

**ҚОЖА АХМЕТ ЯСАУИ АТЫНДАҒЫ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ  
ҚАЗАҚ-ТҮРІК УНИВЕРСИТЕТІ**

**Медицина факультеті**

Қолжазба құқығында

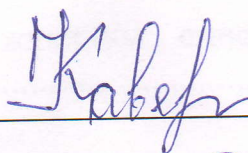
**Бошан Айгул Кәрібайқызы**

**ЭКОЛОГИЯЛЫҚ ҚОЛАЙСЫЗ АЙМАҚТА СОЗЫЛМАЛЫ ЖҰҚПАЛЫ  
ЕМЕС АУРУЛАРДЫҢ АУРУШАҢДЫҚ КӨРСЕТКІШІ МЕН ҚАУІП-  
ҚАТЕР ФАКТОРЛАРЫН ТАЛДАУ**

«М140 – Қоғамдық денсаулық сақтау»

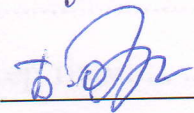
«7М10144-Қоғамдық денсаулық сақтау» бойынша  
денсаулық сақтау ғылымдарының  
магистрі дәрежесін алу үшін магистрлік диссертация

Ғылыми жетекшісі,  
PhD, доцент м.а.



К.Ж. Садыкова

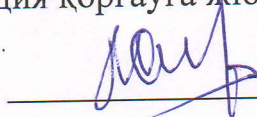
Ғылыми жетекшісі,  
PhD, доцент аға оқытушы



Б.Ә. Омарова

Магистрлік диссертация қорғауға жіберілді: «26» 05 2021 ж.

Факультет деканы



И.С. Молдалиев

## Мазмұны

Нормативік сілтемелер.....	4
Белгілеулер мен қысқартулар.....	5
КІРІСПЕ.....	6
1-тарау. Әдебиеттерге шолу	
1.1 СЖЕА әлемдік және Қазақстандағы эпидемиологиясы.....	12
1.2 СЖЕАның қауіп қатер факторлары .....	16
1.3 Covid-19 және СЖЕА және модификацияланатын қауіп факторлары.....	34
2-тарау. Зерттеу жұмысының материалдары мен әдістемелері	
2.1 Зерттеу жұмысының жалпы сипаттамасы.....	37
2.2 Зерттеу жұмысының жүргізілу әдістемелері.....	38
2.3 Зерттеу жұмысының статистикалық әдістемелері.....	39
3-тарау. Жеке зерттеу нәтижелері	
3.1 Халықаралық деңгейде және Қазақстан көлемінде СЖЕА-ның таралуын зерттеу.....	40
3.2 Экологиялық қолайсыз аймақта (Түркістан облысы) созылмалы жұқпалы емес аурулардың аурушаңдық көрсеткіштерін анықтап қауіп-қатер факторларын бақылау мен басқару.....	44
3.3 Созылмалы жұқпалы емес аурулардың алдын алу шараларын ұйымдастыру.....	57
Қорытынды.....	67
Пайдаланылған әдебиеттер тізімі....	69

## Нормативтік сілтемелер

Осы диссертацияда төмендегі стандарттарға сілтемелер қолданылды: МЕМСТ 7.1-84 - Ақпараттық, кітапханалық және баспа ісі бойынша стандарттар жүйесі. Құжаттың библиографиялық сипаттамасы. Жобалаудың жалпы талаптары мен ережелері.

МЕМСТ 7.12-93 - Ақпараттық, кітапханалық және баспа ісі бойынша стандарттар жүйесі. Библиографиялық жазбалар. Орыс тіліндегі қысқартулар. Жалпы талаптар мен ережелер.

МЕМСТ 7.32-2001 - (мемлекетаралық стандарт) ақпараттық стандарттар жүйесі. Кітапханалық және баспа ісі. Ғылыми-зерттеу жұмысы жайлы есеп. Рәсімдеу құрылымы және ережелері.

2009 жылғы 18 қыркүйек №193-IV «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі» Қазақстан Республикасының Кодексі (21.04.2016 ж. Жағдай бойынша өзгертулер және толықтырулармен бірге).

2010 жылғы 1 ақпандағы Қазақстан Республикасы Президентінің №922 жарлығымен бекітілген «Қазақстан Республикасының 2020 жылға дейінгі Стратегиялық даму жоспары туралы».

Қазақстан Республикасы Президентінің 2016 жылғы 15 қаңтардағы №176 жарлығымен бекітілген 2016-2020 жылдарға арналған денсаулық сақтауды дамытудың «Денсаулық» мемлекеттік бағдарламасы.

