiologicheskuyu i kardiokhirurgicheskuyu pomoshch' naseleniyu Respubliki Kazakhstan: Prikaz i.o. Ministra zdravookhraneniya Respubliki Kazakhstan №647 ot 22 sentyabrya 2011 goda [On approval of the Regulations on healthcare organizations providing cardiological, interventional cardiological and cardiac surgical care to the population of the Republic of Kazakhstan: Order of the acting Minister of Health of the Republic of Kazakhstan No. 647 dated September 22, 2011]. http://online.zakon.kz/Document/doc_id=31088700 (accessed: 20.09.2021). [in Russian]

24. Oganov R.G., Gerasimenko N.F., Pogoseva G.V., Koltunov I.V. i dr. Profilaktika serdechno-sosudistyykh zabolevaniy: puti razvitiya [Prevention of cardiovascular diseases: development paths]. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika* [Cardiovascular Therapy and Prevention]. 2011. 10 (3). p. 5-7 [in Russian]

25. Oganov R.G., Kalinina A.M., Shal'nova S.A. Profilaktika serdechno-sosudistyykh zabolevaniy [Prevention of cardiovascular diseases]. – M. : GEOTAR-Media, 2009. [in Russian]

26. Oganov R.G., Khal'fin R.A. *Rukovodstvo po pervichnoi mediko-sanitarnoi pomoshchi*. – M. : GEOTAR-Media, 2007. – p. 464. [in Russian]

27. Poslanie Prezidenta Respubliki Kazakhstan N.A. Nazarbaeva narodu Kazakhstana 17 yanvarya 2014 g. «Kazakhstanskii put' – 2050: Edinaya tsel', edinye interesy, edinoe budushchee». [Message from the President of the Republic of Kazakhstan N.A. Nazarbayev to the people of Kazakhstan January 17, 2014" Way of Kazakhstan - 2050: Common goal, common interests, common future].

<http://control.edu.gov.kz/sites/default/files/k1400002014.17-01-2014.rus.pdf> (accessed: 05.09.2021) [in Russian]

28. Skvirskaya G.P. Profilaktika zabolevanii i ukreplenie zdorov'ya naseleniya [Disease prevention and health promotion of the population]. *Zdravookhranenie* [Healthcare]. 2000. №11. p.11-16. [in Russian]

29. Sultanbekov R.T., Isabekova A.Kh., Musagalieva A.T. Dostizheniya i problemy kardiologicheskoi sluzhby Almatinskoi oblasti [Achievements and problems of the cardiological service of the Almaty region]. *Terapevticheskii vestnik* [Terapevticheskii vestnik]. 2012. №1. p.7. [in Russian]

30. Stremoukhov A.A. Kliniko-ekonomicheskaya effektivnost' «shkol zdorov'ya» v obshchei vrachebnoi praktike [Clinical and economic efficiency of "schools health" in general medical practice]. *Problemy upravleniya zdavookhraneniem* [Problems of health care management]. 2009. №5. p. 96-102. [in Russian]

31. Tulegeniev A.G. O razvitii kardiologicheskoi i kardiokhirurgicheskoi pomoshchi v Respublike Kazakhstan [On the development of cardiological and cardiac surgery care in the Republic of Kazakhstan]. *Terapevticheskii vestnik* [Terapevticheskii vestnik]. 2010. T.34, №4. p 4-7. [in Russian]

32. Shagarova S.V. Uroven' meditsinskoi aktivnosti invalidov s zabolevaniyami sistemy krovoobrashcheniya [The level of medical activity of disabled people with diseases of the circulatory system]. *Problemy sotsial'noi gigieny, zdavookhraneniya i istorii meditsiny* [Problems of social hygiene, health care and history of medicine]. 2001. №4. pp.18-20. [in Russian]

33. Analytical material of the extended board of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan. <http://www.rcrz.kz/docs/broshura.pdf> (accessed: 25.09.2021).

Байланыс ақпараты:

Мукашева Гүлбаршын Дарынқызы – «Қоғамдық денсаулық сақтау» мамандығы бойынша докторант, КеАҚ «Семей медицина университеті», Семей қ., Қазақстан Республикасы

Почтовый адрес: Қазақстан Республикасы, 071400, Семей қ., Абай к. 103

E-mail: gulbarshyn_1_12@mail.ru

Телефон: +77752200745