

Казахстанский медицинский университет «Высшая школа общественного здравоохранения»

УДК 614.256+616.3(574.52)

На правах рукописи

НАМАЗБАЕВА ЖАНАР ЕРТАЕВНА

Совершенствование организации деятельности специалистов первичного звена по оценке факторов риска болезней органов пищеварения у населения Жамбылской области

8D10101 – Общественное здравоохранение

Диссертация на соискание степени доктора философии (PhD)

Научные консультанты:
Смаилова Д.С. доктор PhD,
ассоциированный профессор
Кульжанов М.К., д.м.н.,
профессор,
Умарова С.У. к.м.н.,
ассоциированный профессор

Зарубежный консультант:
Лука Брусати, профессор

Республика Казахстан
Алматы, 2025

СОДЕРЖАНИЕ

	стр.
НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ.....	4
ОПРЕДЕЛЕНИЯ.....	6
ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ.....	8
ВВЕДЕНИЕ.....	9
1 ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ: МЕЖДУНАРОДНЫЙ И ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ ОПЫТ.....	16
1.1 Эпидемиология болезней органов пищеварения в отдельных странах мира.....	16
1.2 Анализ болезней органов пищеварения в Республике Казахстан.....	21
1.3 Возрастные и гендерные особенности болезней органов пищеварения....	24
1.4 Новая коронавирусная инфекция COVID– 19 и система органов пищеварения.....	27
2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	31
2.1 Организационно– методическая схема исследования.....	32
2.2 Методы исследования.....	34
3 РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН И В ЖАМБЫЛСКОЙ ОБЛАСТИ.....	37
3.1 Эпидемиологический анализ общей заболеваемости болезней органов пищеварения в Республике Казахстан.....	37
3.2 Эпидемиологический анализ первичной заболеваемости болезней органов пищеварения в Республике Казахстан и в Жамбылской области.....	41
3.3 Эпидемиологический анализ смертности от болезней органов пищеварения в Жамбылской области и в Республике Казахстан.....	50
3.4 Эпидемиологический анализ основных нозологий заболеваемости болезней органов пищеварения в Жамбылской области.....	59
3.4.1 Первичная заболеваемость основных нозологий болезни органов пищеварения в Жамбылской области.....	59
3.4.2 Первичная заболеваемость основных нозологий болезни органов пищеварения по категории населения в Жамбылской области	63
4 СОЦИАЛЬНО– ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА НАСЕЛЕНИЯ С БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ.....	74
4.1 Оценка поведенческих факторов по потреблению соли, алкоголя и табака у жителей Жамбылской области с использованием опросника STEPS Всемирной организации здравоохранения (n=1201).....	74
4.2 Результаты исследования по дополнительному авторскому опроснику по Жамбылской области (n=391).....	82

5 СТЕПЕНЬ ВОВЛЕЧЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В ВОПРОСАХ ПРОФИЛАКТИКИ ФАКТОРОВ РИСКА БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ	96
6 СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ НА УРОВНЕ ПМСП.....	103
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	111
ВЫВОДЫ	115
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	119
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	134

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящей диссертации использованы ссылки на следующие стандарты:

1. Конституция Республики Казахстан (принята на республиканском референдуме 30 августа 1995 года) (с изменениями, внесенными Законом Республики Казахстан от 07.10.98 г. № 284—1).
2. Закон Республики Казахстан от 19 мая 1997 года № 111—I «Об охране здоровья граждан в Республике Казахстан» (с изменениями и дополнениями, внесенными Законами Республики Казахстан от 1.07.98 г. № 259—1; от 17.12.98 г. № 325—1; от 7.04.99 г. № 374—1; от 22.11.99 г. № 484—1; от 21.03.02 г. № 308—II; от 13.01.04 г. № 523—II).
3. Стратегия «Қазақстан – 2030». Астана, 28 февраля 2007 года.
4. Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360—VI ЗРК «О здоровье народа и системе здравоохранения».
5. Постановление Правительства Республики Казахстан от 26 декабря 2019 года № 982 «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020– 2025 годы».
6. Постановление Правительства Республики Казахстан от 20 июня 2019 года № 421 «Об утверждении перечня медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования».
7. Национальный проект «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая нация». Утвержден постановлением Правительства Республики Казахстан от 12 октября 2021 года № 725.
8. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 сентября 2020 года № КР ДСМ— 109/2020. «Об утверждении перечня хронических заболеваний, подлежащих динамическому наблюдению». Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 24 сентября 2020 года № 21262.
9. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан № КР ДСМ— 149/2020 от 23 октября 2020 года «Об утверждении правил организации оказания медицинской помощи лицам с хроническими заболеваниями, периодичности и сроков наблюдения, обязательного минимума и кратности диагностических исследований». Зарегистрирован в Министерстве юстиции РК 26 октября 2020 года № 21513.
10. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан № КР ДСМ— 194/2020 от 13 ноября 2020 года «Об утверждении правил прикрепления физических лиц к организациям здравоохранения, оказывающим первичную медико– санитарную помощь». Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 16 ноября 2020 года № 21642.
11. Приказ и.о. Министра здравоохранения РК от 30 октября 2020 года № КР ДСМ— 174/2020 «Об утверждении целевых групп лиц, подлежащих

скрининговым исследованиям, а также правил, объема и периодичности проведения данных исследований».

12. Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 5 августа 2021 года № КР ДСМ– 75 «Об утверждении Перечня лекарственных средств и медицинских изделий для бесплатного и (или) льготного амбулаторного обеспечения отдельных категорий граждан Республики Казахстан с определенными заболеваниями (состояниями)».

13. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 4 мая 2019 года № КР ДСМ– 63. «Об утверждении Стандарта организации оказания гастроэнтерологической и гепатологической помощи в Республике Казахстан и о признании утратившими силу некоторых приказов исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан». Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 8 мая 2019 года № 18647.

14. Постановление Правительства Республики Казахстан от 16 октября 2020 года № 672 «Об утверждении перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и признании утратившими силу некоторых решений Правительства Республики Казахстан».

15. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан № КР ДСМ– 198/2020 от 18 ноября 2020 года «Об утверждении правил проведения экспертизы временной нетрудоспособности, а также выдачи листа или справки о временной нетрудоспособности».

16. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 8 декабря 2020 года № КР ДСМ– 238/2020. «Об утверждении правил оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи». Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 10 декабря 2020 года № 21746.

17. Статья 127. Сестринская деятельность Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 7 июля 2020 года № 360– VI ЗРК;

18. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2020 года № КР ДСМ– 199/2020 «Об утверждении правил оказания сестринского ухода»;

19. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2020 года № КР ДСМ– 305/2020 «Об утверждении номенклатуры специальностей и специализаций в области здравоохранения, номенклатуры и квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения»;

20. Дорожная карта «Триединство образования, науки и практики в сестринском деле» от 21 мая 2021 года.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В настоящей диссертации применяют следующие термины с соответствующими определениями:

Атрофический гастрит— представляет собой прогрессирующий воспалительный процесс слизистой оболочки желудка, характеризующийся утратой желудочных желез и замещением их кишечным эпителием, пилорическими железами желудка и соединительной тканью.

Болезнь Крона— это хроническое заболевание воспаляет и раздражает пищеварительный тракт. Обычно он поражает тонкую кишку или начало толстой кишки (толстую кишку), но может поражать любую часть пищеварительной системы, от рта до заднего прохода.

Гастрит— заболевание, в основе которого лежит воспаление слизистой оболочки желудка. Различают 2 основных вида гастрита: острый, хронический.

Желудочно–кишечное кровотечение потенциально жизнеугрожающее состояние, источником которого может быть любой участок слизистой оболочки верхних (от пищевода до связки Трейца) или нижних (дистальнее связки Трейца) отделов ЖКТ. Может быть профузным или скрытым.

Желчнокаменная болезнь— заболевание, субстратом которой являются камни в желчном пузыре или желчных протоках.

Синдром раздраженного кишечника — широко распространенное заболевание, характеризующееся нарушением функции кишечника, проявляющееся болями в животе и/или нарушениями дефекации.

Острый гастрит— острое воспалительное поражение слизистой оболочки желудка. По характеру воспаления различают: катаральный, фибринозный, флегмонозный, некротический (коррозивный).

Перистальтика— волнообразное сокращение стенок ЖКТ, способствующее передвижению его содержимого к дистальному отделу в результате координированных сокращений продольных и поперечных мышц.

Пищеварение— совокупность процессов, обеспечивающих гидролиз основных компонентов пищи в ЖКТ до мономеров, их последующее всасывание и перенос во внутреннюю среду организма.

Пищеварительная система — это совокупность органов пищеварения и связанных с ними пищеварительных желез. Система органов пищеварения представлена пищеварительным каналом и рядом желез, расположенных за его пределами (печень, поджелудочная железа и крупные слюнные железы).

Рак желудка— частое онкологическое заболевание, в этиологии которого ведущее значение придают факторам питания. В развитии данной опухоли имеют значение: генетическая предрасположенность, нитрозосоединения, курение, рефлюкс кишечного содержимого и др.

Хронический гастрит — длительное, хронически протекающее воспалительно–дистрофическое заболевание слизистой оболочки желудка. Многие люди страдают хроническим гастритом на протяжении практически всей

жизни. На фоне хронического воспаления происходит гибель желез желудка, производящих желудочный сок. В этом случае говорят об атрофическом гастрите.

Хронический панкреатит – хроническое воспалительно–дистрофическое заболевание поджелудочной, вызывающее при прогрессировании патологического процесса нарушение проходимости ее протоков, склероз паренхимы и значительное нарушение экзо– и эндогенной функций.

Хроническая язва желудка – обычно язвы располагаются на малой кривизне. Имеют вид глубокого круглого или овального дефекта диаметром от 2 до 4 см, проникающего за пределы мышечной пластинки слизистой оболочки.

Эозинофильный эзофагит – воспаление слизистой оболочки пищевода, характеризующееся ее инфильтрацией большим количеством эозинофилов.

Эндоскопическое ультразвуковое исследование– процедура, которая сочетает в себе эндоцопию и ультразвук и позволяет врачу получать изображения и информацию о пищеварительном тракте и окружающих тканях и органах.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующиеся развитием язвенных поражений на слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки. Для заболевания характерны чередования периодов обострения и ремиссии.

Язвенный колит–является одним из двух основных типов воспалительных заболеваний кишечника. Язвенный колит– это длительное заболевание, которое воспаляет и раздражает толстую кишку (толстую кишку), вызывая язвы (язвы) на внутренней оболочке.

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

АПО	Амбулаторно– поликлинические организации
БК	Болезнь Крона
БОП	Болезни органов пищеварения
ВВП	Валовый внутренний продукт
ВЗК	Воспалительные заболевания кишечника
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВОП	Врач общей практики
ВКО	Восточно– Казахстанская область
ГОБМП	Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи
ГП	Городская поликлиника
ГЭРБ	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
ЕНСЗ	Единая национальная система здравоохранения
ЖКТ	Желудочно– кишечный тракт
ЗКО	Западно– Казахстанская область
ЗОЖ	Здоровый образ жизни
ДС	Дневной стационар
МЗ РК	Министерство здравоохранения Республики Казахстан
МКБ– 10	Международная классификация болезней 10– го пересмотра
МО	Медицинская организация
НИЗ	Неинфекционные заболевания
ОМС	Обязательное медицинское страхование
ОЭСР	Организации экономического сотрудничества и развития
ПМСП	Первичная медико– санитарная помощь
ПХВ	Право хозяйственного ведения
РК	Республика Казахстан
РПН	Регистр прикреплённого населения
СКО	Северо– Казахстанская область
СНП	Сельский населенный пункт
ФОМС	Фонд обязательного медицинского страхования
ЭРХПГ	Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
ЯК	Язвенный колит
COVID– 19	Коронавирусная инфекция 2019 года

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Здоровье населения рассматривается как одно из главных условий успешной реализации стратегии социально-экономического развития Республики Казахстан (РК). Важнейшей целью нашего государства в области охраны здоровья населения является снижение уровня заболеваний, распространение которых несет главную угрозу здоровью граждан и национальной безопасности. При этом только совершенствование системы здравоохранения, его модернизация в постоянно изменяющихся социально-экономических условиях может обеспечить достижение этой цели.

Состояние общественного здоровья считается одним из важнейших факторов национальной безопасности. Именно человеческий потенциал с высоким уровнем его физического и психического здоровья может стать источником экономического развития и политической стабильности страны. Одно из основных направлений деятельности государственного аппарата – система здравоохранения, главной задачей которой является обеспечение доступности, своевременности и качества оказания медицинской помощи населению [1–3].

Социально-значимой стратегией государства является увеличение средней продолжительности жизни населения и поддержание на должном уровне такого важного показателя благополучия граждан РК, как «Здоровье» [4–6].

Среди наиболее значимых характеристик здоровья населения ведущее место принадлежит заболеваемости, в структуре которой в настоящее время в экономически развитых странах преобладают хронически протекающие неинфекционные заболевания [7, 8].

Болезни органов пищеварения (БОП) являются в настоящее время не только медицинской, но и важной социально-экономической проблемой в связи с их большой распространенностью и частыми осложнениями, сопровождающимися длительной временной и стойкой нетрудоспособностью [9, 10].

БОП остаются актуальной проблемой клинической медицины, привлекают к себе внимание, как практикующих врачей, так и организаторов здравоохранения. Во всем мире ежегодно увеличивается количество людей, страдающих заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и гепатобилиарной системы.

По прогнозам экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), к середине XXI века заболевания органов пищеварения будут занимать одно из ведущих мест, что обусловлено образом жизни современного человека (стрессы, нерациональное питание, гиподинамия, вредные привычки), загрязнением окружающей среды, увеличением в рационе питания доли некачественных и генно-модифицированных продуктов питания [11, 12].

В период возвращения системы здравоохранения к плановому оказанию медицинской помощи, в том числе гастроэнтерологическим и гепатологическим

пациентам, акцент должен быть сделан на усилении мер по диспансеризации населения, перенесшего коронавирусную инфекцию COVID– 19 [13, 14].

В условиях пандемии инфекции COVID– 19 и связанных с ней ограничений, а также уменьшения числа гастроэнтерологических коек и числа врачей– гастроэнтерологов, оказывающих медицинскую помощь больным с заболеваниями органов пищеварения, большое значение имеет совершенствование амбулаторно– поликлинической службы оказания квалифицированной и специализированной помощи пациентам с гастроэнтерологическими заболеваниями. Важную роль в этом процессе приобретает дистанционное консультирование больных с заболеваниями органов пищеварения [15].

Вместе с этим, ВОЗ рекомендует национальным системам здравоохранения уделять больше внимания профилактическому блоку, так как с точки зрения эффективности мер по улучшению здоровья населения, превентивные мероприятия занимают лидирующую позицию ввиду того, что превентивные меры являются менее затратными [16].

Согласно статистическому сборнику Министерства здравоохранения Республики Казахстан (МЗ РК) «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2020 году», болезни органов пищеварения занимают третье место по данным общей заболеваемости (7835,5 на 100000 человек), уступая лишь болезням органов дыхания (27796,8 на 100000 человек) и болезням системы кровообращения (17799,7 на 100000 человек) [17].

Для повышения качества жизни (КЖ), необходимым условием является создание современной комплексной многоуровневой системы [18] профилактики патологии органов пищеварения, включающей формирование приверженности населения к сохранению здоровья и предупреждения их рецидивов и осложнений.

Основными приоритетами охраны здоровья страны, отраженными в Кодексе Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (2020г.), а также в Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020– 2025 годы (2019г.), утвержденной Правительством Республики Казахстан, являются профилактика и борьба с хроническими неинфекционными заболеваниями [19, 20].

Высокая распространенность данной патологии, склонность к хроническому рецидивирующему течению и, как следствие, ухудшению КЖ пациентов, определяет их социальную значимость в структуре системы здравоохранения.

С целью обеспечения качественного и доступного здравоохранения для каждого гражданина РК, Постановлением Правительства РК утвержден Национальный проект «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая нация», ратифицирован ожидаемый социально– экономический эффект как увеличение ожидаемой продолжительности жизни граждан с 71,37 лет в 2020 году до 75 лет в 2025 году и повышение уровня

удовлетворенности населения качеством медицинских услуг с 53,3 % в 2020 году до 80 % в 2025 году [21].

В связи с вышеизложенным, а также учитывая медицинскую, социальную и экономическую значимость болезней органов пищеварения, возникает необходимость в разработке четкой программы лечебно– профилактических и организационно– методических мероприятий, направленных на существенное снижение заболеваемости через успешное функционирование любой медицинской службы, включая первичную медико– санитарную помощь (ПМСП).

При этом принятие адекватных управлеченческих решений, возможно только на основе получения соответствующей информации о качестве оказываемой медицинской помощи в современных социально– экономических и эпидемиологических условиях обусловили актуальность настоящего исследования и определили его цель.

Цель исследования: Разработать научно– методические подходы по профилактике заболеваний органов пищеварения на уровне первичной медико– санитарной помощи Жамбылской области.

Задачи исследования:

1. Провести эпидемиологический анализ заболеваемости, смертности от болезней органов пищеварения в Республике Казахстан и Жамбылской области, в том числе в разрезе нозологии;

2. Оценить поведенческие факторы по потреблению соли, алкоголя и табака у жителей Жамбылской области с использованием опросника STEPS Всемирной организации здравоохранения (n=1201), (n=391);

3. Оценить уровень вовлеченности медицинских сестер в вопросах профилактики факторов риска болезни органов пищеварения;

4. Разработать комплекс методических материалов по профилактике БОП для специалистов первичной медико– санитарной помощи.

Объект исследования: Медицинские организации ПМСП Жамбылской области: Городская поликлиника № 5 города Тараз, Городская поликлиника № 7 города Тараз, КГП на ПХВ «Центральная районная больница Таласского района» г.Каратау, КГП на ПХВ «Центральная районная больница Байзакского района» с.Сарыкемер.

Объем исследования (выборка): Рандомизированная репрезентативная выборка взрослого населения от 18 до 69 лет, n=1201, n=391 респондента Жамбылской области.

Предмет исследования: население ПМСП Жамбылской области.

Научная новизна:

1. Проведен детальный эпидемиологический анализ болезней органов пищеварения в разрезе городского и сельского населения по РК и Жамбылской области, а также по нозологиям класса болезней по Жамбылской области среди возрастных групп;

2. Впервые в Казахстане представлены результаты изучения факторов риска неинфекционных заболеваний (НИЗ),эпидемиологические исследования и

влияния социальных и поведенческих факторов на здоровье населения Жамбылской области;

3. Впервые в Казахстане получены результаты внедрения разработанного нами авторского опросника: «Анкета по выявлению факторов риска развития неинфекционных заболеваний», позволившие определить значимые факторы риска в развитии болезней органов пищеварения;

4. Разработаны и утверждены методические рекомендации «Методические подходы к профилактике неинфекционных заболеваний на уровне первичной медико–санитарной помощи», в которых обозначена ответственность сотрудников медицинских организаций на уровне ПМСП.

5. Эффективная маршрутизация пациентов и правильно организованная система позволяет оптимизировать использование ресурсов, сократить время ожидания, улучшить качество медицинской помощи и, в конечном итоге, повысить удовлетворенность пациентов.

Основные положения, выносимые на защиту:

1 На фоне увеличения первичной заболеваемости БОП в республике, отмечается рост первичной заболеваемости болезней органов пищеварения в Жамбылской области. При общем увеличении смертности населения от болезней органов пищеварения в РК, отмечено повышение изучаемого показателя в Жамбылской области. Одновременно установлено повышение показателя смертности как городского, так и сельского населения в 2020 году.

2 Отмечено чрезмерное употребление соли населением Жамбылской области, которое в свою очередь приводит к развитию заболеваниям БОП.

3 Отмечается низкий уровень осведомленности о поведенческих факторах риска развития БОП среди респондентов и по их мнению только 16,9% медицинских работников ПМСП занимается разъяснительной работой в части профилактики риска развития НИЗ, в том числе БОП.

4 Маршрутизация пациентов на уровне первичного звена позволит минимизировать действия для получения информации о факторах риска развития БОП.

Теоретическая значимость работы заключается в том, что выявленные наиболее распространенные нозологии, оценка тенденции заболеваемости и смертности, определение группы риска по возрасту, полу является фундаментом для разработки целенаправленных профилактических мероприятий. Для научного обоснования и разработки маршрутизации пациента по оценке факторов риска БОП, использован современный набор методических инструментов. Схема маршрутизации, как системный подход охватывает этапы выявления групп риска до индивидуальной коррекции образа жизни и профилактики заболеваний. Эпидемиологический анализ заболеваемости направлена на определение масштабов проблемы БОП в регионе и стране. Анализ позволил выявить наиболее распространенные нозологии, оценить тенденции заболеваемости и смертности, определить группы риска по возрасту, полу и другим демографическим показателям. Это является фундаментом для разработки целенаправленных профилактических мероприятий.

Практическая значимость работы заключается в том, что эпидемиологический анализ БОП в регионе и сравнительный анализ со среднереспубликанскими показателями и выявленные ключевые поведенческие факторы риска, определяют четкое представление о масштабах проблемы и ее специфических особенностях, сигнализирует о необходимости разработки и внедрения целенаправленных профилактических программ. Необходимо обучать медицинских сестер первичного звена методам консультирования по вопросам питания и ЗОЖ, повысит их осведомленность о специфических рисках характерных для Жамбылской области. Разработанная схема маршрутизации пациентов представляет собой комплексный и системный инструмент, который позволит более эффективно выявлять группы риска и осуществлять индивидуальную коррекцию образа жизни, где акцент делается на предотвращении болезней и поддержании здоровья.

Личный вклад автора

Представленная работа является авторским трудом, где ею самостоятельно проведен обзор современной литературы по теме диссертации, спланированы и проведены все этапы исследования.

В результате работы автором разработан дополнительный опросник на русском и казахском языках: авторское свидетельство № 23409 от 08.02.22г «Жүқпалы емес аурулар дамуындағы қауіп – қатер факторларын анықтау бойынша сауалнама», «Анкета по выявлению факторов риска развития неинфекционных заболеваний» (Приложение А).

Автором произведен самостоятельный выезд в Жамбылскую область в составе временного научного коллектива КМУ «Высшая школа общественного здравоохранения» (ВНК ВШОЗ) для изучения факторов риска неинфекционных заболеваний, а именно болезней органов пищеварения, путем проведения мониторинга в рамках научно-технической программы «Национальная программа внедрения персонализированной и превентивной медицины в Республике Казахстан» МЗ РК и социологического опроса в рамках нами разработанного опросника среди населения Жамбылской области (Приложение Д).

Разработаны и утверждены методические рекомендации «Методические подходы к профилактике неинфекционных заболеваний на уровне первичной медико–санитарной помощи» в рамках НТП «Национальная программа внедрения персонализированной и превентивной медицины в Республике Казахстан» (Методические рекомендации были обсуждены и одобрены на заседании Ученого Совета КМУ ВШОЗ, протокол заседания № 2 от «16» апреля 2024 года) (Приложение Е).

Данные методические рекомендации внедрены в работу следующих медицинских организациях ПМСП города Алматы и Жамбылской области: КГП на ПХВ «Городская поликлиника № 29», город Алматы; ГКП на ПХВ «Городская поликлиника № 7», город Тараз; ГКП на ПХВ «Городская поликлиника № 5», город Тараз, КГП на ПХВ «Центральная районная больница Талассского района»

г.Каратау; КГП на ПХВ «Центральная районная больница Байзакского района» с.Сарыкемер (Приложение Б).

Разработана образовательная программа семинар– тренинга: авторское свидетельство № 28879 от 19.09.22г «Независимая сестринская практика в амбулаторных условиях», 18 академических часов, где обозначена роль медицинских сестер расширенной практики при приеме пациентов с НИЗ, а именно болезней органов пищеварения. (Обсуждены и одобрены учебным методическим центром, протокол заседания № 6 от «30» июня 2022 года) (Приложение Г).

Апробация диссертации

Основные положения диссертации обсуждались на научно– практических конференциях и собраниях кафедры общественного здравоохранения и социальных наук Казахстанского Медицинского Университета «ВШОЗ».

Результаты и выводы диссертационного исследования были доложены и представлены на следующих платформах:

Международная научно– практическая конференция молодых ученых (12 апреля 2022г, Алматы, Казахстан);

Международный научный форум «Наука и Инновации– Современные концепции» (20 мая 2022 г, Москва, Россия);

Прямой эфир «ТРК Евразия» программа «Қайырлы тан, Қазақстан» в виде интервью на казахском языке на тему «Актуальные вопросы, профилактика и факторы риска болезней органов пищеварения» (19 июля 2022г, Алматы, Казахстан);

Прямой эфир «ТРК Шалхар радиосы» в виде интервью на казахском языке на тему «Болезни органов пищеварения, факторы риска развития, диагностика, лечение и профилактика» (22 февраля 2023г, Алматы, Казахстан);

Международная научно– практическая конференция «Foundations and Trends in Modern Learning» (27– 28 апреля, 2023г Берлин, Германия);

Международная научно– практическая конференция Proceedings of the 4th International Scientific Conference «Research Reviews» (16– 17 ноября, 2023г, Прага, Чехия);

Международный Конгресс «VIII Центрально– Азиатская гастроэнтерологическая неделя– 2023» в секции молодых ученых, 3 место (06 октября 2023г, Алматы, Казахстан);

II Международная научно– практическая конференция молодых ученых «Наука и молодежь: конференция по качеству медицинской помощи и медицинской грамотности» (12 апреля 2024г, Алматы, Казахстан).

Публикации по теме диссертации

По теме диссертационной работы опубликованы 8 печатных работ, из них: Научные публикации в журнале, индексируемого базой данных Scopus:

1. International Journal of Environmental Research and Public Health (Q1) ID No. 4914337, 2023 Jan 13;20 (2):1509, pages: 1– 1DOI:10.3390/ijerph20021509 PMID: 36674264; PMCID: PMC9865649. Prevalence of smoking various tobacco types in Kazakhstani adult population in 2021: a cross– sectional study.

В журналах, рекомендованных комитетом по обеспечению качества в сфере образования и науки Республики Казахстан (3 статьи).

Опубликованы 4 тезиса в материалах международных научно-практических конференций на английском языке;

Авторских свидетельств – 2 (1 – № 23409 от 08.02.22г.; 2 – № 28879 от 19.09.22г.);

Акты внедрения – 5 (КГП на ПХВ «Городская поликлиника № 29» г. Алматы, ГКП на ПХВ «Городская поликлиника № 7», город Тараз, ГКП на ПХВ «Городская поликлиника № 7», город Тараз, КГП на ПХВ «Центральная районная больница Таласского района» г.Каратай, КГП на ПХВ «Центральная районная больница Байзакского района» с.Сарыкемер).

Объем и структура диссертации: диссертация изложена на 134 страницах без учета приложений, состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов, результатов собственных исследований, заключения, выводы, практические рекомендации, списка использованных источников, включающего 165 отечественных и зарубежных авторов, содержит 28 таблиц, 25 рисунков и 6 приложений.

1 ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ: МЕЖДУНАРОДНЫЙ И ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ ОПЫТ

Здоровье населения является одним из важнейших элементов социально–экономической политики государства, тесно связанной практически со всеми другими ее составляющими: промышленной, аграрной, социологической, демографической, экологической, образовательной и жилищной. В связи с этим при обобщении основных элементов управления здравоохранения нами был исследован международный и отечественный опыт оказания медицинской помощи пациентам с рисками развития болезней органов пищеварения с целью оптимизации научно– методических подходов по изучению факторов риска развития заболеваний органов пищеварения на уровне ПМСП.

Несмотря на единство основных задач, стоящих перед органами управления здравоохранением в разных странах, в том числе в РК, направленных на оказание медицинской помощи в современных социально– экономических и эпидемиологических условиях органы здравоохранения ведут поиск новых подходов к улучшению здоровья населения, конкретных стратегий в значительной степени обусловлен национальными условиями, среди которых доминируют ситуация со здоровьем населения, финансовые возможности государства и активность общества и степень развития рыночных отношений.

1.1 Эпидемиология болезней органов пищеварения в отдельных странах мира

Болезни органов пищеварения являются проблемой отечественного и мирового здравоохранения на протяжении длительного времени. Актуальность проблемы неинфекционных заболеваний органов пищеварения определяется их широкой распространностью и весомой социальной и экономической значимостью.

В последние годы во всем мире приобретают все больший удельный вес болезни органов пищеварения, а также воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), как хронические рецидивирующие заболевания ЖКТ неясной этиологии к которым относят болезнь Крона (БК) и язвенный колит (ЯК) [22].

Ранее результаты эпидемиологических исследований указывали, что БОП в странах Западной Европы в два раза выше, чем в странах Восточной Европы. Однако, по данным недавних исследований, заболеваемость в новых индустриальных популяциях Азии, Среднего Востока и Южной Америки достаточно высока и сравнима с показателями в западных странах. Примером противоречивых сведений могут служить публикации в 2019 году Kaplan G.G. в соавт., и Benchimol E.I. в соавт., о распространенности БОП в Канаде: в одних публикациях указаны данные о стабильных или снижающихся показателях заболеваемости и распространенности, а в других отмечается рост числа заболевших БОП [23, 24].

В США и странах Западной Европы отмечаются более высокие темпы заболеваемости БОП, чем в других странах мира. Согласно последним данным, распространенность ЯК в Северной Америке составляет 238 случаев на 100 тыс. населения, БК – 201 на 100 тыс., распространенность ЯК в Европе 505 на 100 тыс., БК – 322 на 100 тыс.; заболеваемость ЯК в Северной Америке 37 на 100 тыс. населения в год, БК – 26 на 100 тыс., заболеваемость ЯК в Европе – 24,3 на 100 тыс., БК – 12,7 на 100 тыс. В странах Азии и Латинской Америки наблюдается повышение роста новых случаев ВЗК, что может быть объяснимо урбанизацией культур и наций в этих регионах [25, 26].

Заболеваемость органов пищеварения наиболее широко распространена в урбанизированных странах, в том числе Европы и Северной Америки. В этих регионах частота возникновения неспецифического язвенного колита (первичная заболеваемость) колеблется от 4 до 20 случаев на 100 тыс. населения, составляя в среднем 8–10 случаев на 100 тыс. жителей в год. Распространенность ЯК (численность больных) составляет 40–117 больных на 100 тыс. населения. Наибольшее количество случаев приходится на возраст 20–40 лет и второй пик заболеваемости отмечается в старшей возрастной группе – после 55 лет [27–29].

Ежегодная заболеваемость ЯК является самой высокой в Европе (24,3 случая на 100 тыс. населения) и имеет самую высокую распространенность как язвенного колита, так и болезни Крона: до 505 больных ЯК на 100 тыс. населения (Норвегия) и до 322 случаев БК (Германия). В странах с исходно низкой распространностью ВЗК (Азия, Африка) также отмечается рост заболеваемости. Ежегодно в США регистрируется 70 тыс. новых случаев ВЗК, причем из них 50% приходится на ЯК и 50% – на БК. Обе формы ВЗК повышают риск развития рака толстой кишки и значительно увеличивают общую заболеваемость и смертность [30].

Азиатскими учеными Ng S.C. в соавт., (2018г.) и Hilmi I. в соавт., (2015г.) было отмечено увеличение числа больных с БОП в Гонконге до 3,1 на 100 тыс. населения и в Малайзии, с 0,1 до 0,68 случая на 100 тыс. населения [30, 31].

В последние десятилетия в Российской Федерации, как и во всем мире, был зафиксирован неуклонный рост БОП. По опубликованным данным, заболеваемость ВЗК в России может составлять 4,1 на 100 тыс. населения для ЯК и 0,8 на 100 тыс. – для БК. Ежегодный прирост заболеваемости составляет 5–20 случаев на 100 тыс. населения, и этот показатель продолжает увеличиваться (приблизительно в 6 раз за последние 40 лет). По данным структуры госпитализированных пациентов, прирост ЯК с 2012 по 2015 г. составил 31,7%, а БК – 20,4% [32, 33].

По данным И.В. Никулиной в соавт., частота случаев БОП среди мужчин и женщин была одинакова. Авторы исследования выявили закономерность начала заболевания при ЯК по возрасту: были отмечены 2 пика заболеваемости – в возрастных группах 30–39 и 50–59 лет. Также было показано, что ЯК и БК встречаются в 3 раза чаще среди городского населения Московской области по сравнению с сельскими жителями [34]. По результатам отдельных эпидемиологических исследований, распространенность ВЗК в России

составляет 19,3–29,8 случая на 100 тыс. населения для ЯК и 3,0–4,5 на 100 тыс.–для БК [35, 36].

Рабочая группа по изучению БОП провела широкомасштабное эпидемиологическое исследование ESCAPE в России. По сведениям региональных регистров, распространенность ВЗК гораздо выше, чем представленная по России: в Московской области она составляет 58 случаев на 100 тыс. населения, в Республике Татарстан–40 на 100 тыс., в Новосибирской области–49 на 100 тыс., а в регионах, где нет единого регистра по ВЗК, –5–12 на 100 тыс. населения [37]. Характерными особенностями эпидемиологии ВЗК в России являются поздняя диагностика и преобладание тяжелых осложненных форм с высокой летальностью (в 3 раза выше, чем в большинстве стран) [38].

Поздняя несвоевременная диагностика БОП приводит к увеличению количества тяжелых форм заболевания, их осложнений и частоты оперативных вмешательств, выходу на инвалидность больных молодого трудоспособного возраста. Лечение БОП требует значительных затрат и оказывает серьезное влияние на региональные и федеральный бюджеты [39–41]. Как отмечают авторы Н.А. Касимовская и М.С. Микерова, алгоритмизация дает возможность структурировать и стандартизировать лечебно–диагностический процесс по основным периодам, стадиям и элементам с учетом основных целей госпитализации больных в стационар [42].

Так, группой ученых, в глобальном исследовании оценена частота госпитализаций пациентов за 37 летний период–с 1990 по 2016 г. в 34 странах, принадлежащих к Организации экономического сотрудничества и развития (OECD), и отмечено, что страны с высокой частотой госпитализации по поводу БОП преобладают в Европе, причем большинство из них со временем сообщало о снижении частоты госпитализаций [43].

Снижение среднего количества ежегодных госпитализаций было объяснено усовершенствованием лечения с помощью более эффективных препаратов [44], лучшим пониманием патогенеза заболевания и хорошей диагностикой, а также информированностью о БОП. И, наоборот, в недавно урбанизированных странах была выявлена более низкая частота госпитализаций по поводу ВЗК; со временем отмечался рост этого показателя.

Теоретические исследования в области изучения смертности и продолжительности жизни основывают свои выводы на определении основных тенденций, причин смертности в тех или иных странах, в те или иные периоды. Именно обусловленности смертей различными факторами являются индикатором социального благополучия в стране и регионе, влияют на ожидаемую продолжительность жизни [45].

В настоящее время прогноз БОП в большинстве случаев отмечено как благоприятный. В недалеком прошлом смертность от ЯК составляла 55% за 15 лет, сегодня за счет активного современного лечения (как медикаментозного, так и хирургического) этот показатель лишь немногого превышает смертность в общей популяции.

БОП входят в перечень предотвратимых причин смертности в трудоспособном возрасте [46], в связи с чем клиническая и социальная значимость гастроэнтерологических заболеваний весьма велика. Согласно данным Росстата [47] смертность от болезней органов пищеварения в Российской Федерации в последнее десятилетие стабильна и варьирует от 65,4 до 67,2 на 100 000 населения. Стабильна и заболеваемость БОП в РФ — 4841 в 2010 году и 4986 в 2017 году.

В структуре общей заболеваемости населения БОП удерживают стабильное 5–6 – е место (7,1–7,7 %). Число смертей от хронических болезней органов пищеварения в 2017 г. в РФ составляло 69 274 случаев и занимало пятое место среди всех причин смерти.

При этом в возрастной группе старше 60 лет прогноз менее благоприятен. У 1/2–2/3 больных течение БК при развитии фиброзных структур патологического процесса чаще доброкачественное, а при формировании абсцессов и свищей наблюдается тенденция к большей агрессивности, что приводит к необходимости хирургического лечения, при этом частота повторных операций достигает 50%. Около 6% пациентов с БК умирают непосредственно от осложнений данной болезни [48].

A. Sonnenberg и J. Walker провели анализ смертей 3110 больных ВЗК. Умершие были сгруппированы по полу, этнической принадлежности, характеру заболевания, роду занятий. Были установлены корреляции между профессиональной деятельностью и смертностью от БК и ЯК, что подтверждает предположение влияния факторов окружающей среды на течение обоих заболеваний [49].

В Шотландии был проведен анализ смертности больных БК на примере 1595 пациентов с БК с использованием стандартизированного коэффициента смертности (SMR) через 3 года с момента госпитализации. Изучалась связь между смертностью, возрастом, полом, сопутствующими заболеваниями. SMR составил 3,31 (95% ДИ 2,80—3,89) [48]. Он был повышен у всех больных, кроме пациентов моложе 30 лет, самый высокий SMR был у возрастной группы 50—64 лет — 4,84 (95% ДИ 3,44—6,63).

Смертность от фульминантных форм ВЗК, которая преобладала в 1950—1970 гг., значительно снизилась. С одной стороны, это связано с общей тенденцией к уменьшению частоты фульминантных форм, с другой — с улучшением методов лечения [50]. В Нидерландах в 2010 г. опубликованы результаты изучения смертности от ВЗК, диагностированных в период с 1 января 1991 г. по 1 января 2003 г. включительно. Анализ смертности учитывал пол, возраст, тип течения заболевания, курение на момент постановки диагноза, а также длительность лечения. Полученные данные свидетельствуют, что риск смертности от ВЗК увеличивался у больных с осложненным течением заболевания, а также был ассоциирован с молодым и пожилым возрастом [51].

Гастроэнтерологические заболевания являются наиболее распространенной патологией и представляют одну из наиболее значимых медицинских и социально-экономических проблем. Высокие экономические

потери обусловлены частой временной нетрудоспособностью граждан, затратами на лечение пациентов с тяжелыми формами заболевания и осложнениями [52, 53].

В странах Запада, Северной Америки, Европы и Океании отмечается стабилизация заболеваемости, однако растет распространенность БОП. Затраты на госпитализации и оперативное лечение в странах Запада остаются значимой долей прямых затрат органов здравоохранения на ВЗК, при этом частота госпитализаций и операций в этих регионах снижается. В настоящее время большая доля расходов распределяется на лекарственные препараты, особенно растет применение биологических препаратов [54, 55].

Современное лечение ВЗК способствует лучшим результатам, так как биологическая терапия является эффективной [56, 57]. Тем не менее с учетом высокой стоимости биологических препаратов необходимо предвидеть будущее бремя ВЗК для того, чтобы подготовить систему здравоохранения к растущему числу пациентов и увеличению связанных с этим затрат [58, 59].

Следует отметить, что расходы на лечение больных ВЗК включают прямые (стоимость препаратов, госпитализаций и хирургических вмешательств) и непрямые (потеря продуктивности, преждевременный уход на пенсию или ранняя смерть) затраты, а также личные расходы пациентов на лечение [60, 61].

В недавнем исследовании финансового бремени гастроэнтерологических заболеваний в США было подтверждено, что, исходя из ежегодных расходов национальной системы здравоохранения США, ВЗК занимают 5–е место среди самых дорогих заболеваний желудочно–кишечного тракта, при этом в 2015 г. ежегодные расходы составили 7,2 млрд долларов США [62].

В основе развития неинфекционных заболеваний лежат факторы риска – потенциально опасные для здоровья факторы поведенческого, генетического, экологического, социального характера, повышающие вероятность развития заболеваний, их прогрессирование и неблагоприятный исход [63, 64].

Факторы окружающей среды, связанные с вестернизацией, оказали огромное влияние на заболеваемость БОП. Самая высокая заболеваемость ЯК и БК зафиксирована в промышленно развитых странах с развитой инфраструктурой и хорошо организованной сферой услуг. В развивающихся странах или странах с преимущественно сельскохозяйственной экономикой распространенность ВЗК ниже [65, 66].

Кроме того, замечено, что во всем мире в небольших семьях с высоким уровнем жизни заболеваемость ВЗК (особенно БК) выше, чем в многодетных семьях с низким материальным благосостоянием [67]. Лица физического труда страдают ВЗК реже, чем лица с малоподвижным образом жизни и сидячей работой [68].

В мультинациональном популяционном проспективном азиатско–тихоокеанском эпидемиологическом исследовании ACCESS были собраны данные Китая, Гонконга, Индонезии, Шри–Ланки, Малайзии, Сингапура, Тайланда, Макау и Австралии и др. Авторы проводили сравнительный анализ пациентов с ВЗК с контрольной группой для определения роли возможных

факторов окружающей среды в развитии ВЗК в больших азиатских популяциях (84%) [69].

Отмечено, что отсутствует взаимосвязь между текущими курильщиками и БК в Азии, хотя известно, что курение является фактором риска развития БК у европейской популяции, так и в РК. В многочисленных эпидемиологических исследованиях показано, что язвенный колит чаще встречается у некурящих. В анамнезе пациентов с ЯК чаще, чем в общей популяции, наблюдаются случаи детских инфекционных заболеваний [70, 71].

Таким образом, учитывая разнообразие эпидемиология болезней органов пищеварения в отдельных странах мира, в рамках управлеченческой подсистемы надзора назрела потребность новых мер профилактики и контроля инфекционных, а также и связанных с ними неинфекционных заболеваний.

1.2 Анализ болезней органов пищеварения в Республике Казахстан

В Казахстане, как и во многих развитых странах, здравоохранение является одной из приоритетных отраслей, которой государство уделяет особое внимание. Это обусловлено тем, что система здравоохранения входит в число базовых отраслей, формирующих положительный человеческий капитал, являющийся двигателем социально–экономического и научно–технического прогресса [72].

Вместе с тем, Республика Казахстан по важнейшим показателям здоровья населения продолжает уступать многим странам. Возможность существенного улучшения здоровья населения РК путем проведения преобразований в сфере здравоохранения и ранее исследовалась отечественными учеными [73– 77]. Однако современные экономические условия и изменившаяся законодательная база требуют дополнительных научных разработок.

Хронические неинфекционные заболевания в настоящее время представляют важнейшую проблему медицины в связи с высокой заболеваемостью, инвалидностью и смертностью среди наиболее трудоспособной части населения. Повышение качества и эффективности медицинской помощи при более интенсивном использовании ресурсов медицинских учреждений является одной из важнейших задач при решении этой проблемы [78– 80].

В Плане действий по профилактике и борьбе с неинфекциоными заболеваниями в Европейском регионе ВОЗ выделены три ключевых стратегических подхода к борьбе с неинфекциоными заболеваниями: развитие популяционных программ укрепления здоровья и профилактики болезней; активное вовлечение групп и индивидуумов, подверженных высокому риску; максимальный охват населения услугами эффективного лечения и ухода [81].

Из огромного числа наиболее распространенных хронических заболеваний среди взрослого населения как в развитых странах, так и в РК являются заболевания органов пищеварения. Важность рассматриваемой проблемы определяется тем, что количество болезней системы органов пищеварения не снижается, а такие болезни, как хронический холецистит, хронический

панкреатит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, отличаются дальнейшим ростом, несмотря на появление новых концепций в этиологии, патогенезе многих заболеваний органов пищеварения и современных подходов к их профилактике и лечению, что делает эту проблему социально значимой и весьма актуальной [82– 85].

По данным отечественного исследователя Каусовой Г.К. в соавт. отмечено, что в РК, эпидемиологическая картина по классу и видам болезней органов пищеварения остается неутешительной: был зафиксирован рост уровней общей и первичной заболеваемости болезней органов пищеварения, за последние годы выявлен рост заболеваемости у подростков, что требует разработки мероприятий по их профилактике [86].

В журнале «Терапевтический архив» были представлены эпидемиологические показатели впервые выявленной заболеваемости и ее распространенности по XI классу по регионам Казахстана с выявлением относительного риска в сопоставлении со среднереспубликанским уровнем. Так, значимое превышение среднереспубликанского показателя заболеваемости отмечено в Западно-Казахстанской, Кызылординской (КЗО) и Мангистауской областях. В КЗО выявлены лидирование новообразований органов пищеварительной системы в структуре онкозаболеваемости и превышение республиканского показателя, что отчасти связано с наличием в окружающей среде поллютантов [87].

Для сравнительного ретроспективного изучения неинфекционной заболеваемости крупного промышленного центра Казахстана г. Алматы и всего городского населения страны были статистически обработаны и изучены материалы по официальным данным государственной статистической отчетности. Так, городу Алматы присвоен третий ранг по болезням системы пищеварения, уровень которых также превышает общереспубликанский в 1,3 раз и составляет соответственно $4879,87 \pm 1037,86$ и $3723,50 \pm 159,65$ на 100 тыс. населения [88].

Т.П. Ударцева и М.Б. Кусаинов отметили, что заболеваемость органов пищеварения в 2019 году по сравнению с 2014 годом увеличилась в Целиноградском районе Акмолинской области, а также в Акмолинской области в целом. При этом в 2020 году у жителей Целиноградского района чаще всего регистрировались холецистит, гастрит и дуоденит, а также болезни поджелудочной железы [89].

Также отмечено, что первичная заболеваемость органов пищеварения в РК имела тенденцию к незначительному снижению. Более выраженное снижение отмечалось в Аральском и Казалинском районах (23– 42%), в остальных районах области эта группа заболеваний постепенно возрастала (в 1,1– 1,2 раза) [90].