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011 - 2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасы.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 25 маусымдағы № 514 бұйрығы «Қазақстан Республикасында травматологиялық және ортопедиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандарты».

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2017 жылғы 3 шілдедегі № 450 бұйрығымен бекітілген «Қазақстан Республикасында жедел медициналық көмек көрсету қағидалары».

## Белгіленулер және қысқартылған сөздер

АББ – ауруларды басқару бағдарламалары;

ӘӘД - әлеуметтік-экономикалық дағдарыс;

БҰҰ - Біріккен Ұлттар Ұйымы;

ДДҰ - Дүниежүзілік Денсаулық сақтау ұйымы;

ЖҚА –жүрек қан тамыр аурулары

ҚД - қант диабеті

ҚР - Қазақстан Республикасы;

ҚІ - қатерлі ісіктер

МӘКМ - медициналық-әлеуметтік көкейтесті мәселелер;

МК - мүгедектік көрсеткіші;

ӨК - өлім көрсеткіші;

ӨСС - өмір сүру сапасы

ӨТЖ - өндірістен тыс жарақаттар;

ТЖА - созылмалы тыныс алу жүйесінің аурулары

СЖЕА – созылмалы жұқпалы емес аурулар

СИ - сенімділік интервалы;

УЕЖКҰ - уақытша еңбекке жарамсыздық күндерінің ұзақтығы;

ХАК - халықаралық аурулар классификациясы;

ЭДЫҰ - Экономикалық даму ынтымақтастығының ұйымдары;

## Кіріспе

### Зерттеудің өзектілігі.

XXI-ші ғасырдың денсаулық сақтау саласының маңызды мәселелерінің біріне тоқталсақ олар- созылмалы жұқпалы емес аурулар. Созылмалы жұқпалы емес аурулардың (СЖЕА) алдын алуға болатындығын бірнеше еліміздің және шетелдердің зерттеу жұмысы нәтижесі арқасында белгілі болғаны мәлім. Қазіргі таңда созылмалы жұқпалы емес ауруларды алдын алуға және қауіп-қатер топтарын басқарудың өзекті мәселелеріне көңіл бөлінуде [3].

СЖЕА үдеуі халықтың аурушандығына, мүгедектікке, уақытша еңбекке жарамсыздыққа және стационарлық халық үлесінің өсуіне алып келуі өлім-жітім құрамында алдыңғы орында тұр.

СЖЕА, оның ішінде жүрек-тамыр аурулары, қатерлі ісік, тыныс алу аурулары және қант диабеті жыл сайын шамамен 41 миллион адамның өліміне әкеледі. Осы өлімнің он бес миллионы 30-69 жас аралығындағы адамдарда, адам жұмыс істейтін барысында және тәуелділік пайда олған адамдарда болады. 85%дан астамтөмен және орта деңгейлі табысы бар елдерінде жүріп жатқан, онда денсаулық сақтау жүйесінің толықсыз дамығандығы, ал қолжетімдіем тиімсіз. Осы уақытқа дейін инфекциялық емес ауруларға қатысты жаһандық мақсаттарға және саяси міндеттемелерге қол жеткізудегі прогресс жеткіліксіз болды. Егер уақытылы шұғыл шаралар қолданылмаса, жұқпалы емес аурулардан болатын өлім мен мүгедектік ауыртпалығы халықтың өсуі, өмір сүру ұзақтығының ұлғаюы және темекі тұтыну, алкогольді зиянды пайдалану, семіздік, дұрыс тамақтанбау және отырықшы өмір салты сияқты қауіп факторларының жаһандық таралуы нәтижесінде айтарлықтай артады.

Жалпы әлемдік мақсат:

2025 жылға қарай 30-70 жастағы адамдарда жүрек-қан тамырлары ауруларынан, қатерлі ісіктен, қант диабетінен және созылмалы респираторлық аурулардан болатын өлім-жітім 25% - ға төмендету.

Оған жету үшін сегіз көмекші мақсат:

зиянды ішімдікті 10% - ға салыстырмалы түрде азайту ;

гиподинамия таралуының 10% салыстырмалы төмендеуі ;

халықтың тұзды орташа тұтынуын 30% - ға салыстырмалы түрде төмендету;

темекі тұтынудың таралуын 30% - ға салыстырмалы түрде қысқарту (15 жастан асқан адамдар);

жоғары қан қысымының 25% салыстырмалы төмендеуі ;

0% қант диабеті мен семіздіктің жоғарылауы;

Жүрек-қан тамырлары ауруларының қауіпі бар адамдар үшін дәрі-дәрмектік терапиямен және консультациялармен 50% қамту;

2030 жылға қарай профилактика мен емдеу есебінен инфекциялық емес аурулардан болатын мезгілсіз өлімді үштен бірге қысқартуға және психикалық денсаулық пен әл-ауқатты нығайтуға жәрдемдесуге тиіс[].