В Атырауской области в 2020 г. произошел рост заболеваемости с впервые установленным диагнозом среди городского населения по сравнению с 2019 г. по классам: болезни органов пищеварения, в том числе среди женщин, среди возрастных групп 18 лет и старше и 15– 17 лет. При этом структура причин смертности населения Атырауской области (на 100 тысяч населения) имеет

определенные различия: Республика Казахстан: первое ранговое место – болезни системы кровообращения (193,79), второе место – болезни органов дыхания (122,88), третье место – новообразования (80,7), четвертое место – болезни органов пищеварения (68,37) [91].

Проведенное индивидуальное прогнозирование по медико – социальным факторам риска в городе Астана показало, что наиболее значимыми для формирования заболеваемости органов пищеварения являются условия труда (46,4%), характер питания (42,9%), удовлетворенность материально – бытовыми условиями (39,7%), психологический климат в коллективе (29,8%), отношение к собственному здоровью (24,0%). На качество жизни больных оказывают влияние длительность заболевания (61,2%) и комплаенс пациента (49,4%) [92].

Несмотря на успехи в области клинической гастроэнтерологии частота осложненных форм течения заболеваний желудка, печени, желчного пузыря, кишечника продолжает расти. Недостаточная осведомленность о тонких механизмах формирования воспалительных, дегенеративных, аутоиммунных поражений системы органов пищеварения, механизмах действия, эффективности и безопасности применения современных лекарственных средств (современные европейские и национальные рекомендации) приводит к тому, что подход к лечению меняется. Немаловажным являются вопросы профилактики, диспансеризации на поликлиническом этапе.

Следовательно, необходимость существенного улучшения здоровья населения РК является одной из основных целей в стратегии «Казахстан – 2050», одним из ключевых посылов гласящий, что здоровье нации является одной из ключевых основ успешного будущего государства. И среди приоритетных направлений развития государства, в стратегии говорится о стратегическом направлении и важности обеспечения предоставления доступных и качественных медицинских услуг [93]. Принятие этого важного документа предусматривает необходимость разработки стратегий развития по отраслям экономики до 2050 года, в том числе по развитию системы здравоохранения — отрасли, которой отводится ведущая роль в сохранении здоровья людей.

К важным характеристикам развития гастроэнтерологии в нашей стране относятся разработка организационной структуры гастроэнтерологической помощи и формирование принципов профилактики многих гастроэнтерологических заболеваний и диспансеризации больных.

Ретроспектива развития системы управления отечественным здравоохранением демонстрирует нам существенные трансформации и перемены в подходах. Так, начало этого столетия ознаменовалось разработкой и принятием трех важных комплексов программных реформ: Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005–2010 годы, Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011–2015 годы «Саламатты Қазақстан» и Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016–2020 годы [94– 96].

Запущенная в октябре 2021 года новое Постановление Правительства РК Национальная программа «Здоровая нация» на 2021– 2025 годы стало отражением стратегического видения нашей страны путем развития национального здравоохранения [20]. Первоочередной задачей научных и практических медицинских учреждений является раннее, активное выявление больных с хронической патологией, выявление и изучение медико– социальных и профессиональных факторов риска и проведение в них оптимизации лечебно–диагностического процесса, интенсификации использования коечного фонда, повышение роли амбулаторно– поликлинических учреждений в организации лечения и реабилитации больных.

Таким образом, в организационном плане важнейшей задачей является дальнейшее совершенствование системы гастроэнтерологической помощи в Республике Казахстан, поэтапного лечения больных гастроэнтерологического профиля. Особое внимание предстоит уделить изучению факторов повышенного риска возникновения заболеваний пищеварительной системы, разработке и широкому внедрению в практику системы диспансеризации больных с хроническими заболеваниями органов пищеварения, вопросам их профилактики, ранней диагностики и эффективного лечения.

1.3 Возрастные и гендерные особенности болезней органов пищеварения

Забота о здоровье населения, здоровом питании и профилактике распространения болезней органов пищеварения представляет одну из приоритетных задач здравоохранения. Медико– социальная значимость болезней органов пищеварения определяется их высокой распространенностью, а также ежегодным ростом заболеваемости и смертности среди различных возрастных групп и половой принадлежности. Это обусловлено во многом образом жизни современного человека (стрессы, нерациональное питание, гиподинамия, вредные привычки), загрязнением окружающей среды, увеличением в рационе питания доли некачественных продуктов питания.

Для практической реализации современных методов и технологий оказания медицинской помощи требуют более детального изучения степени распространения болезней органов пищеварения среди различных групп населения. При анализе демографических показателей было установлено, что БОП поражают преимущественно молодых (18 – 35 лет), хотя могут дебютировать в любом возрасте. В последние годы отмечена тенденция к увеличению заболеваемости ЯК среди лиц старше 60 лет и БК в детском возрасте [97, 98]. В некоторых исследованиях отмечен второй пик заболеваемости ЯК у лиц старшей возрастной группы]. Для БК основной возраст начала заболевания составляет 20– 40 лет [99– 101].

Согласно эпидемиологическим исследованиям в Норвегии, пик заболеваемости ЯК приходится на 20– 30 лет и составляет в этой группе около 30 больных на 100 тыс. населения [102]. В то же время трехкратное увеличение

заболеваемости БК (с 0,7 до 2,9) и относительно небольшое увеличение ЯК среди детей в возрасте до 16 лет было отмечено в Шотландии. Британское педиатрическое общество сообщало, что заболеваемость БК у детей до 16 лет составляет в Великобритании 5,2 на 100 тыс. населения, при этом самый высокий показатель 6,5 был зарегистрирован в Шотландии [103].

Значимым для оценки результативности и в дальнейшем для эффективности профилактического консультирования может стать регистрация новых случаев возникновения БОП, что свидетельствует о необходимости выделения в отдельную группу больных с диагнозом, установленным впервые. Это даст нам возможность сравнительной оценки диагностической ценности и релевантности в плане выявления БОП при скрининге в процессе диспансеризации и выявления заболевания по обращаемости.

В процессе старения организма человека наблюдается инволюция, которая проявляется во всех органах и систем организма, включая пищеварительный тракт. Органы пищеварения претерпевают структурные и функциональные изменения, в том числе атрофические, склеротические изменения в слизистой оболочке и подслизистом слое желудка и кишечника, что может послужить основой для развития заболеваний.

Так, в исследовании Parian A., На С.У., проведенном в 2015 г., было показано, что пожилые пациенты с БОП принимают в среднем 9 лекарственных препаратов, причем из них 40% имели взаимодействия с одним из препаратов для лечения ВЗК [104]. В мультицентровом европейском исследовании было продемонстрировано, что у 11% пациентов с ВЗК пожилого возраста развились серьезные инфекционные осложнения на фоне терапии [105, 106].

Объяснением увеличения обращаемости пациентов старших возрастных групп по поводу болезней органов пищеварения может послужить низкая вовлеченность их в процесс диспансеризации в связи с недостаточным вниманием со стороны представителей органов исполнительной власти и руководителей медицинских организаций.

Эти данные являются еще одной иллюстрацией географических различий в частоте БОП. Повышение распространенности БОП создает проблему для практических врачей, так как лечение стареющей популяции является сложной задачей вследствие увеличения длительности заболевания и более высокого риска коморбидных состояний [107, 108].

По литературным данным зарубежных исследователей отмечено, как равное соотношение частоты случаев БОП среди мужчин и женщин [109, 110], так и более высокая частая ВЗК у женщин [111, 112]. Российским автором Е.А. Белоусовым в соавт. (2018) проанализировали данные двух эпидемиологических исследований частоты, особенностей течения и вариантов лечения ВЗК в РФ практически 80% больных ВЗК составили городские жители, соотношение городских и сельских жителей было 4:1 [113]. Вместе с этим, сведения о частоте БОП у мужчин и женщин различны.

Считается, что БК встречается чаще у женщин, чем у мужчин, в то время как для ЯК подобная зависимость не отмечена [114]. Установлен более высокий

риск развития колоректального рака у мужчин с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника. При этом у мужчин с ВЗК на 60% более высокий риск, чем у женщин [115].

Поскольку состояние органов пищеварения напрямую влияет на качество жизни населения в связи с происходящими воспалительными явлениями, усугубляющими процессы всасывания и двигательной функции кишечника, а, следовательно, развиваются нарушения со стороны других органов и систем.

Установлено, что качество жизни больных с БОП снижено не только за счет испытываемых болевых ощущений, но и за счет необходимости периодического обследования, лечения, соблюдения диеты, ограничения трудовой деятельности, т.е. социальной дезадаптации [116]. В настоящее время наблюдается рост частоты БОП, в том числе язвенной болезни, особенно среди лиц трудоспособного возраста; более того у них почти в 2 раза выше смертность от БОП по сравнению со всей взрослой популяцией [117].

БОП могут привести к длительной нетрудоспособности и инвалидности, они влекут за собой большие прямые и непрямые затраты, связанные с недопроизведенной продукцией, необходимостью дорогостоящего лечения и реабилитации пациентов, причиняющий огромный экономический ущерб. Поэтому профилактика и противорецидивное лечение этих заболеваний – не только медицинская, но и социальная проблема [118, 119].

Результаты исследования Н.Е. Гурьяновой и М.А. Ивановой о гендерных и возрастных характеристиках пациентов, обратившихся за медицинской помощью, демонстрируют более ответственное отношение к своему здоровью женского населения. Вероятно, низкая информированность о клинических проявлениях заболеваний, или низкая доступность медицинской помощи являются основными причинами позднего обращения населения, проживающего в сельской местности. По гендерному признаку чаще как с профилактической, так и с целью диспансерного осмотра, в связи с заболеванием и другим причинам обращались женщины, что, вероятно, связано преобладанием лиц женского пола среди исследуемых в целом [120].

Кроме того, установлено более частое обращение к врачу – гастроэнтерологу горожане и в более молодом возрасте независимо от гендерной принадлежности, на селе – в возрасте 60– 79 лет – $68,7 \pm 2,3\%$, чем горожане аналогичного возраста. Основными причинами обращения к врачу – гастроэнтерологу в возрасте (18– 39 лет) в сравнении с пациентами более старшего возраста (40– 59 лет и 60– 79 лет) были: профилактические осмотры, диспансеризация, а также «другие» причины, в то время как лица более старшего возраста (40– 59 лет и 60– 79 лет) чаще обращались в связи с заболеванием.

Все вышеизложенное свидетельствует о роли возрастного фактора на проявление болезней органов пищеварения, а также необходимости организации оказания медицинской помощи населению и профилактики болезней по профилю «гастроэнтерология» с учетом возрастных особенностей и возможных рисков развития осложнений [121– 124].

Таким образом, политика укрепления здоровья и профилактики заболеваний БОП предусматривает осуществление мер дальнейшего повышения качества медицинского обслуживания, совершенствование специализированной и медико– социальной помощи населению, достижение согласия среди потенциальных партнеров по основным проблемам укрепления здоровья и профилактики неинфекционных заболеваний среди населения.

Возрастные и гендерные особенности болезни органов пищеварения и полученные в настоящем разделе данные могут быть использованы для совершенствования дифференцированной технологии профилактического консультирования в процессе выявления и диспансерного наблюдения пациентов с данными заболеваниями в структурах ПМСП.

1.4 Новая коронавирусная инфекция COVID– 19 и система органов пищеварения

До недавнего времени основное внимание мирового сообщества было сосредоточено на глобальной проблеме распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19. В январе 2020 года ВОЗ объявила вспышку чрезвычайной ситуацией международного значения в области общественного здравоохранения. С учетом быстрого роста новых случаев заражения по всему миру и высокого уровня летальности в марте того же года ВОЗ объявила о пандемии COVID– 19 [125, 126].

В настоящее время в мире нет стран, не затронутых этой инфекцией, включая и Казахстан. COVID– 19 проверил на прочность системы здравоохранения и развертывания сил реагирования всех мировых держав [127]. Казахстан первым среди стран Центральной Азии начал скрининг на COVID– 19 в начале 2020 года, причем первые подтвержденные случаи заболевания были выявлены в марте, и 16 марта 2020 года в стране было объявлено чрезвычайное положение [128].

По мере распространения коронавирусной инфекции COVID– 19 в национальном и глобальном масштабах различными странами мира и международными организациями были предприняты различные меры по противодействию этому процессу и устранению вызванных данной инфекцией последствий [129].

Причины повышения смертности от заболеваний органов пищеварения в период пандемии COVID-19 многообразны. В первую очередь, сама коронавирусная инфекция, а также препараты, применяемые для её лечения, способны оказывать повреждающее воздействие на органы пищеварительного тракта и ухудшать течение имеющихся гастроэнтерологических заболеваний [130].

Так, назначение больным с коронавирусной инфекцией антикоагулянтов и антитромбоцитарных препаратов для профилактики тромботических осложнений повышает риск развития желудочно– кишечных кровотечений

(особенно у пациентов пожилого возраста, с сопутствующей хронической болезнью почек, а также имевших в анамнезе язвенную болезнь) [131– 134].

В период пандемии инфекции COVID– 19 возникли трудности с оказанием специализированной медицинской помощи больным с заболеваниями органов пищеварения. Во медицинских организациях (МО) произошло перепрофилирование и фактическое закрытие гастроэнтерологических отделений. При этом многие гастроэнтерологи были привлечены к борьбе с новой коронавирусной инфекцией [135– 137].

Аналогичные проблемы существуют в настоящее время и в других странах. Как отметил Н. Chin [138], пандемия коронавирусной инфекции обнажила «неприятную правду» о системе здравоохранения в США, включая существующие подходы к ведению больных с хроническими заболеваниями. В Словакии за первые 3 месяца локдауна, на 60% упала выявляемость хронических заболеваний печени и на 52 % возросли показатели смертности среди данной группы больных [139].

Сокращение числа коек в отделениях интенсивной терапии и перепрофилирование трансплантационных центров в ковидные госпитали оказали существенное влияние на количество проведенных операций по трансплантации печени. Эти меры способствовали снижению числа трансплантаций, что, в свою очередь, привело к ухудшению показателей выживаемости среди пациентов с циррозом печени, варикозным расширением вен пищевода и гепатоцеллюлярной карциномой [140, 141].

Больные, наблюдающиеся в отделении гастроэнтерологии и гепатологии главного госпиталя Вены, сообщили, что в условиях ограничений, установленных государственной системой здравоохранения, они испытывали сложности в отношении контактов со своими лечащими врачами. Так, у пациентов с циррозами печени это привело повышению показателей по шкале MELD и росту уровня смертности [142].

В период пандемии новой коронавирусной инфекции уменьшилось число проводимых процедур ЭРХПГ (эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография) и ухудшилась выявляемость рака поджелудочной железы, который к тому же стал диагностироваться на более поздней стадии [143– 145]. В ряде работ была проанализирована частота гастроэнтерологических жалоб у больных с COVID– 19. Так, в исследовании, проведенном в Китае, из 1099 пациентов с подтвержденным диагнозом COVID– 19 у 5–6 % отмечалась рвота, а у 3–8 % диарея [146].

По данным Pan L. В соавт., (2020), при анализе клинической картины заболевания у 204 пациентов с подтвержденной инфекцией COVID– 19 наиболее частыми гастроэнтерологическими симптомами оказались анорексия (83,8%), диарея (29,3%), рвота (0,8%), боль в животе (0,4%). Такие пациенты требовали более длительных сроков наблюдения в условиях стационара по сравнению с больными без указанных симптомов (7,3 дня, $p = 0,02$) [147].

Wang D., в соавт., (2020) отмечает, что боль в животе наблюдалась чаще у больных с тяжелым течением COVID– 19, поступавших в отделение

интенсивной терапии [148]. Оценка результатов обследования группы больных с COVID– 19, имевших гастроэнтерологические симптомы, показала, что самой частой жалобой у таких пациентов была диарея (24,2%), за которой следовали анорексия (17,9%) и тошнота (17,9%).

Особенностью COVID– 19 является высокая частота гастроэнтерологических симптомов, обусловленная поражением органов пищеварения коронавирусом SARS– CoV– 2, а также обострением хронической гастроэнтерологической патологии на фоне инфекции и ее агрессивной терапии [149].

По данным большинства зарубежных исследователей, значительная часть пациентов госпитализируется с гастроинтестинальными симптомами (26– 50,5%). Установлено, что изолированные симптомы со стороны ЖКТ присутствуют у четверти таких больных. В 29 исследованиях с участием 6064 пациентов сообщалось о частоте желудочно– кишечных симптомов у пациентов с COVID– 19 при постановке диагноза, причем тошнота или рвота, диарея и потеря аппетита являлись тремя наиболее распространенными симптомами. Согласно метаанализу исследований (большинство из которых было проведено в Китае), вызванные инфекцией нарушения функции ЖКТ включают анорексию (21%), тошноту и/или рвоту (7%), диарею (9%) и боль в животе (3%) [150, 151].

Опубликован ряд статей, посвященных влиянию новой коронавирусной инфекции на течение и исходы воспалительных заболеваний кишечника и синдрома раздраженного кишечника. Выявлено, что COVID– 19 оказывает существенное влияние и на течение и исход дивертикулярной болезни толстой кишки [152].

В то же время повысилась смертность от ряда хронических болезней внутренних органов и онкологических заболеваний в связи с возросшей нагрузкой на систему здравоохранения и свертыванием ряда профилактических и скрининговых программ [153, 154]. Не меньшее значение имеет повышение образовательного уровня гастроэнтерологов и врачей общей практики, направленное на приобретение ими знаний особенностей оказания медицинской помощи больным с заболеваниями органов пищеварения в период инфекции COVID– 19.

Следовательно, анализ структуры коронавирусной инфекции COVID– 19 и система органов пищеварения в различных регионах показал, что пандемия сопровождалась во всем мире перестройкой социальных и экономических факторов оказания медицинской помощи, поведенческими изменениями, в том числе обусловленными введением жестких ограничительных мер, и имела ряд последствий, не связанных напрямую с этим инфекционным заболеванием. При этом, не вызывает сомнений, что успешная реализация мероприятий, направленных на улучшение оказания медицинской помощи больным с заболеваниями органов пищеварения, и повышение образовательного уровня врачей, а также внедрение в практику результатов научных исследований могут привести к снижению смертности от гастроэнтерологических заболеваний в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции.

Таким образом, в доступной литературе по изучению оказания медицинской помощи пациентам с рисками развития болезней органов пищеварения и отдаленное влияние инфекционных болезней на формирование хронических заболеваний органов пищеварения изучено мало, имеющиеся исследования на эту тему чаще всего рассматривают эту проблему с клинической и гистологической стороны и проведены без использования комплексных эпидемиологических методов, что не позволяет детально описать масштаб проблемы на популяционном уровне.

2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Организационно– методическая схема исследования

Диссертационная работа проводилась в рамках подзадачи 1.1 «Провести эпидемиологическое исследование влияния социально– экономических, психосоциальных и поведенческих факторов на здоровье населения Республики Казахстан с последующей разработкой управленческих решений (Жамбылская область)» научно– технической программы «Национальная программа персонализированной и превентивной медицины в Республике Казахстан».

Цель исследования: Разработать научно– методические подходы по профилактике заболеваний органов пищеварения на уровне первичной медико– санитарной помощи Жамбылской области.

Задачи исследования:

1. Провести эпидемиологический анализ заболеваемости, смертности от болезней органов пищеварения в Республике Казахстан и Жамбылской области, в том числе в разрезе нозологии;

2. Оценить поведенческие факторы по потреблению соли, алкоголя и табака у жителей Жамбылской области с использованием опросника STEPS Всемирной организации здравоохранения ($n=1201$), ($n=391$);

3. Оценить уровень вовлеченности медицинских сестер в вопросах профилактики факторов риска болезни органов пищеварения;

4. Разработать комплекс методических материалов по профилактике БОП для специалистов первичной медико– санитарной помощи.

При выполнении работы в соответствии с целью и задачами исследования была разработана программа исследования, которая включала наиболее важные в методическом плане вопросы по оценке факторов риска болезней органов пищеварения населения Жамбылской области.

В связи с этим, была разработана организационно– методическая схема исследования (таблица 1), составлена план– программа, проведен обзор литературных источников по факторам риска БОП (международный и отечественный опыт), социально– поведенческим факторам риска на развитие БОП и разработана схема маршрутизации пациента с факторами риска БОП на уровне ПМСП.

На начальном этапе проведен эпидемиологический анализ первичной заболеваемости, смертности от БОП городского и сельского населения РК и Жамбылской области, эпидемиологический анализ по основным нозологиям БОП среди общего населения и по возрастным группам (дети в возрасте 0– 14 лет, дети в возрасте 15– 17 лет и взрослое население, старше 18 лет).

Информационной базой послужили статистические данные МЗ РК «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения за 2011– 2024 годы», РГП на ПХВ «ННЦРЗ им С. Каирбековой».

Таблица 1 – Организационно– методическая схема исследования

Этапы исследования	База исследования/категория населения	Методы наблюдения	Источники полученных сведений	Объем выборки/глубина исследования
1.Провести эпидемиологический анализ заболеваемости, смертности от БОП в РК и Жамбылской области, а также по нозологиям класса болезней за последние 3 года в Жамбылской области	Жамбылская область: г. Тараз, 10 районов, городское и сельское население (0– 14 лет, 15– 17 лет и старше 18 лет)	Дескриптивный, Информационно-аналитический, Математический	Статистические данные/сборники: МЗ РК; УОЗ Жамбылской области	За 2011– 2024 годы За 2022– 2024 годы
2. Оценить поведенческие факторы по потреблению соли, алкоголя и табака у жителей Жамбылской области с использованием опросника STEPS Всемирной организации здравоохранения	Жамбылская область(в возрасте 18– 69 лет) г. Тараз, ГП № 5 и 7– 68,3%, КГП на ПХВ «ЦРБ Таласского района» г.Каратау– 21,5% и «ЦРБ Байзакского района» с.Сарыкемер– 10,2% n=1201, путем изучения социально– поведенческих факторов риска на развитие болезней органов пищеварения у населения Жамбылской области, в том числе г.Тараз, с.Сарыкемер, г.Каратау n=391	Поперечный, Социологический, Статистический, Математический	Опросник STEPS Всемирной организации здравоохранения от 18 до 69 лет: всего – 1201 человек, в том числе: Дополнительный разработанный опросник по изучению социально– поведенческих факторов риска населения от 18 до 69 лет: всего – 391 человек, в том числе: мужчин– 452 (37,6%) и женщин – 749 (62,4%).	Рандомизированная репрезентативная выборка от 18 до 69 лет: всего – 1201 человек, в том числе: мужчин– 452 (37,6%) и женщин – 749 (62,4%). Рандомизированная репрезентативная выборка социально– поведенческих факторов риска населения от 18 до 69 лет: всего – 391 человек, в том числе: мужчин– 73 (18,7%) и женщин – 318 (81,3%).
3.Оценить уровень вовлеченности медицинских сестер в вопросах профилактики факторов риска болезни органов пищеварения	Жамбылская область(в возрасте 18– 69 лет)	Поперечный, Социологический, Статистический, Математический	Опросник STEPS Всемирной организации здравоохранения Кодекс РК О здоровье народа и системе здравоохранения. Статья 127. Сестринская деятельность	Рандомизированная репрезентативная выборка от 18 до 69 лет: всего – 1201
4.Разработать комплекс методических материалов по профилактике БОП для специалистов первичной медико–санитарной помощи.	Целевая аудитория: медицинские работники ПМСП, прикрепленные к населению с застрахованным статусом	Информационно-аналитический, Описательный	ВОЗ. Глобальный план действий по профилактике НИЗ и борьбе с населением с застрахованным статусом ними на 2013– 2020.	Медицинские работники ПМСП, прикрепленное к населению с застрахованным статусом
Примечание– Таблица составлена автором				

Второй этап исследования включал мониторинг проведения анкетирования в рамках подзадачи 1.1 «Провести эпидемиологическое исследование влияния социально-экономических, психосоциальных и поведенческих факторов на здоровье населения Республики Казахстан с последующей разработкой управленческих решений (Жамбылская область)» научно-технической программы «Национальная программа персонализированной и превентивной медицины в Республике Казахстан» с помощью стандартизированного и адаптированного опросника STEPS ВОЗ. Проведено анкетирование 1201 участников в возрасте от 18 до 69 лет, изучены социально-поведенческие факторы риска НИЗ населения Жамбылской области в г. Тараз, с. Сарыкемер и г. Карагатай.

С помощью разработанного дополнительного опросника было проанкетировано 391 респондентов населения Жамбылской области в возрасте от 18 до 69 лет по изучению социально-поведенческих факторов риска БОП. В исследовании принимали участие все национальности, проживающие на территории области. Для определения выборки использована программа Sample Size Calculation for X-Sectional Surveys (рисунок 1).

Determine Sample Size

Confidence Level: 95% 99%

Confidence Interval: 5

Population: 1139151

Calculate Clear

Sample size needed: 384

Выборка – 384

Численность Жамбылской области – 1139151 человек

Рисунок 1 – Определение выборки с использованием программы Sample Size Calculation for X-Sectional Surveys

Анкета включала несколько основных блоков о информированности факторах риска: I. Социально-демографический профиль опрашиваемого; II. Отношение к своему здоровью и соблюдения здорового образа жизни; III. Уровень информированности о питании; IV. Уровень информированности о поведенческих факторах; V. Уровень Вашей информированности о вредных привычках; VI. Величина среднемесячного дохода в расчете на одного члена семьи (Приложение В).

Критерии для включения:

- Люди в возрасте от 18 до 69 лет
- Готовность предоставить информированное согласие

Критерии для исключения:

- населения, постоянно проживающего (пребывающего) в интернатных учреждениях, в специализированных учреждениях для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной помощи и реабилитации; в детских деревнях (городках); в учреждениях социального обслуживания; в больницах и иных организациях здравоохранения; в казармах; в зданиях, принадлежащих или переданных в пользование религиозным организациям; а также находящихся в арестных домах, исправительных учреждениях либо лечебно– трудовых профилакториях и так далее.

- лица, не имеющие постоянного места жительства.

На следующем, третьем этапе исследования оценены рекомендации, полученные от медицинских работников относительно рисков здоровья.

На заключительном этапе исследования была разработана схема маршрутизации пациента с факторами риска БОП на уровне ПМСП.

2.2 Методы исследования (поперечное исследование cross– sectional study)

Аналитический. Исследования, в процессе которого рассматриваемое событие или явление разлагается на простейшие составляющие его части, и каждая из них подвергается тщательному изучению. Для оценки состояния здоровья населения определенной территории обслуживания, нужно пользоваться демографическими данными и систематически наблюдать за процессами естественного воспроизводства населения, условиями и причинами смертности. Без знания демографических данных невозможно планировать медицинское обслуживание населения.

Эпидемиологические. В работе использованы описательно– оценочные эпидемиологические исследования (статистическое наблюдение, основанное на изучении отчетно– учетной документации, ретроспективный эпидемиологический анализ и проспективное эпидемиологическое наблюдение) и аналитические эпидемиологические исследования. В ходе ретроспективного эпидемиологического анализа изучены абсолютные показатели заболеваемости населения, интенсивные показатели, интенсивность эпидемического процесса, многолетняя и внутригодовая динамика, возрастным группам и распределение заболеваемости по группам территорий (город, село) с различным уровнем заболеваемости.

Описательное исследование. С применением стандартных методов эпидемиологического исследования и унифицированных критериев оценки факторов риска.

Математическое моделирование. Средняя величина является наиболее распространенным статистическим показателем, с помощью которого дается обобщающая характеристика совокупности однотипных явлений по одному из варьирующих признаков. Она показывает уровень признака в расчете на единицу совокупности.

Для построения линий трендов подбор коэффициентов в математических моделях определяли по методу наименьших квадратов. Подбор оптимальной математической модели осуществляли с использованием трёх статистических показателей: коэффициента детерминации, критерия Фишера, стандартной ошибки для оценки «у».

Коэффициент детерминации (R^2) представляет собой квадрат коэффициента корреляции между анализируемыми данными и трендом. Коэффициент детерминации оценивает долю дисперсии (изменчивости) «у», которая объясняется с помощью «х» в простой линейной регрессионной модели. Критерий Фишера (F – критерий) позволяет сравнивать величины выборочных дисперсий двух рядов наблюдений (анализируемых данных и тренда).

Для оценки выраженности тенденций эпидемического процесса в многолетней динамике использовали также показатели среднегодового темпа прироста. Расчет темпов прироста/снижения заболеваемости и распространенности был проведен с применением метода наименьших квадратов. Для выявления зависимости между заболеваемостью и распространенностью болезней органов пищеварения были проведены корреляционный анализ по методу Пирсона и регрессионный анализ (линейная регрессия).

Для определения наличия и степени линейной зависимости между двумя множествами данных применяли коэффициент корреляции Спирмена. Для сравнения двух независимых выборок был выбран критерий Манна–Уитни. Для проверки постоянства математического ожидания использовали тест Манна – Уитни: сравнивали два равных или разделённых по близкой к середине критической точке отрезка временного ряда.

Статистические. Обработка массовых данных представляет самостоятельную задачу, однако в большинстве случаев для обработки статистического материала используются математические модели исследуемого явления, основу которых составляют идеи и методы теории вероятностей.

В работе использовали методы непараметрической статистики с оценкой статистической значимости различий показателей по критериям Манна–Уитни, Фишера, коэффициент корреляции Спирмена, χ^2 – квадрат. U –критерий Манна–Уитни – непараметрический статистический критерий, используемый для сравнения двух независимых выборок по уровню какого–либо признака, измеренного количественно. Метод основан на определении того, достаточно ли мала зона перекрещивающихся значений между двумя вариационными рядами (ранжированным рядом значений параметра в первой выборке и таким же во второй выборке).

Ряд статистических показателей для убедительности был также рассчитан методами параметрической статистики с использованием коэффициента корреляции Пирсона.

Для оценки статистической значимости с использованием статистики χ^2 квадрат при оценке слабонасыщенных таблиц сопряжения признаков (ячейки со значениями < 5) пользовались методом рандомизационной техники. Различия считали статистически значимыми при $p < 5$.

Для расчёта стратифицированных доверительных интервалов при нескольких биномиальных пропорциях, позволяющих сравнивать частоты бинарных признаков, оценивались с помощью дисперсионного анализа или критерия Краскела– Уоллиса, это метод математической статистики, при котором сравнивают средние значения в трех и более выборках. Его используют в анализе, если выборок несколько. Это непараметрическая версия дисперсионного анализа, которая используется, когда не все допущения дисперсионного анализа выполняются.

Для сравнения категориальных данных использовался F критерий Фишера. Для оценки нормальности распределения показателей использовался критерий Шапиро– Уилка. Демографические, динамические данные и параметры представлены с использованием описательной статистики в виде среднего значения + стандартное отклонение ($M+O$) или медианы и межквартильного размаха ($Me(IQR)$).

Ввод данных осуществлялся в программе MS Excel, статистическая обработка – в программе SPSS версии 20.0. Перед вводом данных все анкеты были проверены и пронумерованы сквозной нумерацией. Осужденжен выборочный контроль введенных в файл Excel анкет на соответствие исходных данных.

Объем проведенных исследований и использовавшиеся материалы, и методы статистической обработки изученных данных позволили получить достаточное количество достоверно значимых результатов, которые легли в основу выводов и научно– практических рекомендаций.

Таким образом, цель и задачи исследования были реализованы с помощью современных методических подходов, которые послужили основаниям медико– статистической информации и обеспечившие репрезентативность полученных результатов.

3 ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН И В ЖАМБЫЛСКОЙ ОБЛАСТИ

3.1 Эпидемиологический анализ общей заболеваемости болезней органов пищеварения в Республике Казахстан

При изучении общей заболеваемости наиболее объективным является анализ обращаемости населения по поводу заболеваний не за один календарный год, а за определенный период. Преимущество данного метода заключается в том, что обращаемость за несколько лет позволяет учесть все случаи хронических болезней.

В этой связи, нами проведен эпидемиологический анализ заболеваемости и смертности от БОП в РК и Жамбылской области глубиной исследования за 10 лет. Информационной базой послужили статистические данные МЗ РК «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения за 2011– 2020 годы» [155– 163].

Анализ общей заболеваемости населения по болезням органов пищеварения в Республике Казахстан за 2011– 2020 годы (таблица 2) показал снижение темпа прироста на 3,4%, в абсолютных числах с 1521659 до 1469593 человек или на 14,7%, интенсивного показателя с 9189,5 до 7835,5 на 100000 населения.

На протяжении 10 лет было отмечено наличие двух периодов с разнонаправленными тенденциями их показателей. С 2011 по 2015 годы регистрировался темп снижения уровня заболеваемости с темпом снижения на 11,7%, то есть с 9189,5 до 8111,3 на 100000 населения. В то же время в 2016 году отмечен рост общей заболеваемости (8802,1 на 100000 населения), после достижения наименьшего уровня показателя в 2015 году.

Следовательно, вторым периодом тенденции снижения болезни органов пищеварения следует считать с 2016 по 2020 годы, с уменьшением темпа прироста на 10,9% или 7835,5 на 100000 населения, как самый низкий показатель за десятилетний период.

Интерес с эпидемиологической точки зрения представляет период подъема или убыли заболеваемости по возрастным категориям населения БОП. Так, несколько иная ситуация выявлена при анализе распространенности (общего числа) заболеваний пищеварительной системы среди детей, подростков и взрослого населения.

При анализе показателей заболеваемости и распространенности по выбранным возрастным группам населения было отмечено снижение заболеваемости и распространенности всех неинфекционных заболеваний органов пищеварения в группе детей до 14 лет.

Таблица 2 – Общая заболеваемость населения по болезням органов пищеварения в РК за 2011– 2024 годы

Годы	Всего		Возрастная группа населения					
			До 14 лет		15– 17 лет		От 18 и старше	
	Абс.число	на 100000 человек	Абс.число	на 100000 человек	Абс.число	на 100000 человек	Абс.число	на 100000 человек
2011 г.	1521659	9189,5	508765	12429,2	149252	18635,5	863642	7404,0
Уд.вес, %	100,0	x	33,4	x	9,8	x	56,8	x
2012 г.	1533459	9132,4	504628	11934,3	145601	19315,6	883230	7479,2
Уд.вес, %	100,0	x	32,9	x	9,5	x	57,6	x
2013 г.	1530001	8981,4	500421	11424,1	144768	20384,1	884812	7407,6
Уд.вес, %	100,0	x	32,7	x	9,5	x	57,8	x
2014 г.	1547749	8952,1	497897	10955,1	139148	20466,0	910704	7548,7
Уд.вес, %	100,0	x	32,2	x	9,0	x	58,8	x
2015 г.	1423055	8111,3	428148	9083,3	84489	12689,9	910418	7484,1
Уд.вес, %	100,0	x	30,1	x	5,9	x	64,0	x
2016 г.	1566248	8802,1	466678	9566,0	81112	12239,6	1018458	8312,0
Уд.вес, %	100,0	x	29,8	x	5,2	x	65,0	x
2017 г.	1596648	8851,8	504515	10017,4	83678	45029,0	1008455	8176,9
Уд.вес, %	100,0	x	31,6	x	5,2	x	63,2	x
2018 г.	1548314	8471,6	487961	9420,1	76972	42164,7	983381	7923,0
Уд.вес, %	100,0	x	31,5	x	5,0	x	63,5	x
2019 г.	1539654	8316,3	504764	9503,5	79529	11109,0	955361	7651,2
Уд.вес, %	100,0	x	32,7	x	5,2	x	62,1	x
2020 г.	1469593	7835,5	494273	9073,1	80953	10721,9	894367	7124,8
Уд.вес, %	100,0	x	33,7	x	5,5	x	60,8	x
2021г.	1385183	7290,1	464121	8292,6	80621	10158,51	840441	6 664,6
Уд.вес, %	100,0	x	33,5	x	5,8	x	60,7	x

Продолжение таблицы 2

2022г.	1461823	7 445	522455	9003.5	90163	10308.0	849205	6 553.8
Уд.вес, %	100,0	x	35,7	x	6,2	x	58,1	x
2023г.	1528852	7 683	529908	9064.9	93646	9919	905298	6905
Уд.вес, %	100,0	x	34,7	x	6,1	x	59,2	x
2024г.	1 517 482	7 528	513783	8769.9	94868	9360	908831	6840
Уд.вес, %	100,0	x	33,9	x	6,3	x	59,9	x

Примечание— Составлено автором по данным статистического сборника Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения за 2011– 2024гг.

Абсолютное число общей заболеваемости населения РК с болезнями органов пищеварения среди детского населения снизился на 2,8% с 508765 детей в 2011 году – как самый высокий показатель за период исследования, до 494273 – в 2020 году. При этом низкое число данного заболевания было зафиксировано в 2015 годы – 428148 детей. Удельный вес болезней органов пищеварения среди детей от общего числа заболеваний варьировался от 29,8% в 2016 году до 33,7% в 2020 году.

Вместе с этим, при абсолютном снижение общего числа заболеваний пищеварительной системы среди детей выявлено также уменьшение интенсивного показателя на 27,0%, то есть с 12429,2 в 2011 году – как самый высокий показатель, до 9073,1 на 100000 детского населения в 2020 году – как самый низкий показатель за исследуемый период.

На протяжении анализируемого периода наибольший вклад в снижение общей заболеваемости внесли показатели общей заболеваемости органов пищеварения подросткового населения.

Наблюдалось наиболее отчетливое снижение абсолютного числа заболеваемости подростков на 45,7% (149252 подростков в 2011 году и 80953 подростков в 2020 году). Пик заболеваемости был установлен в 2011 году, а наименьший в 2018 году, где было всего зарегистрировано 76972 случаев.

Доля удельного веса болезней органов пищеварения среди подростков от общего числа заболеваний колебалась от 5,0% в 2018 году до 9,8% в 2011 году.

Отмечено снижение показателя заболеваемости среди подросткового населения РК БОП на 42,4%, с 18625,5 в 2011 году, до 10721,9 в 2020 году на 100000 соответствующего населения. При этом высокая распространенность заболеваний было установлено в 2017 году 45029,0 на 100000 подростков и низкий в 2020 году.

Тенденция к подъему заболеваемости органов пищеварения характеризовались 2011– 2020 годы среди взрослого населения РК. На начальном этапе исследования, в 2011 году общее число случаев заболеваемости было на уровне 863642 человек (как самый низкий случай), а к 2020 году данная цифра увеличилась на 3,5% и составила 894367 человек. Резкий подъем данной патологии был закреплен в 2016 году 1018458 случаев взрослого населения.

Анализ многолетней динамики удельного веса заболеваемости органов пищеварения органов взрослого населения показал их наименьший уровень в 2011 году – 56,8%, и наибольший, в 2016 году 65,0%

Наблюдалось снижение общей заболеваемости населения по болезням органов пищеварения на 3,7%, то есть с 7404,0 в 2011 году (показатель с низким значением), до 7124,8 на 100000 взрослого населения в 2020 году. Высокий интенсивный показатель был зарегистрирован в 2016 году 8312,0 на 100000 взрослого населения.

Таким образом, эпидемиологический анализ общей заболеваемости населения Республики Казахстан за 2011– 2020 годы от болезней органов пищеварения показал тенденцию снижения интенсивного показателя – на 14,7% (с 9189,5 до 7835,5 на 100000 населения). По всем возрастным категориям также

отмечено уменьшение данного показателя: среди детского населения на 27,0% (с 12429,2 до 9073,1 на 100000 детей), среди подросткового населения на 42,4% (с 18625,5 до 10721,9 на 100000 подростков), среди взрослого населения на 3,7% (с 7404,0 до 7124,8 на 100000 взрослого населения).

3.2 Эпидемиологический анализ первичной заболеваемости болезней органов пищеварения в Республике Казахстан и в Жамбылской области

Показатели заболеваемости служат одним из критериев оценки качества работы медицинского персонала, учреждений, системы здравоохранения в целом. Эпидемиологический анализ динамики уровней первичной заболеваемости в целом и по нозологическим формам позволяет выявлять факторы, способствующие возникновению заболеваний, решать вопросы улучшения диагностики, планировать мероприятия по профилактике и снижению заболеваемости.

Динамика впервые зарегистрированных заболеваний в Казахстане в разбивке по возрастным категориям на 100 тыс. соответствующего населения за период с 2018 по 2020 годы представлена в таблице 3.

При снижении общей заболеваемости болезни органов пищеварения, выявлен рост заболеваемости населения с впервые установленным диагнозом по болезням органов пищеварения в Республике Казахстан за 2011– 2020 годы: в абсолютном количестве 28,3%, с 608708 в 2011 году, до 781130 человек в

2020 году, и интенсивного показателя на 14,6%, с 3632,2 в 2011 году (как самый низкий показатель) до 4164,8 в 2020 году на 100000 населения. При этом высокий показатель был установлен в 2017 году 4517,9 на 100000 населения.

С целью углубленного исследования нами были изучены показатели первичной заболеваемости и распространенности по возрастным категориям населения РК: дети до 14 лет, подростки (15– 17 лет) и взрослое (от 18 и старше лет) население

Так, абсолютное число впервые выявленных случаев БОП среди детского населения вырос за исследуемый период на 27,9%, с 295874 детей в 2011 году, до 378476 в 2020 году. Удельный вес болезней органов пищеварения среди детей от общего числа первичной заболеваемости варьировался от 40,7% в 2012 году до 48,0% в 2017 году.

Одновременное увеличение общего числа заболеваний пищеварительной системы среди детей выявлено по интенсивному показателю на 6,9%, то есть с 6498,4 в 2011 году, до 6947,5 в 2020 году на 100000 детского населения. В динамике наибольший показатель был установлен в 2017 году 7760,4 и наименьший в 2014 год 5906,4 на 100000 детского населения.

Таблица 3 – Заболеваемость населения с впервые установленным диагнозом по болезням органов пищеварения в Республике Казахстан за 2011–2024 годы, на 100000 населения

Годы	Всего		Возрастная группа населения					
			До 14 лет		15–17 лет		От 18 и старше	
	Абс.число	на 100000 человек	Абс.число	на 100000 человек	Абс.число	на 100000 человек	Абс.число	на 100000 человек
2011 г.	608708	3632.2	295874	6498.4	41587	7244.0	271247	2378.4
Уд.вес, %	100,0	x	44,6	x	6,3	x	40,9	x
2012 г.	595852	3936.3	264794	6262.3	56674	7518.4	274384	2323.5
Уд.вес, %	100,0	x	40,7	x	8,7	x	42,1	x
2013 г.	621528	3648.5	268291	6124.8	62080	8741.2	291157	2437.5
Уд.вес, %	100,0	x	43,2	x	10,0	x	46,8	x
2014 г.	634678	3671.0	268442	5906.4	64377	9468.6	301859	2502.1
Уд.вес, %	100,0	x	42,3	x	10,1	x	47,6	x
2015 г.	673717	3840.1	307765	6529.3	48797	7329.1	317155	2607.2
Уд.вес, %	100,0	x	45,7	x	7,2	x	47,1	x
2016 г.	752242	4227.5	343852	7048.3	46372	6997.4	362018	2954.6
Уд.вес, %	100,0	x	45,7	x	6,2	x	48,1	x
2017 г.	814927	4517.9	390846	7760.4	50111	7499.4	373970	3032.3
Уд.вес, %	100,0	x	48,0	x	6,1	x	45,9	x
2018 г.	789349	4318.9	376142	7261.4	47277	6904.8	365930	2948.2
Уд.вес, %	100,0	x	47,7	x	6,1	x	46,4	x
2019 г.	780841	4217.6	364669	6865.9	47007	6566.2	369165	2956.5
Уд.вес, %	100,0	x	46,7	x	6,0	x	47,3	x
2020 г.	781130	4164.8	378476	6947.5	51827	6864.3	350827	2794.8
Уд.вес, %	100,0	x	48,5	x	6,6	x	44,9	x
2021г.	781130	4164.8	333231	5953.9	47018	5924.4	330025	2617.1
Уд.вес, %	100,0	x	42,7	x	6,0	x	42,2	x
2022г.	763313	3887.5	367148	6327.1	57188	6538.1	338977	2616.1

Продолжение таблицы 3

Уд.вес, %	100,0	x	48,1	x	7,5	x	44,4	x
2023г	782391	3931.6	363323	6215.2	58615	6208.6	360453	2749.3
Уд.вес, %	100,0	x	46,4	x	7,5	x	46,1	x
2024г.	792170	3929.7	353233	6029.4	59416	5862.5	379521	2856.3
Уд.вес, %	100,0	x	44,6	x	7,5	x	47,9	x
Примечание— Составлено автором по данным статистического сборника Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения за 2011– 2024гг.								

Первичная заболеваемость подростков за 2011– 2020 годы выросла на 24,6% (41587 подростков в 2011 году и 51827 подростков в 2020 году). Пик заболеваемости был установлен в 2011 году 41587, а наименьший в 2014 году, где было всего зарегистрировано 64377 случаев. Доля удельного веса болезни органов пищеварения среди подростков от общего числа первичной заболеваний колебалась от 6,0% в 2019 году до 10,1% в 2014 году.

При росте первичной заболеваемости у подростков, напротив, отмечено снижение показателя первичной заболеваемости – на 5,2%, с 7244,0 в 2011 году, до 6864,3 в 2020 году на 100000 соответствующего населения. При этом высокая распространенность заболеваний было установлено в 2014 году 9468,6 и низкая, в 2020 году 6566,2 на 100000 подростков.

В динамике наблюдалось наиболее отчетливое снижение количества впервые выявленных случаев заболеваний органов пищеварения взрослого населения РК. В 2011 году общее число случаев первичной заболеваемости было на уровне 271247 человек (как самый низкий случай), а к 2020 году данная цифра увеличилась на 29,3% и составила 350827 человек.

Наибольший подъем БОП был закреплен в 2016 году 373970 случаев взрослого населения. Анализ удельного веса первичной заболеваемости органов пищеварения взрослого населения показал их наименьший уровень в 2011 году 40,9%, и наибольший, в 2016 году 48,1%.

Сократилась и доля первичной заболеваемости населения по болезням органов пищеварения на 3,7%, то есть с 2378,4 в 2011 году 2323,5, до 2794,8 на 100000 взрослого населения в 2020 году. Высокий интенсивный показатель был зарегистрирован в 2017 году 3032,3 и низкий в 2012 году 2323,5 на 100000 взрослого населения.

Анализ многолетней динамики первичной заболеваемости преследует цель изучения ее направленности, выявления закономерностей циклических изменений, обоснования влияния причин, определяющих тенденции и периодические колебания заболеваемости на территориях и в отдельных группах населения.

Первичная заболеваемость населения является показателем, используемым для оценки интенсивности эпидемического процесса. При этом ее сравнивают со средними многолетними показателями на определенной территории, в другом городе, области или в республике.

Для определения средних многолетних показателей первичной заболеваемости, нами были использованы данные за 10 лет, исключая при этом подъемы заболеваемости в результате вспышек (водных, пищевых и др.). Следующим этапам данного подраздела исследования явилась изучение первичной заболеваемости населения по БОП в Жамбылской области за 2011–2020 годы (таблица 4). Проведенный анализ показал наличие роста первичной заболеваемости болезней органов пищеварения на 29,2% с 3607,0 в 2011 году на 100000 населения, до 4662,2 в 2020 году. Низкий показатель был отмечен в 2013 году 3089,1 и высокий в 2017 году 5977,2 на 100000 населения. В 2018 году по сравнению с 2017 года отмечено максимальное снижение темпа прироста на

32,5%, а увеличение установлено в 2017 году по сравнению с предыдущим годом на 35,9%.

Таблица 4 – Первичная заболеваемость населения по болезням органов пищеварения в Жамбылской области за 2011– 2024 годы (на 100000 населения)

Годы	Болезни органов пищеварения			
	Всего	Возрастная группа населения		
		до 14 лет	15– 17 лет	от 18 и старше
2011 г.	3607,0	6070,9	6061,0	2280,3
2012 г.	3169,4	4409,5	6650,9	2316,4
Темп прироста, %	87,9	72,6	109,7	101,6
2013 г.	3089,1	4198,9	6639,9	2300,2
Темп прироста, %	97,5	95,2	99,8	99,3
2014 г.	3095,5	4144,7	6940,2	2315,7
Темп прироста, %	100,2	98,7	104,5	100,7
2015 г.	3830,4	5232,5	5747,4	2994,0
Темп прироста, %	123,7	126,2	82,8	129,3
2016 г.	4397,0	6122,1	6251,6	3378,3
Темп прироста, %	114,8	117,0	108,8	112,8
2017 г.	5977,2	9165,5	10832,0	3960,1
Темп прироста, %	135,9	149,7	173,3	117,2
2018 г.	4031,7	4890,2	4876,3	3511,3
Темп прироста, %	67,5	53,4	45,0	88,7
2019 г.	4492,6	5038,8	4757,2	4176,1
Темп прироста, %	111,4	103,0	97,6	118,9
2020 г.	4662,2	4643,8	5385,0	4616,9
Темп прироста, %	103,8	92,2	113,2	110,6
2021 г.	5774,7	3790,4	4421,4	4566,8
Темп прироста, %	123,9	81,6	82,1	98,9
2022 г.	4552,7	4735	4907,5	4427,2
Темп прироста, %	78,8	124,9	111,0	96,9
2023 г.	4629,1	5279,2	5437,2	4215,3
Темп прироста, %	101,7	111,5	110,8	95,2
2024 г.	4091	3823,3	4400	4195,5
Темп прироста, %	88,4	72,4	80,9	99,5

Примечание— Составлено автором по данным статистического сборника Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения за 2011– 2024гг.

Снижение показателя первичной заболеваемости по болезням органов пищеварения за исследуемый период на 23,5% было отмечено среди детского населения: в 2011 году 6070,9 и в 2020 году 4643,8 на 100000 детей до 14 лет.

Высокий интенсивный показатель данной патологии был зарегистрирован в 2017 году 9165,5, низкий в 2014 году 4144,7 на 100000 детей. Наибольший темп прироста был установлен в 2017 году по отношению к 2016 году на 49,7%, и снижение было отмечено в 2018 году по сравнению с 2017 годом на 46,6%.

Среди подросткового населения Жамбылской области изучаемый показатель снизился на 11,2% с 6061,0 в 2011 году, до 5385,0 на 100000 подросткового населения в 2020 году. Низкий показатель установлен в 2019 году 4757,2 и высокий в 2017 году 10832,0 на 100000 соответствующего населения. Наибольший темп прироста обнаружен в 2017 году на 73,3% и наименьший в 2018 году на 55,0%.

В повышении общего показателя первичной заболеваемости БОП в Жамбылской области наибольший вклад внесли показатели заболеваемости взрослого населения. Так, данный показатель увеличился за исследуемый период в 2 раза (на 102,0%) с 2280,3 (как самый низкий показатель) в 2011 году, до 4616,9 на 100000 взрослого населения в 2020 году (как самый высокий показатель). Удельный вес за весь период исследования синхронно увеличивался, за исключением 2018 года по отношению к 2017 году, где отмечено снижение на 11,3%.

Показатель первичной заболеваемости по БОП городского и сельского населения Жамбылской области дает общее представление об уровне организации динамического наблюдения за состоянием здоровья. Следовательно, мониторинг и анализ уровня жизни горожан и сельчан представляется особенно актуальным, поскольку, помимо оценки текущего уровня жизни, стоит еще одна задача – сравнительная оценка эффективности проводимых мероприятий по территориальному признаку.

В таблице 5 представлена первичная заболеваемость городского населения по болезням органов пищеварения в Жамбылской области за 2011–2020 годы на 100000 населения.

Из таблицы видно, что отмечен рост первичной заболеваемости болезнями органов пищеварения на 11,2% с 4294,2 в 2011 году на 100000 городского населения, до 4772,4 в 2020 году. При этом низкий показатель выявлен в 2014 году 3565,1 и высокий в 2017 году 7820,2 на 100000 городского населения. В 2018 году по сравнению с 2017 года отмечено высокое снижение темпа прироста на 38,3%, а увеличение установлено в 2017 году по с 2016 годом на 67,9%.

При увеличение общего показателя первичной заболеваемости по болезням органов пищеварения городского населения за исследуемый период увеличился, отмечено снижение данного показателя среди детского городского населения Жамбылской области на 49,3%.

Следовательно, если в 2011 году данный показатель был на уровне 10094,1, то в 2020 году он сократился до 5110,9 (низкий показатель за период исследования) на 100000 городских детей.

Наибольший показатель данной патологии был зарегистрирован в 2017 году 13619,5 на 100000 городских детей, низкий в 2020 году. Максимальный

темп прироста был установлен в 2017 году по отношению к 2016 году на 93,7%, и минимальный был отмечен в 2018 году по сравнению с 2017 годом на 50,1%.

Десятилетний анализ среди подросткового городского населения показал рост первичной заболеваемости по болезням органов пищеварения на 38,1% с 4377,9 (самый низкий показатель) в 2011 году, до 6048,6 2020 году. При этом наибольший показатель был установлен в 2019 году 16594,0 соответствующего городского населения.

Вместе с этим, наибольший темп прироста обнаружен в 2017 году по отношению к 2016 году более чем в 2 (186,2%), и снижение отмечено в 2018 году по сравнению с 2017 годом на 69,1%.

Таблица 5 – Первичная заболеваемость городского населения по болезням органов пищеварения в Жамбылской области за 2011– 2024 годы (на 100000 населения)

Годы	Болезни органов пищеварения			
	Всего	Возрастная группа населения		
		до 14 лет	15– 17 лет	от 18 и старше
2011 г.	4294,2	10094,1	4377,9	1988,2
2012 г.	3607,8	5936,7	7645,6	2352,8
Темп прироста, %	84,0	58,8	174,6	118,3
2013 г.	3601,0	5684,9	8047,4	2410,5
Темп прироста, %	99,8	95,8	105,3	102,5
2014 г.	3565,1	5477,4	7989,0	2432,5
Темп прироста, %	99,0	96,3	99,3	100,9
2015 г.	4341,4	6699,8	9122,9	2952,1
Темп прироста, %	121,8	122,3	114,2	121,4
2016 г.	4658,7	7030,6	5797,8	3444,1
Темп прироста, %	107,3	104,9	63,6	116,7
2017 г.	7820,2	13619,5	16594,0	4393,3
Темп прироста, %	167,9	193,7	286,2	127,6
2018 г.	4822,0	6793,8	6316,4	3717,0
Темп прироста, %	61,7	49,9	38,1	84,6
2019 г.	4718,7	6152,0	6090,1	3858,5
Темп прироста, %	97,9	90,6	96,4	103,8
2020 г.	4772,4	5110,9	6048,6	4498,3
Темп прироста, %	101,1	83,1	99,3	116,6
2021 г.	4496,2	4413,5	5354,8	4478,5
Темп прироста, %	94,2	86,4	88,5	99,6
2022 г.	4590,7	5523,1	5658,6	4042,8
Темп прироста, %	102,1	125,1	105,7	90,3
2023 г.	5194,5	7117	7494,5	4049,1
Темп прироста, %	113,2	128,9	132,4	100,2

Продолжение таблицы 5

2024 г.	4246,9	4921,6	5804,8	3773,7
Темп прироста, %	81,8	69,2	77,5	93,2
Примечание— Составлено автором по данным статистического сборника Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения за 2011–2024гг.				

Среди взрослого городского населения БОП увеличился за исследуемый период в более чем 2 раза (на 126,2%) с 1988,2 (как самый низкий показатель) в 2011 году, до 4498,3 на 100000 взрослого городского населения в 2020 году (как самый высокий показатель). При этом удельный вес за весь период исследования постоянно увеличивался, за исключением 2018 года по отношению к 2017 году, где отмечено снижение на 15,4%

В настоящее время не потеряли своей актуальности проблемы доступности медицинской помощи в особенности сельскому населению. Так как, сельскому здравоохранению свойственны специфические характеристики, требующие определённых подходов в модернизации. Особенностями сельской жизни являются низкая плотность населения, большая территориальная протяженность и плохое дорожно– транспортное сообщение с соседними районами и областными центрами.

На заключительном этапе исследования данного раздела нами была изучена первичная заболеваемость сельского населения по болезням органов пищеварения в Жамбылской области за 2011– 2020 годы на 100000 населения (таблица 6).

Таблица 6 – Первичная заболеваемость сельского населения по болезням органов пищеварения в Жамбылской области за 2011– 2024 годы (на 100000 населения)

Годы	Болезни органов пищеварения			
	Всего	Возрастная группа населения		
		до 14 лет	15– 17 лет	от 18 и старше
2011 г.	3166,0	3832,3	7040,2	2481,6
2012 г.	2877,2	3509,0	6055,2	2290,6
Темп прироста, %	90,9	91,6	86,0	92,3
2013 г.	2746,2	3303,3	5806,9	2221,8
Темп прироста, %	95,4	94,1	95,9	97,0
2014 г.	2779,0	3327,5	6310,2	2232,6
Темп прироста, %	101,2	100,7	108,7	100,5
2015 г.	3484,4	4319,9	3706,1	3023,9
Темп прироста, %	125,4	129,8	58,7	135,4
2016 г.	4220,1	5550,8	6525,4	3331,8
Темп прироста, %	121,1	128,5	176,1	110,2

Продолжение таблицы 6

2017 г.	4748,8	6368,0	7470,0	3659,6
Темп прироста, %	112,5	114,7	114,5	109,8
2018 г.	3511,0	3691,1	4048,7	3371,2
Темп прироста, %	73,9	58,0	54,2	92,1
2019 г.	4328,7	4290,0	3772,0	4394,1
Темп прироста, %	123,3	116,2	93,2	130,3
2020 г.	4589,4	4337,9	4997,9	4696,3
Темп прироста, %	106,0	101,1	132,5	106,9
2021 г.	4159,4	3373,2	3874,1	4625,9
Темп прироста, %	90,6	77,8	77,5	98,5
2022 г.	4523,8	4165,9	4406,3	4730,8
Темп прироста, %	108,8	123,5	113,7	102,3
2023 г.	4195,1	3937,2	4074,1	4347
Темп прироста, %	92,7	94,5	92,5	91,9
2024 г.	3970,6	3004	3479,4	4526
Темп прироста, %	94,6	76,3	85,4	104,1

Примечание— Составлено автором по данным статистического сборника Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения за 2011–2024гг.

Первичная заболеваемость сельского населения по болезням органов пищеварения показала увеличение заболеваемости на 44,9% с 3166,0 в 2011 году, до 4589,4 на 100000 сельского населения в 2020 году. Нами обнаружен низкий показатель данной патологии в 2013 году 2746,2 и высокий в 2017 году 4748,8 на 100000 сельского населения. Наивысшее снижение темпа прироста отмечено в 2012 году по сравнению с 2011 года на 9,1%, а увеличение установлено в 2015 году по с 2014 годом на 25,4%.

Среди детей до 14 лет Жамбылской области отмечено увеличение первичной заболеваемости БОП на 13,1%, то есть с 3823,3 в 2011 году, до 4337,9 в 2020 году на 100000 соответствующего детского сельского населения. Наибольший показатель был зарегистрирован в 2017 году 6368,0, и низкий в 2013 году 3303,3 на 100000 детей. Высокий темп прироста был установлен в 2015 году по отношению к 2014 году на 29,8%, и минимальный был отмечен в 2018 году по сравнению с 2017 годом на 42,0%.

Далее отмечено, что среди подросткового сельского населения выявил спад БОП на 29,1% с 7040,2 в 2011 году до 4997,9 в 2020 году. Наименьший показатель был установлен в 2015 году 3706,1 соответствующего сельского населения, и наибольший в 2017 году 7470,0. При этом максимальное снижение темпа прироста отмечено 2018 году по относительно к 2017 году на 45,8%, и минимальное в 2016 году по сравнению с 2015 годом на 76,1%

За десятилетний период исследования данной патологии среди взрослого сельского населения установлен рост БОП на 89,2%: с 2481,6 в 2011 году, до

4696,3 на 100000 взрослого сельского населения в 2020 году (как самый высокий показатель). При этом низкий показатель был обнаружен в 2013 году 2221,8 на 100000 соответствующего населения. Наибольшее уменьшение темпа прироста отмечено в 2018 году по сравнению с 2017 годом на 7,9%, и увеличение в 2015 года по отношению к 2014 году на 35,4%.

Таким образом, при снижении общей заболеваемости болезней органов пищеварения, выявлен рост заболеваемости населения с впервые установленным диагнозом по болезням органов пищеварения в Республике Казахстан на 14,6%, с 3632,2 до 4164,8 на 100000 населения. Вместе с этим, выявлен рост первичной заболеваемости в Жамбылской области на 29,2% (с 3607,0 до 4662,2 на 100000 населения). Наибольший вклад в повышении общего показателя внесли показатели заболеваемости взрослого населения на 89,2% (с 2280,2 до 4616,9 на 100000 взрослого населения). Тогда как в других категорий населения выявлено снижение общей заболеваемости: у детей на 23,5% (с 6070,9 до 4643,8 на 100000 детского населения) и у подростков на 11,2% (с 6061,0 до 5385,0 на 100000 подросткового населения).

3.3 Эпидемиологический анализ смертности от болезней органов пищеварения в Жамбылской области и в Республике Казахстан

Для оценки интенсивности эпидемического процесса традиционно используется показатель заболеваемости. Однако смертность является наиболее объективным показателем, характеризующим эпидемическую обстановку, в частности, по болезням органов пищеварения, уровня здоровья населения и качество медицинского обслуживания.

Анализ показателей смертности позволяет определить значимость отдельных нозологических форм, выделить группы риска, оценить качество и эффективность противоэпидемических мероприятий, а также уровень качества оказываемой медицинской помощи и состояние системы здравоохранения в целом.

Общая смертность населения по БОП в Республике Казахстан за 2011–2020 годы (таблица 7) увеличилась на 22,9%, с 55,56, как самый низкий показатель в 2011 году, до 68,32 человек в 2020 году на 100000 населения. При этом высокий показатель был установлен в 2015–2016 годах, соответственно 74,30 и 70,95 на 100000 населения.

Таблица 7 – Смертность населения от болезней органов пищеварения в Республике Казахстан за 2011– 2024 годы, на 100000 населения

Наименование региона	Болезни органов пищеварения на 100000 населения (все население)													
	2011г.	2012г.	2013г.	2014г.	2015г.	2016г.	2017г.	2018г.	2019г.	2020г.	2021г.	2022г.	2023г.	2024г
Акмолинская	78.52	62.98	63.34	55.84	69.10	69.52	54.30	59.96	60.33	69.82	62.06	54.77	53.43	57.01
Актюбинская	56.40	63.96	69.42	77.48	92.12	90.09	84.30	86.49	86.56	98.99	98.19	83.26	82.78	73.48
Алматинская	56.15	63.03	69.29	76.06	97.90	87.97	82.58	77.61	81.42	87.57	82.00	64.60	64.87	58.49
Атырауская	39.63	46.44	59.12	56.21	63.13	70.55	58.62	68.08	70.21	67.57	77.57	61.12	50.39	61.49
З–Казахстанская	43.66	100.64	117.91	101.92	111.80	114.20	89.88	91.44	86.01	93.77	97.20	70.87	75.00	71.55
Жамбылская	83.28	49.11	49.67	51.30	62.00	63.07	61.72	52.88	61.98	62.57	70.77	53.96	51.46	55.30
Карагандинская	70.40	84.54	87.98	83.77	95.91	92.21	78.89	70.97	79.26	81.95	83.99	78.42	79.20	75.79
Костанайская	82.41	87.42	93.83	108.61	133.60	141.01	120.81	125.83	117.50	123.48	130.28	110.80	110.33	120.08
Кызылординская	22.50	28.62	28.91	27.86	30.41	36.80	32.38	35.37	34.92	37.57	33.61	29.93	31.03	26.66
Мангистауская	30.66	32.33	41.03	33.32	41.50	40.96	38.83	40.04	39.07	54.15	45.05	34.10	32.95	45.23
Павлодарская	55.85	59.89	63.12	71.19	70.08	66.90	65.88	62.44	57.77	69.19	74.36	68.28	59.91	60.20
С–Казахстанская	95.99	97.50	102.83	103.18	112.51	111.22	106.96	103.31	109.31	121.19	111.96	101.94	101.11	106.63
Туркестанская (Ю–Казахстанская)	50.99	46.26	48.59	47.30	52.82	49.34	45.09	45.14	43.50	49.79	49.56	33.41	37.45	43.15
В–Казахстанская	63.08	75.82	78.20	79.95	104.81	88.67	78.10	74.72	76.56	81.66	0	53.35	69.17	73.74
г.Астана	23.75	27.48	26.12	21.59	24.22	23.84	20.37	20.48	22.22	27.23	72.94	73.54	21.04	21.63
г.Алматы	39.66	36.92	43.31	46.61	47.00	40.76	44.02	42.77	47.89	43.55	25.91	21.66	36.17	39.33
г.Шымкент		–	–	–	–	–	51.49	50.48	50.31	45.73	40.43	34.95	28.83	32.60
Республика Казахстан	55.56	59.14	63.32	63.72	74.30	70.95	64.25	62.75	64.10	68.32	45.73	31.52	53.42	54.91
Примечание– Составлено автором по данным статистического сборника Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения за 2011– 2024гг.														

В 2012 году выше республиканского значения показателя БОП было установлено: высокие показатели отмечены в СКО 97,50, Западно–Казахстанской (ЗКО) 100,64 и Костанайской областях 87,42 на 100000 населения. Ниже среднереспубликанского уровня отмечено в Кызылординской 28,62, Мангистауской 32,33 и в городе Астана 27,48 на 100000 населения.

За исследуемый десятилетний период было отмечено наличие двух этапов с разнонаправленными тенденциями их показателей.

- Первый этап: с 2011 по 2015 годы, регистрировалось увеличение показателя смертности с темпом прироста на 33,7%, то есть с 55,56 до 74,30 на 100000 населения.

- Второй этап: с 2016 по 2020 годы, отмечено снижение показателя смертности на 3,7%, с 70,95 до 68,32 на 100000 населения (рисунок 2).

С целью углубленного исследования нами были изучены показатели смертности населения в Республике Казахстан по областям и городам республиканского значения по двум этапам тенденции.

За первый этап исследования среднее значение смертности по республике составила: в 2011 году 55,56, в 2012 году 59,41, в 2013 году 63,32, в 2014 году 63,72 и в 2015 году 74,30 на 100000 населения.

По данным региональных значений, выше республиканского показателя смертности БОП было установлено: в 2011 году в 6 регионах; из них, высокие показатели в Северо–Казахстанской (СКО) 95,99, Жамбылской 83,28 и Костанайской областях 82,41 на 100000 населения. Ниже среднереспубликанского уровня отмечено в Кызылординской 22,50, Мангистауской 30,66 областях и в городе Астана– 23,75 на 100000 населения.

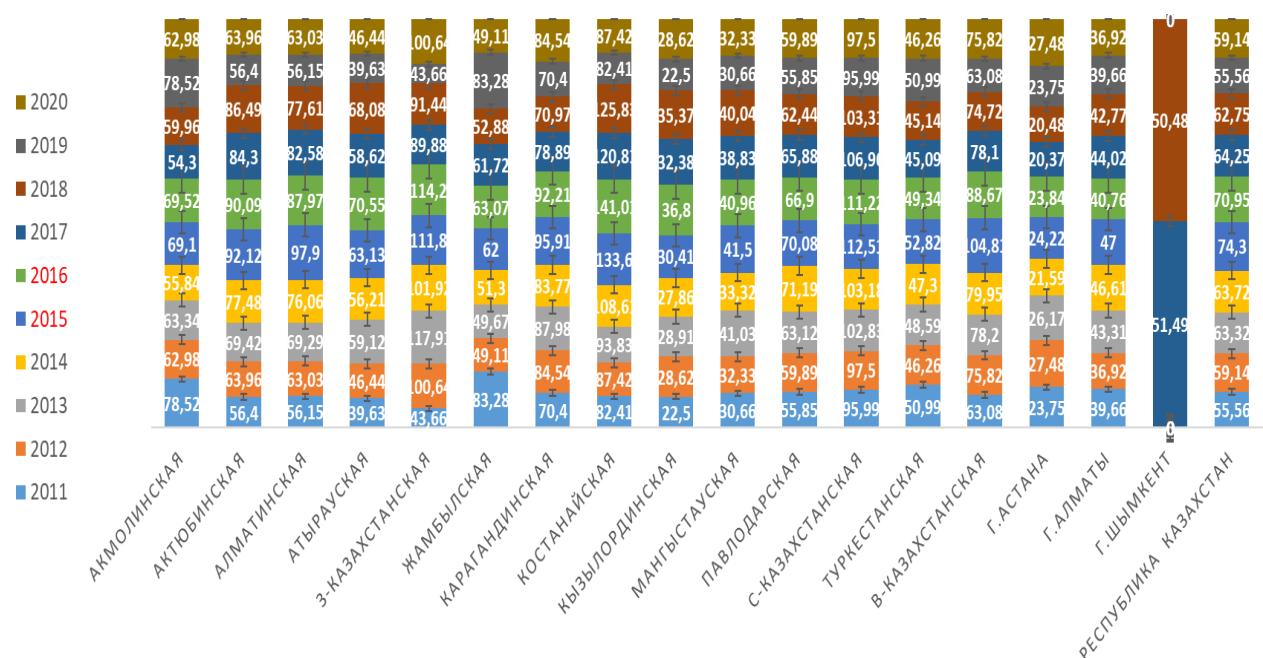


Рисунок 2–Анализ смертности населения от болезней органов пищеварения в Республике Казахстан за 2011–2020 годы на 100 тыс. населения

В 2012 году выше республиканского значения показателя БОП было установлено: высокие показатели отмечены в СКО 97,50, Западно-Казахстанской (ЗКО) 100,64 и Костанайской областях 87,42 на 100000 населения. Ниже среднереспубликанского уровня отмечено в Кызылординской 28,62, Мангистауской 32,33 и в городе Астана 27,48 на 100000 населения.

Тенденции к подъему показателя смертности в 2013– 2015 годы от БОП характеризовались высоким ростом по отношению к среднему по значению республике: в ЗКО в 2013 году 117,91, в 2014 году 101,92 и в 2015 году 111,80 на 100000 населения; в СКО в 2013 году 102,83, в 2014 году 103,18 и в 2015 году 112,51 на 100000 населения и в Костанайской области в 2013 году 93,83, в 2014 году 108,61 и в 2015 году 133,60 на 100000 населения. Интерес с эпидемиологической точки зрения представляет период убыли смертности населения от БОП в 2013– 2015 годы. Так, наибольшее снижение установлено: в Кызылординской области в 2013 году 28,91, в 2014 году 27,86 и в 2015 году 30,41 на 100000 населения; в Мангистауской области 2013 году 41,03, в 2014 году 33,32 и в 2015 году 41,50 на 100000 населения и в городе Астана в 2013 году 26,12, в 2014 году 21,59 и в 2015 году 24,22 на 100000 населения.

На втором этапе исследования среднее значение смертности по РК составила: в 2016 году 70,95, в 2017 году 64,2, в 2018 году 62,75, в 2019 году 64,10 и в 2020 году 68,32 на 100000 населения. Наибольший вклад в повышении общего показателя смертности населения в 2016– 2018 годы от БОП внесли: ЗКО в 2016 году 1114,20, в 2017 году 89,88 и в 2018 году 91,44 на 100000 населения; Северо-Казахстанская область в 2016 году 141,01, в 2017 году 120,81 и в 2018 году 125,83 на 100000 населения и Костанайская область в 2016 году 111,22, в 2017 году 106,96 и в 2018 году 103,31 на 100000 населения.

Наблюдалось наиболее минимальное снижение общего показателя смертности населения в 2016– 2018 годы от заболеваемости органов пищеварения: в Кызылординской области в 2016 году 36,80, в 2017 году 32,38 и в 2018 году 35,37 на 100000 населения; в Мангистауской области в 2016 году 40,96, в 2017 году 38,83 и в 2018 году 40,04 на 100000 населения и в городе

Астана в 2016 году 23,84, в 2017 году 20,37 и в 2018 году 20,48 на 100000 населения. Выше среднереспубликанского показателя смертности БОП в 2019 году было установлены высокие показатели в Актюбинской– 86,56, Северо-Казахстанской 109,31 и Костанайской областях 117,50 на 100000 населения. Ниже среднереспубликанского уровня отмечено в Кызылординской 34,92, Мангистауской областях 39,07 и в городе Астана 22,22 на 100000 населения.

На завершающем году исследования, в 2020 году выше республиканского значения показателя БОП было установлено: высокие показатели отмечены в Актюбинской 98,99, в Северо-Казахстанской 121,19, и Костанайской областях 123,48 на 100000 населения. Ниже среднереспубликанского уровня отмечено в Кызылординской 37,57 области и в городах Астана 27,23, Алматы 43,55 и Шымкенте 45,73 на 100000 населения.

Изучение многолетней динамики эпидемиологического процесса позволяет оценить тенденцию заболеваемости, которая может быть благоприятной в результате снижения числа заболеваний, неблагоприятной, связанной с ростом числа заболеваний или волнообразным (с периодическими колебаниями) течением.

В таблице 8 представлен показатель смертности городского населения от болезней органов пищеварения в Республике Казахстан за 2011– 2020 годы в динамике. Отмечено, что показатель смертности городского населения по БОП в Республике Казахстан за 2011– 2020 годы увеличился на 16,8%, с 55,03, как самый низкий показатель в 2011 году, до 64,29 в 2020 году на 100000 населения. При этом высокий показатель был установлен в 2015 году 68,61 на 100000 городского населения.

Как было сказано выше, с целью углубленного исследования нами были изучены показатели смертности городского населения в РК по областям и городам республиканского значения по двум этапам тенденции. На первом этапе исследования среднее значение смертности по республике составила: в 2011 году 55,03, в 2012 году 59,84, в 2013 году 63,09, в 2014 году 63,26 и в 2015 году 68,61 на 100000 городского населения.

Заинтересованность с эпидемиологической точки зрения представляет период повышения, выше республиканского показателя смертности БОП в 2011 году. Было установлены высокие показатели: в Акмолинской 83,90, Жамбылской 83,12 и Костанайской областях 84,30 на городского 100000 населения. Ниже среднереспубликанского уровня показатель смертности отмечен в Кызылординской 29,46, Мангистауской 36,94 областях и в городе Астана 27,48 на 100000 городского населения.

Аналогичный анализ среди горожан в 2012 году показал, что выше республиканского значения показателя БОП был установлен: высокие показатели отмечены в СКО 92,37, Западно– Казахстанской 101,65 и Карагандинской областях 89,89 на 100000 населения. При этом ниже среднего значения по РК было отмечено в Кызылординской области 29,49, а также в городах республиканского значения Алматы 36,92 и Астана 29,46 на 100000 городского населения.

Проведенный анализ в 2013– 2015 годы показателя смертности от БОП характеризуется высоким ростом по отношению к среднему значению по стране: в ЗКО в 2013 году 118,45, в 2014 году 109,80 и в 2015 году 108,70 на 100000 населения; в СКО в 2013 году 92,86, в 2014 году 193,75 и в 2015 году 85,41 на 100000 населения, в Костанайской области в 2013 году 81,06, в 2014 году 104,71 и 2015 году 132,41 на 100000 населения, в Восточно– Казахстанской области (ВКО) в 2013 году 79,75, в 2014 году 76,75 и в 2015 году 92,11 на 100000 населения, в Карагандинской области в 2013 году 92,55, в 2014 году 86,80 и в 2015 году 92,11 на 100000 городского населения.

Таблица 8 – Смертность городского населения от болезней органов пищеварения в Республике Казахстан за 2011– 2024 годы, на 100000 населения

Наименование региона	Болезни органов пищеварения на 100000 населения (городское население)													
	2011г.	2012г.	2013г.	2014г.	2015г.	2016г.	2017г.	2018г.	2019г.	2020г.	2021г.	2022г.	2023г.	2024г.
Акмолинская	83.90	72.01	68.63	61.69	69.02	76.58	60.23	67.15	66.63	80.58	75.57	58.17	50.92	56.25
Актюбинская	53.16	66.43	62.67	73.31	80.10	74.84	74.65	76.44	77.75	88.73	86.61	74.40	71.20	65.57
Алматинская	50.04	70.28	75.06	75.15	102.7	92.84	90.72	94.81	93.29	106.77	108.68	85.79	78.96	67.69
Атырауская	34.62	42.73	68.84	63.75	60.60	68.84	67.60	70.16	70.86	72.11	70.48	60.12	49.98	64.80
З– Казахстанская	53.05	101.65	118.45	109.80	108.70	112.81	83.62	85.35	77.23	86.33	89.96	61.64	68.34	65.30
Жамбылская	83.12	59.29	55.53	59.82	71.91	70.36	61.84	52.31	62.11	63.84	75.91	57.78	53.13	56.27
Карагандинская	75.87	89.89	92.55	86.80	92.11	87.37	76.35	67.56	74.06	72.81	80.54	74.14	74.54	72.08
Костанайская	84.30	81.81	81.06	104.71	132.4	139.94	122.55	137.27	129.72	135.86	143.82	116.29	112.69	109.17
Кызылординская	20.43	29.46	28.40	30.54	30.40	40.03	29.98	33.51	32.67	34.85	30.12	27.04	30.27	19.66
Мангистауская	36.94	41.43	52.34	39.88	43.91	45.85	51.59	52.56	57.33	76.55	51.84	40.41	37.44	48.02
Павлодарская	60.61	61.59	62.12	72.05	68.62	65.66	62.35	58.75	56.64	65.41	71.04	63.78	53.84	56.58
С– Казахстанская	77.12	92.37	92.86	93.75	85.41	83.90	91.57	88.42	104.85	96.44	86.22	81.84	74.48	90.42
Туркестанская (Ю– Казахстанская)	55.57	50.05	54.29	54.31	53.52	53.57	48.04	44.72	49.81	55.88	44.87	33.47	39.15	40.24
В– Казахстанская	63.71	75.11	79.75	76.14	93.23	81.71	69.24	66.67	68.04	74.54	66.90	68.30	56.86	68.48
г.Астана	23.75	27.48	26.12	21.59	24.25	23.84	20.37	20.48	22.22	27.32	25.91	21.66	21.04	21.63
г.Алматы	39.66	36.92	43.31	46.61	47.04	40.76	44.02	42.77	47.89	43.55	40.43	34.95	36.17	39.33
г.Шымкент		–			–	–	51.49	50.48	50.31	45.73	45.73	31.52	28.83	32.60
Республика Казахстан	55.03	59.84	63.09	63.26	68.61	66.09	60.42	59.47	61.55	64.29	63.00	51.37	49.14	50.59
Примечание– Составлено автором по данным статистического сборника Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения за 2011– 2024гг.														

При этом наибольшее снижение показателя смертности городского населения установлено: в Кызылординской области в 2013 году 28,40, в 2014 году 30,54 и в 2015 году 30,40 на городского 100000 населения и в городах Алматы в 2013 году 43,31, в 2014 году 46,61 и в 2015 году 47,04 на 100000 населения и Астана в 2013 году 26,12, в 2014 году 21,59 и в 2015 году 24,25 на 100000 городского населения.

На втором этапе исследования среднее значение смертности городского населения от БОП по РК составила в 2016 году 66,09, в 2017 году 60,42, в 2018 году 59,47, в 2019 году 61,55 и в 2020 году 64,29 на городского 100000 населения.

Максимальный вклад в повышении общего показателя смертности городского населения в 2016– 2018 годы от БОП внесли: Костанайская в 2016 году 139,94, в 2017 году 122,55 и в 2018 году 137,27 на городского 100000 населения; Алматинская область в 2016 году 92,84, в 2017 году 90,72 и в 2018 году 94,81 и СКО в 2016 году 83,90, в 2017 году 91,57 и в 2018 году 88,42 на 100000 городского населения.

Минимальное снижение общего показателя смертности городского населения в 2016– 2018 годы от заболеваемости органов пищеварения отмечено: в Кызылординской области в 2016 году 40,03, в 2017 году 29,98 и в 2018 году 33,51 на 100000 населения и в городах Алматы в 2016 году 40,46, в 2017 году 44,02 и в 2018 году 42,77 и Астана в 2016 году 23,84, в 2017 году 20,37 и в 2018 году 20,48 на городского 100000 населения.

Выше среднереспубликанского показателя смертности городского населения от БОП в 2019 году было установлено в 2011 году, высокие показатели выявлены в Алматинской 93,296, СКО 104,85 и Костанайской областях 129,72 на городского 100000 населения. Ниже среднереспубликанского уровня отмечено в Кызылординской 32,67 и в городах Алматы 47,89 и Астана 22,22 на городского 100000 населения.

В 2020 году выше республиканского значения показателя БОП было установлено: высокие показатели отмечены в Алматинской 106,77, Северо-Казахстанской 96,44, и Костанайской областях 135,86 на 100000 городского населения. При этом ниже среднереспубликанского уровня отмечено в Кызылординской области 34,85 и в городах Астана 27,32, Алматы 43,55, и Шымкент 45,73 на 100000 городского населения.

Динамика смертности сельского населения по болезням органов пищеварения в РК за 2011– 2020 годы на 100000 населения (таблица 9) увеличилась на 41,2%, с 57,89, как самый низкий показатель в 2011 году, до 82,18 в 2020 году на сельского 100000 населения. При этом высокий показатель был установлен в 2015 году 96,42 на сельского 100000 населения.

На первом этапе исследования среднее значение смертности сельского населения по республике составила: в 2011 году 57,89, в 2012 году 6,83, в 2013 году 67,56, в 2014 году 76,35 и в 2015 году 96,42 на 100000 населения.

Таблица 9 – Смертность сельского населения от болезней органов пищеварения в Республике Казахстан за 2011– 2024 годы на 100000 населения

Наименование региона	Болезни органов пищеварения на 100000 населения (сельское население)													
	2011г.	2012г.	2013г.	2014г.	2015г.	2016г.	2017г.	2018г.	2019г.	2020г.	2021г.	2022г.	2023г.	2024г.
Акмолинская	73.81	55.01	58.64	50.62	69.3	63.17	48.97	53.55	54.69	60.14	49.82	50.47	56.66	58.00
Актюбинская	61.60	60.01	80.28	84.23	111.90	115.69	100.91	110.43	108.10	124.65	127.70	109.05	117.09	97.51
Алматинская	57.89	60.83	67.56	76.35	96.41	86.42	80.09	72.55	78.04	82.18	74.54	60.49	62.15	56.26
Атырауская	44.22	49.88	50.66	49.53	65.32	72.11	50.35	65.79	69.41	62.12	86.04	62.35	50.89	57.41
З– Казахстанская	37.64	99.67	117.39	94.23	114.91	115.60	96.40	97.97	95.60	102.00	105.28	82.66	83.60	79.79
Жамбылская	94.99	42.33	45.74	45.55	55.32	58.14	61.64	53.26	61.89	61.74	67.35	51.05	50.18	54.54
Карагандинская	50.76	65.19	71.27	72.49	110.44	110.78	88.75	84.27	99.64	118.15	97.79	96.86	99.61	92.47
Костанайская	80.55	93.26	107.34	112.82	134.92	142.23	118.80	112.26	100.86	106.24	111.11	101.96	106.47	138.45
Кызылординская	24.00	28.00	29.29	25.85	30.52	34.27	34.28	36.85	36.72	39.77	36.45	32.49	31.71	32.87
Мангистауская	23.82	22.80	29.60	26.89	39.21	36.49	29.72	31.57	27.01	39.34	40.50	28.92	29.22	42.87
Павлодарская	45.39	56.10	65.40	69.20	73.33	69.89	74.37	71.30	60.47	78.25	82.35	79.03	74.53	69.04
С– Казахстанская	107.51	101.09	109.94	110.07	133.12	132.67	119.34	115.66	113.09	142.55	134.59	120.69	126.39	122.31
Туркестанская (Ю– Казахстанская)	48.04	43.83	44.93	41.66	52.35	45.86	44.36	45.24	41.93	48.25	50.79	33.40	36.90	44.13
В– Казахстанская	62.22	76.81	76.00	85.46	122.04	99.16	48.97	53.55	90.35	93.39	83.05	83.72	93.48	84.35
г.Астана	56.40	62,4	63.60	64.31	81.91	77.43	91.81	87.51	67.71	74.09				
г.Алматы	73.81	55.01	58.64	50.62	69.36	63.17	48.97	53.55	54.69	60.14				
г.Шымкент	61.60	60.01	80.28	84.23	111.90	115.69	100.91	110.43	108.10	124.65				
Республика Казахстан	57.89	60.83	67.56	76.35	96.42	86.42	80.09	72.55	78.04	82.18	72.47	59.26	60.40	62.17
Примечание– Составлено автором по данным статистического сборника Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения за 2011– 2024гг.														

В 2011 году выше республиканского значения смертности БОП были установлены высокие показатели: в СКО 107,51, Жамбылской 94,99 и Костанайской областях 80,55 на 100000 населения, и ниже в Кызылординской 24,00, Мангистауской 23,82 и ЗКО 37,64 на 100000 населения.

Данный анализ среди сельчан в 2012 году показал, что выше республиканского значения показателя БОП были установлены: в СКО 107,51, ЗКО 99,67 и Костанайской областях 93,26 на 100000 населения. При этом ниже среднего значения по РК было отмечено в Кызылординской 24,00, Мангистауской областях 23,82, а также в городе республиканского значения Алматы 36,92 и в Жамбылской области 42,33 на 100000 населения.

Проведенный анализ в 2013– 2015 годы показателя смертности сельского населения от БОП характеризуется высоким ростом по отношению к среднему значению по стране: в ЗКО в 2013 году 117,39, в 2014 году 94,23 и в 2015 году 114,91 на сельского 100000 населения; в СКО в 2013 году 109,94, в 2014 году 110,07 и в 2015 году 133,12 на 100000 населения, в Костанайской области в 2013 году 107,34, в 2014 году 112,82 и в 2015 году 142,23 на сельского 100000 населения.

Наибольшее снижение показателя смертности сельского населения установлено в Кызылординской в 2013 году 29,90, в 2014 году 25,85 и в 2015 году 30,52, в Мангистауской в 2013 году 29,60, в 2014 году 26,89 и в 2015 году 39,21 и в Жамбылской областях в 2013 году 45,74, в 2014 году 45,55 и в 2015 году 55,32 на 100000 сельского населения.

На втором этапе исследования среднее значение смертности городского населения от БОП по РК составила в 2016 году 86,42, в 2017 году 80,09, в 2018 году 72,55, в 2019 году 78,04 и в 2020 году 82,18 на 100000 населения.

Самый большой вклад в повышении общего показателя смертности сельского населения в 2016– 2018 годы от БОП внесли: Костанайская в 2016 году 1142,23, в 2017 году 118,80 и в 2018 году 112,26 на 100000 сельского населения; Актюбинская в 2016 году 115,69, в 2017 году 100,91 и в 2018 году 110,43 на 100000 населения и в СКО в 2016 году 132,67, в 2017 году 119,34 и в 2018 году 115,66 на 100000 сельского населения. Наряду с этим, наименьшее снижение общего показателя смертности сельского населения в 2016– 2018 годы от заболеваемости органов пищеварения отмечено в Кызылординской в 2016 году 34,27, в 2017 году 34,28 и в 2018 году 36,85, в Туркестанской 2016 году 45,86, в 2017 году 44,36 и в 2018 году 45,24 и в Мангистауской областях в 2016 году 36,49, в 2017 году 29,72 и в 2018 году 31,57 на 100000 сельского населения.

Отмечено, что выше среднереспубликанского показателя смертности сельского населения от БОП в 2019 году было установлено в Актюбинской 108,10, Северо– Казахстанской 100,86 и Костанайской областях 113,72 на 100000 сельского населения, и ниже в Кызылординской 36,72, в Туркестанской 41,93 и в Мангистауской областях 27,01 на 100000 сельского населения.

Интенсивный показатель смертности сельского населения в 2020 году выявил высокие их значения по отношению среднереспубликанскому в Актюбинской 124,65, в Северо– Казахстанской 142,55 и Костанайской областях

106,24 на 100000 населения. При этом ниже среднереспубликанского уровня отмечено в Кызылординской 39,77, в Мангистауской 39,34 и в Туркестанской областях 48,25 на 100000 сельского населения.

Таким образом, общая смертность населения по болезням органов пищеварения в Республике Казахстан за 2011– 2020 годы увеличилась на 22,9%, с 55,56, как самый низкий показатель в 2011 году, до 68,32 человек в 2020 году на 100000 населения. При этом высокий показатель был установлен в 2015– 2016 годах, соответственно 74,30 и 70,95 на 100000 населения.

По данным региональных показателей общей смертности, а также сельского и городского населения высокие показатели были обнаружены в Актюбинской, Северо– Казахстанской, Костанайской, Западно– Казахстанской областях. При этом, низкие показатели были отмечены во всех городах республиканского значения, а также в Кызылординской, Туркестанской и Мангистауской областях.

На заключительном этапе анализа исследования, нами была изучена смертность населения от болезней органов пищеварения в Жамбылской области в динамике за 2012– 2020 годы (таблица 10).

Таблица 10 – Смертность населения от болезней органов пищеварения в Жамбылской области за 2012– 2024 годы, на 100000 населения

Годы	Болезни органов пищеварения на 100000 населения		
	Все население	Город	Село
2012 г.	49,11	59,29	42,33
Темп прироста, %	59,0	71,3	44,6
2013 г.	49,67	55,53	45,74
Темп прироста, %	101,1	93,7	108,1
2014 г.	51,30	59,82	45,55
Темп прироста, %	103,3	107,7	99,6
2015 г.	62,00	71,90	55,30
Темп прироста, %	120,9	120,2	121,4
2016 г.	63,07	70,36	58,14
Темп прироста, %	101,7	97,9	105,1
2017 г.	61,72	61,84	61,64
Темп прироста, %	97,9	87,9	106,0
2018 г.	52,88	52,31	53,26
Темп прироста, %	85,7	84,6	86,4
2019 г.	61,98	62,11	61,89
Темп прироста, %	117,2	118,7	116,2
2020 г.	62,57	63,84	61,74
Темп прироста, %	101,0	102,8	99,8
2021г.	70,77	75,91	67,35
Темп прироста, %	113,1	118,9	109,1
2022г.	53,96	57,78	51,05

Продолжение таблицы 10

Темп прироста, %	76,2	76,1	75,8
2023г.	51,46	53,13	50,18
Темп прироста, %	95,4	92,0	98,3
2024г.	55,3	56,27	54,54
Темп прироста, %	107,5	105,9	108,7

Примечание – Составлено автором по данным статистического сборника Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения за 2012– 2024гг.

Проведенный ранее в данном разделе динамический анализ выявил увеличение общей смертности населения от болезней органов пищеварения в РК на 22,9% (с 55,56 до 68,32 на 100000 населения). Тогда как в изучаемом нами территориального объекта исследования – Жамбылской области, данный показатель сократился на 24,8%, с 83,28 в 2011 году до 62,57 на 100000 населения в 2020 году.