ҚР Президентінің 2018 жылғы 10 қаңтардағы Қазақстан халқына Жолдауында тиімділігі төмен және ел үшін шығынды диспансерлеуден қашықтықтан диагностикалау мен амбулаториялық емдеуді пайдалана отырып, негізгі созылмалы ауруларды бақылауға көшу қажеттігі туралы айтылған. Президенттің 2018 жылғы 5 қазандағы Жолдауында Қазақстан Республикасында өмір сүрудің орташа ұзақтығы 72,5 жасқа жеткені және алғашқы медициналық-санитарлық көмекке қолжетімділікті арттыру, созылмалы ауруларды басқаруда жаңа тәсілдерді енгізу басымдығы атап өтілді [1, 2].

2016-2019 жылдарға арналған "Денсаулық" денсаулық сақтауды дамытудың мемлекеттік бағдарламасы [3] шеңберінде созылмалы инфекциялық емес ауруларды бастапқы медициналық-санитарлық көмек деңгейінде басқаруды жақсарту мақсатында Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі ауруларды басқару бағдарламаларын енгізді [4]. АББ-ны енгізу артериялық гипертензия, қант диабеті және созылмалы жүрек жеткіліксіздігі сияқты аурулар бойынша әрбір пациенттің өз денсаулығы үшін ынтымақты жауапкершілігін арттыру жолымен созылмалы инфекциялық емес аурулардың алдын алу тәсілдері мен оларға қарсы күрес шараларын өзгертуге және жақсартуға бағытталған.

СЖЕА дамуының қауіп факторлары қартаю, өмір салтының өзгеруі, әлеуметтік жағдайы, жынысы, ұлттық ерекшеліктері, мінез-құлық факторлары, тұтынылатын алкоголь мөлшері, темекі шегу, стресс, метаболикалық бұзылулардың ауырлығы және т.б. [5, 6, 7]. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтауды дамыту республикалық орталығының 2014 жылғы деректері бойынша халықтың жоғары өлім-жітімінің себептері жіті тамырлық бұзылулар (инсульт, миокард инфарктісі, жарақаттану, онкологиялық аурулар) болып табылады.

"Саламатты Қазақстан" мемлекеттік бағдарламасын жүзеге асыру нәтижесінде 2008 жылдан бастап жүрек-қан тамырлары аурулары себебінен өлім-жітім деңгейінің төмендегені байқалады, ал өмір сүру ұзақтығы ұлғайып келеді, бұл егде жастағы аға буын адамдар санының ұлғаюы күтіліп отырғанын және бірнеше аурулардың ұштасу проблемасы ұлғайып келе жатқанын көрсетеді [8].

Қазіргі заманғы медицина мен денсаулық сақтаудың өзекті проблемаларының бірі ретінде жүрек-қан тамырлары аурулары мен қант диабеті әлемнің көптеген елдерінде өлімге әкелетін асқынулар мен өлім қаупінің жетекші себептері болып қала береді [9, 10]. Дүниежүзілік Денсаулық сақтау ұйымының деректеріне сәйкес, ересек тұрғындар арасында өлім-жітімнің барлық себептерінің үштен бірін жүрек-қан тамырлары аурулары алады, бұл ретте әлемдегі жалпы өлім-жітім мен мүгедектік құрылымында негізгі себеп болып қала береді [11].

Global Burden of Disease жүргізген зерттеулердің нәтижелері бойынша өлім-жітімнің барлық себептерінің 29,6% - ы (15 616,1 млн.) жүрек-қан тамырлары ауруларының үлесіне тиетіні анықталды-бұл инфекциялық, аналық, неонаталдық өлім-жітімнен, сондай-ақ қатерлі ісіктен болатын өлім-жітімнің саны 2 есеге артты. Еуропада жүрек-қан тамырлары ауруларының салдарынан жыл сайын 4 миллионнан астам адам қайтыс болады (әйелдер арасында 51% және ерлер арасында 42%), бұл бүкіл Еуропада өлімнің жартысына жуығын құрайды [12].