Кроме того, отмечено снижение показателя смертности от болезней органов пищеварения как городского, так и сельского населения Жамбылской области. Так, показатель смертности городского населения снизился на 23,1%, с 83,12 – в 2011 году до 63,84 на 100000 городского населения в 2020 году, и сельского населения на 35,0%, с 94,99 – в 2011 году, до 61,74 на 100000 сельского населения в 2020 году. Среди показателей общей смертности населения ежегодное снижение темпа прироста по отношению к предыдущему году было установлено в 2012 году на 41,0%, в 2017 году на 2,1% и в 2018 году на 14,3%.

Показатели темпа прироста смертности городского и сельского населения с болезнями органов пищеварения выносит отдельное представление степень охвата и организации динамического наблюдения за состоянием здоровья различных групп и слоев населения.

Динамический анализ темпа прироста (убыли) показателя общей смертности среди городского населения Жамбылской области показал их уменьшение по сравнению к предыдущему году в 2012 году на 28,7%, в 2013 году на 6,3%, в 2016 году на 2,1%, в 2017 году на 12,1% и в 2018 году на 15,4%.

Анализ смертности сельского населения от болезней органов пищеварения в Жамбылской области за 2012– 2020 годы обнаружил, что темп прироста (убыли) показателя снизился по отношению к предыдущему году в 2012 году на 55,4%, в 2014 году на 0,4%, в 2018 году на 13,6% и в 2020 году на 0,2% (рисунок 3).

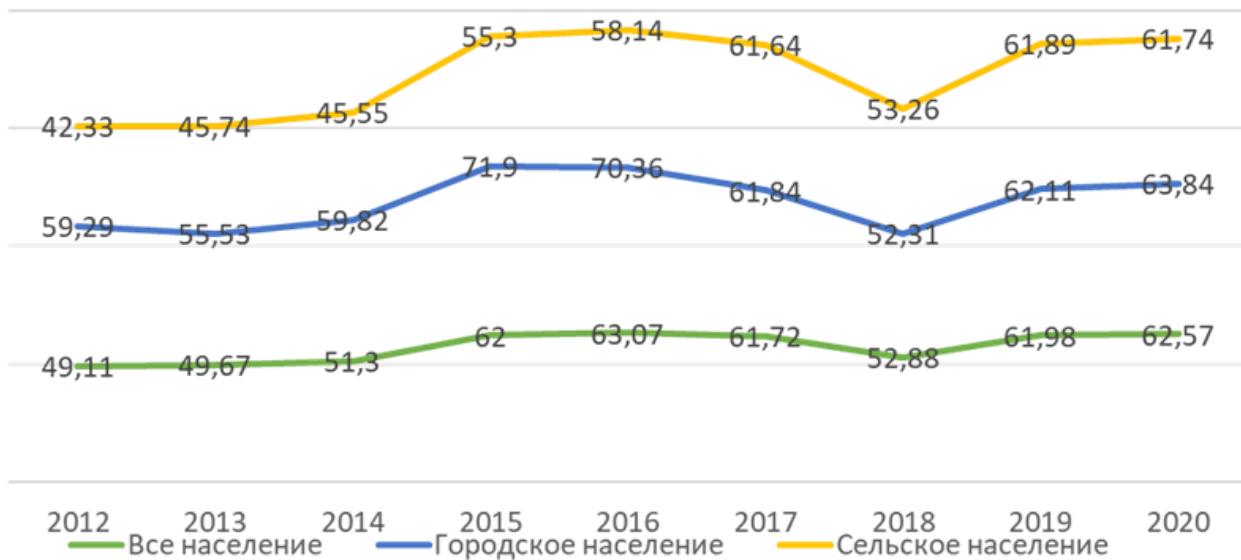


Рисунок 3 – Смертность населения от болезней органов пищеварения в Жамбылской области за 2011–2020 годы, на 100000 населения

Таким образом, при общем увеличении смертности населения по болезням органов пищеварения в целом по республике, отмечено снижение изучаемого показателя в Жамбылской области на 24,8% (с 83,28 до 62,57 на 100000 населения). Одновременно установлено снижение показателя смертности как городского (на 23,1%), так и сельского (35,0%) населения области. Следовательно, результаты данного раздела исследования позволит углубить понимание проблемы заболеваемости болезней органов пищеварения, расширить знания об эпидемиологических особенностях, факторах риска заболеваний и оптимизировать меры эпидемиологического надзора за ними.

3.4 Эпидемиологический анализ основных нозологий заболеваемости болезней органов пищеварения в Жамбылской области

3.4.1 Первичная заболеваемость основных нозологий болезни органов пищеварения в Жамбылской области

Важное место в оценке состояния здоровья населения занимает изучение уровня заболеваемости и ее структуры по отдельным нозологиям. Эпидемиологический анализ позволяет оценить удельный вес отдельных нозологий, что служит основанием для разработки программ по совершенствованию медицинской помощи среди различных групп населения.

Для выявления распространенности и структуры патологических состояний был проведен эпидемиологический анализ заболеваемости наиболее актуальными нозологиями БОП по Коду МКБ– 10, зарегистрированных

впервые в жизни, на 100000 человек соответствующего населения по данным форм статистического наблюдения:

- K21 – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ)
- K25, K26 – язва желудка и двенадцатиперстной кишки
- K29 – гастрит и дуоденит
- K80, K81, K83.0 – желчнокаменная болезнь (ЖКБ), холецистит, холангит
- K85, K86 – панкреатит: причины, симптомы, лечение (таблица 11).

Представленные данные позволяют проследить изменения разнонаправленные тенденции в уровне первичной заболеваемости населения Жамбылской области в различных типах поселений (область, город, село) по ряду ключевых нозологий за период с 2022 по 2024 годы. Для более глубокого понимания тенденций и выявления возможных взаимосвязей между различными показателями, проведем корреляционный анализ.

Анализ общей динамики показывает, что первичная заболеваемость в структуры отдельных нозологий БОП характеризуется снижением показателя с заболеваемостью ГЭРБ – на 41,7%. Данные заболеваемости органов пищеварения в разрезе городской и сельской местности выявляет ряд интересных тенденций: среди горожан – на 37,3%, с 41,0 до 25,7 и сельчан – на 41,2%, с 60,7 до 35,7 на 100000 населения, что может быть связано с улучшением диагностики и профилактики данного заболевания.

Таблица 11 – Общая динамика первичной заболеваемости городского и сельского населения по основным нозологиям БОП (на 100000 населения)

Наименование территории	2022 г.	2023 г.	2024 г.	Темп прироста 2024/2022 гг., в %	Коэффициент корреляции Пирсона (r_{xy})
K21 – гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭРБ)					0,75
область	53,7	30,1	31,3	– 41,7	
город	41,0	39,7	25,7	– 37,3	
село	60,7	22,8	35,7	– 41,2	
K25, K26 – язва желудка и двенадцатиперстной кишки					0,82
область	120,4	125,6	120,7	0,2	
город	156,6	156,1	159,3	1,7	
село	93,0	102,2	90,8	– 2,4	
K29 – гастрит и дуоденит					0,68
область	687,9	569,5	636,2	– 7,5	
город	994,0	633,2	718,8	– 27,7	
село	520,4	520,7	572,2	10,0	
K80, K81, K83.0 – желчнокаменная болезнь (холелитиаз), холецистит, холангит					0,91
область	0,55	681,5	714,5	5,9	
город	774,4	677,9	697,6	– 9,9	
село	653,2	684,0	727,6	11,4	

Продолжение таблицы 11

К85, К86 – панкреатит: причины, симптомы, лечение					0,55
область	130,3	140,2	169,3	29,9	
город	197,8	150,9	192,8	- 2,5	
село	93,4	132,0	151,1	61,8	
Примечание – Составлено автором по данным статистического сборника Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения за 2022–2024гг.					

Подобное, но незначительное распределение показателей установлена по К29 – гастрит и дуоденит. Так, в целом по области и городу снижение темпа прироста на 7,5% и 27,7% (или с 687,9 до 636,2 и с 994,0 до 718,8 на 100000 населения, соответственно). В городской местности отмечается более выраженное снижение заболеваемости по сравнению с сельской местностью, где наблюдается даже некоторый рост на 10,0% (от 520,4 до 572,2 на 100000 населения).

Отсутствие тенденции к росту (или + 0,2%), было отмечено с заболеваемостью язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, с незначительным ростом показателя в городе – на 1,7% и снижением на селе – на 2,4%. При этом, заболеваемость язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки остается относительно стабильной, с незначительными колебаниями в разные годы.

Выраженная тенденция роста наблюдается – панкреатит: причины, симптомы (Код по МКБ К85, К86) – на 29,9%, с 130,3 до 169,3 на 100000 населения, с одновременным незначительным снижением показателя у городского населения – на 2,5%. У сельчан отмечен наивысший прирост первичной заболеваемости – на 61,8% (с 93,4 до 151,1 на 100000 населения). Наиболее значительный рост заболеваемости отмечается по панкреатиту, особенно в сельской местности, что может быть связано с особенностями питания и образа жизни сельского населения. Кроме того, данная тенденция показателя выпадает на вспышку COVID– 19, которая приобрела характер пандемии.

Заболеваемость ЖКБ и холециститом демонстрирует разнонаправленные тенденции: в целом имеет средний прирост – 5,9% (от 674,4 до 714,5 на 100000 населения). Тенденцию роста было отмечено и у сельского населения – на 11,4% (от 653,2 до 727,6 на 100000 населения). Первичная заболеваемость данной патологии снизилась у городского населения – на 9,9% (от 774,4 до 697,6 на 100000 населения).

Высокие коэффициенты корреляции между заболеваемостью в городской и сельской местности по язвенной болезни, ЖКБ и ГЭРБ указывают на общие факторы риска, влияющие на распространенность этих заболеваний. Более низкие коэффициенты корреляции по гастриту/дуодениту и панкреатиту могут

свидетельствовать о специфических факторах риска, характерных для городской или сельской местности.

Динамика первичной заболеваемости по отдельным нозологиям БОП (рисунок 4) выявила наиболее значительное снижение наблюдается по ГЭРБ – на 41,7%, который может быть обусловлено улучшением диагностики, широким внедрением эндоскопических методов и профилактических программ, направленных на коррекцию диеты и снижение факторов риска.

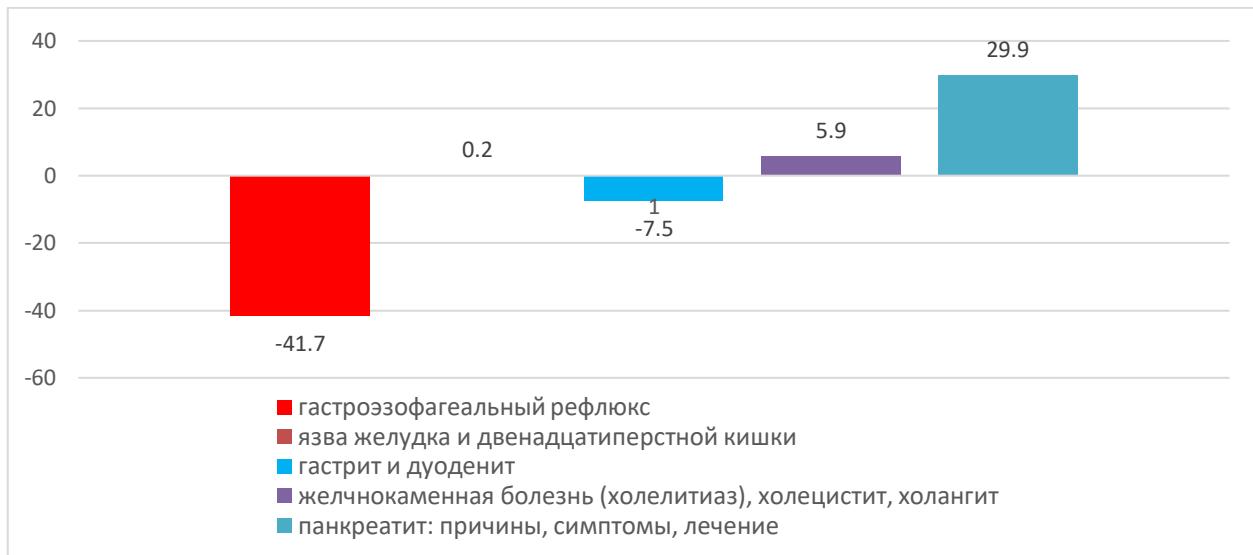


Рисунок 4—Динамика первичной заболеваемости по основным нозологиям БОП за 2022– 2024 годы (температура прироста, в %)

Заболеваемость язвой желудка и двенадцатиперстной кишки стабилизировалась на минимальном уровне роста (на 0,2%), что практически соответствует нулевой динамике. При этом гастрит и дуоденит также показывают снижение на 7,5%, что связано с повышением осведомленности о гигиене питания и снижением воздействия раздражающих факторов.

В противоположность, ЖКБ, холецистит и холангит демонстрируют умеренный рост показателя – на 5,9%, что может быть вызвано увеличением случаев метаболического синдрома, и малоподвижным образом жизни. Ну, и особое беспокойство вызывает динамика панкреатита – прирост на 29,9%. Причины включают желчнокаменную болезнь, злоупотребление алкоголем, гипертриглицеридемию и травмы.

В общей структуре заболеваемости на БОП (рисунок 5) основная доля приходились на ЖКБ, холецистит, холангит (42,7%) и гастрит и дуоденит (38,1%). Далее следуют панкреатит (10,1%), язва желудка и двенадцатиперстной кишки (7,2%) и ГЭРБ (1,9%). Наиболее динамично растут заболевания, связанные с желудочно–кишечным трактом и желчевыводящими путями, который требует усиленной профилактики, улучшения диагностики и

профилактических программ для снижения риска развития данных заболеваний.

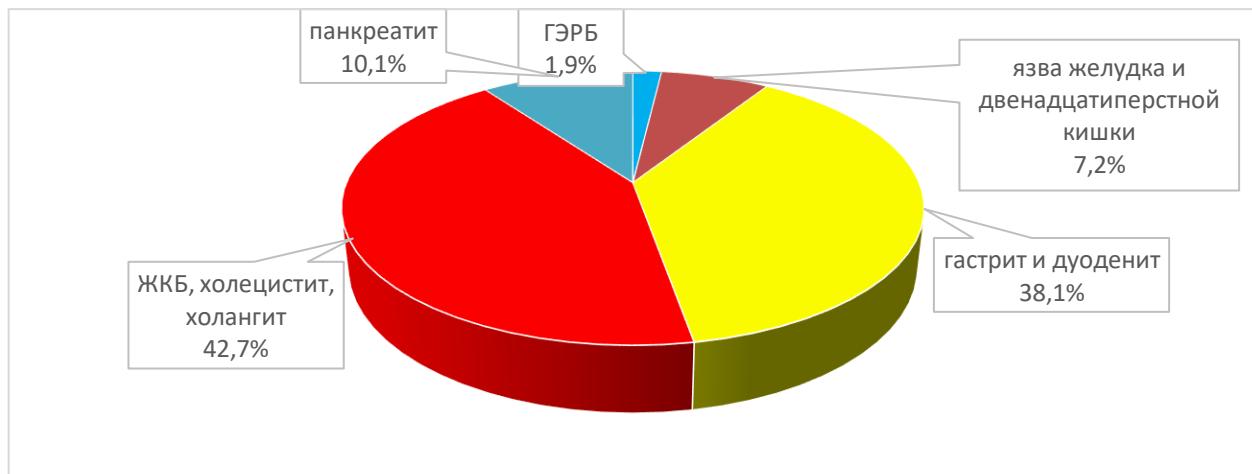


Рисунок 5 – Структура первичной заболеваемости по нозологиям БОП за 2024 год, в %

Таким образом, первичная заболеваемость в динамике по нозологии БОП выявил существенное снижение ГЭРБ (на 41,2%), что свидетельствует о возможном улучшении факторов риска и успешности профилактических мероприятий. Незначительное снижение выявлена по нозологии гастрит и дуоденит (на 7,5%), тогда как показатели язвы желудка и двенадцатиперстной кишки остаются на стабильном уровне. Относительно стабильный рост выявлен ЖКБ, холецистит и холангит (на 5,9%), тогда как наибольшее увеличение обнаружена с панкреатитом (на 29,9%), что указывает на нарастающие проблемы с пищеварением, и особенно в сельских районах, где наличие панкреатита увеличилось на 61,8%.

3.4.2 Первая заболеваемость основных нозологий болезни органов пищеварения по категории населения в Жамбылской области

За исследуемый период наблюдений показатель первичной заболеваемости БОП по нозологии различных групп (взрослого, подросткового, детского) населения Жамбылской области характеризуются разнонаправленными тенденциями как в городской, так и в сельской местности.

Динамика первичной заболеваемости взрослого городского и сельского населения Жамбылской области по основным нозологиям БОП представлена в таблице 12.

Таблица 12 – Динамика первичной заболеваемости взрослого городского и сельского населения Жамбылской области по основным нозологиям БОП (на 100000 населения)

Наименование территории	2022 г.	2023 г.	2024 г.	Темп прироста 2024/2022 гг., в %	Коэффициент корреляции Пирсона (r_{xy})
K21– гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭРБ)					0,35
область	42,0	34,9	39,9	– 5,0	
город	54,0	54,2	35,0	– 35,2	
село	34,9	19,7	43,9	25,8	
K25, K26– язва желудка и двенадцатиперстной кишки					0,72
область	181,0	188,3	183,6	1,4	
город	231,5	229,5	240,6	3,9	
село	141,1	155,6	138,0	– 2,2	
K29– гастрит и дуоденит					0,68
область	744,9	581,2	722,7	– 3,0	
город	889,3	487,4	675,4	– 24,1	
село	660,0	655,6	760,4	15,2	
K80, K81, K83.0– желчнокаменная болезнь (холелитиаз), холецистит, холангит					
область	925,5	955,1	1014,9	9,7	
город	978,7	874,9	960,5	– 1,9	
село	973,2	1018,7	1056,8	8,6	
K85, K86– панкреатит: причины, симптомы, лечение					0,72
область	197,9	207,6	248,6	25,6	
город	284,7	213,9	275,8	– 3,1	
село	146,9	202,6	226,9	54,5	
Примечание– Составлено автором по данным статистического сборника Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения за 2022–2024гг.					

При этом ведущими заболеваниями в снижение значений на протяжении трех лет были болезни ГЭРБ и гастрит и дуоденит: ГЭРБ– на 5,0%, с 42,0 в 2022 году, до 39,9 в 2024 году и гастрит и дуоденит– на 3,0%, с 744,9 в 2022 году, до 722,7 в 2024 году на 100000 населения.

Тенденции в различных типах местности взрослого населения демонстрирует ГЭРБ снижение в городской местности (на 35,2%), в то время как в сельской наблюдается значительный прирост (на 25,8%). Это может быть связано с различиями в образе жизни, питании и доступности медицинской помощи. В отношении гастрита и дуоденита, в городской местности наблюдается значительное снижение заболеваемости (на 24,1%), в то время как в сельской местности отмечается выраженный рост (на 15,2%).

В нозологии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки наблюдается относительная стабильность с небольшими колебаниями роста на 1,4%, с 181,0 в 2022 году, до 183,6 в 2024 году, а также с ЖКБ, холециститом и холангитом– на 9,7%, с 925,5 в 2022 году, до 1014,9 в 2024 году на 100000 населения. Тогда как, по панкреатитам наблюдается наибольшая динамика на 25,6%, с 197,9 в 2022 году, до 248,6 в 2024 году на 100000 населения.

В зависимости от разных типов населенных пунктов (город– село) исследуемого взрослого населения язва желудка и двенадцатиперстной кишки

характеризуется с незначительными колебаниями в городе (на 3,9%), и небольшим снижением в сельской местности (на 2,2%). ЖКБ, холецистит и холангит демонстрируют устойчивый рост на селе (на 8,6%), но незначительное снижение в городе (на 1,9%). Панкреатит характеризуется высоким ростом в селе (на 54,5%), в то время как в городе наблюдается небольшое снижение (на 3,1%). Полученные данные могут установить причины таких изменений и разработать целевые меры профилактики и лечения для различных групп населения.

Значимыми выявленных корреляций считались с $p < 0,05$, среди городских жителей наиболее сильная положительная корреляция была обнаружена между язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки и панкреатитом. В сельской местности сильная положительная корреляция наблюдалась между гастритом и дуоденитом и ЖКБ.

Сравнение значений темпа прироста наглядно представлена на рисунке 6. Из рисунка следует, что наблюдается разнонаправленная динамика заболеваемости: по некоторым нозологиям (ГЭРБ, гастрит и дуоденит) отмечается снижение, в то время как по другим (язва, ЖКБ, панкреатит) – рост.

Так, наибольший рост заболеваемости наблюдается по панкреатиту – на 25,6%, что может свидетельствовать об ухудшении факторов риска, таких как питание, злоупотребление алкоголем, и, возможно, поздней диагностике других заболеваний ЖКТ, являющихся факторами риска для развития панкреатита.

Значительный рост заболеваемости ЖКБ – на 9,7%, может быть связан с несколькими факторами: старение населения, изменения в питании (повышенное потребление жирной пищи), малоподвижный образ жизни. Небольшой рост язвы желудка и двенадцатиперстной кишки – на 1,4%, может отражать недостаточно эффективную борьбу с основным возбудителем язвенной болезни (несоблюдение диеты или другие факторы риска).

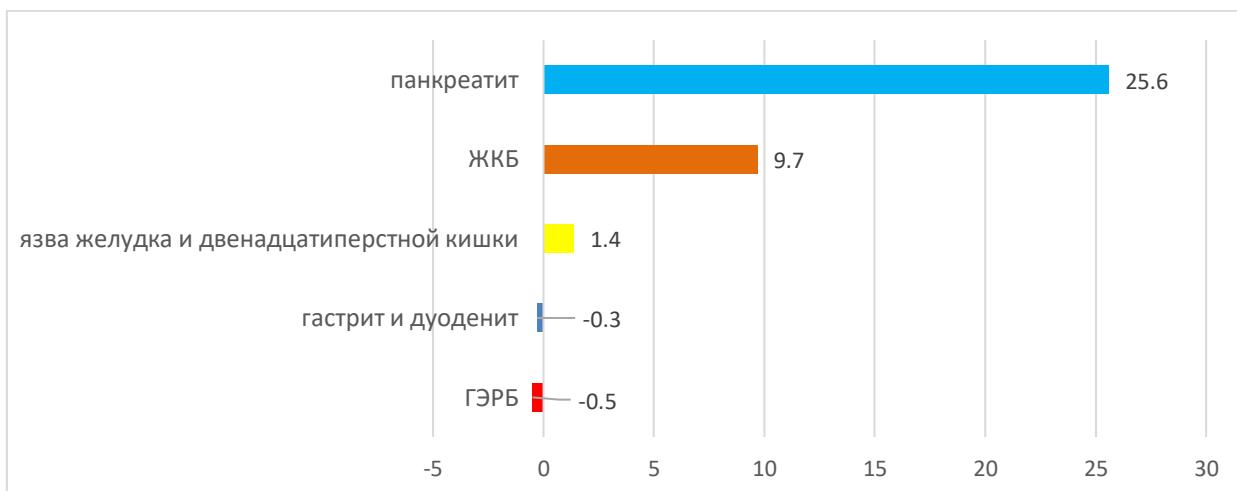


Рисунок 6 – Динамика первичной заболеваемости по основным нозологиям БОП взрослого населения за 2022–2024 годы (темпер прироста, в %)

Незначительное снижение заболеваемости наблюдается по ГЭРБ – на 0,5% и гастриту и дуодениту – на 0,3%, может быть связано с улучшением профилактических мер, изменением образа жизни населения (например, диета), и/или более эффективной диагностикой и лечением.

Структура заболеваемости БОП у взрослого населения менялась незначительно на протяжении исследуемых трех лет (рисунок 7). Значительно высокую долю составляли ЖКБ, холецистит, холангит (45,9%) и гастрит и дуоденит (32,7%). Удельный вес с меньшей долей установлен панкреатитом (11,3%), язва желудка и двенадцатиперстной кишки (8,3%) и ГЭРБ (1,8%).



Рисунок 7 – Структура первичной заболеваемости взрослого населения по основным нозологиям БОП за 2024 год, в %

Анализ первичной заболеваемости подростков Жамбылской области в период представленный в таблице 13, выявляет разнонаправленные тенденции по основным нозологиям БОП. Выраженная тенденция роста наблюдается только с панкреатитом – на 77,8%, с 51,0 до 90,7 на 100000 населения.

Таблица 13 – Динамика первичной заболеваемости подросткового городского и сельского населения Жамбылской области по основным нозологиям БОП (на 100000 населения)

Наименование территории	2022 г.	2023 г.	2024 г.	Темп прироста 2024/2022 гг, в %	Коэффициент корреляции Пирсона (r_{xy})
K21 – гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭРБ)					– 0,78
область	24,7	22,2	15,1	– 38,9	
город	35,7	29,5	24,0	– 32,8	
село	20,0	17,3	9,2	– 54,0	
K25, K26 – язва желудка и двенадцатиперстной кишки					0,65
область	103,4	122,6	76,7	– 25,8	

Продолжение таблицы 13

город	145,3	162,4	78,8	- 45,8	
село	75,4	96,3	75,7	0,4	
K29– гастрит и дуоденит					0,92
область	1039,5	1031,8	954,6	- 8,2	
город	1686,4	1320,2	1316,0	- 22,0	
село	757,5	838,8	712,9	- 5,9	
K80, K81, K83.0– желчнокаменная болезнь (холелитиаз), холецистит, холангит					0,85
область	473,3	493,4	321,9	- 32,0	
город	674,0	679,0	390,4	- 42,1	
село	339,4	370,4	277,5	- 18,2	
K85, K86– панкреатит: причины, симптомы, лечение					- 0,55
область	51,0	54,7	90,7	77,8	
город	96,8	88,5	123,4	27,5	
село	31,1	32,1	68,8	121,2	
Примечание– Составлено автором по данным статистического сборника Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения за 2022– 2024гг.					

В отличие от других заболеваний, заболеваемость панкреатитом значительно возросла во всех территориальных группах, причем в сельской местности этот рост является наиболее значительным– на 121,2%, по отношению к городской– на 27,5%. Представленные данные указывают на необходимость дальнейшего изучения факторов, влияющих на заболеваемость, особенно в сельской местности.

Вместе с тем, большинству рассматриваемых заболеваний наблюдается снижение первичной заболеваемости в 2024 году по сравнению с 2022 годом. Так, заболеваемость ГЭРБ снизилась в области– на 38,9%, с 24,7 до 15,1 на 100000 населения и во всех территориальных группах. Наибольшее снижение наблюдается в сельской местности– на 54,0% и в городской– на 32,8%.

Язва желудка и двенадцатиперстной кишки снизилась– на 45,8%, с 145,3 до 78,8 на 100000 населения. Причем в городе снижение более выражено– на 45,8%, в сельской местности заболеваемость практически не изменилась– на 0,4%.

Незначительное снижение демонстрируют гастрит и дуоденит– на 8,2%, с 1039,5 до 954,6 на 100000 населения, но остаются на высоком уровне, особенно в городских районах– на 22,0%, по отношению к селу– на 5,9%.

Заболеваемость ЖКБ, холецистит, холангит также снизилась во всех территориальных группах: в области– на 32,0%, с 473,3 до 321,9 на 100000 населения, в городе– на 42,1% и на селе– на 18,2%.

Различия в заболеваемости подростков между городом и селом могут быть связаны с различиями в образе жизни, питании, доступе к медицинской помощи и другими социально– экономическими факторами.

Отрицательные коэффициенты корреляции указывает на более высокую заболеваемость в городской местности ГЭРБ и панкреатитам в сельской,

указывают на общие факторы риска, влияющие на распространенность этих заболеваний. Положительная корреляция среди язвы желудка/двенадцатиперстной кишки, ЖКБ и гастриту/дуодениту ГЭРБ указывают на связь между высокой заболеваемостью этими болезнями и городской местностью.

Динамика темпа прироста первичной заболеваемости по основным нозологиям подросткового населения (рисунок 8) выявила выраженную разнонаправленность динамики: большинство нозологий демонстрируют существенное снижение заболеваемости, панкреатит показывает резкий и значительный рост.

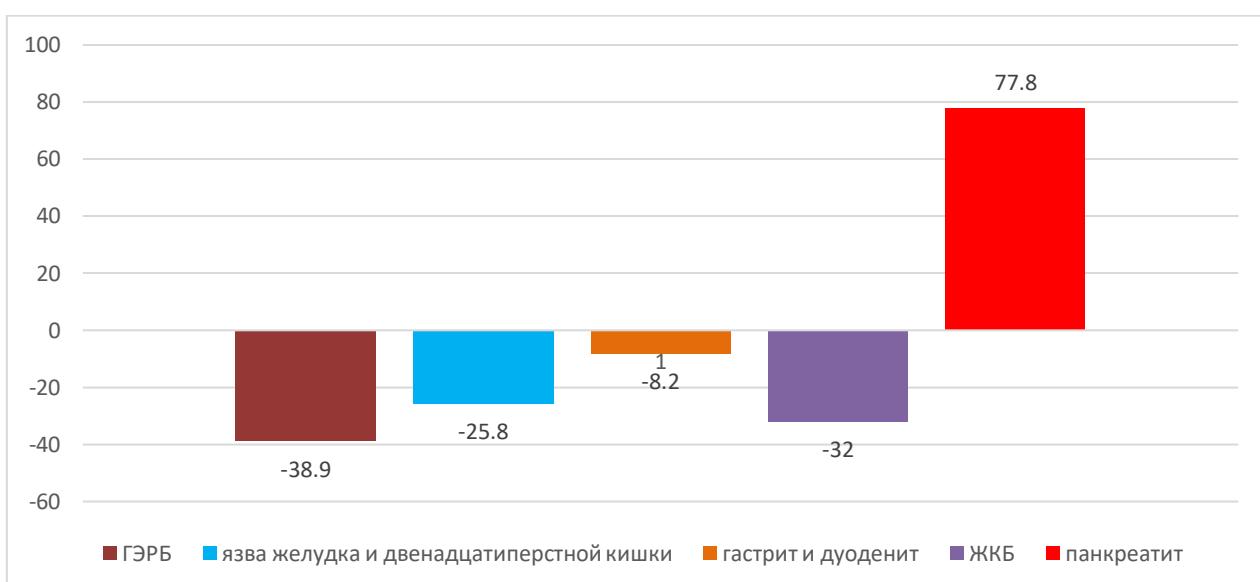


Рисунок 8– Динамика первичной заболеваемости по основным нозологиям БОП подросткового населения за 2022– 2024 годы (темпер прироста, в %)

Существенное снижение заболеваемости ГЭРБ– на 38,9%, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки– на 25,8% и ЖКБ– на 32,0% в подростковом возрасте, может быть связано с изменением пищевых привычек, осведомленности о вреде курения, ранней диагностикой и эффективным лечением. Повышением осведомленности о необходимости соблюдения режима питания.

Резкий скачок заболеваемости панкреатитом– на 77,8% в подростковом возрасте является наиболее беспокойным уведомлением. Возможными причинами являются: потребление алкоголя среди подростков остается проблемой; нарушения питания, ожирение и метаболический синдром. Наибольший удельный вес в общей структуре заболеваемости БОП (рисунок 9) приходились на гастрит и дуоденит (65,4%) и почти четверть на ЖКБ, холецистит, холангит (22,1%).

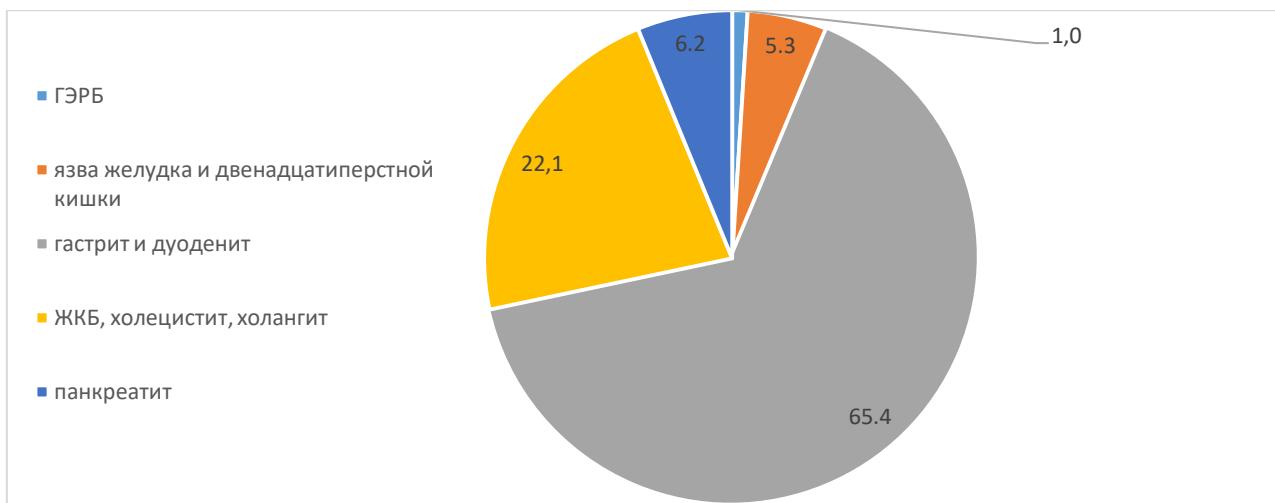


Рисунок 9 – Структура первичной заболеваемости подросткового населения по основным нозологиям БОП за 2024 год, в %

Далее следуют панкреатит (6,2%), язва желудка и двенадцатиперстной кишки (22,1) и ГЭРБ (6,2%). Наиболее динамично растут заболевания, связанные с желудочно-кишечным трактом и желчевыводящими путями, который требует усиленной профилактики, улучшения диагностики и профилактических программ для снижения риска развития данных заболеваний.

Представленные данные свидетельствуют о высокой распространенности воспалительных заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки среди подросткового населения. Уделяя внимание профилактике, ранней диагностике и комплексному подходу к лечению, возможно снизить бремя этих заболеваний и улучшить качество жизни подрастающего поколения.

Динамика первичной заболеваемости городских и сельских детей выявил их снижение во всех нозологиях БОП, кроме панкреатита (таблица 14). Так, наибольшее снижение за исследуемый период установлено с заболеваемостью ГЭРБ – на 78,1%, с 80,4 в 2022 году, до 17,6 в 2024 году на 100000 населения.

Таблица 14 – Динамика первичной заболеваемости детского городского и сельского населения Жамбылской области по основным нозологиям БОП (на 100000 населения)

Наименование территории	2022 г.	2023 г.	2024 г.	Темп прироста 2024/2022 гг, в %	Коэффициент корреляции Пирсона (r_{xy})
K21 – гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭРБ)					
область	80,4	22,4	17,6	– 78,1	0,42
город	13,8	12,5	7,2	– 47,8	
село	112,8	29,6	25,5	– 77,4	
K25, K26 – язва желудка и двенадцатиперстной кишки					
область	8,5	6,8	6,4	– 24,7	0,96

Продолжение таблицы 14

Город	9,0	9,0	9,0	0,0	
село	8,2	5,2	4,5	- 45,1	
K29– гастрит и дуоденит					0,99
область	517,8	468,6	409,0	- 21,0	
город	1114,1	813,1	702,0	- 37,0	
село	226,8	217,1	190,3	- 16,1	
K80, K81, K83.0– желчнокаменная болезнь (холелитиаз), холецистит, холангит					0,98
область	230,9	192,5	203,5	- 11,9	
город	382,5	286,0	219,6	- 42,6	
село	121,4	124,2	191,5	57,7	
K85, K86– панкреатит: причины, симптомы, лечение					0,99
область	13,9	26,5	30,2	117,3	
город	26,1	35,2	37,7	44,4	
село	7,9	20,1	24,6	211,4	

Примечание – Составлено автором по данным статистического сборника Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения за 2022– 2024гг.

Практически одинаковые снижение значение темпа прироста было отмечено с язвой желудка и двенадцатиперстной кишки – на 24,7%, с 8,5 до 6,4 и гастритом и дуоденитом – на 21,0, с 517,8 до 409,0 на 100000 населения. ЖКБ, холецистит и холангит, соответственно снизился на 11,9, с 230,9 до 203,5 на 100000 населения. Снижение распространенности ГЭРБ может быть связано с изменениями в образе жизни или питании детей, которые также могли повлиять на динамику гастритов и язвенных болезней.

Сравнительный анализ в заболеваемости городского и сельского детского населения в отношение ГЭРБ зафиксировал наибольшее снижение в сельской местности – на 77,4%, в то время как в городах снижение составило – на 47,8%. Более изменчивую картину показывает язва желудка и двенадцатиперстной кишки: в городских условиях заболеваемость осталась на прежнем уровне, в то время как в сельских регионах наблюдается снижение – на 45,1%. Снижение распространенности ГЭРБ может быть связано с изменениями в образе жизни или питании детей, которые также могли повлиять на динамику гастритов и язвенных болезней.

Гастрит и дуоденит также демонстрируют тенденцию к снижению, но в меньшей степени, чем ГЭРБ с наиболее выраженным сокращением в городах – на 37,0% и с менее – в селах – на 16,1%. Совсем неоднородной оказалась обстоятельства с ЖКБ, холециститом и холангитом, где городах наблюдается высокое снижение заболеваемости – на 42,6%, с таким же высоким существенным ростом в сельской местности – на 57,7%.

Проявленная высокая тенденция роста панкреатита – на 117,3%, с 13,9 в 2022 году, до 30,2 в 2024 году на 100000 населения вызывают обеспокоенность.

При этом, если у горожан данный показатель увеличился на 44,4%, то дети сельчане Жамбылской области являются лидерами по темпам прироста основных нозологий БОП – на 211,4% (с 7,9 до 24,6 на 100000 населения). Данный показатель может указывать на влияние специфических региональных факторов, таких как доступность медицинской помощи, экологическая обстановка или особенности питания, которые требуют дальнейшего детального изучения.

Высокие положительные корреляции указывают на стабильную тенденцию в динамике заболеваемости среди городских и сельских жителей с гастритом/дуоденитом, язвой желудка и двенадцатиперстной кишки и панкреатитом. Сильная обратная корреляция у желчнокаменной болезни – городские значения падают, а сельские растут. ГЭРБ демонстрирует слабую корреляцию, так как выявлена неоднородная динамика заболеваемости.

На рисунке 10 представлена динамика первичной заболеваемости по основным нозологиям болезней органов пищеварения (БОП) среди детского населения за период 2022– 2024 годов, выраженная в темпах прироста (в %).

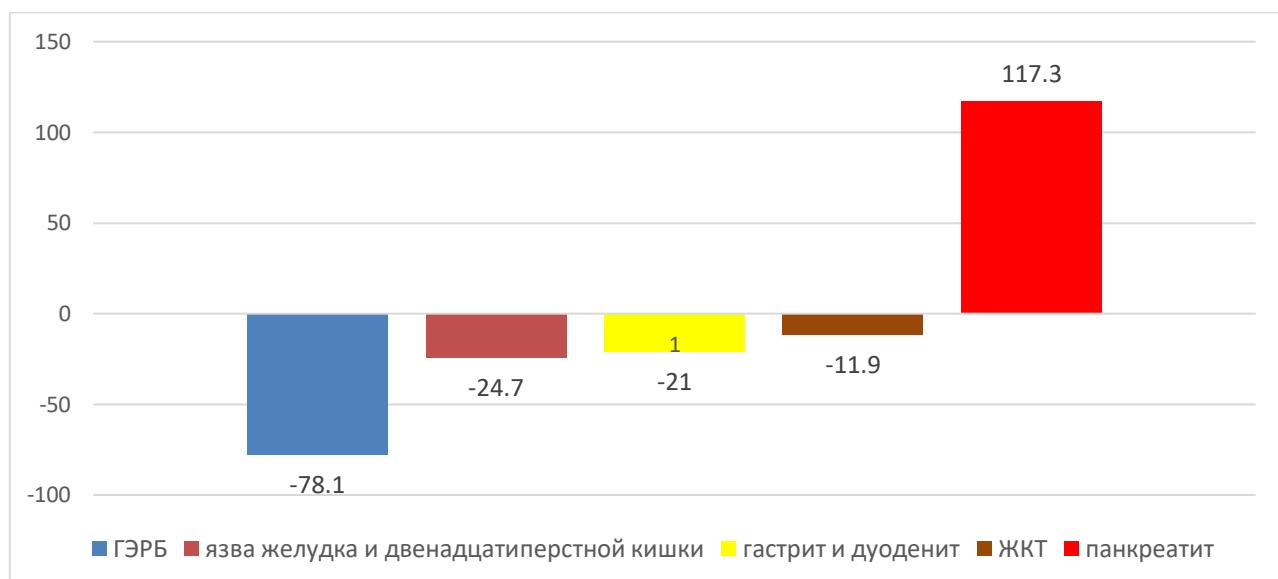


Рисунок 10 – Динамика первичной заболеваемости по основным нозологиям БОП детского населения за 2022– 2024 годы (темпер прироста, в %)

Наибольшее снижение первичной заболеваемости наблюдается по ГЭРБ – на 78,1%. Это может быть результатом совершенствования методов диагностики, повышения эффективности лечения или изменения факторов риска, влияющих на возникновение данного заболевания.

Заболеваемость язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, гастрит и дуоденит также демонстрирует отрицательную динамику – на 24,7% и 21,0%, соответственно, а заболеваемость органов ЖКТ демонстрирует небольшое снижение – на 11,9%. Важно отметить, что данные заболевания часто связаны с образом жизни, питанием и стрессом, поэтому изменения в этих сферах также могли повлиять на динамику.

В отличие от вышеперечисленных заболеваний, панкреатит демонстрирует значительный рост первичной заболеваемости – на 117,3%. Возможно, это связано с изменением структуры питания, увеличением потребления фастфуда, ростом числа детей с избыточным весом или другими факторами.

Анализ структуры первичной заболеваемости детского населения (рисунок 11) по основным нозологиям выявил наибольшую долю занимают гастрит и дуоденит – 61,3% и ЖКБ с показателем – 30,5%. Важно отметить, что эта категория, будучи достаточно объемной, может скрывать за собой различные функциональные расстройства, диспептические явления, нарушения моторики и другие состояния. Удельный вес с меньшей долей установлен панкреатитом (4,5%), язва желудка и двенадцатиперстной кишки (1,0%) и ГЭРБ (2,6%).



Рисунок 11– Структура первичной заболеваемости детского населения по основным нозологиям БОП за 2024 год, в %

Следовательно, можно констатировать, что динамика заболеваемости детского населения Жамбылской области по основным нозологиям БОП неоднородна. Наблюдается явная тенденция к снижению по ряду заболеваний, таких как ГЭРБ, язва желудка и двенадцатиперстной кишки (в сельской местности), гастрит и дуоденит, а также желчнокаменная болезнь (в городах). В то же время, панкреатит демонстрирует тревожный рост, особенно в сельских районах.

Таким образом, эпидемиологический анализ основных нозологий заболеваемости БОП выявил выраженное снижение заболеваемости ГЭРБ в сельской местности (на 41,2%) и в области (на 41,7%). Заболеваемость язвой желудка и двенадцатиперстной кишки характеризуется стабильность, с незначительным общим приростом за период: с ростом в городе (на 1,7%) и снижением на селе (на 2,4%).

В представленной выборке гастрит и дуоденит являются наиболее распространенными заболеваниями с существенным снижением заболеваемости городского населения (на 27,7%). ЖКБ, холецистит, холангит характеризуется с высокими корреляциями и выраженным ростом в сельской местности (на 11,4%). Панкреатит демонстрирует наиболее существенный рост заболеваемости в сельской местности (на 61,8%), и снижение в городской (на 2,5%). Динамика заболеваемости по различным нозологиям предоставляет ценную информацию для формирования здравоохранительной политики и стратегий профилактики.

4 СОЦИАЛЬНО– ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА НАСЕЛЕНИЯ ЖАМБЫЛСКОЙ ОБЛАСТИ

В предыдущих разделах был изучен эпидемиологический анализ заболеваемости и смертности от болезней органов пищеварения в РК и в Жамбылской области на основе всестороннего анализа официальных материалов, характеризующих различные аспекты их деятельности без учета мнения больных о социально– гигиенических факторах риска. Использование данных опроса населения наряду с таким объективным анализом фактических материалов может служить для комплексной оценки состояния медицинской помощи и разработки мероприятий по ее дальнейшему совершенствованию.

В свете изложенного выше, актуальными являются исследования, посвященные изучению малоизученных факторов риска органов пищеварения, а также эпидемиологической характеристики наиболее актуальных для нашей страны заболеваний пищеварительной системы.

Социологические исследования являются важным источником информации о социальных процессах в системе здравоохранения. При этом, анкетирование, как один из видов социологического исследования, позволяет получить информацию сравнительно быстро и дешево, что способствует популярности этого метода исследования.

Опрос позволяет охватить наибольшее количество респондентов при минимальных затратах времени и средств, с более достоверными результатами. Преимущество анкетного метода заключается в том, что он не требует специальной подготовки и может проводиться практически любым сотрудником после соответствующего инструктажа.