Ресейде барлық жұқпалы емес аурулардан болатын өлім жағдайларының арасында жүрек-қан тамырлары ауруларынан болатын өлім-жітімнің үлесі 57% - ы құрайды, бұл ретте барлық өлім-жітімнің шамамен 40% - ы халықтың жасы 25-тен 64 жасқа дейін келеді [13]. Қазақстанда жүрек-қан тамырлары ауруларының салдарынан өлім-жітім көрсеткіші 54% - ға дейін жетеді [14]. Сонымен қатар, жүрек-қан тамырлары аурулары бар пациенттердің жартысында, әсіресе жүректің ишемиялық ауруы кезінде, көмірсулар алмасуының бұзылуы байқалады [15], Ал өлім жағдайында олар жүрек-қан тамырлары ауруларынан қайтыс болған адамдар санатына енеді, дегенмен коронарлық тамырлардың өзгеру себебі қант диабетінің болуына байланысты болуы мүмкін [16]. Жүргізілген көптеген зерттеулерде жүрек-қан тамырлары аурулары 2 типті қант диабетімен ауыратын науқастардың өлімінің негізгі себебі болып табылатыны атап өтілді [17]. Сонымен, Ресей Федерациясының қант диабеті мемлекеттік тіркелімінің мәліметтеріне сәйкес [18], Ресейде жүрек-қан тамырлары ауруларына байланысты қант диабетімен ауыратын адамдардың 72,6% - ында өлім жағдайлары бар. Осыған ұқсас көрсеткіштер Финляндия халқында да байқалады (70%) [19]. Халықаралық диабет федерациясының, американдық Диабетологиялық қауымдастықтың және Дүниежүзілік Денсаулық сақтау ұйымының материалдары бойынша [20, 21] қант диабетімен ауыратын адамдар арасындағы өлімнің барлық жағдайларының ішінде жүрек-қан тамырлары аурулары (58%) жетекші орынға ие.

Мемлекеттік және жеке меншік мекемелерде инфекциялық емес ауруларды емдеу үшін қолжетімді технологиялармен және негізгі дәрілік заттармен 80% қамту.

СЖЕА-ның жасаруы еліміздің экологиясына тікелей тәуелді екенін біршама отандық және шетелдік ғалымдар атап өткен.

Қазақстан Республикасының тұрғындары арасында СЖЕА-ның ішінен тыныс алу жүйесі ауруларының ішінде балалардың аурушаңдығы мен өлім-жітімінің артуы қоршаған ортаның экологиялық қолайсыздығымен байланысты болатыны мәлім болды.

Қауіп-қатер факторларынына артық салмақ, темекі өнімдерін тұтыну, дене белсенділігінің төмендігі, артериялық гипертония, жеміс көкөністер жеткіліксіздігі, дұрыс тамақтанбау, алкогольді ішімдіктерді тұтыну, гиперхолестеринемияны жатқызамыз.

Атап өтілген зиянды өмір салты мен қоса мінез-құлық және метаболикалық әрекеттер, қауіп қатер факторлары, адам ағзасына теріс әсер етуін Е. Kvaavik зерттеу жұмыстарында анықтады. Көрсетілген мәліметтерде темекі шегу, көкөністерді тұтыну және күніне 3 реттен аз жемістерді жеу, физикалық белсенділіктің аз болуы (аптасына 2 сағат), сондай-ақ алкогольді ішімдіктерді пайдалану (Әйелдер үшін аптасына 14 бірлік және ерлер үшін 21 бірліктен) ҚІ-тен қайтыс болу қаупін 2 еседен астам арттыруға, ЖҚА - дан-1,5 есе, ал 20 жылдық өмір сүру деңгейін 11% төмендеуін тудыратынын дәлелдеді ( $p < 0,001$ ) [5].

СӨС ұстанудың оң әсері жайлы 20 244 респондент қатысқан EPIC-Norfolk (Prospective Investigation of Cancer — Еуропалық обырды проспективті зерттеу орталығы) зерттеу нәтижелерін жариялады. Қазіргі таңда темекі шегуден бас тарту, жеткілікті физикалық белсенділігі, алкогольдің орташа дозалары, сондай-ақ теңгерімді тамақтанудың көрсеткіштерінің бірі ретінде қан плазмасындағы С витаминінің мөлшері 50 ммоль/л-ден жоғары болуы сияқты "төмен тәуекел" факторларының болуы ҚІ мен ЖҚА-дан өлім қаупін орташа есеппен 2 есе төмендететінін анықтады ( $p < 0,05$ ) [6].