Исходя из этого, в 2021 году Казахстанским медицинским университетом «Высшая школа общественного здравоохранения» был организован мониторинг проведения анкетирования и антропометрии в 8 пунктах INVIVO Жамбылской области в рамках подзадачи 1.1 «Провести эпидемиологическое исследование влияния социально– экономических, психосоциальных и поведенческих факторов на здоровье населения Республики Казахстан с последующей разработкой управленческих решений (Жамбылская область)» научно– технической программы «Национальная программа персонализированной и превентивной медицины в Республике Казахстан».

4.1 Оценка поведенческих факторов по потреблению соли, алкоголя и табака у жителей Жамбылской области с использованием опросника STEPS Всемирной организации здравоохранения (n=1201)

В исследовании приняли участие 1201 респондентов, из них на опросник ответили на русском языке 421 (93,1%) мужчин, 669 (89,3%) женщин, на казахском языке 31 (6,9%) мужчин, 80 (10,7%) женщин, $\chi^2 = 4,910$, $p=0,027$ (таблица 15).

Таблица 15 – Общие социально– демографические характеристики участников исследования Жамбылской области (n=1201)

Наименование значений/функции		Пол						Статистическ ий тест	
		Мужской		Женский		Всего		χ^2	р– оценк а
		n	%	n	%	n	%		
Язык опроса	Казахский	31	6,9	80	10,7	111	9,2	4,910	0,027
	Русский	421	93,1	669	89,3	1090	90,8		
Каков наивыс ший уровень получе нного Вами образов ания?	Нет образования	–	–	–	–	–	–	8,335	0,080
	Законченное начальное (4кл)	2	0,4	2	0,2	4	0,3		
	Законченное среднее (9кл)	50	11,1	70	9,4	120	10,0		
	Законченное среднее (11кл)	152	33,7	295	39,4	447	37,3		
	Высшее	231	51,2	369	49,3	600	50,0		
	Магистратура/Аспирантура/ Докторантурा	16	3,5	12	1,6	28	2,3		
К какой этничес кой группе Вы относит есь?	Казах	248	54,9	383	51,0	631	52,5	13,03 1	0,043
	Русский	86	19,0	198	26,4	284	23,6		
	Узбеки	36	8,0	52	6,9	88	7,3		
	Украинцы	9	2,0	10	1,3	19	1,6		
	Уйгуры	2	0,4	–	–	2	0,2		
	Татары	11	2,4	22	2,9	33	2,7		
	Другие	60	13,3	84	11,2	144	12,0		
Каково Ваше семейн ое положе ние?	Холост/не замужем	78	17,3	120	16,0	198	16,5	52,30 0	<0,00 1
	Женат/замужем	352	77,9	491	65,6	843	70,2		
	Женат/замужем, но живем раздельно	1	2,0	5	7,0	6	5,0		
	Разведен/а	13	2,9	73	9,7	86	7,2		
	Вдовец/вдова	4	0,9	57	7,6	61	5,1		
	Состоит в гражданском брачке	4	0,9	3	0,4	7	0,6		
Что из перечис ленного более соответ ствует основн ому роду занятий за 12 мес.?	Госслужащий	50	11,1	73	9,8	123	10,3	127,3 81	<0,00 1
	Работник частного сектора	156	34,7	209	27,9	365	30,5		
	Бюджетный служащий	44	9,8	119	15,9	163	13,6		
	Предприниматель	86	19,2	75	10,0	161	13,5		
	Работник сель/хоз– ва	10	2,2	10	1,3	20	1,7		
	Учащийся	10	2,2	15	2,0	25	2,0		
	Домохозяйка	4	0,9	128	17,1	132	11,0		
	Пенсионер	51	11,4	104	13,9	155	12,9		
	Безработный (способный работать)	35	7,8	12	1,6	47	3,9		
	Безработный (неспособный работать)	3	7,0	3	7,0	6	5,0		

Примечание– Составлено автором по данным опросника STEPS ВОЗ

По данным опроса, среди мужчин с высшим образованием– 231 (51,2%) человек, имеют законченное среднее образование (11 кл) – 152 (33,7%), законченное среднее (9 кл) – 50 (11,1%), законченное начальное (4 кл) – 2 (0,4%), нет школьного образования – 0%, магистратура/аспирантура/докторантурা – 16 (3,5%). Среди женщин с высшим образованием – 369 (49,3%), законченное среднее (11 кл) – 295 (39,4%), законченное среднее (9 кл) – 70 (9,4%), законченное начальное (4 кл) – 2 (0,3%), нет школьного образования – 0%, магистратура/аспирантура/докторантурा – 12 (1,6%), χ^2 – 8,335, p=0,08.

Этническая группа: казахи – 631 (52,5%), русские – 284 (23,6%), узбеки – 88(7,3%), украинцы – 19 (1,6%), уйгуры – 2 (0,2%), татары – 33 (2,7%), другие

этнические группы – 144 (12%), $\chi^2 = 13,031$, $p=0,043$. Семейное положение: холост/не замужем – 198 (16,5%), женат/замужем – 843 (70,2%), женат/замужем, но живем раздельно – 6 (0,5%), разведен/разведена – 86 (7,2%), вдовец/вдова – 61 (5,1%), состоят в гражданском браке – 7 (0,6%), $\chi^2 = 52,300$, $p<0,001$.

Характеристика употребления соли и усилителей аппетита (n=1201)

Характеристика употребления соли и усилителей аппетита представлена в таблице 16. Анализ полученных данных свидетельствует о том, что 25,3% респондентов полностью воздерживаются от добавления соли или солёных соусов в пищу перед её употреблением или непосредственно во время приёма пищи. При этом доля таких лиц несколько выше среди мужчин (27%), чем среди женщин (24,2%). Остальные участники опроса практикуют дополнительное подсаливание готовых блюд: 20,2% делают это постоянно, 12,2% — часто, 20,7% — иногда, 21,7% — редко. Следует отметить, что среди женщин выше доля тех, кто добавляет соль или солёные соусы регулярно (всегда или часто) — 34,4% против 28,8% у мужчин. Мужчины, напротив, преобладают среди лиц, делающих это время от времени или редко — 44,1% по сравнению с 41,4% женщин. Ожидаемо, что абсолютное большинство опрошенных (98,7%) используют солёные приправы в процессе кулинарной обработки пищи, из них 75,3% делают это систематически (всегда или часто), а 23,5% — нерегулярно (иногда или редко).

На вопрос о частоте употребления обработанных пищевых продуктов с высоким содержанием соли 39,8% респондентов указали, что потребляют их всегда или часто. Среди мужчин этот показатель несколько выше (41,9%), чем среди женщин (38,5%). Женщины, напротив, чаще употребляют такие продукты эпизодически или редко — 56,6% против 55% у мужчин. Самооценка уровня потребления соли и солёных соусов показала преобладание средних значений — 68,9% (мужчины — 67,2%, женщины — 69,9%), тогда как высокие значения отмечены у 12,1% опрошенных, низкие — у 19,1%.

Сопоставление ответов мужчин и женщин относительно важности снижения потребления соли выявило статистически значимые различия: для женщин данный аспект имеет существенно большее значение (42,8%), чем для мужчин (25,5%), что подтверждается результатами χ^2 -теста ($\chi^2 = 38,524$, $p < 0,001$).

Научно установлено, что снижение потребления соли до уровня менее 5 г в сутки (эквивалентно менее 2 г натрия) способствует профилактике артериальной гипертензии, снижению риска сердечно-сосудистых заболеваний, инсульта, а также уменьшает вероятность развития асцита при циррозе печени у взрослых (Рекомендации: потребление натрия взрослыми и детьми. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2012.).

Ответы респондентов на вопрос о возможных последствиях употребления большого количества соли или солёных соусов для здоровья показали высокий уровень обеспокоенности, с 80,6% респондентов, согласных с утверждением о вероятных негативных последствиях. Статистический анализ ($\chi^2 = 12,187$, $p < 0,001$) подтверждает наличие значимой связи между переменными, что

указывает на высокую статистическую значимость данного вопроса в восприятии респондентов.

Таблица 16 – Характеристика употребления соли и усилителей аппетита в Жамбылской области (n=1201)

Употребления соли и усилителей аппетита	Пол						Статистический тест	
	Мужской		Женский		Всего		χ^2	р–оценка
	n	%	n	%	n	%		
Как часто Вы добавляете соль или соленые соусы в пищу перед ее употреблением или непосредственно во время еды?	Всегда	75	16,9	165	22,1	240	20,2	5,467 0,243
	Часто	53	11,9	92	12,3	145	12,2	
	Иногда	99	22,3	148	19,8	247	20,7	
	Редко	97	21,8	161	21,6	258	21,7	
	Никогда	120	27,0	181	24,2	301	25,3	
Как часто соль, соленые специи или соленые соусы добавляются во время приготовления пищи у Вас в быту?	Всегда	282	63,2	505	67,4	787	65,9	3,001 0,558
	Часто	43	9,6	69	9,2	112	9,4	
	Иногда	74	16,6	114	15,2	188	15,7	
	Редко	41	9,2	52	6,9	93	7,8	
	Никогда	6	1,3	9	1,2	15	1,3	
Как часто Вы употребляете обработанные продукты с высоким содержанием соли?	Всегда	64	14,3	84	11,2	148	12,4	5,469 0,242
	Часто	124	27,6	204	27,3	328	27,4	
	Иногда	147	32,7	233	31,1	380	31,7	
	Редко	100	22,3	191	25,%,	291	24,3	
	Никогда	14	3,1	36	4,8	50	4,2	
Как Вы думаете, какое количество соли или соленых соусов Вы употребляете?	Слишком много	3	0,7	7	0,9	10	0,8	1,846 0,764
	Много	52	11,6	82	11,1	134	11,3	
	Средне	301	67,2	518	69,9	819	68,9	
	Мало	82	18,%,	116	15,7	198	16,7	
	Слишком мало	10	2,2	18	2,4	28	2,4	
Насколько важно для Вас снизить употребление соли в Вашем рационе?	Очень важно	107	25,5	304	42,8	411	36,4	38,524 <0,001
	Не так важно	256	61,1	357	50,2	613	54,2	
	Совсем неважно	56	13,4	50	7,0	106	9,4	
Как Вы думаете, может ли употребление большого количества соли или соленых соусов вызвать у Вас серьезные проблемы со здоровьем?	Да	270	71,2	549	80,6	819	77,3	12,187 <0,001
	Нет	109	28,8	132	19,4	241	22,7	

Примечание – Составлено автором по данным опросника STEPS ВОЗ

Характеристики статуса курения табачных изделий и некурительных (бездымных) табачных изделий (n=1201)

Таблица 17 – Характеристики статуса курения табачных изделий и некурительных (бездымных) табачных изделий (n=1201)

Статус курения	Пол								Статистический тест		
	Мужской				Женский		Всего		χ^2	р–оценка	
	n	%	n	%	n	%	n	%			
Курите ли Вы в настоящее время какие–либо табачные изделия, например, сигареты, папиросы или трубку?	Да	174	38,5	76	10,1	250	20,8	137,439	<0,001		
	Нет	278	61,5	673	89,9	951	79,2				
Характеристики статуса курения табачных изделий	Пол								Статистический тест		
	Мужской				Женский		Всего		T	р–оценка	
	Cр	CO*	Максимум	Минимум	Cр	CO*	Максимум	Минимум			
В каком возрасте Вы в первый раз закурили?	18	4	37	6	22	8	50	9	19	<0,001	
Какое кол–во промышленно произведенных сигарет, в среднем, Вы выкуриваете в неделю?	93	46	210	5	53	43	140	4	81	5,549 <0,001	
Характеристика опыта прекращения и анамнеза курения табачных изделий	Пол								Статистический тест		
	Мужской		Женский		Всего		χ^2	р–оценка	0,870	0,351	
	n	%	n	%	n	%					
Пытались ли Вы в течение последних 12 месяцев бросить курить?	Да	89	51,1	34	44,7	123	49,2				
	Нет	85	48,9	42	55,3	127	50,8				
Характеристика статуса курения некурительных (бездымных) табачных изделий	Пол								Статистический тест		
	Мужской		Женский		Всего		χ^2	р–оценка	13,346	<0,001	
	n	%	n	%	n	%					
Употребляете ли Вы в настоящее время какие–либо некурительные (бездымные) табачные изделия, например, нюхательный и жевательный табак, насыпь?	Да	8	1,8	–	–	8	0,7				
	Нет	444	98,2	749	100,0	1193	99,3				
Употребляете ли Вы в настоящее время некурительные (бездымные) табачные изделия ежедневно?	Да	7	58,3	–	–	7	41,2	4,958	0,026		
	Нет	5	41,7	5	100,0	10	58,8				

По переменной «Курите ли Вы в настоящее время какие-либо табачные изделия, например, сигареты, папиросы или трубку?» из опрошенных 1201 респондентов 250 (20,8%) ответили «Да», из них мужчин – 174 (38,5%), женщин – 76 (10,1%), $\chi^2 = 137,439$, $p < 0,001$. Из них 167 (93,8%) мужчин и 65 (80,2%) женщин употребляют табачные изделия ежедневно, $\chi^2 = 10,983$, p -оценка $< 0,001$.

Из опрошенных респондентов, в первый раз закурили в возрасте 19 лет, из них мужчин: средний возраст – 18 лет (max – 37 лет), женщин: средний возраст – 22 года (max 50 лет), $T = -4,983$, p -оценка $< 0,001$. Согласно результатам опроса «Какое количество промышленно произведенных сигарет, в среднем, Вы выкуриваете в неделю?», среднее количество составило 81 сигарет, max – 210, min – 4. Из них мужчины выкуривают в среднем 93 сигарет (max – 210) и женщины в среднем 53 сигарет (max – 140) в неделю.

Из опрошенных респондентов употребляют другие виды табачных изделий: айкос – всего 3 (33,3%), из них мужчин – 1 (16,7%), женщин – 2 (66,7%); стики – 2 (22,2%), из них мужчин – 2 (33,3%); электронные системы нагревания – всего 3 (33,3%), из них мужчин – 2 (33,3%), женщин – 1 (33,3%); GLO – 1 (11,1%), из них мужчин – 1 (16,7), $\chi^2 = 3,00, 346, p = 0,392$.

Из опрошенных, которые употребляют в настоящее время какие-либо табачные изделия, на вопрос «Пытались ли Вы в течение последних 12 месяцев бросить курить?» ответили «да» 123 респондентов, из них мужчин – 89 (51,1%) и женщин – 34 (44,7%). Советовали прекратить курить во время любого визита к врачу или другому медицинскому работнику за последние 12 месяцев 90 (36%) респондентам, из них 63 (36,2%) мужчинам и 27 (35,5%) женщинам. Из опрошенных, в прошлом курили табачные изделия всего 176 (18,3%) респондентов, мужчин – 115 (41,1%) и женщин – 61 (8,9%), $\chi^2 = 137,346, p = < 0,001$. Из них 100 (80,6%) мужчин и 50 (64,1%) женщин в прошлом курили ежедневно, $\chi^2 = 6,855, p = 0,009$.

Из 1201 респондента 611 (50,9%) сообщили, что когда-либо употребляли алкогольные напитки, включая пиво, вино и крепкие спиртные напитки. Среди них 275 мужчин (60,8%) и 336 женщин (44,9%). Противоположная группа, не употребляющая алкоголь, составила 590 респондентов (49,1%), из которых 177 были мужчинами (39,2%) и 413 женщинами (44,9%). Статистический анализ показал значимые различия в употреблении алкоголя между мужчинами и женщинами ($\chi^2 = 28,805, p < 0,001$).

Из опрошенных респондентов за последние 12 месяцев менее одного раза в месяц/по праздникам выпивали хотя бы 1 стандартную дозу алкоголя 65,1% (n – 309), из них мужчин – 115 (52,5%), женщин – 194 (75,8%). Также ежедневно употребляют 1,7% (n – 8), из них мужчин – 6 (2,7%), женщин – 2 (8%), 5–6 дней в неделю – 4 (8%), из них мужчин – 3 (1,4%), женщин – 1 (4%), 3–4 дня в неделю – 12 (2,5%), из них мужчин – 11 (5%), женщин – 1 (4%), 1–2 дня в неделю – 53 (11,2%), из них мужчин – 39 (17,8%), женщин – 14 (55%), 1–3 дня в месяц – 89 (18,7%), из них мужчин – 45 (2,5%), женщин – 44 (17,2%), $\chi^2 = 28,805, p < 0,001$.

Из опрошенных респондентов 274 употребляли алкоголь за последние 30 дней, что составляет 57,7%, из них мужчин – 138 (63%), женщин – 136 (53,1%).

201 респондента не употребляли алкоголь за последние 30 дней, что составляет 42,3%, из них мужчин – 81 (37%), женщин – 120 (46,9%), $\chi^2 = 4,728$, $p=0,030$.

Таблица 18 – Характеристика употребления алкогольных напитков в Жамбылской области (n=1201)

Характеристики употребления алкогольных напитков	Пол						χ^2	Статистический тест		
	Мужской		Женский		Всего					
	n	%	n	%	n	%				
Употребляли ли Вы когда – либо любой вид алкоголя, например, пиво, вино, крепкие спиртные напитки	Да	275	60,8	336	44,9	611	50,9	28,805	<0,001	
	Нет	177	39,2	413	55,1	590	49,1			
Употребляли ли Вы какой – либо алкоголь в течение последних 12 месяцев?	Да	220	79,7	254	74,5	474	76,8	2,337	0,126	
	Нет	56	20,3	87	25,5	143	23,2			
За последние 12 месяцев как часто Вы выпивали хотя бы 1 стандартную дозу алкоголя?	Ежедневно	6	2,7	2	0,8	8	1,7	40,699	<0,001	
	5 – 6 дней в неделю	3	1,4	1	0,4	4	0,8			
	3 – 4 дня в неделю	11	5,0	1	0,4	12	2,5			
	1 – 2 дня в неделю	39	17,8	14	5,5	53	11,2			
	1 – 3 дня в месяц	45	20,5	44	17,2	89	18,7			
	Менее одного раза в месяц/По праздникам	115	52,5	194	75,8	309	65,1			
Употребляли ли Вы алкоголь за последние 30 дней?	Да	138	63,0	136	53,1	274	57,7	4,728	0,030	
	Нет	81	37,0	120	46,9	201	42,3			
В течение последних 12 месяцев, были ли у Вас проблемы в семье или с Вашим партнером из – за чрезмерного употребления алкоголя кем – то другим?	Да, более чем раз в месяц	3	0,7	3	0,4	6	0,5	1,134	0,889	
	Да, ежемесячно	13	2,9	20	2,7	33	2,7			
	Да, несколько раз, но реже чем 1 раз в месяц	14	3,1	23	3,1	37	3,1			
	Да, 1 или 2 раза	39	8,6	55	7,3	94	7,8			
	Никогда	383	84,7	648	86,5	1031	85,8			

Примечание – Составлено автором по данным опросника STEPS ВОЗ

В таблице – 19 представлена характеристика употребления алкогольных напитков в Жамбылской области.

Таблица 19 – Характеристика употребления алкогольных напитков в Жамбылской области (n=1201)

Характеристики употребления алкогольных напитков	Пол														Статистический тест		
	Мужской					Женский					Всего					U-test	р-оценка
	Cр	CO	Мин	Медиана	Максимум	Cр	CO	Мин	Медиана	Максимум	Cр	CO	Мин	Медиана	Максимум		
За последние 30 дней, в скольких случаях Вы выпивали хотя бы по 1 стандартной дозе алкоголя?	5	6	1	3	30	2	3	1	1	30	3	5	1	2	30	- 6,045	<0,001
За последние 30 дней, когда Вы выпивали, сколько стандартных доз любого алкогольного напитка, в среднем, Вы принимали в каждом случае?	4	9	1	3	100	2	2	1	2	10	3	6	1	2	100	- 4,608	<0,001
Какое наибольшее количество стандартных доз алкоголя Вы принимали за один случай в течение последних 30 дней, учитывая все виды алкогольных напитков вместе?	6	9	1	4	100	3	3	1	2	30	4	7	1	3	100	- 5,212	<0,001
За последние 30 дней сколько раз Вы выпивали 6 и более стандартных доз за 1 случай?	2	2	1	1	10	1	1	1	1	3	2	1	1	1	10	- ,939	0,348
Примечание– Составлено автором по данным опросника STEPS ВОЗ																	

Из опрошенных респондентов выпивали за последние 30 дней хотя бы по 1 стандартной дозе алкоголя максимум в 30 и минимум в 1 случаях, из них мужчины максимум в 30 случаях, аналогичная статистика намечается и среди женщин, $U - test^* = - 6,045$, $p < 0,001$.

Также из опрошенных максимум в 100 и минимум в 1 случаях за последние 30 дней употребляли стандартную дозу любого алкогольного напитка, в среднем, принимали в каждом случае. Из них мужчин максимум в 100 случаях, женщин в 30 случаях, минимум по 1 случаю, $U - test^* = - 4,608$, $p < 0,001$.

Наибольшее количество употребления стандартных доз алкоголя за один случай в течение последних 30 дней, учитывая все виды алкогольных напитков выявлено среди мужчин, так как максимальное количество среди мужчин составило в 100 случаях, $U - test^* = - 5,212$, $p < 0,001$.

4.2 Результаты исследования по дополнительному авторскому опроснику по Жамбылской области (n=391)

Нами было проведено анкетирование 391 респондентов с использованием разработанного дополнительного опросника в возрасте от 18 до 69 лет в организациях ПМСП Жамбылской области: ГКП на ПХВ «Городская поликлиника № 5» города Тараз, ГКП на ПХВ «Городская поликлиника № 7» города Тараз, КГП на ПХВ «Центральная районная больница Таласского района» г.Каратау, КГП на ПХВ «Центральная районная больница Байзакского района» с.Сарыкемер (Приложение В). Участие в исследовании полностью добровольное. Участники обоих полов включены в исследование. В исследовании принимают участие все национальности, проживающие на территории Жамбылской области.

Данные анкет взяты как основа, и ряд вопросов скорректированы и одобрены на Заседания № 12(118) ЛЭК НАО «Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова» (28 сентября 2021 г.): одобрить проведение медицинского исследования: № 1194. Научно–исследовательская работа, планируемая к выполнению в рамках научно–технической программы ПЦФ «Национальная программа внедрения персонализированной и превентивной медицины в Республике Казахстан» 2021–2023 год, подзадачи подзадачи 1.1. «Провести эпидемиологическое исследование влияния социально–экономических, психосоциальных и поведенческих факторов на здоровье населения Республики Казахстан, включающее основные хронические неинфекционные заболевания и COVID–19, с последующей разработкой управлеченческих решений» на тему: «Распространённость факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Казахстан: поперечное исследование».

Разработанная нами анкета включала несколько основных блоков о информированности факторах риска:

- I. Социально–демографический профиль опрашиваемого
- II. Отношение к своему здоровью и соблюдения здорового образа жизни

- III. Уровень Вашей информированности о питании
- IV. Уровень Вашей информированности о физической активности
- V. Уровень Вашей информированности о вредных привычках
- VI. Величина среднемесячного дохода в расчете на одного члена семьи

Сформулированы следующие критерии включения и исключения респондентов в исследование:

Критерии для включения:

- 1) лица, имеющие постоянного места жительства в Жамбылской области;
- 2) возраст от 18 до 69 лет включительно;
- 3) наличие информированного согласия на участие в исследовании.

Критерии для исключения:

- 1) наличие у респондента на момент опроса острого заболевания и обострений хронического заболевания; пациенты с психическими расстройствами;
- 2) населения, постоянно проживающего (пребывающего) в интернатных учреждениях, в специализированных учреждениях для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной помощи и реабилитации;
- 3) в детских деревнях (городках); в учреждениях социального обслуживания; в больницах и иных организациях здравоохранения;
- 4) в казармах; в зданиях, принадлежащих или переданных в пользование религиозным организациям;
- 5) находящихся в арестных домах, исправительных учреждениях либо лечебно–трудовых профилакториях и так далее.
- 6) отсутствие информированного согласия на момент опроса.

С целью хранения и конфиденциальности данных пациентов, включенных в социологическое исследование, после получения информированного согласия на обработку данных, будет присвоен индивидуальный код.

Таким образом, для удовлетворительной репрезентативности социологического исследования опрос проведен по соответствующей структуре и составу генеральной совокупности лиц в возрасте от 18 до 69 лет включительно населению Жамбылской области.

Анкетирование непосредственных потребителей медицинской помощи позволяет оперативно определить эффективность тех или иных инноваций в здравоохранении и своевременно провести при необходимости коррекцию мероприятий.

Несмотря на возрастание внимания к вопросам медицинской профилактики, проблема раннего активного выявления БОП остается одной из важнейших проблем здравоохранения.

На первом этапе социологического исследования была дана социально–демографическая характеристика опрошенных респондентов (391 человек), из них 73 опрошенных или 18,7% составляют мужчины и 318 или 81,3% женщины ($\chi^2 = 153,517$, $p \leq 0,001$).

Образовательный состав респондентов распределился следующим образом: высшее профессиональное образование имели 33,5% опрошенных, и среднее – 59,6% (рисунок 12).

Остальные респонденты с неполным средним образованием, послевузовским и начальным образованием составили, соответственно 4,6%, 2,0% и 0,3%. Из них на опросник ответили на русском языке 93,1% – мужчин и 89,3% – женщин, на казахском языке 6,9% – мужчин и 10,7% – женщин ($\chi^2 = 4,910$, $p=0,027$).

Среди мужчин с высшим образованием – 51,2% человек, имеют законченное среднее образование (11 классов) – 33,7%, законченное среднее (9 классов) – 11,1%, законченное начальное (4 классов) – 0,4% и магистратура/аспирантура/докторантуре – 3,5%.

Тогда как среди женщин с высшим образованием – 49,3%, законченное среднее – 39,4%, законченное среднее – 9,4%, законченное начальное – 0,3% и магистратура/аспирантура/докторантуре – 1,6%, $\chi^2 = 8,335$, $p=0,08$.

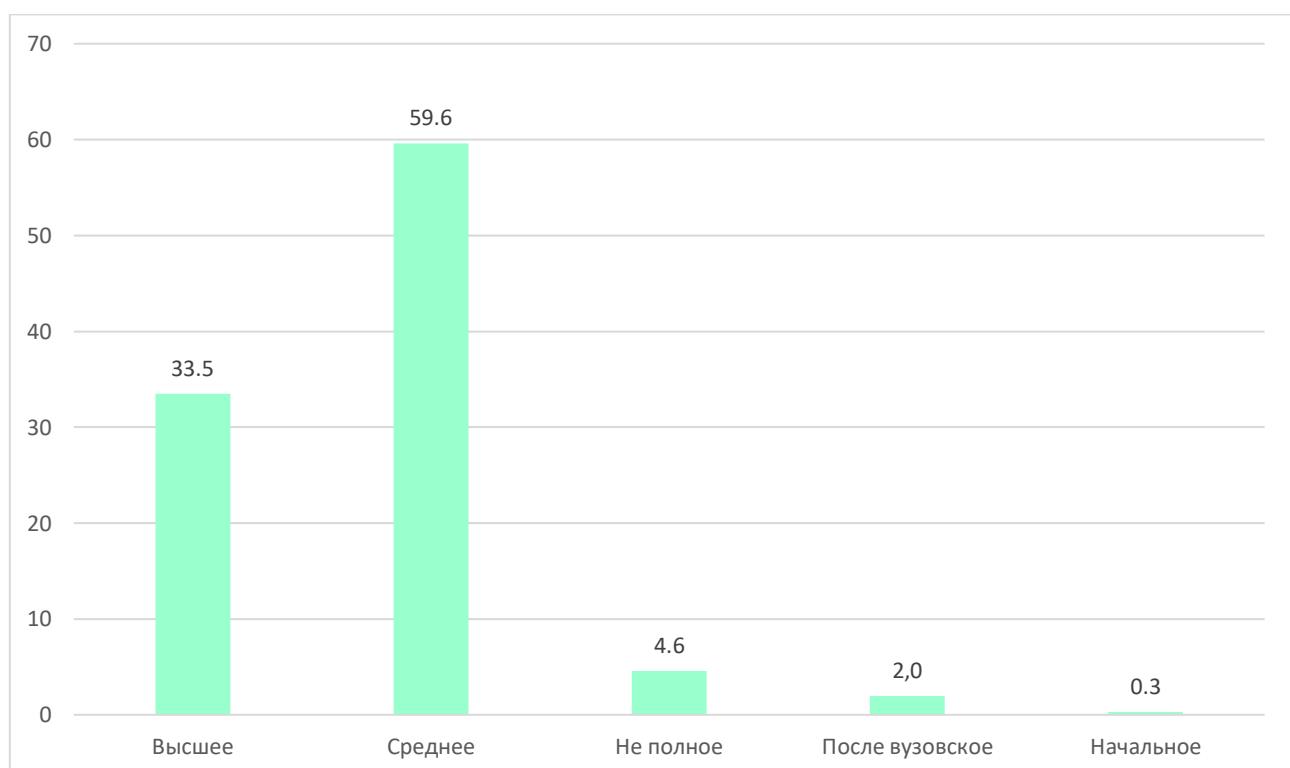


Рисунок 12 – Распределение респондентов по уровню образования, в %

По роду занятий респондентов были получены следующие ответы (таблица 20): государственные служащие – 33,8%, гражданские служащие – 28,1%, учащийся – 11,8%, безработные – 6,9%, домохозяйки – 6,6%, пенсионеры – 5,1% и т.д. При этом всего было опрошено в Таразе – 68,3%, Карагату – 21,5% и Сарыкемере – 10,2%.

По национальному признаку респонденты распределились следующим образом: казахи – 52,5%, русские – 23,6%, узбеки – 7,3%, украинцы – 1,6%,

уйгуры – 0,2%, татары – 2,7% и другие этнические группы – 12%, $\chi^2 = 13,031$, $p=0,043$.

Таблица 20 – Распределение респондентов по роду деятельности, в %

Наименование деятельности	Абс.число	Уд.вес, в %	p-value
пенсионер	20	5,1	$X^2=641,706$ $p \leq 0,001$
безработный	27	6,9	
государственный служащий	132	33,8	
домохозяйка	26	6,6	
гражданский служащий	110	28,1	
учащийся	46	11,8	
работник сельского хозяйства	6	1,5	
работник вредного и опасного производства	5	1,3	
работник тяжелого физического труда	3	0,8	
предприниматель	11	2,8	
инвалид	2	0,5	
профессиональный спортсмен	3	0,8	
Итого	391	100,0	

Нами, из общего числа мужчин было проанкетировано, женатых – 13,0%, холостых – 5,1%, разведенных – 0,5%, вдов – 18,7% и женщин, замужних – 51,4%, незамужних – 19,4%, разведенных – 6,6%, вдов – 3,8%, $\chi^2 = 52,300$, $p < 0,001$ (рисунок 13).

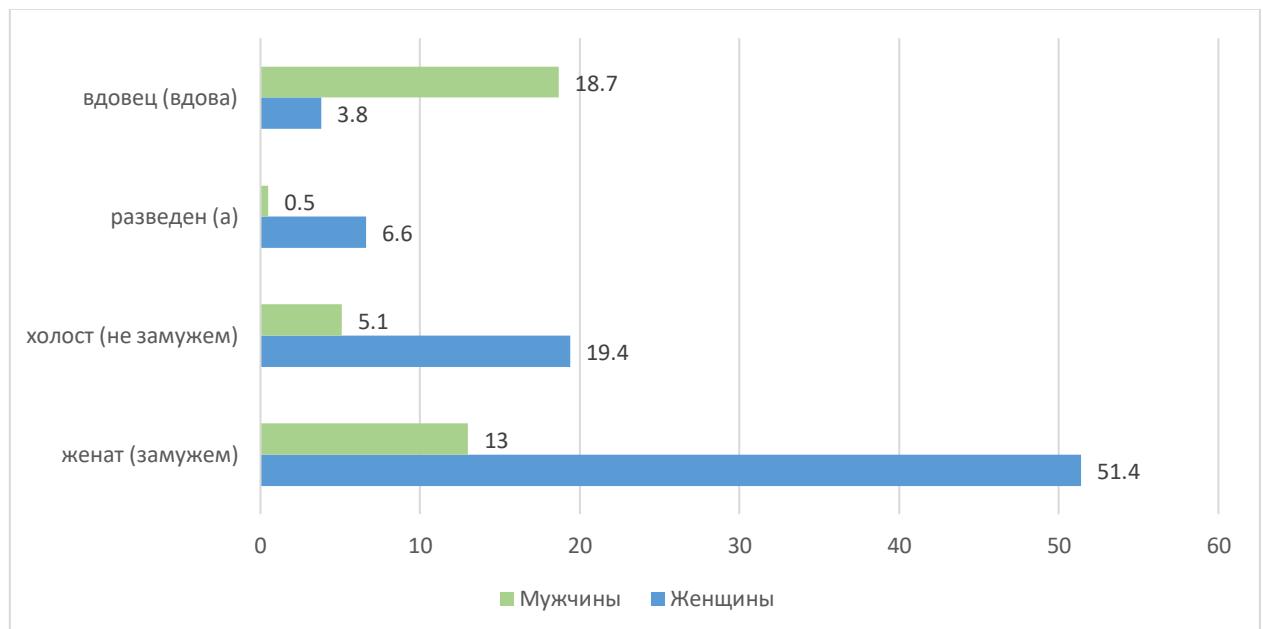


Рисунок 13 – Распределение респондентов по семейному положению, в %

Наибольшее число детей у респондентов в области отмечено у 39,9% опрошенных – от 3 и более детей. Двое детей было установлено у 17,6% и один ребенок – у 14,1% (рисунок 14).

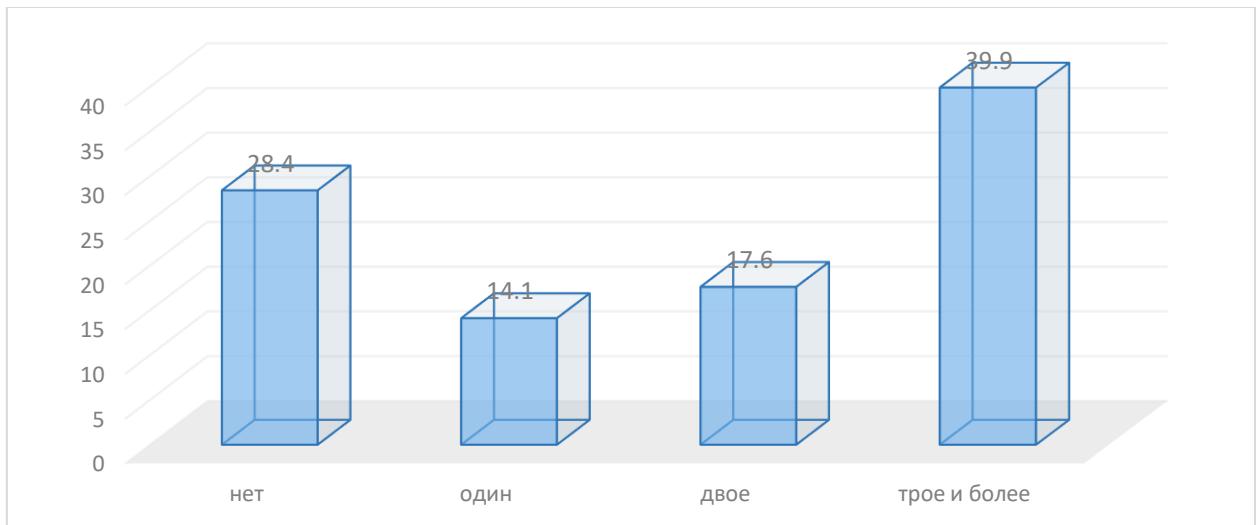


Рисунок 14 – Распределение респондентов по количеству детей, в %

Таким образом, получены важные сведения о профессиональной принадлежности и занятости респондентов, которые будут учтены при организации оказания медицинской помощи населению Жамбылской области

На следующем этапе по изучению мнения респондентов по вопросам факторов риска населения с БОП нами проведен опрос «Имеются ли у Вас неинфекционные заболевания?» (таблица 21), которые также называют хроническими заболеваниями, как правило, имеют продолжительное течение и развиваются в результате совокупного воздействия генетических, физиологических, экологических и поведенческих факторов.

Таблица 21 – Удельный вес респондентов, состоящих на диспансерном учете, в %

Наименование ответа	Всего	Уд.вес, %	Мужчины	Уд.вес, %	Женщины	Уд.вес, %
Имеются ли у Вас неинфекционные заболевания?						
да	60	15,3	8	2,0	52	13,3
нет	331	84,7	65	16,6	266	68,0
итого	391	100,0	73	18,7	318	81,3
Состоите ли Вы на диспансерном учете?						
да	52	13,3	7	1,8	45	11,5
нет	339	86,7	66	16,9	273	69,8
итого	391	100,0	73	18,7	318	81,3

Так, из общего числа опрошенных инфекционные заболевания установлены у 15,3% ((М (46,62 (47;23), $p \leq 0,001$, Критерий Краскела – Уоллеса = 39,810)), из них у мужчин – 2,0% и женщин – 13,3%. При этом состоят на диспансерном учете 13,3% ((М (48,60 (50;19), $p \leq 0,00$, Критерий Краскела – Уоллеса = 44,744)), из них у мужчин – 1,8% и женщин – 11,5%.

Материальное положение оказывает прямое влияние на качество питания, а наличие в рационе овощей, фруктов, молочных и мясных продуктов, и несомненно, отражается на состоянии органов пищеварения.

Величину среднемесячного дохода в расчете на одного члена семьи (таблица 22), субъективно оценивавших свое материальное положение как «высокое» или свыше 200000 тенге отметили 6,9% респондентов (М (33,59 (30;16), $p \leq 0,753$, Критерий Краскела – Уоллеса = 1,202).

В группе «среднего» достатка или от 100,000 до 150,000 тенге (М (36,97 (32,5;22) и от 150,000 до 200,000 тенге (М (35,17 (33;18) составили, соответственно 15,3% и 7,4% опрошенных. Наибольшую долю составили группы с «низким» доходом до 42,500 тенге – 36,1% (М (34,56 (32;18) и от 42,500 до 100,000 тенге (М (36,99 (35;23) – 34,3% (Критерий Краскела – Уоллеса=1,202).

Таблица 22 – Величина среднемесячного дохода в расчете на одного члена семьи, в тенге

Наименование дохода	Всего	Уд.вес, %	Мужчины	Уд.вес, %	Женщины	Уд.вес, %
до 42,500 тг	141	36,1	18	24,7	123	38,7
От 42,500 до 100,000 тг	134	34,3	19	26,0	115	36,2
От 100,000 до 150,000 тг	60	15,3	15	20,5	45	14,2
От 150,000 до 200,000 тг	29	7,4	13	17,8	16	5,0
200 тг и более	27	6,9	8	11,0	19	6,0
Итого	391	100,0	73	100,0	318	100,0

Некоторые различия в оценке своего материального положения наблюдались у пациентов разного пола. Доля респондентов мужчин, оценивших свое материальное положение как «отличное» или свыше 200000 тенге отметили 11,0% и женщин – 5,0%. С «низким» доходом или до 42500 тенге указали 24,7% мужчин и 38,7% – женщин.

По современным представлениям, в понятие ЗОЖ входят следующие составляющие: отказ от вредных привычек (курение, употребление алкогольных напитков и наркотических веществ); наличие полезных привычек; оптимальный двигательный режим; рациональное питание; закаливание; личная гигиена; положительные эмоции. ЗОЖ предполагает социальную, трудовую, физическую активность; индивидуальный психологический комфорт и благополучие в семье.

К сожалению, до настоящего времени степень реальных знаний населения и даже медицинской общественности о здоровом питании и профилактике, продолжает оставаться совершенно недостаточной. Поэтому повышение информированности различных групп населения путем обучения вопросам здорового питания, является одним из действенных направлений борьбы с хроническими неинфекционными заболеваниями. Поэтому, следующий блок социологического исследования посвящен уровню информированности о питании респондентов с БОП Жамбылской области.

В структуре рациона питания респондентов (рисунок 15), наиболее часто придерживаются правильному питанию, ежедневно (300 гр и более овощей и фруктов в свежем виде, злаки, орехи, рыба) – 34,0%, с избыточным употреблением рациона – 31,2% и не поддерживаются определенному (правильному) рациону питанию 26,6% опрошенных (Критерий Краскела–Уоллеса=9,079). Наименьшая доля респондентов умеренно употребляют мясо, жиры, мучное и сладкое – 8,2% ($X^2=63,353$, $p \leq 0,001$).

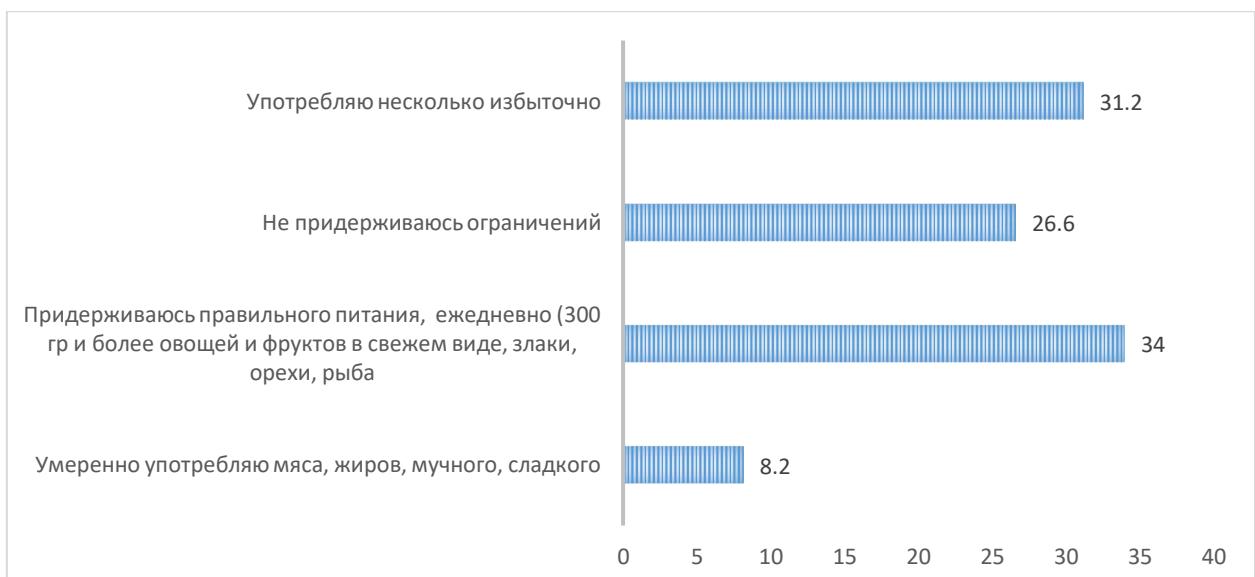


Рисунок 15 – Ответы респондентов на вопрос «Укажите рацион Вашего питания», в %

В структуре по частоте употребления в пищу хлебобулочные и мучные–кондитерские изделия (торты, пирожные, печенье) (таблица 23).

Таблица 23 – Частота употребления в пищу хлебобулочные и мучные– кондитерские изделия и газированные напитки и энергетики

Наименование частоты	Aбс.число	Уд.вес, в %	p– value	Aбс.число	Уд.вес, в %	p– value
	Как часто Вы используете?					
	в пищу хлебобулочные и мучные– кондитерские изделия		газированные напитки и энергетики			
1 раз в неделю	47	12,0	$X^2=82,478$ $p \leq 0,001$ —	60	15,3	$X^2=78,120$ $p \leq 0,001$
несколько раз в неделю	66	16,9		69	17,6	
каждый день	94	24,0		46	11,8	
редко	109	27,9		127	32,5	
никогда	57	14,6		46	11,8	
не чаще 1 раза в месяц	18	4,6		43	11,0	
Итого	391	100,0		391	100,0	

Наиболее часто, то есть каждый день приходится на 24,0% (М (33,81 (31,50;17) опрошенных, против редкого употребления– 27,9% (М (37,91 (38;21). При этом, несколько раз отметили в неделю отместили 16,9%, 1 раз в неделю– 12,0% (М (35,51 (34;19), не чаще 1 раза в месяц– 4,6% (М (37,11 (32,50;32); Критерий Краскела– Уоллеса=5,3335). Тогда как никогда не употребляют в пищу хлебобулочные и мучные– кондитерские изделия– 14,6% ($X^2=82,478$, $p \leq 0,001$).

В современных условиях на здоровье людей влияет множество факторов и одним, из которых является употребление энергетических и газированных напитков.

При этом, помимо взрослого населения, эти напитки пьет и молодежь с еще не окончательно сформированным организмом. Вместе с этим доказано, что потребление энергетических и газированных напитков может пагубно сказаться на росте и развитие подростка.

Ситуация по частоте употребления газированных напитков и энергетиков населения Жамбылской области показало, что наибольшая часть употребляют редко– 32,5% (М (41,49 (41;23); Критерий Краскела– Уоллеса=38,263).

Наиболее часто, или несколько раз в неделю приходится– 17,6% опрошенных (М (31,99 (29;19), 1 раз в неделю– 15,3% (М (33,03 (32;22) и каждый день– 11,8% (М (30,13 (27;16). Вообще не употребляют газированные напитки и энергетики указали 11,8% (М (41,49 (41;23) опрошенных ($X^2=78,120$, $p \leq 0,001$).

Анализ состояния здоровья может быть дополнен изучением мнений респондентов о содержательных характеристиках здорового образа жизни. Составленная согласно ответам респондентов, характеристика частоты употребления острой и жирной пищи представлена в таблице 24.

Таблица 24 – Частота употребления респондентами острой и жирной пищи

Наименование частоты	Aбс.число	Уд.вес, в %	p– value	Aбс.число	Уд.вес, в %	p– value
	Любите ли Вы острую пищу?			Любите ли Вы жирную пищу?		
да	207	52,9	X ² = 1,353 p =0,245	166	42,5	X ² = 35,458 p ≤0,001
нет	184	47,1		225	57,5	
Наименование частоты	Как часто Вы употребляете острую пищу?			Как часто Вы употребляете жирную пищу?		
1 раз в неделю	88	22,5	X ² = 35,458 p ≤0,001	84	21,5	X ² = 13,744 p ≤0,008
2 раза в неделю	60	15,3		84	21,5	
1 раз в месяц	66	16,9		57	14,6	
Ежедневно	57	14,6		67	17,1	
Не употребляю	120	30,7		99	25,3	
Итого	391	100,0	–	391	391,0	–

Из таблицы следует, что в среднем обычное потребление острой пищи составляет 52,9% и жирной пищи – 42,5%. Наибольшая частота употребления острой пищи составляет 1 раз в неделю – 22,5% ((M (35,25 (33;19), Критерий Краскела – Уоллеса = 12,352)) и жирной пищи – 1 (M (32,46 (32,50;22) и 2 раза в неделю по 21,5% ((M (34,56 (33;18), Критерий Краскела – Уоллеса = 5,167)).

Однако необъятный перечень вредных привычек этим не ограничивается — отсутствие здравого отношения к любому аспекту своей жизни, будь то пищевое поведение, режим дня, физическая активность или духовное развитие, может оказаться не менее опасным для физиологического и психологического здоровья человека.

Употребления соли и усилителей аппетита представлена на рисунке 16. Как видно из приведенных данных, соль или соленые соусы никогда не добавляют в пищу перед ее употреблением или непосредственно во время еды 6,6% (средний возраст M (41,88 (40,50;23) опрошенных, причем таких чуть больше среди мужчин, чем среди женщин ($p=0,040$, Критерий Краскела – Уоллеса=11,670).

Остальные добавляют соль или соленые соусы в пищу, в том числе всегда – 29,2% (M (33,96 (32;18), часто – 18,2% (M (33,49 (30;14), иногда – 27,6% (M (35,79 (33,50;24), редко – 13,0% (M (38,65 (34;26), ($X^2=121,824$, $p \leq 0,001$).

Лица, которые добавляют соль или солевые соусы в пищу всегда и часто, существенно больше среди женщин – 34,4%, чем среди мужчин – 28,8%. Мужчин, в свою очередь, больше среди тех, кто добавляет соль или солевые соусы в пищу иногда и редко – 44,1%, среди женщин таких 41,4%.

Следует напомнить, что потребление соли на уровне менее 5 г в день (эквивалентно потреблению натрия менее 2 г в день) помогает предотвратить гипертонию, снижает риск сердечных заболеваний, инсульта и развития асцита

при циррозе у взрослого населения (Рекомендации: потребление натрия взрослыми и детьми. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2012.).

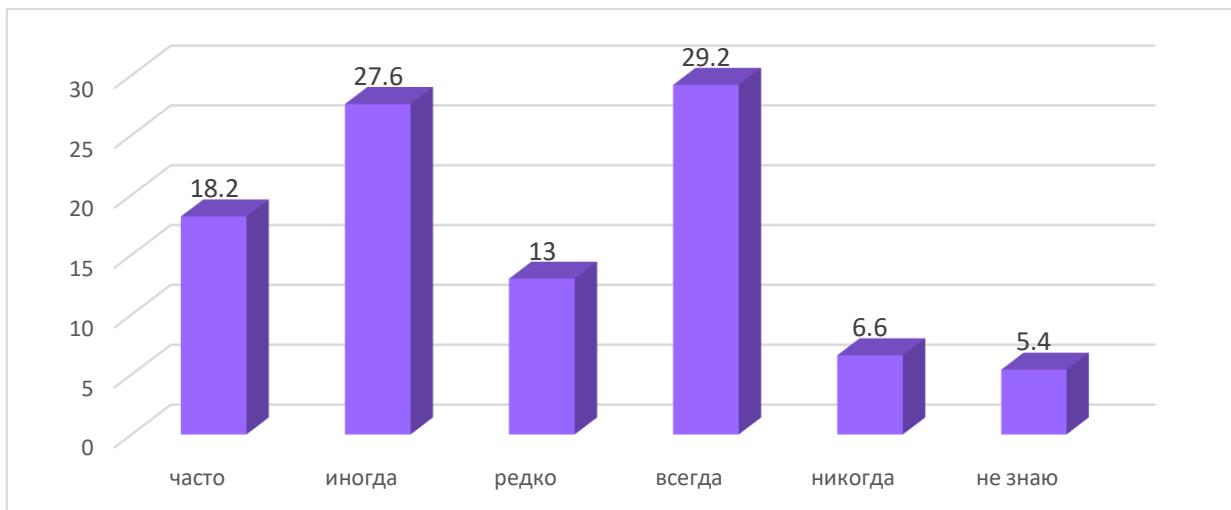


Рисунок 16– Распределение респондентов по частоте добавление соли или соленые соусы (приправы) в пищу перед ее употреблением или непосредственно во время еды

В связи с чем, небезынтересно было узнать ответы на вопрос: «Укажите в граммах количество употребляемой соли за один день?» ответили (рисунок 17), что не знают 42,4% (М (33,50 (31,50;19), Критерий Краскела– Уоллеса=11,670), таких больше среди мужчин, по сравнению с женщинами.

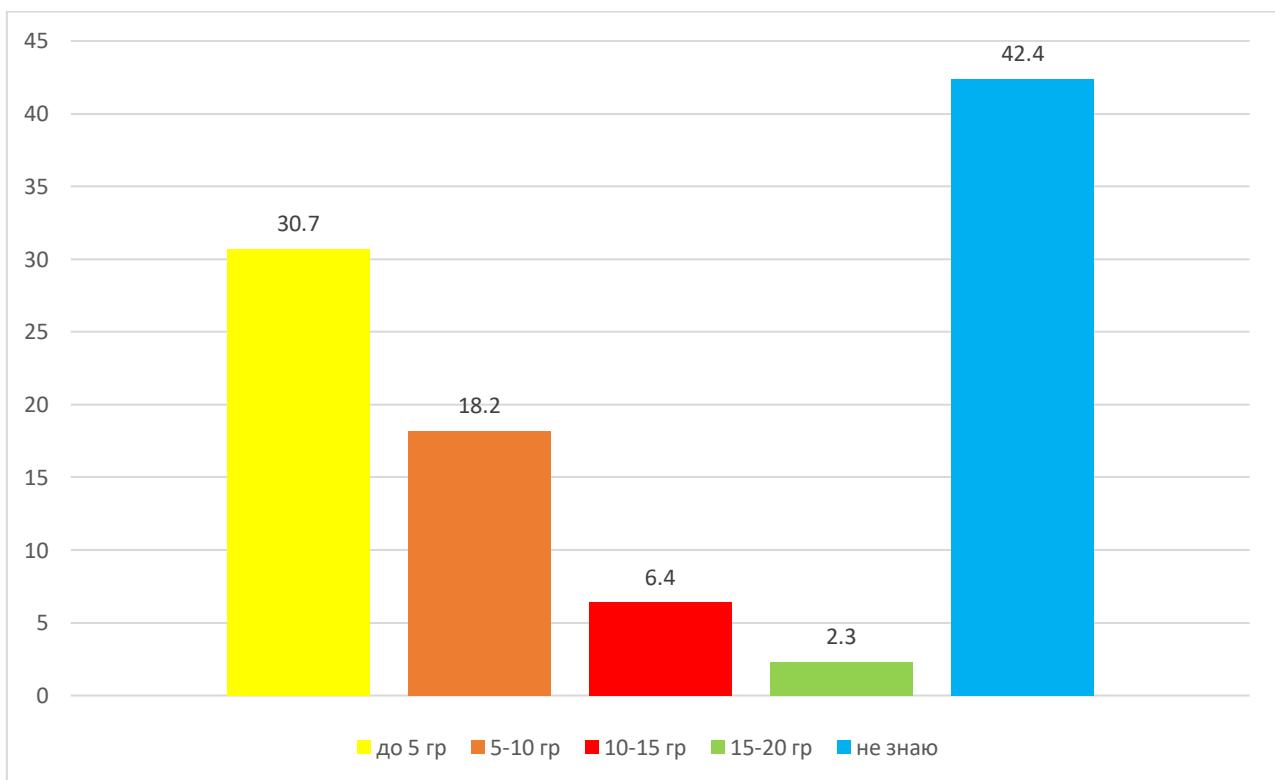


Рисунок 17– Распределение респондентов по частоте добавление соли или соленые соусы (приправы) в пищу перед ее употреблением или непосредственно во время еды

При этом до 5 гр употребляют 30,7% респондентов (М (38,86 (38;23), от 5 до 10 гр– 18,2% (М (36,48 (35;20), от 10 до 15 гр– 6,4% (М (33,64 (31;14) и свыше 15 гр– 2,3% (М (35,56 (35;14), ($\chi^2=219,013$, $p \leq 0,001$)

При сравнении ответов мужчин и женщин по снижению употребления соли в рационе, можно акцентировать, что для женщин наиболее важное значение имеет уменьшение потребления соли (42,8%), в то время как среди мужчин это значимо для 25,5%, что подтверждает уровень статистической значимости ($\chi^2=38,524$, $p < 0,001$).

Общая характеристика употребления фруктов и овощей населением Жамбылской области (таблица 25) показала, что на основную массу опрошенных в среднем обычное потребление фруктов приходится 49,1% ($\chi^2= 263,565$, $p \leq 0,001$) и овощей– 57,3% ($\chi^2= 396,020$, $p \leq 0,001$).

При этом нет такой возможности отметили 2,8% (М (36,09 (34;14) по употреблению фруктов (Критерий Краскела– Уоллеса=3,477) и 2,6% (М (35,40 (36;16)– по употреблению овощей (Критерий Краскела– Уоллеса=9,059).

Таблица 25 – Частота употребления в неделю фруктов и овощей

Наименование частоты	Aбс.число	Уд.вес, в %	p– value	Aбс.число	Уд.вес, в %	p– value
	Сколько дней в неделю Вы обычно употребляете?					
	фрукты		овощи			
1 раз в неделю	77	19,7	$\chi^2= 263,565$ $p \leq 0,001$	55	14,1	$\chi^2= 396,020$ $p \leq 0,001$
2 раза в неделю	88	22,5		90	23,0	
1 раз в месяц	23	5,9		12	3,1	
ежедневно	192	49,1		224	57,3	
нет такой возможности	11	2,8		10	2,6	
Итого	391	100,0	–	391	100,0	–

Влияние вредных привычек на жизнь и здоровье человека может быть разным. Одни из них (алкоголизм, наркомания) современная медицина рассматривает как болезнь. При этом другие классифицируются как неполезные действия, вызванные неуравновешенностью нервной системы.

На вопрос «Курите ли Вы в настоящее время какие– либо табачные изделия, например, сигареты, папиросы или трубку?» из опрошенных 391 респондентов 37 (9,5%) ответили «Да» (М (37,19 (35;20), Критерий Краскела–

Уоллеса = 1,158)), из них мужчин – 38,5%, женщин – 10,1%, $\chi^2 = 257,005$, $p < 0,001$ (таблица 26).

Согласно результатам опроса «Какое количество промышленно произведенных сигарет, в среднем, Вы выкуриваете в неделю?», среднее количество составило 81 сигарет, max – 210, min – 4. Из них мужчины выкуривают в среднем 93 сигарет (max – 210) и женщины в среднем 53 сигарет (max – 140) в неделю.

Таблица 26 – Отношение респондентов к табачным изделиям и алкогольным напиткам, (n=391)

Да/Нет	Абс.число	Уд.вес, в %	p– value
Курите ли Вы в настоящее время табачные изделия ежедневно?			
да	37	9,5	$\chi^2 = 257,005$ $p \leq 0,001$
нет	354	90,5	
Употребляете ли Вы алкогольные напитки?			
да	72	18,4	$\chi^2 = 156,033$ $p \leq 0,001$
нет	319	81,6	

Отношение респондентов к употреблению когда–либо любой вид алкоголя, например, пиво, вино, крепкие спиртные напитки, ответили положительно 18,4% ($M = 38,39$ (37,50;17), Критерий Краскела – Уоллеса = 6,375)), и не употребляли когда–либо любой вид алкоголя – 81,6%, $\chi^2 = 156,033$, $p < 0,001$. Из опрошенных респондентов употребляли алкоголь за последние 30 дней 57,7%, из них мужчин – 63,0%, женщин – 53,1%, $\chi^2 = 4,728$, $p = ,030$.

По мнению респондентов, (рисунок 18) основными причинами проявление вредных привычек считают безделье, неумение правильно распорядиться свободным временем – 20,8% и уход из стресса – 20,6%.

Немного меньше отметили, как неустроенность в жизни и отчуждение – 18,6%, удовольствие – 16,2% и дань моде, то есть человек считает это нормой та или иная модель поведения – 13,4%. Наименьшими причинами проявление вредных привычек указали на любопытство – 10,4%.

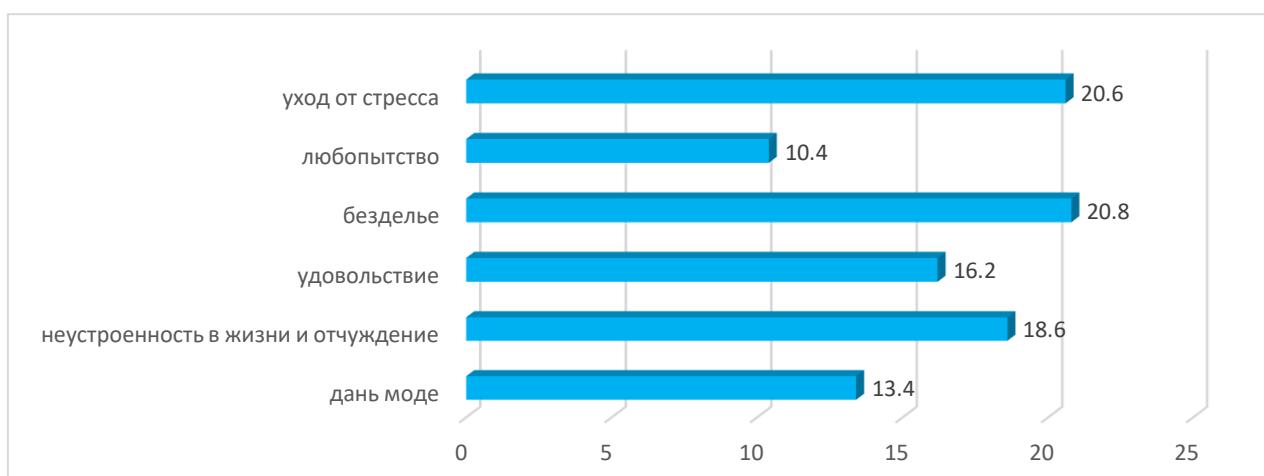


Рисунок 18 – Причины проявление вредных привычек, по мнению респондентов, в %

Ответы на вопрос «Назовите причину, по которой у Вас могли проявиться действия, относимые к категории «вредные привычки» (рисунок 19) наибольшее количество респондентов отметили, как получение удовольствия – 44,4%, а также вовремя или после конфликта – 17,2% и чисто за компанию с друзьями, коллегами и т.д. – 16,3%. За интересное общение указали – 10,5% опрошенных и по 5,8% – случайно и дома, в одиночестве.

Проведено комплексное социально–гигиеническое исследование образа и условий жизни населения Жамбылской области, с изучением медико–организационных аспектов обеспеченности медико–социальной помощью для научного обоснования критериев, формирующих приоритеты основных потребностей, и факторов, определяющих состояние их здоровья для разработки методологических и управленческих подходов оптимизации и доступности медицинской помощи на региональном уровне.

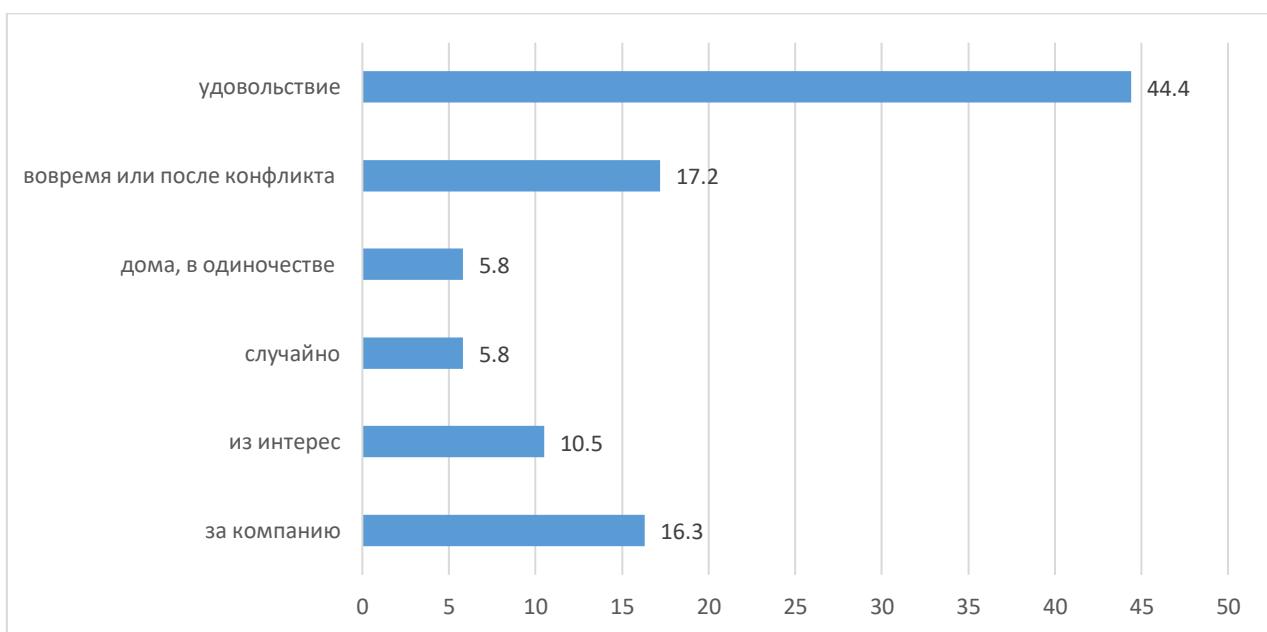


Рисунок 19 – Ответы на вопрос «Назовите причину, по которой у Вас могли проявиться действия, относимые к категории «вредные привычки», в %

Таким образом, ответы респондентов имеют уровень статистической значимости: в структуре рациона питания, наиболее часто придерживаются правильному питанию – 34,0% и не поддерживается определенному рациону – 26,6%; при этом редко употребляют в пищу хлебобулочные и мучные–кондитерские изделия – 27,9% и газированные напитки и энергетики – 32,5%. В среднем обычное потребление острой пищи составил 52,9% и жирной пищи – 42,5%; соль или соленые соусы добавляют всегда – 29,2%, а до 5 гр. употребляют

30,7% респондентов. В рационе всегда присутствуют фрукты у 49,1% и овощи у 57,3%; вредные привычки присутствуют по курению табачных изделий у 9,5% и употреблению алкоголя у 18,4%.

Полученные в данном разделе исследования, социально– гигиеническая оценка факторов риска населения в Жамбылской области подтверждает влияние ряда факторов (курения, приема алкоголя, нерационального питания, низкого материального статуса) на формирование и развитие БОП. Большинство из перечисленных факторов относятся к управляемым признакам, поэтому необходимо продолжать активную пропаганду здорового образа жизни как в рамках целевых государственных программ, так и путем разъяснительной работы на уровне ПМСП.

5 СТЕПЕНЬ ВОВЛЕЧЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В ВОПРОСАХ ПРОФИЛАКТИКИ ФАКТОРОВ РИСКА БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Профилактика болезней в рамках ПМСП имеет основополагающие аспекты, которые включают круг технических вопросов о действенности и приемлемости использования инструментов профилактики и подходов в организации профилактической деятельности. Следовательно, сестринский персонал должен рассматриваться как ценный ресурс здравоохранения для предоставления населению доступной, приемлемой и экономически рентабельной помощи в области профилактики заболеваний в первичном звене здравоохранения.

Как известно, БОП развиваются постепенно, и их возникновение во многом связано с образом жизни и наличием определенных факторов риска. Именно здесь на первый план выходит роль медицинских сестер, чья вовлеченность в вопросах профилактики может стать настоящим щитом для здоровья пациентов.

С целью выявления соответствия функций, выполняемых медицинскими работниками первичного звена здравоохранения в своей деятельности и сбора информации об уровне вовлеченности медицинских сестер в вопросах профилактики факторов риска БОП проведен опрос 1201 участников в возрасте от 18 до 69 лет с помощью стандартизированного и адаптированного опросника STEPS ВОЗ.

Данная система позволит оценивать в динамике потребности и приоритеты системы здравоохранения, оценивать эффективность проводимых мероприятий и программ, целесообразность использования ресурсов и другие параметры на региональном уровне ПМСП.

Как известно, роль в профилактике БОП медицинских сестер многогранна. Своевременное выявление этих факторов позволяет начать профилактические мероприятия на ранней стадии. Соответственно, медицинские сестры могут осуществлять контроль за соблюдением пациентами рекомендаций, оказывать им необходимую поддержку и помочь в преодолении трудностей, возникающих на пути к здоровому образу жизни и профилактики факторов риска.

Понимание этих закономерностей позволит более эффективно разрабатывать целевые программы по укреплению здоровья, учитывая специфические потребности и особенности различных групп населения.

В таблице 27 представлены результаты опроса о значимости рекомендаций медицинских работников относительно рисков здоровья. Характерно, что все ответы респондентов имеют уровень статистической значимости

Как видно из таблицы, только 16,9 % респондентов, получили рекомендации от медицинских сестер по прекращению употребления табачной продукции.

В то же время, низкий процент рекомендаций по отказу от курения может указывать на ряд причин: возможно, это связано с более сложным характером

данной зависимости, требующим специфических навыков и подходов, или же с недостаточной уверенностью медицинских сестер в эффективности своих интервенций в этой области.

Таблица 27 – Рекомендации, полученные от медицинских работников относительно рисков здоровья (n=1201)

Наименование профилактической деятельности	Да/ Нет	Пол						Статистический тест	
		мужской		женский		всего		χ^2	р– оценка
		n	%	n	%	n	%		
Прекратить употребление табачной продукции или вовсе не начинать	Да	116	25,7	87	11,6	203	16,9	39,608	<0,001
	Нет	336	74,3	662	88,4	998	83,1		
Уменьшить употребление соли в еде	Да	130	28,8	286	38,2	416	34,6	11,056	<0,001
	Нет	322	71,2	463	61,8	785	65,4		
Ежедневно употреблять минимум пять порций фруктов и/или овощей	Да	122	27,0	310	41,4	432	36,0	25,370	<0,001
	Нет	330	73,0	439	58,6	769	64,0		
Уменьшить употребление жиров в еде	Да	156	34,5	350	46,7	506	42,1	17,253	<0,001
	Нет	296	65,5	399	53,3	695	57,9		
Начать заниматься спортом или увеличить уровень физической активности	Да	156	34,5	318	42,5	474	39,5	7,445	0,006
	Нет	296	65,5	431	57,5	727	60,5		
Поддерживать нормальный (здоровый) вес тела или похудеть	Да	146	32,3	329	43,9	475	39,6	15,932	<0,001
	Нет	306	67,7	420	56,1	726	60,4		
Примечание – Составлено автором по данным опросника STEPS ВОЗ									

Данный резонанс удостоверяет о том, что профилактические меры пока не достигли желаемого охвата или эффективности для большинства участников исследования. Результаты статистического теста ($\chi^2 = 39,608$, р–оценка <0,001) указывают на высокую статистическую значимость наблюдаемых различий.

Полученные данные свидетельствуют о том, что профилактическая работа в отношении табакокурения требует дальнейшего совершенствования. Особенно низкий процент положительных ответов среди женщин вызывает обеспокоенность и может указывать на необходимость разработки более целенаправленных и адаптированных программ профилактики для этой группы населения.

Проведенный анализ данных профилактической деятельности по уменьшению употребления соли в еде демонстрирует, что, 65,4% респондентов не получали рекомендаций от медицинских сестер по уменьшению потребления

соли в еде. Стремится уменьшить потребление соли составляет 28,8% – мужчин и 38,2% – женщин (рисунок 20).

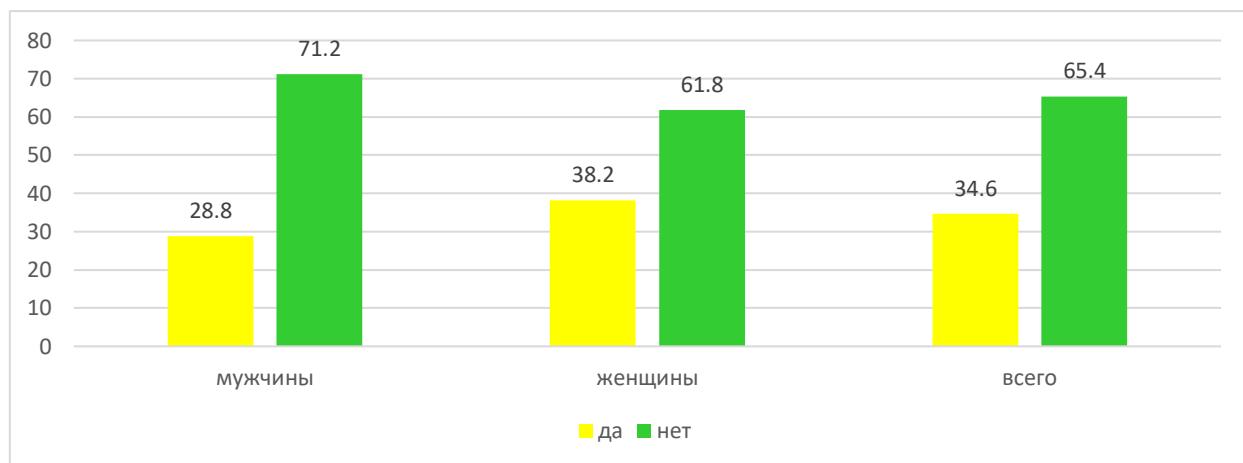


Рисунок 20 – Распределение мнения респондентов в частности получения рекомендаций по употреблению соли в еде, в %

Согласно данным ВОЗ, потребление соли в объёме менее 5 г в сутки (что соответствует потреблению натрия менее 2 г в сутки) способствует профилактике артериальной гипертензии, снижению риска сердечно-сосудистых заболеваний, инсульта, а также снижает вероятность развития асцита при циррозе печени у взрослых (World Health Organization, 2020).

По мнению Mozaffarian et al. (2014), сокращение потребления соли до уровня, рекомендованного ВОЗ (менее 5 г в день), может привести к предотвращению 1,7 миллиона смертей ежегодно. Эти данные подтверждают значимость контроля потребления соли в контексте глобальной здравоохранительной стратегии.

В ходе анализа полученных результатов было установлено, что большинство опрошенных – 64,0% не получали рекомендации по употреблению ежедневно минимум пяти порций фруктов и/или овощей (рисунок 21).

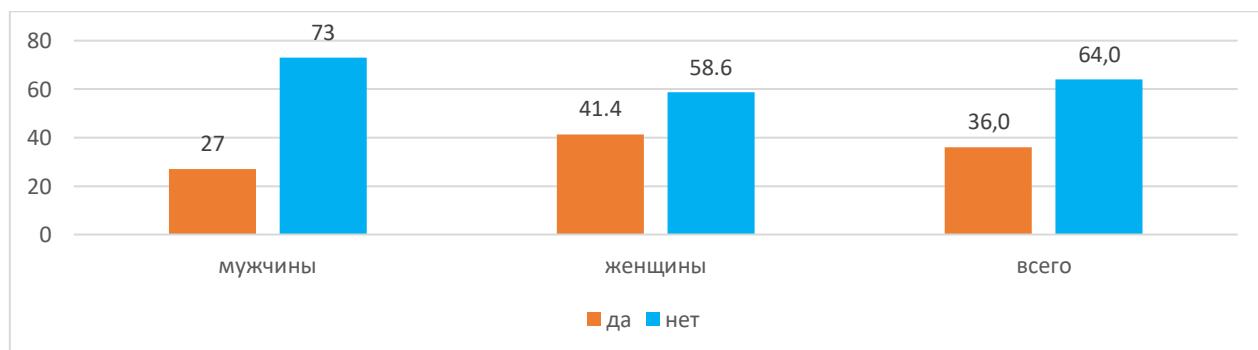


Рисунок 21 – Распределение мнения респондентов в частности получения рекомендаций по употреблению ежедневно минимум пять порций фруктов и/или овощей, в %

Согласно рекомендациям ВОЗ, изложенным в бюллетене «Healthy diet», потребление не менее 400 г (или пяти порций) фруктов и овощей в день способствует снижению риска развития неинфекционных заболеваний (НИЗ) и обеспечивает адекватное поступление пищевых волокон. Употребление такого количества свежих овощей и фруктов научно доказано как эффективная профилактика заболеваний органов пищеварения, поскольку оно не только уменьшает риск развития данных заболеваний, но и снабжает организм необходимым количеством клетчатки, играющей ключевую роль в поддержании здоровья пищеварительной системы (World Health Organization, 2020).

Статистический анализ (критерий хи– квадрат) выявил значимую связь между полом и соблюдением данной профилактической рекомендации (p -оценка $<0,001$). Рекомендация по ежедневному употреблению пяти порций фруктов и/или овощей в большей степени соблюдается женщинами, что возможно связано с осведомленностью о пользе для здоровья, культурные особенности питания или более активное стремление женщин к здоровому образу жизни.

Анализ мнения респондентов показал иную ситуацию, посвященного профилактической деятельности, направленной на уменьшение употребления жиров в еде. В целом, большинство участников не получали рекомендации от медицинских сестер по снижению потребления жиров – 57,9% (рисунок 22).

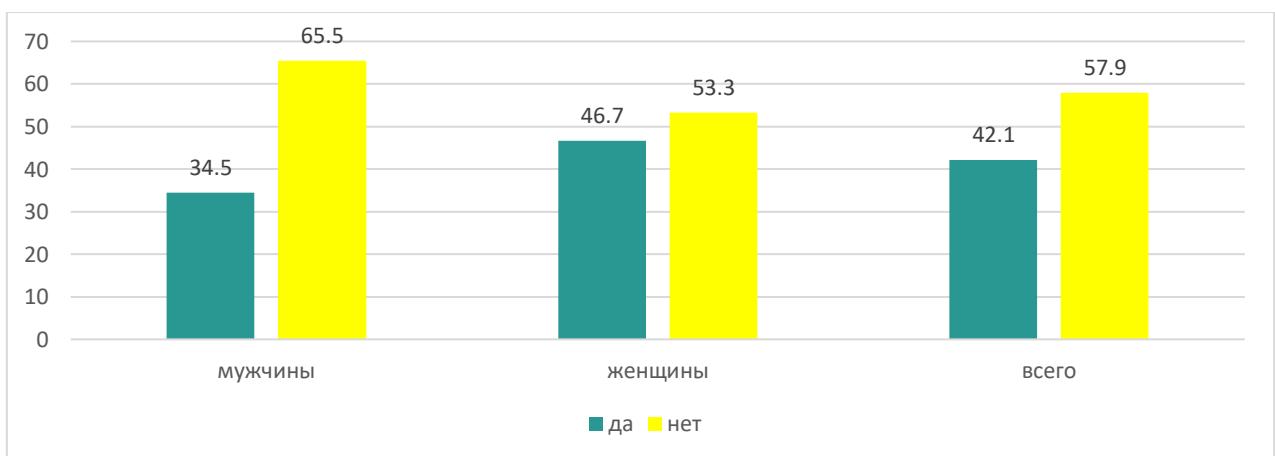


Рисунок 22– Распределение мнения респондентов в частности получения рекомендаций по уменьшению употребления жиров в еде, в %

Согласно рекомендациям Nishida (2010), предлагается ограничить потребление насыщенных жиров до уровня менее 10% от общего суточного потребления энергии, а трансжиров — до менее 1%. Это сокращение значительно снижает риск развития ожирения и НИЗ, в том числе БОП.

Интересно отметить, что существует значительная разница в подходах к снижению потребления жиров между мужчинами и женщинами. Отмечено, что среди мужчин– респондентов 34,5% заявили о своих усилиях по уменьшению жиров в рационе, тогда как основная часть мужчин– 65,5% не предпринимают

таких шагов. У женщин – респондентов ситуация выглядит иначе: 46,7% – женщин активно работают над снижением потребления жиров, и только 53,3% не придерживаются к данной проблеме.

Статистический анализ с использованием критерия хи – квадрат (χ^2) подтверждает, что эта разница статистически значима ($\chi^2 = 17,253$, p – оценка $<0,001$). Полученные статистические данные подчеркивают необходимость разработки более целенаправленных стратегий для повышения осведомленности и мотивации мужчин к изменению своих пищевых привычек в сторону более здорового питания.

Дальнейший анализ данных позволяет предположить, что существует определенная иерархия приоритетов в профилактической деятельности медицинских сестер, где вопросы, связанные с образом жизни и питанием, занимают лидирующие позиции.

Анализ результатов анкетирования показал, что начать заниматься спортом или увеличить уровень физической активности в целом выбрали 39,5% опрошенных, из них мужчин – 34,5% и женщин – 42,5%. Важно отметить, что разница в отношении к физической активности может быть обусловлена целым комплексом факторов, включая социальные нормы, доступность спортивной инфраструктуры, уровень осведомленности о пользе занятий спортом, а также индивидуальные предпочтения и жизненные обстоятельства (рисунок 23).

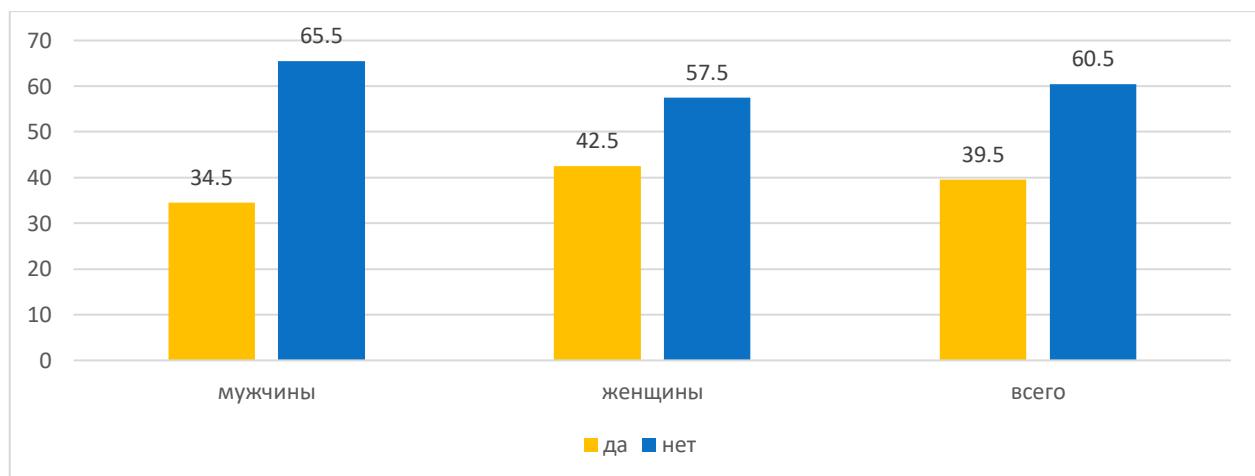


Рисунок 23 – Распределение мнения респондентов в частности получения рекомендаций по занятию спортом или повышению физической активности, в %

Статистический анализ с использованием критерия Хи – квадрат (χ^2) выявил значимую разницу в ответах между мужчинами и женщинами (p – оценка = 0,006). Это означает, что наблюдаемая разница в процентном соотношении не случайна и, вероятно, отражает, что женщины в большей степени, чем мужчины, проявляют интерес к увеличению своей физической активности. Кроме того, возможно, стоит рассмотреть программы по повышению осведомленности о

пользе физической активности и здорового образа жизни, чтобы мотивировать большее количество людей к изменениям в своих привычках.

В рамках исследования была проведена оценка одной из ключевых профилактических мер – поддержания нормального (здорового) веса тела или его снижения. Наибольшее число респондентов (60,4%) не получали рекомендации от медицинских сестер по поддержанию здорового веса или его снижения. И только 39,6% респондентов активно работают над поддержанием здорового веса или его снижением рисунок 24.

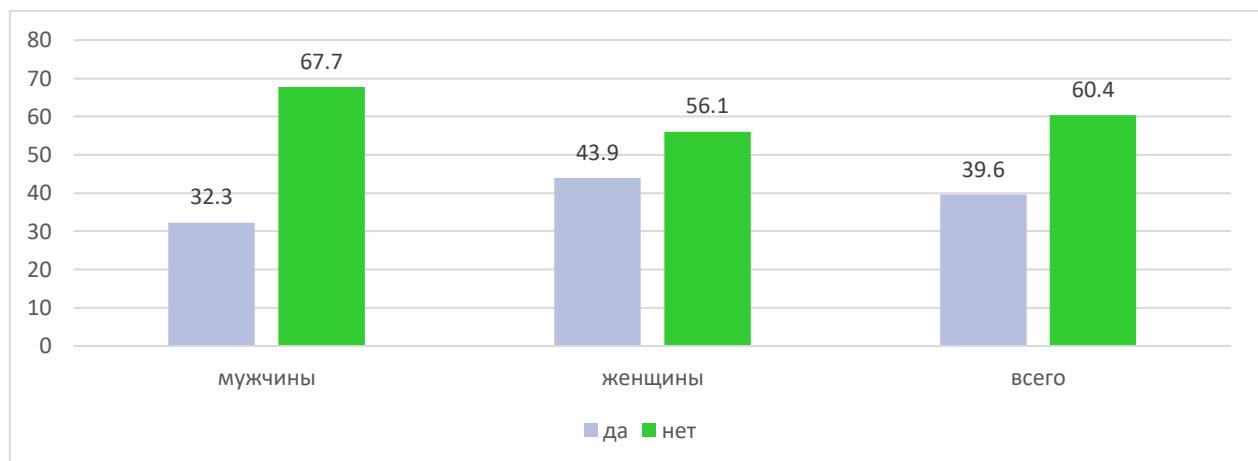


Рисунок 24– Распределение мнения респондентов в частности получения рекомендаций по поддержки нормального (здорового) веса тела или его снижения, в %

Проведенный статистический тест (хи–квадрат, χ^2) выявил статистически значимую связь ($p < 0,001$) между полом респондента и его отношением к поддержанию здорового веса. Полученное значение хи–квадрат (15,932) подтверждает, что наблюдаемые различия в процентном соотношении между мужчинами и женщинами не являются случайными.

Результаты анализа свидетельствуют о том, что поддержание здорового веса является актуальной проблемой для значительной части населения, при этом женщины демонстрируют более активный подход к этой профилактической деятельности по сравнению с мужчинами.

Следовательно, проведенный анализ показал, что медицинские сестры ПМСП активно не вовлечены в профилактическую работу, направленную на снижение факторов риска для здоровья.

Таким образом, на основании полученных данных можно с уверенностью говорить, что проведение профилактической работы медицинскими сестрами ПМСП Жамбылской области поставлено слабо и большинство населения не информировано о снижении факторов риска развития болезней органов пищеварения. Это прекращение употребления табачной продукции, уменьшить употребление соли в еде (до 5 гр в день по рекомендации ВОЗ), ежедневное употребление минимум пяти порций фруктов и овощей, и т.д.

6 СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ НА УРОВНЕ ПМСП

Первичная медико–санитарная помощь играет ключевую роль в предотвращении или снижению риска заболеваний органов пищеварения, предоставляя населению необходимую информацию и доступ к профилактическим мероприятиям.

Основные профилактические мероприятия по предупреждению БОП на уровне ПМСП, включают комплекс мер, направленных на формирование здорового образа жизни, раннее выявление факторов риска и предрасполагающих состояний, а также на своевременное обращение за медицинской помощью.

Данное профилактическое мероприятие включают следующее:

1. Формирование культуры здорового питания: индивидуальные консультации, обучающие программы и семинары, распространение информационных материалов, акцент на важности питьевого режима (чистая вода).

2. Пропаганда здорового образа жизни: отказ от вредных привычек, регулярная физическая активность, управление стрессом.

3. Раннее выявление факторов риска и предрасполагающих состояний: скрининговые обследования, выявление групп риска, консультирование по вопросам наследственности.

4. Своевременное обращение за медицинской помощью: повышение осведомленности о симптомах, доступность медицинской помощи, профилактические осмотры.

5. Санитарно–просветительская работа: информационные кампании, использование различных каналов коммуникации.

В настоящее время, ПМСП выступает в роли своеобразного «фильтра», позволяющего выявлять и корректировать факторы риска, предотвращая развитие серьезных заболеваний БОП, требующий активного участия как медицинских работников, так и самих пациентов.

Реализация комплексных, системных и доступных профилактических мероприятий, основанных на принципах здорового образа жизни и раннего выявления факторов риска БОП, позволит значительно улучшить показатели здоровья населения и снизить нагрузку на систему здравоохранения в целом.

Системный подход к профилактике включает в себя не только индивидуальные консультации, но и создание благоприятной среды для формирования здоровых привычек на уровне всего сообщества, развитие партнерских отношений с образовательными учреждениями и работодателями. Проведение лекций и мастер–классов по интеграции профилактических программ: здоровому питанию, физической активности и вредных привычек.

Сестринский персонал составляет самую многочисленную категорию работников отрасли, и предоставляемые ими услуги рассматриваются как ценный ресурс системы здравоохранения для удовлетворения потребностей

населения в доступной, качественной и экономически эффективной медицинской помощи. Вместе с тем, система здравоохранения в целом страдает от несбалансированности медицинских кадров, малоэффективного использования сестринского персонала в практическом здравоохранении.

Поэтому Министерство здравоохранения Республики Казахстан выделило реформирование сестринского дела в качестве одной из стратегических целей. Доказательством тому являются принятые в республике программные документы: Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360— VI ЗРК «О здоровье народа и системе здравоохранения», Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020– 2025 годы (утратил силу), Комплексный план развития сестринского дела в Республике Казахстан, Дорожная карта «Триединство образования, науки и практики в сестринском деле» до 2025 года.

С целью реализации ГПРЗ активно развивается кадровый потенциал среднего медицинского персонала и работников вспомогательных служб в здравоохранении, проводятся мероприятия по повышению статуса медицинских работников, в том числе усилению статуса и роли медицинских сестер. Более того, разрабатываются и внедряются клинические сестринские руководства и стандартные операционные процедуры с целью делегирования среднему медицинскому персоналу ряда функций и расширения роли и задач специалистов сестринского дела, что повысит качество медицинских услуг (Национальный доклад по ПМСП, 2023г).

Проведение образовательных мероприятий, таких как лекции и мастер-классы, по интеграции профилактических программ в области здорового питания, физической активности и отказа от вредных привычек, направлено на достижение комплексных и долгосрочных результатов. Эти результаты затрагивают как индивидуальный уровень участников, так и более широкие социальные аспекты.

В этой связи, совместно с учебно– методическим центром КГП на ПХВ «Высший медицинский колледж» разработана программа семинар– тренинга по динамическому наблюдению пациентов с хроническими заболеваниями органов пищеварения среди медсестер с уровнем прикладного и академического бакалавриата с целью внедрения самостоятельного сестринского приема «Независимая сестринская практика в амбулаторных условиях» (18 академических часов).

Семинар– тренинг способен повысить уровень квалификации по дисциплине – «ВОП» и «Сестринское дело» (программа семинар– тренинга обсуждены и одобрены учебным методическим центром Высшего медицинского колледжа, протокол заседания № 6 от «30» июня 2022 года) (Приложение А, Г).

В современном здравоохранении наблюдается устойчивый тренд к децентрализации медицинской помощи, смещению акцента со стационарного лечения на амбулаторные формы и профилактику. В этом контексте роль медицинских сестер, и в частности, независимой сестринской практики в амбулаторных условиях, приобретает особую значимость и актуальность. Это

единственный выход – обучить медицинских сестер о проведении самостоятельного приема с пациентами НИЗ, в том числе БОП.

Актуальность данного семинара – тренинга обусловлена не только текущими вызовами системы здравоохранения, но и стратегическим видением ее развития. Переход к человеко-ориентированной модели, где каждый специалист максимально реализует свой потенциал, становится не просто желательным, а необходимым условием для обеспечения устойчивости и эффективности медицинской помощи населению. Независимая сестринская практика в амбулаторных условиях является одним из ключевых элементов этой трансформации, позволяя не только оптимизировать рабочие процессы, но и значительно повысить уровень удовлетворенности как пациентов, так и самих медицинских работников

Цель образовательной программы: Обучить участников семинара–тренинга инструментам независимой сестринской практики в амбулаторных условиях.

Важность данного семинара заключается в том, что врачи зачастую перегружены рутинными задачами, которые могут быть эффективно делегированы квалифицированным медицинским сестрам. Независимая практика позволяет разгрузить врачей, высвобождая их время для более сложных клинических случаев и консультаций.

Вышеуказанное диктует решение семинара–тренинга следующих задач:

1. Оценить текущее состояние медицинской организации в части внедрения новой модели сестринской службы путем рассмотрения организационных структур, штатного расписания и стратегических планов развития.

3. Обучить использованию инструментов доказательной сестринской практики в работе медицинских сестер расширенной практики через внедрения клинических сестринских руководств, стандартов операционных процедур и сестринской документации.

4. Обучить использованию адаптированного Международного классификатора сестринской практики «Clinical Care Classification» в работе медицинских сестер расширенной практики с целью постановки сестринского диагноза и выполнения сестринских вмешательств.

Решение поставленных задач позволит повысить доступность и качества медицинской помощи: медицинские сестры, обладающие расширенными полномочиями, могут управлять хроническими заболеваниями, тем самым повышая доступность медицинской помощи, особенно в отдаленных районах и для групп населения с ограниченной мобильностью.

Вместе с тем, независимая сестринская практика позволяет сестрам взять на себя эту функцию, обучая пациентов самоконтролю, контролируя прием лекарств, отслеживая динамику состояния и своевременно реагируя на изменения, проведении профилактических мероприятий, консультировании по вопросам здорового образа жизни, питания, отказа от вредных привычек.

Семинар– тренинг позволит медицинским сестрам освоить новые навыки, расширить свои знания в области диагностики, лечения и реабилитации, научиться принимать самостоятельные решения в рамках своей компетенции, что способствует их профессиональному росту и повышению удовлетворенности работой.

В рамках семинара– тренинга рассмотрены: правовые и этические аспекты независимой сестринской практики, алгоритмы диагностики и ведения пациентов с распространенными заболеваниями, навыки консультирования и обучения пациентов, методы профилактики и укрепления здоровья, роль медицинской сестры в управлении хроническими заболеваниями, практические кейсы и разбор клинических ситуаций.

Семинар– тренинг не просто обучение новым навыкам, а формирование нового мышления, ориентированного на проактивное участие в процессе оздоровления пациента, на становление сестры как полноправного партнера в команде здравоохранения. Особое внимание будет уделено развитию навыков критического мышления, умения анализировать информацию, принимать обоснованные решения в условиях ограниченного времени и ресурсов, а также эффективно коммуницировать с пациентами, их семьями и другими медицинскими специалистами.

Более того, развитие независимой сестринской практики способствует формированию культуры непрерывного профессионального развития среди медицинских сестер. Это стимулирует сестер к самообразованию, повышению квалификации, участию в научных исследованиях и внедрению инновационных подходов в свою практику. Такой подход не только повышает престиж профессии медицинской сестры, но и способствует формированию высококвалифицированных кадров, способных решать сложные задачи современного здравоохранения.

Согласно данной образовательной программе были обучены медицинские сестры ПМСП г. Алматы: ГП 1, 4, 8, 10, 11, 29, 14, 20, 23, 24, 25, 28, 32, ГКП на ПХВ «Поликлиника Zhanuya» г. Тараз.

Тематический план занятий семинар– тренинга представлен в таблице 28.

Следует отметить, что во многих странах мира независимая сестринская практика уже является устоявшейся и эффективной моделью оказания медицинской помощи, внедрение и развитие этой практики в РК является логичным шагом в модернизации системы здравоохранения.

Семинар– тренинг «Независимая сестринская практика в амбулаторных условиях» в практическом здравоохранение вполне может быть приемлем для медицинских сестер, работающие в организациях ПМСП (поликлиники, медицинские центры, фельдшерско– акушерские пункты, в том числе главные медицинские сестры, стремящиеся к оптимизации работы медицинских сестер и руководители медицинских организаций, заинтересованные в повышении качества и доступности медицинской помощи, а также специалисты, занимающиеся вопросами развития сестринского дела в РК.

Следовательно, семинар– тренинг "Независимая сестринская практика в амбулаторных условиях" является своевременным и крайне необходимым мероприятием, направленным на модернизацию системы здравоохранения, повышение качества и доступности медицинской помощи, а также на развитие профессионального потенциала медицинских сестер, что в конечном итоге приведет к улучшению здоровья населения.

Таблица 28 – Тематический план занятий семинар– тренинга «Независимая сестринская практика в амбулаторных условиях», в часах

№ №	Наименование тем	Краткое содержание	Объем часов
1	Развитие сестринской службы в РК и роль медсестры расширенной практики в организациях практического здравоохранения	Историческая справка развития сестринской службы. Практическая востребованность медицинской сестры расширенной практики.	2
2	Правовое обеспечение деятельности медицинских сестер расширенной практики.	Обоснование внедрения независимой сестринской практики в рамках развития сестринской службы в Республике Казахстан. Нормативно– правовые акты, регламентирующие деятельность медицинских сестер расширенной практики.	2
3	Итоги пилотного проекта по внедрению новой модели сестринской службы.	Ознакомление с итогами пилотного проекта (методические рекомендации, клинические сестринские руководства, стандарты операционных процедур, сестринские документации).	1
4	Доказательная сестринская практика.	Основы доказательной медицины. Дизайн исследования. PICO. Разбор публикаций в области сестринского дела. Формулировка клинического вопроса по PICO. Иерархия доказательств. Исследование в сестринском деле. Критический анализ публикаций по сестринскому делу.	3
5	Адаптированный Международный классификатор сестринской практики Clinical Care Classification.	Постановка сестринских диагнозов и выполнение сестринских вмешательств согласно Международному классификатору сестринской практики Clinical Care Classification.	3
6	Сестринское наблюдение пациентов	Клинические сестринские руководства (КСР). Ведение пациентов в рамках КСР «Управление хронической болью». Ведение пациентов в рамках КСР «Предотвращение падений и снижение травматизма при падениях».	3
7	Независимая сестринская практика в патронажной службе	Универсально–прогрессивная модель патронажной службы (универсальный, расширенный, интенсивный пакеты). Медицинская документация патронажной медсестры. Кейс– менеджмент.	2
8	Сестринский прием при наиболее распространённых неинфекционных заболеваниях (НИЗ)	Разбор клинических случаев по НИЗ и ОРВИ. Ведение сестринской документации	2
Итого			18
Примечание– Составлено автором по данным тематического плана семинар– тренинга			

Независимая сестринская практика в амбулаторных условиях предлагает не только квалифицированную медицинскую помощь, но и надежную поддержку на каждом этапе пути к выздоровлению пациента. Маршрутизация пациентов, осуществляемая такими специалистами, становится надежным компасом, помогающим ориентироваться в сложной системе здравоохранения и своевременно получать необходимую помощь.

Эффективная маршрутизация пациентов с БОП на уровне ПМСП играет ключевую роль в своевременной диагностике, лечении и профилактике этих заболеваний. Правильно организованная система позволяет оптимизировать использование ресурсов, сократить время ожидания, улучшить качество медицинской помощи и, в конечном итоге, повысить удовлетворенность пациентов.

Представленная схема маршрутизации пациента с факторами риска БОП на уровне ПМСП отличается высокой логической структурированностью и логичностью (рисунок 25). Она позволяет эффективно выявлять пациентов, нуждающихся в дополнительном обследовании и коррекции образа жизни, начиная с регистратуры и заканчивая сестринским приемом.

Представленная схема маршрутизации пациента с заболеваниями органов пищеварения определяет порядок действий с момента обращения в регистратуру до независимого сестринского приема. «Пациент – Регистратура – Доврачебный осмотр отражает стандартную процедуру обращения пациента в медицинское организацию. При этом акцент на врачебном осмотре после регистрации, указывает на необходимость первичной оценки состояния пациента.

В схеме, разделение по возрасту, охватывает как скрининговые мероприятия для лиц в возрасте 40– 70 лет ориентированный на выявление факторов риска БОП, так и профилактические осмотры для пациентов старше 18 лет, представляется оправданным для раннего выявления специфических рисков и заболеваний, обратившихся в медицинское учреждение.

На этапе доврачебного приема проводится комплекс мероприятий: антропометрия (измерение роста и веса, расчет индекса массы тела), оценка окружности талии и осмотр кожных покровов и слизистых оболочек, измерение артериального давления.

Параллельно осуществляется сбор анамнеза, с особым вниманием к вредным привычкам (курение, употребление алкоголя, наркотиков, энергетиков) и характеру питания. Далее выявляются факторы риска, связанные с нерациональным питанием, такие как употребление жареного, жирного, остого, копченого, блюд быстрого приготовления (фастфуда) и энергетических напитков.

Независимый сестринский прием предполагает, что медсестра проводит оценку, ставит сестринский диагноз и выполняет сестринские вмешательства. Данный этап регулируется нормативным актом (Приказ Минздрава Республики Казахстан), что обеспечивает его юридическую основу.

Финальный этап маршрутизации – управление факторами риска заболеваний органов пищеварения. Пациентам даются рекомендации по

ведению здорового образа жизни, включающие умеренные физические нагрузки (ходьба не менее 30 минут в день), ограничение потребления соли до 5 грамм, увеличение потребления фруктов и овощей (не менее 5 порций в день), отказ от курения и алкоголя.

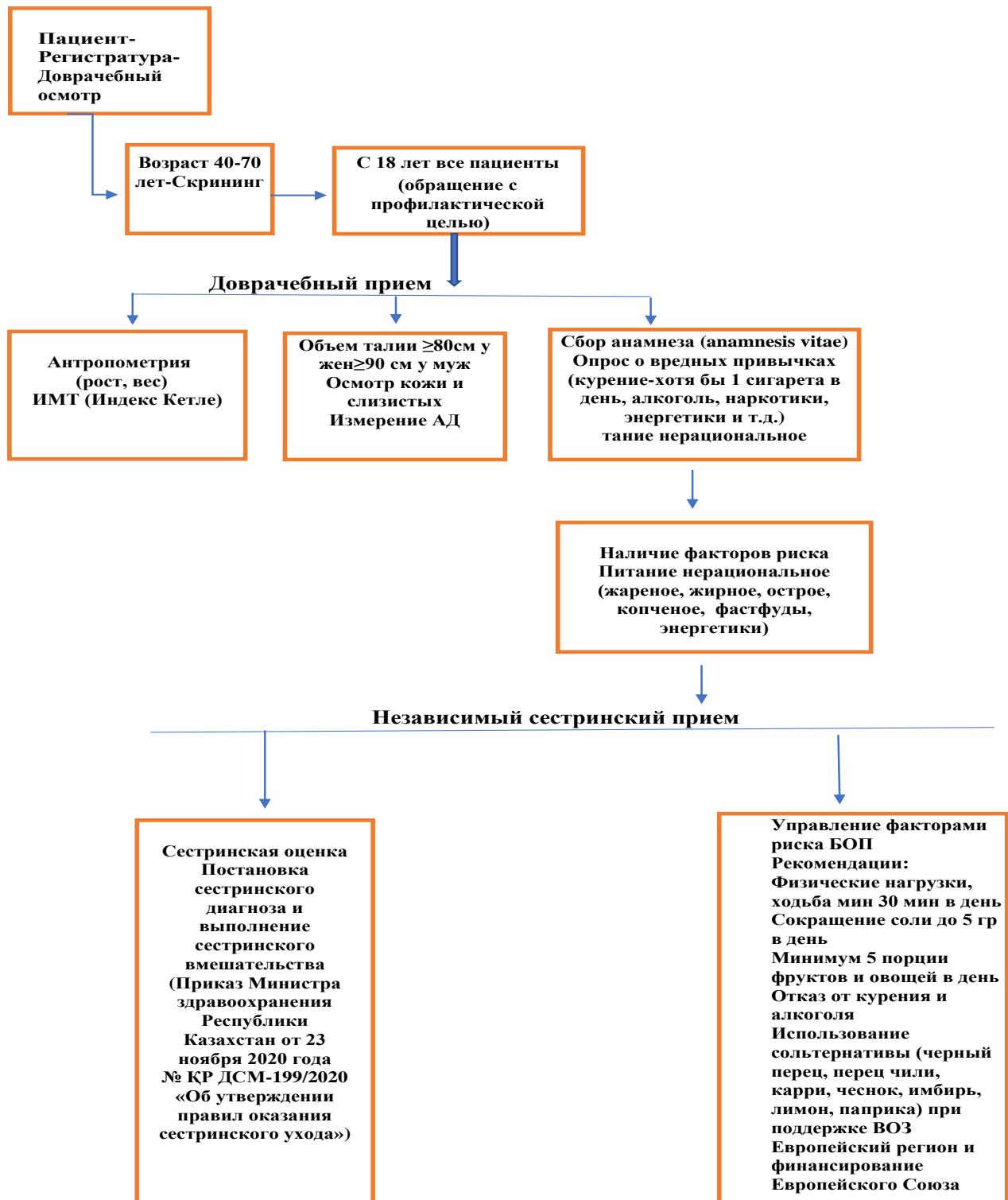


Рисунок 25– Схема маршрутизации пациента с факторами риска БОП на уровне ПМСП

Дополнительно предлагается использование альтернативных приправ—сольтернативы (черный перец, перец чили, карри, чеснок, имбирь, лимон, паприка) в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения, а также указывается на поддержку Европейского региона и финансирование Европейского Союза.

В заключении, схема предусматривает управление факторами риска БОП, включающее рекомендации по физическим нагрузкам, ограничению потребления соли, увеличению потребления овощей и фруктов, отказу от курения и алкоголя, а также использованию Alternative spices (черный перец, перец чили, карри, чеснок, имбирь, лимон, паприка) при поддержке ВОЗ. Данный подход направлен на профилактику и раннее выявление заболеваний пищеварительной системы, а также на коррекцию образа жизни пациентов с факторами риска.

В целом, схема маршрутизации представляет собой комплексный алгоритм действий, направленный на своевременное выявление, оценку и коррекцию факторов риска развития заболеваний органов пищеварения на уровне ПМСП. Она охватывает как скрининговые мероприятия для выявления групп риска, так и индивидуальные подходы к коррекции образа жизни и профилактике заболеваний.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Заболевания органов пищеварения занимают одно из ведущих мест в структуре общей заболеваемости и смертности населения, как в Республике Казахстан, так и в Жамбылской области. Значительную роль в развитии этих заболеваний играют чрезмерное употребление соли, жирная пища, злоупотребление алкоголем и курение.

Первичное звено здравоохранения, являясь наиболее доступным и приближенным к населению, обладает огромным потенциалом для раннего выявления, оценки и коррекции этих факторов риска, что позволяет предотвращать развитие БОП и снижать их негативное влияние на здоровье населения.

Эпидемиологический анализ заболеваемости направлена на определение масштабов проблемы БОП в регионе и стране. Анализ позволил выявить наиболее распространенные нозологии, оценить тенденции заболеваемости и смертности, определить группы риска по возрасту, полу и другим демографическим показателям. Это является фундаментом для разработки целенаправленных профилактических мероприятий.

При этом изучена доступная статистическая информация (статистические отчеты медицинских организаций, данные комитетов статистики), проанализированы научные публикации по данной тематике. Особое внимание удалено сравнению показателей по Жамбылской области с общеказахстанскими данными для выявления специфических региональных особенностей.

Рост первичной заболеваемости БОП в Жамбылской области, которая опережает темпы роста по РК в целом (29,2% против 14,6% за период 2011– 2020 гг.) демонстрируют тревожную тенденцию. Это свидетельствует о наличии специфических факторов или неэффективности принимаемых мер в регионе. При этом несмотря на рост заболеваемости, снижение смертности от БОП в Жамбылской области на 24,8% является позитивным показателем. Это может быть связано с улучшением диагностики, повышением доступности медицинской помощи, более эффективным лечением уже развившихся заболеваний, а также с общей тенденцией снижения смертности от многих причин.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки демонстрирует относительную стабильность, однако, дифференцированный анализ показывает рост в городской среде и снижение в сельской. Это может указывать на разные условия жизни и питания, а также доступность медицинской помощи в городских и сельских районах.

Высокая распространенность гастритов и дуоденитов, с тенденцией к снижению в городе связаны с улучшением санитарно–гигиенических условий, повышением информированности или изменением образа жизни.

Выраженный рост заболеваний желчевыводящих путей в сельской местности указывает на возможную связь с особенностями питания (например,

высоким потреблением жирной пищи) или другими факторами, более выраженными в сельских районах.

Высокий прирост заболеваемости панкреатитом в сельских районах (61,8%) требует отдельного внимания и возможно это связано с злоупотреблением алкоголем, погрешностями в питании или другими факторами, более актуальными для сельских жителей.

Основные поведенческие факторы риска БОП среди населения Жамбылской области выявили высокое потребление соли. Исследование выявило критически высокое потребление соли, что является одним из основных факторов риска развития многих БОП. Почти две трети населения (65,9%) добавляют соленые специи при приготовлении пищи, а 31% “всегда” добавляют соль или соленые соусы. При этом, лишь около трети (30,7%) употребляют до 5 граммов соли в день, что соответствует рекомендуемым нормам ВОЗ.

Значительная часть населения (57,8%) употребляет пищу в избыточном количестве, не придерживаясь ограничений и частое употребление хлебобулочных и мучных кондитерских изделий (23%), газированных напитков и энергетиков (29,4%).

Средний возраст начала курения (19 лет) указывает на важность превентивных мер среди подростков и молодежи, так как курение является значимым фактором риска для развития целого ряда БОП, включая язвенную болезнь.

Высокий рост заболеваемости, особенно в сельской местности, в сочетании с широкой распространностью нездоровых пищевых привычек (высокое потребление соли, фастфуда, сладких напитков) и ранним началом курения, указывает на значительный нереализованный потенциал первичного звена в формировании здорового образа жизни населения.

Роль и вовлеченность медицинских сестер ПМСП в профилактику БОП демонстрируют, что медицинские сестры первичного звена активно вовлечены в профилактическую работу. Наибольшее внимание уделяется таким важным аспектам, как коррекция питания (42,1%), снижение потребления соли (34,6%), рекомендации по ежедневному употреблению фруктов и овощей (36,0%), контроль веса (39,6%) и увеличение физической активности (39,5%). Тревожным является тот факт, что профилактика курения остается менее распространенной практикой среди медицинских работников (16,9%). Учитывая, что курение является мощным фактором риска для развития многих заболеваний органов пищеварения (например, язвенной болезни, гастрита, рака пищевода и желудка), это указывает на необходимость усиления внимания к данному направлению.

Значимость семинара– тренинга «Независимая сестринская практика в амбулаторных условиях» признается своевременным и необходимым мероприятием, что подчеркивает потребность в модернизации сестринского дела, расширении компетенций медицинских сестер и повышении их самостоятельности в работе с пациентами.

Развитие независимой сестринской практики может способствовать более эффективному использованию ресурсов ПМСП, снижению нагрузки на врачей и повышению уровня удовлетворенности пациентов.

Комплексный характер предложенной схемы маршрутизации свидетельствует о системном подходе к решению проблемы. Она охватывает все ключевые этапы: от выявления групп риска до индивидуальной коррекции образа жизни и профилактики заболеваний. Акцент на скрининговых мероприятиях позволит своевременно выявлять лиц с повышенным риском развития БОП, а наличие индивидуальных подходов к коррекции образа жизни обеспечит более персонализированный и, следовательно, более эффективный подход к каждому пациенту.

Разработанная схема маршрутизации является логичным и полным инструментом для специалистов ПМСП. Ее комплексный характер, включающий скрининг и индивидуализированный подход, позволяет с высокой вероятностью ожидать улучшения ситуации с БОП при ее надлежащем внедрении.

Потреблению соли, алкоголя и табака у жителей Жамбылской области с использованием опросника STEPS ВОЗ является ключевой для понимания распространенности и характера поведенческих факторов риска среди населения Жамбылской области. Использование стандартизированного опросника STEPS ВОЗ позволил получить достоверные данные о частоте потребления соли (включая скрытую соль в продуктах), объеме и регулярности употребления алкоголя, а также о распространенности курения (включая пассивное курение). Так, результаты исследования выявили конкретные группы населения с наибольшим риском, а также определить необходимость и направленность информационно–просветительской работы. Размер выборки ($n=1201$ и $n=391$) указывает на проведение масштабного исследования, способного дать представительные данные.

Медицинские сестры первичного звена играют критически важную роль в работе с пациентами. Эта задача направлена на анализ их компетенций, знаний, мотивации и практических навыков в области оценки и коррекции факторов риска БОП. Выявление пробелов в знаниях и навыках позволит разработать целевые программы обучения и повышения квалификации.

На основе результатов проведенного эпидемиологического анализа и оценки поведенческих факторов риска, а также с учетом уровня вовлеченности медицинских сестер, разработан практико–ориентированный комплекс методических материалов: протоколы оценки факторов риска: стандартизованные алгоритмы для медицинских сестер по выявлению и оценке индивидуальных рисков развития БОП. Руководства для медицинских работников: практические рекомендации по проведению консультирования, обучению пациентов, назначению мероприятий по снижению рисков. Программы обучения: материалы для повышения квалификации медицинских сестер ПМСП по вопросам профилактики БОП.

Результаты исследования и разработанные методические материалы могут быть внедрены в практику медицинских организаций первичного звена Жамбылской области, а также рекомендованы для использования в других регионах Казахстана со схожими социально-экономическими и эпидемиологическими характеристиками. Позволит повысить уровень осведомленности населения о факторах риска БОП и мерах их профилактики, а также улучшить качество медицинского обслуживания за счет современными инструментами и методиками.

Для обеспечения максимальной эффективности разработанных научно-методических подходов и материалов, предлагается проведение циклов обучения медицинских сестер первичного звена Жамбылской области по использованию разработанных методических материалов, оценки факторов риска и техник консультирования пациентов.

Реализация предложенных научно-методических подходов и разработанных на их основе материалов позволит значительно повысить эффективность профилактической работы, снизить заболеваемость и смертность от БОП. Внедрение результатов данного исследования будет способствовать укреплению здоровья населения Жамбылской области и совершенствованию системы ПМСПи в Казахстане в целом.

Таким образом, предложенные научно-методические подходы, включающие усиление роли медицинских сестер, их профессиональное развитие и внедрение четких алгоритмов действий (схема маршрутизации), являются обоснованными и перспективными для совершенствования профилактики БОП на уровне ПМСП Жамбылской области.

ВЫВОДЫ

1. На фоне роста первичной заболеваемости БОП по Республике на 14,6%, с 3632,2 (в 2011г) до 4164,8 (в 2020г) отмечается рост первичной заболеваемости БОП в Жамбылской области на 29,2% с 3607,0 (в 2011г.) до 4662,2 (в 2020г.). По изучению смертности населения отмечается снижение изучаемого показателя в Жамбылской области на 24,8% (с 83,28 (2011г.) до 62,57 (2020г.) на 100000 населения). Одновременно установлено снижение показателя смертности как городского (на 23,1%), так и сельского (35,0%) населения области. Эпидемиологический анализ основных нозологий заболеваемости БОП выявил выраженное снижение заболеваемости ГЭРБ в сельской местности (на 41,2%) и в области (на 41,7%). Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки характеризуется стабильностью, с незначительным общим приростом за период: с ростом в городе (на 1,7%) и снижением на селе (на 2,4%). В представленной выборке гастрит и дуоденит являются наиболее распространенными заболеваниями с существенным снижением заболеваемости городского населения (на 27,7%). ЖКБ, холецистит, холангит характеризуется с высокими корреляциями и выраженным ростом в сельской местности (на 11,4%). Панкреатит демонстрирует наиболее существенный рост заболеваемости в сельской местности (на 61,8%), и снижение в городской (на 2,5%).

2. Оценка факторов риска населения по Жамбылской области выявила, что соленые специи добавляет во время приготовления пищи большинство населения – 65,9%. Можно акцентировать, что для женщин наиболее важное значение имеет уменьшение потребления соли (42,8%), для мужчин значимо 25,5%. 77,3% респондентов ответили, что употребление большого количества соли или соленых соусов вызывают серьезные проблемы со здоровьем. В первый раз закурили в возрасте 19 лет. Изучение факторов риска влияющих на развитие БОП выявила, что основная часть анкетируемых (57,8%) употребляют еду в избыточном количестве, не придерживаясь ограничений, при этом часто употребляют в пищу хлебобулочные и мучные – кондитерские изделия – 23%, более того 29,4% жителей часто употребляют газированные напитки и энергетики. У 30,10% респондентов преобладают в ежедневном рационе блюда быстрого приготовления фастфуды. Соль или соленые соусы добавляют всегда – 31% и до 5 гр употребляют только 30,7%. Более того 42% населения Жамбылской области не осведомлены по ежедневному употреблению поваренной соли в граммах.

3. Медицинские сестры ПМСП демонстрируют недостаточно активное участие в профилактике заболеваний, в частности коррекции питания (42,1%), снижения потребления соли (34,6), ежедневного употребления фруктов и овощей (36,0%), контроля веса (39,6%), увеличения физической активности (39,5). Однако, несмотря на высокую значимость, профилактика курения остается менее распространенной практикой среди медицинских работников (16,9%), что может потребовать дополнительного внимания и обучения. Полученные данные позволяют заключить, что профилактическая работа, проводимая сотрудниками

ПМСП Жамбылской области, организована недостаточно эффективно. Более того, значительная часть населения не обладает достаточным уровнем информированности о рисках, связанных с развитием неинфекционных заболеваний (прекращения употребления табачной продукции, соблюдения рекомендаций ВОЗ по снижению потребления соли до 5 г в день, а также о необходимости ежедневного употребления минимум пяти порций фруктов и овощей).

4. Семинар– тренинг "Независимая сестринская практика в амбулаторных условиях" является своевременным и необходимым мероприятием, направленным на модернизацию системы здравоохранения, повышение качества и доступности медицинской помощи, а также на развитие профессионального потенциала медицинских сестер, что в конечном итоге приведет к улучшению здоровья населения. Схема маршрутизации представляет собой комплексный алгоритм действий, направленный на своевременное выявление, оценку и коррекцию факторов риска развития заболеваний органов пищеварения на уровне ПМСП. Она охватывает как скрининговые мероприятия для выявления групп риска, так и индивидуальные подходы к коррекции образа жизни и профилактике заболеваний.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

РГП на ПХВ «Национальный центр общественного здравоохранения имени С.Каирбековой» МЗ РК:

1. В условиях системы здравоохранения приоритетное значение должно быть придано малозатратным медико– организационным технологиям профилактики неинфекционных хронических заболеваний, в том числе БОП с учетом дифференцированного, индивидуального подхода к пациенту, что позволяет рационально использовать имеющиеся ресурсы и требует широкого их внедрения.

2. Выявленные социально– гигиенические факторы риска населения с БОП могут быть использованы при разработке текущих и перспективных планов развития общественного здоровья и здравоохранения, а также при формировании и реализации отраслевых и территориальных программ оздоровления населения ПМСП.

3. Разработанная маршрутизация пациентов на уровне первичного звена требует практической адаптации к конкретным условиям работы ПМСП с учетом региональных особенностей. Важным аспектом является алгоритм действий медицинских сестер и других специалистов, задействованных в процессе скрининга, диагностики и профилактики заболеваний органов пищеварения. Успех схемы маршрутизации зависит от совместных усилий всех заинтересованных сторон, включая органы управления здравоохранением, медицинских работников, пациентов и общественные организации.

Управлению здравоохранения Жамбылской области:

4. Взять во внимание чрезмерное употребление поваренной соли населением Жамбылской области, городского населения, срочно необходимы новые вмешательства по профилактике курения табака.

5. Изучить методические рекомендации «Методические подходы к профилактике неинфекционных заболеваний на уровне первичной медико–санитарной помощи» в которых обозначена ответственность сотрудников медицинских организаций на уровне ПМСП (Методические рекомендации были обсуждены и одобрены на заседании Ученого Совета КМУ ВШОЗ (протокол заседания № 2 от «16» апреля 2024 года).

Учреждениям первичной медико– санитарной помощи:

6. Принять к сведению и поддержать разработанные нами методические рекомендации «Методические подходы к профилактике неинфекционных заболеваний на уровне первичной медико– санитарной помощи» в рамках НТП «Национальная программа внедрения персонализированной и превентивной медицины в Республике Казахстан» для внедрения на уровне ПМСП, как инструмент общественного здравоохранения с целью профилактических мер по развитию факторов риска НИЗ, в том числе БОП на первичном уровне.

Высшим медицинским колледжам и медицинским ВУЗам Казахстана:

7. Проводить на постоянной основе семинар– тренинг на тему Независимая сестринская практика в амбулаторных условиях», 18 академических часов для

расширения теоретических знаний в области профилактики НИЗ, в том числе БОП.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- 1 Есенгалиева Л.К., Калмакова Ж.А., Раисова К.А. Актуальность преобразований в деятельности службы общественного здоровья Республики Казахстан // Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья». – 2022. – № 1,2. – С. 25– 30.
- 2 Аксенова Е.И., Бессчетнова О.В. Показатели доступности и качества медицинской помощи, обеспечивающие удовлетворенность населения медицинской помощью в различных странах мира. Экспертный обзор. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ». – 2021. – С. 40.
- 3 Руголь Л.В., Сон И.М., Кириллов В.И., Гусева С.Л. Организационные технологии, повышающие доступность медицинской помощи для населения // Профилактическая медицина. – 2020.– Т. 2, № 23. – С. 26– 34.
- 4 Тайторина Б.А., Дощенко Р.С., Гогаладзе К.Л. Эволюция государственной политики Республики Казахстан в сфере охраны здоровья населения // Молодой ученый. – 2020. –Т. 30, № 320. – С. 94– 102.
- 5 Галина Г.Ф. Сохранение здоровья как одна из проблем социокультурного развития Казахстана (в 1990– е годы) // Вестник Казанского государственного университета культуры и искусств. Казань. – 2016. – № 4.– С. 55– 58.
- 6 Гражевская Н., Тынгишева А. Приоритетные направления реализации государственной политики в области здравоохранения // Вестник КЭУ: экономика, философия, педагогика, юриспруденция. – Караганда, 2018. – Т. 50, № 3. – С. 21– 24.
- 7 Kobyakova O.S., Deev I.A., Kulikov E.S. et al. Chronic non– communicable diseases: effects of the combined influence of risk factors. Preventive medicine. – 2019. – Vol. 22, № 2. – P. 45– 50.
- 8 Намазбаева Ж.Е., Смаилова Д.С., Умарова С.У., Кульжанов М.К. «Анализ многолетней динамики болезней органов пищеварения в республике Казахстан» // Научно– практический журнал «Фармация Казахстана». – 2023. – Т. 249, № 4, С. 149– 155.
- 9 Баланова Ю.А., Имаева А.Э., Концевая А.В., Шальнова С.А., Деев А.Д., Капустина А.В., Евстифеева С.Е., Муромцева Г.А. Эпидемиологический мониторинг факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в практическом здравоохранении на региональном уровне. Методические рекомендации. – М., 2016. – С. 111.
- 10 Намазбаева Ж.Е., Смаилова Д.С., Умарова С.У., Кульжанов М.К. «Сравнительный анализ динамики заболеваемости органов пищеварения в Жамбылской области» // Научно– практический журнал «Фармация Казахстана». – 2023. – Т. 250, № 5. – С. 303– 309.
- 11 WHO Global Action Plan to Increase Physical Activity for 2018– 2030 Increasing the level of activity of people to promote health in the world. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514187>. 24.06.2024.
- 12 Chessa L, Carta MG, Melis A, Spolverato G, Littera R, Perra A, Onali S, Zorcolo L, Restivo A. Gastrointestinal coronavirus disease 2019: epidemiology,

clinical features, pathogenesis, prevention, and management. Expert Rev Gastroenterol Hepatol. – 2021. – Vol. 15, № 1. – P. 41– 50.

13 Kumar M.P., Mishra S., Jha D.K., Shukla J., Choudhury A., Mohindra R., et al. Coronavirus disease (COVID– 19) and the liver: a comprehensive systematic review and meta– analysis. Hepatol Int. – 2020. – Vol. 14, № 5.– P. 11– 22.

14 Sharma A., Jaiswal P., Kerakhan Y., Saravanan L., Murtaza Z., Zergham A., et al. Liver disease and outcomes among COVID– 19 hospitalized patients — a systematic review and meta– analysis. Ann Hepatol. – 2021; Vol. 22, № 21.– P. 42– 50.

15 Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Алексеева О.П., Алексеенко С.А., Барановский А.Ю., Зольникова О.Ю., Корочанская Н.В., Маммаев С.Н., Хлынов И.Б., Цуканов В.В. Динамика показателей смертности от болезней органов пищеварения в различных субъектах Российской Федерации в период пандемии новой коронавирусной инфекции // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2021. – Т. 5, № 31. – С. 25–33.

16 The fight against non– communicable diseases: cost– effective solutions and other recommended measures for the prevention and control of non– communicable diseases. Geneva: WHO, 2017. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259464>.

17 Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2020 году: Стат. сборник. – 2021. – С. 324.

18 Калматаева Ж.А., Бекботаев Е.К., Омарова А.Э., Скаков А.Б., Арыспаев Б.Е. Изучение качества жизни: опыт для Казахстана // Сборник научных статей по итогам международной заочной научно– практической конференции «Актуальные вопросы современной науки: экономика, управление проектами, политология, психология, право, педагогика, социология, медицина, философия». (29– 30 марта 2013г., Санкт– Петербург). – 2013. – С. 85– 88.

19 Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360– VI ЗРК «О здоровье народа и системе здравоохранения». Нур– Султан, Акорда, 7 июля 2020 года № 360– VI ЗРК.

20 Постановление Правительства Республики Казахстан от 26 декабря 2019 года № 982 «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020 – 2025 годы».

21 Национальный проект «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая нация». Утвержден постановлением Правительства Республики Казахстан от 12 октября 2021 года № 725.

22 Khalif I, Shapina M. Inflammatory bowel disease treatment in Eastern Europe: current status, challenges and needs. Current Opinion in Gastroenterology. – 2017. – Vol. 33, № 4. – P. 230– 233.

23 Kaplan G.G., Bernstein C.N., Coward S., Bitton A., Murthy S.K., Nguyen G.C., Lee K., Cooke– Lauder J, Benchimol EI. The impact of inflammatory bowel disease in Canada 2018: epidemiology. J Can Assoc Gastroenterol. – 2019. – Vol. 2, № 1. – P. 6 – 16.

24 Benchimol E.I., Bernstein C.N., Bitton A., Murthy S.K., Nguyen G.C., Lee K., Cooke– Lauder J., Siddiq S., Windsor J.W., Carroll M.W., Coward S., El– Matary

W., Griffiths A.M., Jones J.L., Kuenzig ME, Lee L., Mack D.R., Mawani M., Otley A.R., Singh H., Targownik L., Weizman A.V., Kaplan G.G. The impact of inflammatory bowel disease in Canada 2018: a scientific report from the Canadian Gastro– Intestinal Epidemiology Consortium to Crohn’s and Colitis Canada. *J Can Assoc Gastroenterol.* – 2019. – Vol. 2, № 1. – P. 1– 5.

25 Kaplan G.G., Ng S.C. Globalisation of inflammatory bowel disease: perspectives from the evolution of inflammatory bowel disease in the UK and China. *Lancet Gastroenterol.* – 2016. – Vol. 1, № 4. – P. 307– 316.

26 Князев О.В., Шкурко Т.В., Каграманова А.В., Веселов А.В., Никонов Е.Л. Эпидемиология воспалительных заболеваний кишечника. Современное состояние проблемы (обзор литературы) // Доказательная гастроэнтерология. – 2020. – Т. 2, № 9. – С. 66–73.

27 Kappelman M.D., Rifax– Shiman S.L., Kleinman K., Ollendorf D., Bousvaros A., Grand R.J., Finkelstein J.A. The prevalence and geographic distribution of Crohn’s disease and ulcerative colitis in the United States. *Clin Gastroenterol Hepatol.* – 2007. – Vol. 5, № 1. – P. 1424– 1429.

28 Loftus E.V. The burden of inflammatory bowel disease in the United States: a moving target? *Clin Gastroenterol Hepatol.* – 2007. – Vol. 5, № 5. – P. 1383– 1384.

29 Peery A.F, Crocket S.D., Murphy C.C., Lund J.L., Dellon E.S., Williams J.L., Jensen E.T., Shaheen N.J., Barritt A.S., Lieber S.R., Kocher B., Barnes E.L., Fan Y.C., Pate V., Galanko J, Baron T.H., Sandler R.S. Burden and cost of gastrointestinal, liver, and pancreatic diseases in the United States: update 2018. *Gastroenterology.* – 2018. – Vol. 156, № 1. – P. 254– 272.

30 Ng S.C., Shi H.Y., Hamidi N., Underwood FE., Tang W., Benchimol E.I., Panaccione R., Ghosh S., Yu J.C., Chan F., Sung J.J., Kaplan G.G. Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population– based studies. *Lancet.* – 2018. – Vol. 390, № 10114.– P. 2769– 2778.

30 Hilmi I., Jaya F., Chua A., Heng W.C., Singh H., Goh K.L. A first study on the incidence and prevalence of IBD in Malaysia– results from the Kinta Valley IBD Epidemiology Study. *J Crohns Colitis.* – 2015. – Vol. 9, № 5. – P. 404– 409.

31 Chua K.H., Hilmi I., Ng C.C., Eng TL., Palaniappan S., Lee W.S., Goh K.L. Identification of NOD2/CARD15 mutations in Malaysian patients with Crohn’s disease. *J Dig Dis.* – 2009. – Vol. 10, № 2. – P. 124– 130.

32 Биннатли Ш.А., Алешин Д.В., Куликов А.Э., Романов Р.И. Качество жизни пациентов, оперированных по поводу язвенного колита (обзор литературы) // Колопроктология. – 2019.– № 18(1(67)).– С. 89– 100.

33 Антипов М.О., Миндлина А.Я. Эпидемиологическая характеристика наиболее актуальных болезней органов пищеварения инфекционной природы в регионах России // Профилактическая медицина. – 2020. № 23(3). – С. 76– 80.

34 Никулина И.В., Златкина А.Р., Белоусова Е.А., Румянцев В.Г., Юрков М.Ю. Оценка клинико– эпидемиологических показателей воспалительных заболеваний кишечника в Московской области // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1997.– № 2.– С. 67– 71.

35 Намазбаева Ж.Е, Смаилова Д.С, Кульжанов М.К, Серикулы Е, Умарова С.У, Каышева А.А, Баймаханов Б.Б, Нурбакыткызы А.Н. «Распространённость и факторы риска заболевания гепатобилиарной системы на примере гепатоцеллюлярной карциномы: обзор литературы» // Научно–практический журнал «Наука и здравоохранение». – 2022. – Т.24, № 3. – С. 211–218.

36 Антипов М.О. Эпидемиологическая и социальная значимость болезней органов пищеварения инфекционной природы / Инфекционные болезни в современном мире: эволюция, текущие и будущие угрозы: сборник трудов XI Ежегодного Всероссийского Конгресса по инфекционным болезням с международным участием, г. Москва, 1–3 апреля 2019 года. – 2019. – С. 14.

37 Безденежных Т.П., Федяев Д.В., Хачатрян Г.Р., Арутюнов Г.Г., Герасимова К.В. Экономическая оценка оптимизации оказания медицинской помощи пациентам с воспалительными заболеваниями кишечника на примере Республики Татарстан // Современная Фармакоэкономика и Фармакоэпидемиология. – 2019. – Т. 1, № 12. – С. 14– 26.

38 Антипов М.О. Наиболее актуальные заболевания органов пищеварения неинфекционной природы и их взаимосвязь с инфекционными заболеваниями / III Всероссийская научно– практическая конференция молодых ученых «Научно– практические аспекты эпидемиологии инфекционных и неинфекционных болезней», 16 мая 2019 года: материалы конференции / ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет). — Москва: Издательство Сеченовского Университета. – 2019. — С. 5– 6.

39 Деркач Е.В., Веселов А.В., Фролов М.Ю., Авксентьев Н.А., Котс Н.А. Оценка экономической целесообразности применения цертолизумаба пэгола у больных с болезнью Крона // Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2016. – Т. 26, № 4. – С. 51– 62.

40 Журавлева М.В., Крысанова В.С., Веселов А.В., Лынникова Т.И. Оптимизация лекарственного обеспечения пациентов с орфанными заболеваниями с использованием зарубежного опыта и результатов фармакоэкономического анализа «влияния на бюджет» на примере язвенного колита // Современная организация лекарственного обеспечения. – 2014. № 4(26). – С. 51– 62.

41 Зырянов С.К., Дьяков И.Н., Веселов А.В., Кашников В.Н. Влияние на бюджет программы ОНЛП внедрения ведолизумаба для лечения воспалительных заболеваний кишечника // Качественная клиническая практика. – 2017. – № 4. – С. 45– 52.

42 Касимовская Н.А., Микерова М.С. Организация стационарной помощи / Под редакцией проф. В.З. Кучеренко. – М., 2012. – С. 105.

43 King JA, Underwood F, Panaccione N, Quan J, Kotze P, Ng SC, Ghosh S, Lakatos PL, Jess T, Panaccione R, Seow CH, Ben– Horin S, Burisch J, Colombel JF, Loftus EV, Gearry R, Halfvarson J, Kaplan GG. Paradoxical trends in hospitalization rates for the inflammatory bowel diseases between the Western world and newly

industrialized countries: a study of the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). Lancet Gastroenterol Hepatol. – 2019. – Vol. 4, № 4. – P. 287–295.

44 Kirchgesner J, Lemaitre M, Rudnichi A, Racine A, Zureik M, Carbonnel F, Dray–Spira R. Therapeutic management of inflammatory bowel disease in real–life practice in the current era of antiTNF agents: analysis of the French administrative health databases 2009–2014. Aliment Pharm Ther. – 2017. – Vol. 45, № 1. – P. 37–49.

45 Калашникова Г.В. Смертность населения как социальное явление и демографическая категория // Актуальные вопросы экономических наук: материалы I Междунар. науч. конф. (г. Уфа, октябрь 2011 г.). — Уфа: Лето. – 2011. – С. 118–121.

46 Корочанская Н.В., Дурлештер В.М., Ковалевская О.В., Серикова С.Н., Попандопуло К.И. Показатели заболеваемости и смертности от болезней органов пищеварения в Краснодарском крае и качество оказания медицинской помощи гастроэнтерологическим пациентам // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2019. – Т. 4, № 29 – С. 30–37.

47 Барановский А.Ю., Беляев А.М., Кондрашина Э.А. Показатели заболеваемости и смертности от болезней органов пищеварения в СЗФО России и меры, принимаемые по их снижению // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2019. – Т. 1, № 29. – С. 36–46.

48 Kennedy N.A., Clark D.N., Bauer J, Crowe A.M., Knight A.D., Nicholls R.J., Satsangi J. Nationwide linkage analysis in Scotland to assess mortality following hospital admission for Crohn's disease: 1998–2000. Aliment Pharmacol Ther. – 2012. – Vol. 35, № 1. – P. 142–153.

49 Sonnenberg A., Walker J.T. Occupational mortality associated with inflammatory bowel disease in the United States 1984–1998. Inflamm Bowel Dis. – 2012. – Vol. 18, № 7. – P. 1249–1253.

50 Jess T., Gamborg M., Munkholm P., Sørensen T.I. Overall and causespecific mortality in ulcerative colitis: meta-analysis of population–based inception cohort studies. Am J Gastroenterol. – 2007. – Vol. 102, № 3. – P. 609–617.

51 Romberg–Camps M., Kuiper E., Schouten L., Kester A., Hesselsinkvan de Kruijs M., Limonard C., Bos R., Goedhard J., Hameeteman W., Wolters F., Russel M., Stockbrügger R., Dagnelie P. Mortality in inflammatory bowel disease in the Netherlands 1991–2002: results of a population–based study: the IBD South–Limburg cohort. Inflamm Bowel Dis. – 2010. – Vol. 16, № 8. – P. 1397–1410.

52 Антипов М.О., Миндлина А.Я. Эпидемиологическая характеристика заболеваемости наиболее актуальными инфекционными заболеваниями органов пищеварения по регионам России / Инфекционные болезни в современном мире: эволюция, текущие и будущие угрозы. Материалы X Ежегодного Всероссийского Конгресса по инфекционным болезням с международным участием (Москва 26–28 февраля 2018 г.). – 2018. – С. 16.

53 Антипов М.О. Эпидемиологическая характеристика наиболее актуальных болезней органов пищеварения инфекционной природы в

Российской Федерации / Всероссийская научно– практическая конференция молодых ученых «Научно– практические аспекты эпидемиологии инфекционных и неинфекционных болезней». — Москва: Издательство Первого МГМУ имени И.М. Сеченова. – 2018. – С. 8– 9.

54 Dan A., Boutros M., Nedjar H., Kopylov U., Afif W., Khalil M.A., Rahme E. Cost of ulcerative colitis in Quebec, Canada: a retrospective cohort study. Inflamm Bowel Dis. – 2017. – Vol. 23, № 8.– P. 1262– 1271.

55 Ермолаева А.Д., Лобутева Л.А. Экспертная оценка гастроэнтерологических препаратов фармацевтическими специалистами // Тезисы докладов XXV Российского национального конгресса 156 «Человек и лекарство» (Москва, 09– 12 апреля 2018 г.). – Москва, 2018. – С. 106– 107.

56 Никонов Е.Л., Аксенов В.А., Скворцова Т.А., Жарова М.Е. Иммунотерапия воспалительных заболеваний кишечника // Доктор.Ру. – 2021. – Т. 10, № 165. – С. 31– 37.

57 Халиф И.Л., Шапина М.В., Головенко А.О., Белоусова Е.А., Чашкова Е.Ю., Лахин А.В., Князев О.В., Бараповский А.Ю., Николаева Н.Н., Ткачев А.В. Течение хронических воспалительных заболеваний кишечника и методы их лечения, применяемые в Российской Федерации (Результаты многоцентрового популяционного одномоментного наблюдательного исследования) // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2018. – Т.3, № 28. – С. 54– 62.

58 Колушкина Н.Б. Оценка потребительской лояльности к мероприятиям по стимулированию сбыта на рынке гастроэнтерологических препаратов // Тезисы докладов XXVI Российского национального конгресса «Человек и лекарство» (Москва, 09– 12 апреля 2018 г.). – 2018. – С. 112.

59 Ермолаева А.Д. Оценка потребителями препаратов для лечения и профилактики желудочно– кишечных заболеваний // Материалы XIII научно– практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной «Году развития туризма и народных ремесел» (Душанбе, 27 апреля 2018 г.). – 2018. – С. 20.

60 Ермолаева А.Д., Лобутева Анализ ассортимента гастроэнтерологических лекарственных препаратов в стационаре специализированного профиля // Тезисы докладов XXVI 155 Российского национального конгресса «Человек и лекарство» (Москва, 8– 11 апреля 2019 г.). – 2019. – С. 111.

61 Molodecky NA, Soon IS, Rabi DM, Ghali WA, Ferris M, Chernoff G, Benchimol EI, Panaccione R, Ghosh S, Barkema HW, Kaplan GG. Increasing incidence and prevalence of the inflammatory bowel diseases with time, based on systematic review. Gastroenterology. – 2012. – Vol. 142, № 1. – P. 46– 54.

62 Kuenzig E., Lee L., El– Matary W., Weizman A.V., Benchimol E.I., Kaplan G.G., Nguyen G.C., Bernstein C.N., Bitton A., Lee K., Cooke– Lauder J, Murthy S.K. The impact of inflammatory bowel disease in Canada 2018: indirect costs of IBD care. J Can Assoc Gastroenterol. – 2019. – Vol. 2, № 1.– P. 34– 41.

- 63 Задворная О.Л., Борисов К.Н. Факторы риска неинфекционных заболеваний / Учебное пособие. – М.: ФГБОУ ДПО РМАНПО. – 2017. – С. 65.
- 64 Антипов М. О., Миндлина А. Я. Болезни органов пищеварения инфекционной и неинфекционной природы. Эпидемиологическая взаимосвязь. / Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. – 2019. – Т. 18, № 1. – С. 55– 66.
- 65 Беляев, Ю.Н. Болезни органов пищеварения как медико– социальная проблема // Бюллетень медицинских интернетконференций. – 2013. – Т.3, № 3. – С. 566– 568.
- 66 Лазарев В.Н., Захарова О.В., Лапкина Е.Е., Курсеева О.А., Спиридонова Е.Б., Аргутина А.С. Пути совершенствования организации гастроэнтерологической помощи взрослому населению мегаполиса: учебно– методическое пособие. – Н.Новгород: Изд– во «Дятловы горы». – 2011. – С. 28.
- 67 Bernstein C.N., Kraut A., Blanchard J.F., Rawsthorne P., Yu N., Walld R.. The relationship between inflammatory bowel disease and socioeconomic variables. Am J Gastroenterol. – 2001. – Vol. 96, № 1. – P. 2117– 2125.
- 68 Hlavaty T., Toth J., Koller T., Krajcovicova A., Oravcova S., Zelinkova Z., Huorka M. United European Gastroenterology Journal. – 2013. – Vol. 1, № 2.– P. 109– 119.
- 69 Ng S.C., Tang W., Leong R.W., Chen M.H., Ko Y.N., Studd C., Niewiadomski O., Bell S., Kamm M.A. Environmental risk factors in inflammatory bowel disease: a population– based case– control study in Asia– Pacific. Gut. – 2015. – Vol. 64, № 7.– P. 1063– 1071.
- 70 Glushkova N, Smailova D, Namazbayeva Z, Mukasheva G, Zhamakurova A, Kuanyshkalieva A, Karibayeva IK, Kauysheva A, Otyzbayeva N, Kulzhanov M, Semenova Y. Prevalence of Smoking Various Tobacco Types in the Kazakhstani Adult Population in 2021: A Cross– Sectional Study. International Journal of Environmental Research and Public Health. – 2023. – Vol. 20, № 2. – 1509 p.
- 71 Валуйских Е.Ю., Светлова И.О., Кирилович С.А., Осипенко М.Ф., Максимов В.Н., Воевода М.И. Клинико– генетические аспекты воспалительных заболеваний кишечника // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. – 2008. – Т.6, № 18. – С. 68– 74.
- 72 Glushkova N, Turdaliyeva B, Kulzhanov M, Karibayeva IK, Kamaliev M, Smailova D, Zhamakurova A, Namazbayeva Z, Mukasheva G, Kuanyshkalieva A, Otyzbayeva N, Semenova Y, Jobalayeva B. Examining disparities in cardiovascular disease prevention strategies and incidence rates between urban and rural populations: insights from Kazakhstan. Sci Rep. – 2023. – Vol. 13, № 1. – 334 p.
73. Кульжанов М.К., Чен А.Н., Бекботаев Е.К. и др. Объемная и структурная оценка финансирования лечебных услуг в Республике Казахстан // Центрально– Азиатский научно– практический журнал по общественному здравоохранению. – Алматы, 2008. – № 2. – С. 25– 31.
- 74 Турсынбекова К.Ж. Менеджмент здравоохранения– новый этап развития здравоохранения в РК // Международный научно– исследовательский журнал. – Екатеринбург. – 2014. – Т.31, № 12. – С. 44– 45.

75 Бекембаева Г.С., Койков В.В., Мергентай А., Мусина Г.А., Солодовников М.П. Современное состояние инновационной деятельности в сфере здравоохранения Республики Казахстан // Успехи современного естествознания. – 2015. – № 9. – С. 20– 33.

76 Примбетова С.Ч., Хамзеева А.Ж. Цифровая модернизация здравоохранения Казахстана // Место социально– гуманитарных наук в развитии современной цивилизации: сборник научных трудов по материалам Международной научно– практической конференции 31 января 2020 г.– Белгород: ООО Агентство перспективных научных исследований (АПНИ). – 2020. – С. 78– 80.

77 Койков В.В., Сыздыкова А.А., Оспанова А.К., Султанова З.Б. Индикаторы научной и инновационной деятельности как ключевой механизм достижения конкурентоспособности организаций медицинской науки и образования // Денсаулық сақтауды дамыту журналы. – 2013. – Т 68, № 3. – С. 55– 73.

78 Турдалиева Б.С., Байсугурова В.Ю., Мейрманова Ж.М и др. Анализ заболеваемости и смертности от основных хронических неинфекционных заболеваний населения Республики Казахстан // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2016, № 4.– С. 485– 487.

79 Палевская С.А., Касымжанова А.Т., Мокляченко А.В., Блашенцев М.К. Современные подходы к профилактике неинфекционных заболеваний в государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан // Вестник медицинского института «РЕАВИЗ». Реабилитация, Врач и Здоровье. – 2021.– Т.16, № 11. – С. 86– 93.

80 Еремина Н.М., Яковлева Е.В. Современные аспекты профилактики неинфекционных заболеваний: учебно– методическое пособие. – Минск: БГМУ. – 2021. – С. 35.

81 Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases in the WHO European Region 2016–2025 / UN City, Marmorvej 51, DK– 2100 Copenhagen Ø, Denmark, 2017, 43 p. Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases in the WHO European Region 2016–2025 / UN City, Marmorvej 51, DK– 2100 Copenhagen Ø, Denmark. – 2017, Р. 43.

82 Архипов В.А., Мендыбаев Е.С., Арингазина А.М. Эпидемиология хронических неинфекционных заболеваний среди пожилого населения Туркестанской области Республики Казахстан // Наука и Здравоохранение. – 2019. – Т. 6, № 21. – С. 41– 48.

83 Трусова Л.А. Современные проблемы теоретической и практической гастроэнтерологии // Вестник Амурской областной больницы. – 2009. – № 36. – С. 1–3.

84 Палевская С.А., Касымжанова А.Т., Мокляченко А.В., Блашенцев М.К. Современные подходы к профилактике неинфекционных заболеваний в государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан // Вестник медицинского института «РЕАВИЗ». Реабилитация, Врач и Здоровье. – 2021. – № 6. – С. 86– 93.

85 Лазарев В.Н., Позднякова М.С., Захарова О.В. Пути совершенствования организации гастроэнтерологической помощи взрослому населению мегаполиса: монография. – Н.Новгород: Изд– во «Дятловы горы». – 2011. – С. 185.

86 Каусова Г.К., Булешов М.А., Утеулиев Е.С., Жақсылық А.А. Анализ заболеваемости органов пищеварения среди населения в Казахстане // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – Алматы, 2016. – № 4. – С. 300– 302.

87 Ибраева Л.К., Аманбекова А.У., Жанбасинова Н.М., Сексенова Л.Ш., Рыбалкина Д.Х., Салимбаева Б.М., Дробченко Е.А., Газизова А.О. Эпидемиологические аспекты заболеваемости по классу органов пищеварения в Казахстане // Терапевтический архив. – 2018.– № 2. – С. 75– 78,

88 Оракбай Л.Ж., Омарова М.Н., Черепанова Л.Ю., Байдалина Г.Т., Сайпилова Г.А. Сравнительная оценка заболеваемости городского населения по данным обращаемости в лечебно– профилактические учреждения // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 12. – С. 491– 497.

89 Ударцева Т.П., Кусаинов М.Б. Заболеваемость органов пищеварения у жителей Целиноградского района Акмолинской области Казахстана // Валеология: Здоровье, Болезнь, Выздоровление. – 2021. – № 1. – С. 266– 270.

90 Тыкежанова Г.М., Бодеева Р.Т., Конкабаева А.Е., Рыбалкина Д.Х., Салимбаева Б.М., Шпаков А.Е., Дюсембаева Н.К. Анализ структуры распространенности заболеваний населения Приаралья // О некоторых вопросах и проблемах современной медицины/Сборник научных трудов по итогам международной научно– практической конференции. – 2014. – С. 88– 89.

91 Байдувалиев А.М., Камалиев М.А., Ахметов В.И. Особенности заболеваемости и смертности населения Атырауской области // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – Алматы, 2022. – № 1. – С. 503– 507.

92 Малаева Н., Романова Ж.В., Душпанова А.Т., Кожекенова Ж.А., Нурбакыт А.Н., Шахиева А.М. Распространенность заболеваний органов пищеварительной системы и качество жизни пациентов поликлиник г.Астана // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2018. – № 3. – С. 336– 337.

93 Стратегия «Казахстан– 2050»: Новый политический курс состоявшегося государства. (Астана, 14 декабря 2012 года) // Официальный сайт Президента Республики Казахстан – <http://www.akorda.kz>.

94 О Государственной программе реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005– 2010 годы. Указ Президента Республики Казахстан от 13 сентября 2004 года № 1438.

95 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы. Утверждена Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года № 1113.

96 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016 – 2019 годы. Утверждена Указом Президента Республики Казахстан от 15 января 2016 года № 176.

97 Molodecky M.A., Soon I.S., Rabi D.M., Ghali W.A., off G., Benchimol E.I., Panaccione R., Ghosh S., Barkema H.W. Increasing Incidence and Prevalence of the Inflammatory Bowel Diseases with Time, Based on Systematic Review. *Gastroenterology*. – 2012. – Vol. 142, № 1. – P. 46– 54.

98 Ахмедханов С.Ш., Абакарова Г.Г., Бейбалаева А.Т., Абдуллаева Б.С., Сайдова З.М. Возрастные и гендерные аспекты воспалительных заболеваний кишечника в Республике Дагестан. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. – 2022. – Т 32, № 4. – С.68–74.

99 Burisch J., Pedersen N., Cukovic– Cavka S., Brinar M., Kaimakliotis I., Duricova D. И др. East– West gradient in the incidence of inflammatory bowel disease in Europe: the ECCO– EpiCom inception cohort. *Gut*. – 2014. – Vol. 63, № 4. – P. 588– 597.

100 Le Blanc J– F., Wiseman D.l., Lakatos P.L., Bessissow T. Elderly patients with inflammatory bowel disease: Updated review of the therapeutic landscape. *World J Gastroenterol*. – 2019. – Vol.25, № 30. – P. 65–71.

101 Vind I., Riis L., Jess T., Knudsen E., Pedersen N., Elkjaer M., Andersen I.B., Wewer V., Nørregaard P., Moesgaard F., Bendtsen F., Munkholm P. Increasing incidences of inflammatory bowel disease and decreasing surgery rates in Copenhagen City and County, 2003– 2005: a population– based study from the Danish Crohn colitis database. *Am J Gastroenterol*. – 2006. – Vol. 101, № 1.– P. 1274– 1282.

102 Mendeloff A.I., Kirsner J.B., Shorter R.G. The epidemiology of idiopathic inflammatory bowel disease. *Inflammatory bowel disease*. Second Ed. Philadelphia: Lea & Febiger. – 2010. – Vol. 6, № 8. – P. 1390– 1399.

103 Söderlund S., Granath F., Broström O., Karlén P., Löfberg R., Ekbom A., Askling J. Inflammatory bowel disease confers a lower risk of colorectal cancer to females than to males. *Gastroenterology*. – 2010. – Vol. 138, № 5. – P. 1697– 1703.

104 Parian A., Ha C.Y. Older age and steroid use are associated with increasing polypharmacy and potential medication interactions among patients with inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis*. – 2015. – Vol. 21, № 6.– P. 1392– 1400.

105 Cottone M., Kohn A., Daperno M., Armuzzi A., Guidi L., D’Inca R., Bossa F., Angelucci E и др. Advanced age is an independent risk factor for severe infections and mortality in patients given anti– tumor necrosis factor therapy for inflammatory bowel disease. *Clin Gastroenterol Hepatol*. – 2011. – Vol. 9, № 1. – P. 30– 35.

106 Benchimol E.I., Bernstein C.N., Bitton A., Murthy S.K., Nguyen G.C., Lee K., et al. The Impact of Inflammatory Bowel Disease in Canada 2018: A Scientific Report from the Canadian Gastro– Intestinal Epidemiology Consortium to Crohn’s and Colitis Canada. *J Can Assoc Gastroenterol*. – 2019. – Vol. 2, № 1.– P. 1–5.

107 Charpentier C., Salleron J., Savoye G., Fumery M., Merle V, Laberenne J.E., Vasseur F. И др. Advanced age is an independent risk factor for severe

infections and mortality in patients given anti– tumor necrosis factor therapy for inflammatory bowel disease. Clin Gastroenterol Hepatol. – 2011. – Vol. 9, № 1. – P. 46– 52.

108 Kaplan G.G., Bernstein C.N., Coward S., Bitton A., Murthy S.K., Nguyen G.C., et al. The Impact of Inflammatory Bowel Disease in Canada 2018: Epidemiology. J Can Assoc Gastroenterol. – 2019. – Vol. 2, № 1. – P. 6–16.

109 Peery A.F., Crockett S.D., Murphy C.C., Lund J.L., Dellar E.S., Williams J.L., et al. Burden and Cost of Gastrointestinal, Liver, and Pancreatic Diseases in the United States: Update 2018. Gastroenterology. – 2019. – Vol. 156, № 1.– P. 254– 262.

110 Khalif I., Shapina M. Inflammatory bowel disease treatment in Eastern Europe: current status, challenges and needs. Current Opinion in Gastroenterology. – 2017. – Vol. 33, № 4. – P. 230–233.

111 Betteridge J.D., Armbruster S.P., Maydonovitch C., Veerappan G.R. Inflammatory bowel disease prevalence by age, gender, race, and geographic location in the U.S. military health care population. Inflamm Bowel Dis. – 2013. – Vol. 19, № 7. – P. 1421–1427.

112 Ng S.C., Shi H.Y., Hamidi N., Underwood F.E., Tang W., Benchimol E.I., et al. Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population– based studies. Lancet. – 2017. – Vol. 390, № 10114. – P. 69 – 78.

113 Белоусова Е.А., Абдулганиева Д.И., Алексеева О.П., Алексеенко С.А., Барановский А.Ю., Валуйских Е.Ю. и др. Социально– демографическая характеристика, особенности течения и варианты лечения воспалительных заболеваний кишечника в России. Результаты двух многоцентровых исследований // Альманах клинической медицины. – 2018. – Т. 46, № 5. – С. 445–463.

114 Moum B., Vatn M.H., Ekbom A., Aadland E, Fausa O., Lygren I., Stray N., Sauar J., Schulz T. Incidence of Crohn's disease in four counties in southeastern Norway, 1990– 1993. A prospective population– based study. The Inflammatory Bowel South– Eastern Norway (IBSEN) Study Group of Gastroenterologists. Scand J Gastroenterol. – 1996. – Vol. 31, № 1. – P. 355– 361.

115 Веселов В.В., Чернов В.В. Актуальные проблемы диагностики и лечения рака толстой кишки, возникающего на фоне неспецифического язвенного колита. Клиническая эндоскопия. – 2005. – Vol. 1, № 2. – P. 42 – 47.

116 Varni J.W., Bendo C.B., Nurko S., Shulman R.J., Self M.M., Franciosi J.P., Saps M. Pohl IF on behalf of the Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) Gastrointestinal Symptoms Module Testing Study Consortium. Health–Related Quality of life in patients with Functional and Organic Gastrointestinal Diseases. The J of Pediatrics. – 2015. – Vol. 166, № 1.– P. 85 – 90.

117 Сиротко М.Л., Алещенко С.Ф., Сушкова Т.Н., и др. Эпидемиологические аспекты патологии органов пищеварения в молодом возрасте // Гастроэнтерология. – 2008. – Т. 2, № 3.– С. 106– 107.

- 118 Труш О.В. Качество медицинской помощи больным с хроническим гастродуоденитом и язвенной болезнью. – 2007. – № 8. – С. 24 – 27.
- 119 Безденежных Т.П., Федяев Д.В., Хачатрян Г.Р., Арутюнов Г.Г., Герасимова К.В. Экономическая оценка оптимизации оказания медицинской помощи пациентам с воспалительными заболеваниями кишечника на примере Республики Татарстан. Фармакоэкономика // Современная фармакоэкономика и фармацефтиология. – 2019. – Т. 12, № 1. – С. 14–26.
- 120 Гурьянова Н.Е., Иванова М.А. Половозрастные характеристики пациентов с болезнями органов пищеварения и причины их обращения за медицинской помощью // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2022. – № 1. – С. 337– 351.
- 121 Рахметов Н.Р., Амирин С.Т., Сатбаева А.С., Шакаралиев А.А., Бейсембина Н.О., Михайлова И.Е. Гендерные различия в заболеваемости и течении острого панкреатита // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2020. – № 4. – С. 343– 348.
- 122 Дарменов О.К., Карапукеев Ш.К. Хронический панкреатит: гендерные и возрастные особенности // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2012. – № 1. – С. 222– 225.
- 123 Хохлачева Н.А., Сергеева Н.Н., Вахрушев Я.М. Возрастные и гендерные особенности развития желчнокаменной болезни // Архивъ внутренней медицины. – 2016. – Т .1, № 27. – С. 34– 39.
- 124 Суздалкина В.М., Свиркина К.В., Мокашева Е.Н., Мокашева Е.Н. Гендерные особенности заболеваний желудочно– кишечного тракта // European Journal of Natural History. – 2022. – № 2. – С. 65– 70.
- 125 Баздырев Е.Д. Коронавирусная инфекция – актуальная проблема XXI века // Комплексные проблемы сердечно– сосудистых заболеваний. – Кемерово. – 2020. – Т. 2, № 9. – С. 6– 16.
- 126 WHO. Coronavirus disease (COVID– 19) pandemic. Geneva: WHO; 2020. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.
- 127 Джандосова Ж.С., Шарипбаева А.Е., Байтугелова Н.Ю., Смагулова Ш.К., Кудашева Т.В., Джандосова Ф.С./ ОФ «Центр Исследований Сандж». COVID– 19 в Казахстане: масштабы проблемы, оценка услуг здравоохранения и социальной защиты. – 2021. – Т.1, №3. – С. 180.
- 128 Balakrishnan V.Sh. COVID– 19 response in central Asia // The Lancet Microbe. – 2020. – Vol. 1, № 1. – Р. 281.
- 129 Стародубов В.И., Кадыров Ф.Н., Обухова О.В., Базарова И.Н., Ендовицкая Ю.В., Несветайло Н.Я. Влияние коронавируса COVID– 19 на ситуацию в российском здравоохранении. Аналитический доклад / Под общей редакцией академика РАН Стародубова. – Москва, 2020. – С. 45.
- 130 Ивашин В.Т., Шептулин А.А., Зольникова О.Ю., Охлобыстин А.В., Полуэктова Е.А., Трухманов А.С. и др. Новая коронавирусная инфекция (COVID– 19) и система органов пищеварения // Российский журнал

гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2020. – Т. 3, № 30.– С. 7–13.

131 Patel P., Sebgupta N. PPIs and beyond: A framework for managing anticoagulation– related gastrointestinal bleeding in the era of COVID– 19. *Dig Dis Sci.* – 2020. – Vol. 65, № 8. – P. 2181– 2185.

132 Melazzini F., Lenti M.V., Mauro A., De Grazia F., Di Sabatino A. Peptic ulcer disease as a common cause of bleeding in patients with coronavirus disease 2019. *Am J Gastroenterol.* – 2020. – Vol. 115, № 7. – P. 1139– 1144.

133 Mauro A., De Grazia F., Lenti M.V., Penagini R., Frego R., Ardizzone S., et al. Upper gastrointestinal bleeding in COVID– 19 inpatients: Incidence and management in a multicenter experience from Northern Italy. *Clin Res Hepatol Gastroenterol.* – 2021. – Vol. 45, № 3. – P. 105-109.

134 Chen J., Hang Y. Characteristics, risk factors and outcomes of gastrointestinal hemorrhage in COVID– 19 patients: A meta– analysis. *Pak J Med Sci.* – 2021. – Vol. 37, № 5. – P. 24-31.

135 Gu J., Han, B., Wang J. COVID– 19: gastrointestinal manifestations and potential fecal–oral transmission. *Gastroenterology.* – 2020. – Vol. 158, № 6. – P. 1518– 1522.

136 Wu Y., Guo C., Tang L., Hong Z., Zhou J., Dong X., et al. Prolonged presence of SARS– CoV– 2 viral RNA in faecal samples. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* – 2020. – Vol. 5, № 5. – P. 434– 441.

137 Lin L., Jiang X., Zhang Z., Huang S., Zhang Z., Fang Z., et al. Gastrointestinal symptoms of 95 cases with SARS– CoV– 2 infection. *Gut.* – 2010. – Vol. 69, № 6. – P. 997–1001.

138 Chin M.H. Uncomfortable truths — what Covid– 19 has revealed about chronic– disease care in America. *N Engl J Med.* – 2021. – Vol. 385, № 2. – 1633 p.

139 Scladny L., Koller T., Adamcova– Selcanova S., Vnencakova J., Jzncekova D, Durajova V., et al. Challenging management of severe chronic disorders in acute pandemic situation: Chronic liver disease under COVID– 19 pandemic as the proof– of– principle model to orchestrate the measures in 3PM context. *EPMA J.* – 2021. – Vol. 12, № 1.– P. 1–14.

140 Hunt R.H., East J.E., Lanas A., Malfertheiner P., Satsangi J., Scarpignato C., Webb G.W. COVID– 19 and Gastrointestinal Disease: Implications for the Gastroenterologist. *Dig Dis.* – 2021. – Vol. 39, № 2. – P. 19 – 29.

141 Mikolasevic I., Bozic D., Pavic T., Ruzic A., Hauser G., Radic M. Liver disease in the era of COVID– 19: Is the worst yet to come? *World J Gastroenterol.* – 2021. – Vol. 27, № 36. – P. 39– 45.

142 Hartl L., Semmler G., Hofer B.S., Schirwani N., Jachs M., Simbrunner B., et al. COVID– 19– related downscaling of in– hospital liver care decreased patient satisfaction and increased liver– related mortality. *Hepatol Commun.* – 2021. – Vol. 5, № 10. – P. 60–75.

143 Donato G., Forti E. Mutignani M., Latwrra V.A., Arese D., Coppola F., et al. A multicenter survey on endoscopic retrograde cholangiopancreatography during

the COVID– 19 pandemic in northern and central Italy. *Endosc Int Open.* – 2021. – Vol. 9, № 4. – P. 29–34.

144 Morais S., Antunes L., Rodrigues J., Fontes F., Bento M.J., Lunet L. The impact of the coronavirus disease 2019 pandemic on the diagnosis and treatment of cancer in Northern Portugal. *Eur J Cancer Prev.* – 2021. – Vol. 6, № 2. – P. 42–46.

145 Buscarini E., Benedetti A., Monica F. Luigi P. Buttita F., Cameletti M., et al. Changes in digestive cancer diagnosis during the SARS– CoV– 2 pandemic in Italy: A nationwide survey. – 2021. – Vol. 53, № 6. – P. 682–695.

146 Guan W.– J., Ni Z.– Y., Hu Y., Liang W.H., Ou C.Q., He J.X., et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med.* – 2020. – Vol. 382, № 18. – P. 1708–1715.

147 Pan L., Mu M., Ren H. G., Yang P., Sun Y. Wang R., et al. Clinical characteristics of COVID– 19 patients with digestive symptoms in Hubei, China: a descriptive, cross– sectional, multicenter study. *Am J Gastroenterol.* – 2020. – Vol. 115, № 5. – 766 p.

148 Wang D., Hu B., Hu C., Zhu F., Liu X., Zhang J., et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus– infected pneumonia in Wuhan, China. *JAMA.* – 2020. – Vol. 323, № 11. – 1061 p.

149 Гриневич В.Б., Губонина И.В., Доцицин В.Л. и др. Особенности ведения коморбидных пациентов в период пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID– 19). Национальный консенсус 2020 // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2020.– Т. 4, № 19. – С. 26– 30.

150 Gu J., Han B., Wang J. COVID– 19: Gastrointestinal manifestations and potential fecaloral transmission. *Gastroenterology.* – 2020. – Vol. 158, № 6. – P. 1518–1519.

151 Mao R., Qiu Y., He J.– S. et al. Manifestations and prognosis of gastrointestinal and liver involvement in patients with COVID– 19: a systematic review and meta– analysis. *Lancet Gastroenterol. Hepatol.* – 2020. – Vol. 5, № 2. – P. 667–678.

152 Мордасова В.И., Копылова Д.В., Подставкина И.С. и др. Желудочно– кишечный тракт в пленау у COVID– 19: влияние новой коронавирусной инфекции на течение и исходы дивертикулярной болезни толстой кишки // Эффективная фармакотерапия. – 2022. – Т. 14, № 18. – С. 24– 27.

153 Folino A.F., Zorzi A., Cernetti C, Marchese D., Pasquetto G., Roncon L., et al. Impact of COVID– 19 epidemic on coronary care unit accesses for acute coronary syndrome in Veneto region, Italy. *Am Heart J.* – 2020. – Vol. 226, № 1. – P. 26–28.

154 Zubiri L., Rosovsky R.P., Mooradian M.J., Piper– Vallillo A.J., Gainor J.F., Sullivan R.J., et al. Temporal trends in inpatient oncology census before and during the COVID– 19 pandemic and rates of nosocomial COVID– 19 among patients with cancer at a large academic center. *Oncologist.* – 2021. – Vol. 26, № 8. – P. 27– 33.

- 155 Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2011 году: Стат.сб. – Астана. – 2012. – С. 320.
- 156 Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2012 году: Стат.сб. – Астана. – 2013. – С. 316.
- 157 Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2013 году: Стат.сб. – Астана. – 2014. – С. 356.
- 158 Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2014 году: Стат.сб. – Астана. – 2015. – С. 360.
- 159 Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2015 году: Стат.сб. – Астана. – 2016. – С. 358.
- 160 Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2016 году: Стат.сб. – Астана. – 2019. – С. 354.
- 161 Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2017 году: Стат.сб. – Астана. – 2018. – С. 356.
- 162 Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2018 году: Стат.сб.– Нұр– Сұлтан. – 2019. – С. 324.
- 163 Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2019 году: Стат.сб.– Нұр– Сұлтан. – 2020. – С. 324.
- 164 Департамент Бюро национальной статистики Агентства по стратегическому планированию и реформам РК по Жамбылской области. Экспресс– информация. – Тараз. – 2021. – № 15, С. 31– 34.
- 165 Национальный доклад по первичной медико– санитарной помощи в Республике Казахстан 2021: аналитический обзор / К.Т. Надыров, В.В. Койков, Г.Т. Муханова и др.– НұрСултан: ННЦРЗ МЗ РК. – 2021. – С. 160.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Авторские свидетельства





ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Акт

внедрения результатов научно-исследовательской работы по специальности 8D10101-«общественное здравоохранение» докторанта (PhD) Намазбаевой Ж.Е. на тему: «Совершенствование организации деятельности специалистов первичного звена по оценке факторов риска болезней органов пищеварения населения Жамбылской области».

Наименование предложения: Методические подходы к профилактике неинфекционных заболеваний на уровне первичной медико-санитарной помощи (Методические рекомендации).

Работа внедрена из результатов научно-исследовательской работы на соискание ученой степени доктора (PhD) и в рамках выполнения НТП «Национальная программа внедрения персонализированной и превентивной медицины в Республике Казахстан».

Форма внедрения- использование в деятельности методических рекомендаций для врачей организаций ПМСП.

Ответственный за внедрение и исполнитель- докторант КМУ «ВШОЗ», врач терапевт высшей категории, врач гастроэнтеролог Намазбаева Ж.Е.

Эффективность внедрения- повышения качества медико-профилактической работы.

Предложения, замечания, учреждения, осуществляющего внедрение- рекомендуется внедрить в отделениях ВОП и узкой специализированной помощи.

Сроки внедрения: 2024 г.

Главный врач ГКП на ПХВ
«Городская поликлиника №5
УЗ Жамбылской области»



Сарсенова Д.А.

Члены:
(ответственные за внедрение)
Зам. гл.врача по лечебно-
профилактической работе

Маханова П.К.

Исполнитель:
Докторант КМУ «ВШОЗ»

Намазбаева Ж.Е.

Акт

внедрения результатов научно-исследовательской работы по специальности 8D10101-«общественное здравоохранение» докторанта (PhD) Намазбаевой Ж.Е. на тему: «Совершенствование организации деятельности специалистов первичного звена по оценке факторов риска болезней органов пищеварения населения Жамбылской области».

Наименование предложения: Методические подходы к профилактике неинфекционных заболеваний на уровне первичной медико-санитарной помощи (Методические рекомендации).

Работа внедрена из результатов научно-исследовательской работы на соискание ученой степени доктора (PhD) и в рамках выполнения НТП «Национальная программа внедрения персонализированной и превентивной медицины в Республике Казахстан».

Форма внедрения- использование в деятельности методических рекомендаций для врачей организации ПМСП.

Ответственный за внедрение и исполнитель- докторант КМУ «ВШОЗ», врач терапевт высшей категории, врач гастроэнтеролог Намазбаева Ж.Е.

Эффективность внедрения- повышения качества медико-профилактической работы.

Предложения, замечания, учреждения, осуществляющего внедрение- рекомендуется внедрить в отделениях ВОП и узкой специализированной помощи.

Сроки внедрения: 2024 г.

Председатель комиссии
Директор КГП на ПХВ
«Городская поликлиника № 29» УОЗ
г. Алматы



Садыкова А.М.

Члены:
(ответственные за внедрение)
Зам. директора по лечебно-
профилактической работе

Тлеукеева Ж.Б.

Исполнитель:
Докторант КМУ «ВШОЗ»

Намазбаева Ж.Е.

Акт

внедрения результатов научно-исследовательской работы по специальности &D10101-«общественное здравоохранение» докторанта (PhD) Намазбаевой Ж.Е. на тему: «Совершенствование организации деятельности специалистов первичного звена по оценке факторов риска болезней органов пищеварения населения Жамбылской области».

Наименование предложения: Методические подходы к профилактике неинфекционных заболеваний на уровне первичной медико-санитарной помощи (Методические рекомендации).

Работа внедрена из результатов научно-исследовательской работы на соискание ученой степени доктора (PhD) и в рамках выполнения НТП «Национальная программа внедрения персонализированной и превентивной медицины в Республике Казахстан».

Форма внедрения- использование в деятельности методических рекомендаций для врачей организации ПМСП.

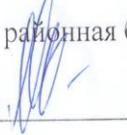
Ответственный за внедрение и исполнитель- докторант КМУ «ВШОЗ», врач терапевт высшей категории, врач гастроэнтеролог Намазбаева Ж.Е.

Эффективность внедрения- повышения качества медико-профилактической работы.

Предложения, замечания, учреждения, осуществляющего внедрение- рекомендуется внедрить в отделениях ВОП и узкой специализированной помощи.

Сроки внедрения: 2024 г.

Главный врач КГП на ПХВ «Центральная районная больница Байзакского района»

 Рыскулов Ж.О.

Члены:

(ответственные за внедрение)

Зам. гл.врача по лечебно-профилактической работе



Мадимаров М.К.

Исполнитель:

Докторант КМУ «ВШОЗ»



Намазбаева Ж.Е.

Акт

внедрения результатов научно-исследовательской работы по специальности 8D10101-«общественное здравоохранение» докторанта (PhD) Намазбаевой Ж.Е. на тему: «Совершенствование организации деятельности специалистов первичного звена по оценке факторов риска болезней органов пищеварения населения Жамбылской области».

Наименование предложения: Методические подходы к профилактике неинфекционных заболеваний на уровне первичной медико-санитарной помощи (Методические рекомендации).

Работа внедрена из результатов научно-исследовательской работы на поискание ученой степени доктора (PhD) и в рамках выполнения НТП «Национальная программа внедрения персонализированной и превентивной медицины в Республике Казахстан».

Форма внедрения- использование в деятельности методических рекомендаций для врачей организаций ПМСП.

Ответственный за внедрение и исполнитель- докторант КМУ «ВШОЗ», врач терапевт высшей категории, врач гастроэнтеролог Намазбаева Ж.Е.

Эффективность внедрения- повышения качества медико-профилактической работы.

Предложения, замечания, учреждения, осуществляющего внедрение- рекомендуется внедрить в отделениях ВОП и узкой специализированной помощи.

Сроки внедрения: 2024 г.

Главный врач КГП на ПХВ «Центральная» районная больница
Таласского района»

Имаммырзаев Е.А.

Члены:
(ответственные за внедрение)
Зам. гл.врача по лечебно-
профилактической работе



Исполнитель:
Докторант КМУ «ВШОЗ»



Намазбаева Ж.Е.

Акт

внедрения результатов научно-исследовательской работы по специальности 8D10101-«общественное здравоохранение» докторанта (PhD) Намазбаевой Ж.Е. на тему: «Совершенствование организации деятельности специалистов первичного звена по оценке факторов риска болезней органов пищеварения населения Жамбылской области».

Наименование предложения: Методические подходы к профилактике неинфекционных заболеваний на уровне первичной медико-санитарной помощи (Методические рекомендации).

Работа внедрена из результатов научно-исследовательской работы на соискание ученой степени доктора (PhD) и в рамках выполнения НТП «Национальная программа внедрения персонализированной и превентивной медицины в Республике Казахстан».

Форма внедрения- использование в деятельности методических рекомендаций для врачей организаций ПМСП.

Ответственный за внедрение и исполнитель- докторант КМУ «ВШОЗ», врач терапевт высшей категории, врач гастроэнтеролог Намазбаева Ж.Е.

Эффективность внедрения- повышения качества медико-профилактической работы.

Предложения, замечания, учреждения, осуществляющего внедрение- рекомендуется внедрить в отделениях ВОП и узкой специализированной помощи.

Сроки внедрения: 2024 г.

Главный врач ГКП на ПХВ
«Городская поликлиника №7
УЗ Жамбылской области»



Шатаева А.У.

Члены:
(ответственные за внедрение)
Зам. гл.врача по лечебно-
профилактической работе



Толыкбаев К.Т.

Исполнитель:
Докторант КМУ «ВШОЗ»



Намазбаева Ж.Е.

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Анкета

по изучению мнения населения о факторах риска и профилактики болезни органов пищеварения

Уважаемые дамы и господа!

Прошу Вас принять участие в анкетирование, целью которого является изучение мнения респондентов о факторах риска болезней органов пищеварения для проведения своевременной профилактики, включающей формирование приверженности населения к сохранению здоровья и предупреждения их рецидивов и осложнений.

Ваши ответы будут использоваться конфиденциально.

Дата исследования: _____

Пол: М– □ / Ж– □

РАЗДЕЛ 1. СОЦИО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ОПРАШИВАЕМОГО

1. Ваш возраст?

2. Уровень Вашего образования?

- Начальное
 Неполное среднее
 Среднее

- Высшее
 Послевузовское

3. Род Вашей деятельности?

- Безработный
 Учащийся
 Домохозяйка
 Пенсионер
 Инвалид

- Государственный служащий
 Работник сельского хозяйства
 Гражданский служащий
 Предприниматель

- Профессиональный спортсмен
 Работник тяжелого физического труда
 Работник вредного и опасного производства

4. Национальность _____

5. Семейное положение

- Женат (замужем)
 Холост (не замужем)

- Разведен (а)
 Вдовец (вдова)

6. Есть ли у Вас дети

- Нет
 Один

- Двое
 Трое и более

7. Количество человек проживающих в семье

8. Имеются ли у Вас неинфекционные заболевания

Да

Нет

- Сердечно–сосудистые заболевания
- Сахарный диабет
- Болезни органов дыхания
- Болезни желудочно–кишечного тракта
- Травмы и отравления
- Онкология

9. Состоите ли Вы на диспансерном учете

Да

Нет

РАЗДЕЛ 2. ВОПРОСЫ ПО ЖКТ

1. Любите ли Вы острую пищу?

Да

Нет

2. Как часто Вы употребляете острую пищу?

- Ежедневно
- 1 раз в неделю
- 2 раза в неделю
- 1 раз в месяц
- Не употребляю

3. Любите ли Вы жирную пищу?

Да

Нет

4. Как часто Вы употребляете жирную пищу?

- Ежедневно
- 1 раз в неделю
- 2 раза в неделю
- 1 раз в месяц
- Не употребляю

5. К какой категории Вы себя относите в отношении курения?

- Никогда не курил
- Курильщик
- Бывший курильщик
- Употребляю некурильные табачные изделия (например никохательный и жевательный табак, насыпь)

6. Курите ли Вы в настоящее время табачные изделия ежедневно?

Да

Нет

7. Количество сигарет, которые выкуриваете в день

8. Употребляете ли Вы алкогольные напитки?

Да

Нет

9. За последние 12 месяцев как часто Вы выпивали хотя бы 1 стандартную дозу алкоголя?

- Ежедневно
- 1 раз в неделю
- 1 раз в месяц
- Не употребляю

10. Сколько дней в неделю Вы обычно потребляете фрукты?

- 1 раз в неделю
- 2 раза в неделю
- 1 раз в месяц
- Ежедневно
- Нет такой возможности

11. Сколько дней в неделю Вы обычно употребляете овощи?

- 1 раз в неделю
- 2 раза в неделю
- 1 раз в месяц
- Ежедневно
- Нет такой возможности

12. Как часто Вы добавляете соль или соленые соусы (приправы) в пищу перед ее употреблением или непосредственно во время еды?

- Всегда
- Часто
- Иногда
- Редко
- Никогда
- Не знаю

13. Укажите в граммах количество употребляемой соли за один день?

- До 5 гр
- 5– 10гр
- 10– 15гр
- 15– 20гр
- Не знаю

14. Величина Вашего среднемесячного дохода в расчете на одного члена семьи?

- До 42,5000 тг

- 42,500– 100,000 тг
- 100,000– 150,000 тг
- 150,000– 200,000 тг
- 200 и более

Примечание:

1 стандартная доза алкоголя: 1 бокал вина 150 мл, 50 мл водки
1 чайная ложка – 7,5 гр соли 0,5 ч.л.– 5гр соли

Благодарим Вас за участие!

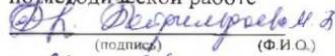
ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Программа семинара– тренинга «Независимая сестринская практика в амбулаторных условиях»

Алматы қаласы Қоғамдық деңгээлдік баекармасының ШЖК «Жогары медициналық колледж» КМК-ның Оку- зәдістемелік орталығы		Учебно-методический це КГП на ПХВ «Высшего меди- колледжа» Управления общес- твального здравоохранения г. Алматы
ПРОГРАММА СЕМИНАР - ТРЕНИНГА		

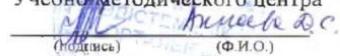
Согласовано:

Главный специалист
по методической работе


(подпись) (Ф.И.О.)
« 30 » 06 2022 г.

Утверждаю

Руководитель
Учебно-методического центра


(подпись) (Ф.И.О.)
« 30 » 06 2022 г.

Программа семинар-тренинга

Наименование: «Независимая сестринская практика в амбулаторных условиях»

Вид обучения: семинар-тренинг

Количество часов: 18 часов

Специальность: Сестринское дело

Алматы, 2022 г.

Алматы қаласы Қоғамдық деңсаулық басқармасының ШЖҚ «Жоғары медициналық колледж» КМК-нын Оқу-адистемелік орталығы		Учебно-методический центр КГП на ПХВ «Высшего медицинского колледжа» Управления общественного здоровья г. Алматы
ПРОГРАММА СЕМИНАР - ТРЕНИНГА		

Программа семинар- тренинга разработана Актаевой Л.М., Смаиловой Д.С., Жавъясхан Т., Сыдыковой Б.Қ., Намазбаевой Ж.Е. Жусипалиевой Б.У.

Программа семинар- тренинга обсуждена на заседании учебно-методического совета:

Протокол № 6 от «30» 06 2022 г.

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

Письма, подтверждающие деятельность докторанта

О создании временного научного коллектива

В целях реализации договора на соисполнение научно-исследовательских работ от 31 августа 2021 года № 304/08.21, и дополнительного соглашения №1 от 28 февраля 2022 года заключенного с Некоммерческим акционерным обществом «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова» по исполнению научно-исследовательской работы на тему научно-исследовательская работа по теме "Национальная программа внедрения персонализированной и превентивной медицины в Казахстан", подзадача 1.1. «Провести эпидемиологическое исследование влияния социальных, экономических, психосоциальных и поведенческих факторов на здоровье населения Республики Казахстан с последующей разработкой управленческих решений (Жамбылская область)» **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить следующий состав временного научного коллектива:

Кулъжанов М.К.- руководитель группы
Кауышева А.А.- главный научный сотрудник
Смаилова Д.С.- руководитель подгруппы
Глушкова Н.Е.- главный научный сотрудник
Камалиев М.А.- старший научный сотрудник
Карибаева И.К.- младший научный сотрудник
Назарова Л.З.- младший научный сотрудник
Кадирбекова Ф.А.- финансист
Намазбаева Ж.Е. - младший научный сотрудник
Жамакурова А.Н. - младший научный сотрудник
Куанышкалиева А. - младший научный сотрудник
Мусашева Г.М. - младший научный сотрудник
Отызбаева Н.А.- младший научный сотрудник
Ни Роман- младший научный сотрудник

2. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

И.о.Ректора

Ф.Кадирбекова



БУБРАК
Р.Н. 0061

Адміністративны

ПРИКАЗ
№ 34-к

ізраз Адміні

Іссапарға жіберу туралы

1.1 «Қазақстан Республикасында дербестендірілген және превентивті медицинаны енгізуудің ұлттық бағдарламасы» ПЦФ-ның 2021-2023 жылдарға арналған ғылыми-техникалық бағдарламасы шенберінде COVID-19 негізгі созылмалы инфекциялық емес ауруларды коса алғанда, әлеуметтік-экономикалық, психоәлеуметтік және мінез-құлық факторларының КР халқының денсаулығына әсерін эпидемиологиялық зерттеу жүргізу» кіші тапсырмасын орындау мақсатында **БҰЙЫРАМЫН**:

1. УФК төменде көрсетілген мүшелері Жамбыл облысына іссапармен жіберілсін:

- М.К.Кульжанов, басшы, м.ғ.д., профессор, БФК 2021 жылғы 22 карашадан бастап 2021 жылғы 23 караша аралығында;
- Р.Ни, к.ғ.к., докторант 2021 жылғы 22 карашадан бастап 2021 жылғы 27 караша аралығында;
- Ж.Е.Намазбаева, к.ғ.к., докторант 2021 жылғы 22 карашадан бастап 2021 жылғы 27 караша аралығында;
- А.С.Куанышқалиева, к.ғ.к., докторант 2021 жылғы 22 карашадан бастап 2021 жылғы 27 караша аралығында;
- Н.Отызбаева, к.ғ.к., докторант 2021 жылғы 22 карашадан бастап 2021 жылғы 26 караша аралығында;
- А.Жамакурова, к.ғ.к., докторант 2021 жылғы 22 карашадан бастап 2021 жылғы 27 караша аралығында.

2. ПЖол жүрі, тәуліктік, тұруы және іссапар шығыстары ПЦФ есебінен төленсін.

Негіз: ЕжКД директорының орынбасары Д.А.Жумабекованың қызметтік хаты.

Ректор

А. Ауезова

ПРИЛОЖЕНИЕ Е

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
КАЗАХСТАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «ВШОЗ»

Кульжанов М.К., Намазбаева Ж.Е., Куанышкалиева А.С.,
Жамакурова А.Н., Мукашева Г.М., Отызбаева Н.Э.

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ
НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА УРОВНЕ
ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ
(Методические рекомендации)

Алматы, 2024