#### **Зерттеу жұмысының мақсаты.**

Зерттеу жұмысының мақсаты – экологиялық қолайсыз аймақта (Түркістан облысы) созылмалы жұқпалы емес аурулардың таралуын зерттей отырып, оның аурушандық көрсеткішімен қауіп-қатер факторларын талдау.

#### **Зерттеу міндеттері:**

1. Халықаралық деңгейде және Қазақстан көлемінде СЖЕА-ның таралуын зерттеу.
2. Экологиялық қолайсыз аймақта (Түркістан, Кентау) созылмалы жұқпалы емес аурулардың аурушандық көрсеткіштерін анықтап қауіп-қатер факторларын бақылау мен басқару.
3. Созылмалы жұқпалы емес аурулардың алдын алу шараларын ұйымдастыру.

#### **Ғылыми жаңалықтары**

СЖЕА-мен ауыратын Түркістан облысы соның ішінде Түркістан, Кентау қалаларының тұрғындарынан СЖЕА-ның қауіп-қатер факторлары CINDI бағдарламасының сауалнамасынан өтіп, статистикалық көрсеткіштері және когортты зерттеу жұмыстары жүргізілді. СЖЕА-ның аридті аймақта алдын алу шаралары ұсынылды.

#### **Зерттеудің тәжірибелік маңыздылығы**

Созылмалы инфекциялық емес аурулардың алдын алу жөніндегі іс-шараларды жүргізу кезінде жас ерекшелігінің, қан қысымының жоғарлылығы, отбасы жағдайы, темекі шегудің және алкогольдің биохимиялық қан анализі көрсеткіштердің, әсіресе холестериннің деңгейіне әсер ету мүмкіндігін ескерудің тәжірибелік маңыздылығы өте жоғары.



## **Зерттеу әдістері**

-СИНДИ бағдарламасы бойынша сауалнама құрастыру

-Зертханалық және антропометриялық зерттеу

-Статистикалық, корреляциялық өңдеу

Зерттеу жұмысына келесі негізгі критерийлерді қамтитын арнайы респондентті зерттеу картасы қолданылды:

1. Паспорттық бөлім.
2. Артық салмақ (CINDI)
3. Темекі шегу (Фагерстрем тесті )
4. Алкогольді ішімдіктерді тұтыну (AUDIT)
5. Физикалық белсенділік (INTERNATIONAL PHYSICAL ACTIVITY QUESTIONNAIRE)
6. Күйзеліс (PERCEIVING STRESS QUESTIONNAIRE)
7. Жүрек-қантaмыр ауруларының симптомдары (Роуз анкетасы)
8. Артериялық гипертония (CINDI)
9. Темгерімсіз тамақтану (MedDietScore)
10. Антропометрлік зерттеу.
11. Зертханалық зерттеу

Зерттеу жұмысы барысында СИНДИ бағдарламасы ұсынған мінез-құлық қауіп факторларын зерттеу үшін сауалнаманы қолданылды. СИНДИ бағдарламасы ұсынған мінез-құлық қауіп факторларын зерттеуге арналған сауалнама 14 бөлім және 56 сұрақтан тұрады. СИНДИ бағдарламасы бойынша мінез-құлықтық қауіп факторларының таралуын зерттеу 25-64 жас аралығындағы топтар арасында жүргізіледі.

СЖЕА-мен ауыратын пациентердің антропометриялық өлшемдерін: бой, салмақ, кіндік деңгейіндегі бел өлшемі, бөксе өлшемі және мойын аймағының өлшемдерін, артериялық қан қысымын өлшенді.

Зертханалық зерттеу әдістері: аш қарынға глюкоза мөлшері, глюкозатолерантты тест, жалпы холестерин, тығыздығы төмен липопротеиндер, тығыздығы жоғары липопротеиндер, өте төмен тығыздықты липопротеиндер, тиреглобулин, креатинин мөлшерін алынды.

Ғылыми зерттеу жұмысына Түркістан облысынан барлығы 150 адам қатысты. Зерттеу нәтижелерін статистикалық өңдеу MS EXCEL 2011 және SPSS 17,0 бағдарламаларын қолдану арқылы жүргізілді. Сипаттаманың таралуын анықтауда салыстырмалы көрсеткіштер және корреляциялық статистикалық көрсеткіштер арқылы жүргізілді.

### **Диссертациялық жұмыстың қорғауға қойылған ұсынылымы:**

Зерттеу нәтижесінде экологиялық қолайсыз аймақтарда созылмалы жұқпалы емес аурулардың таралуын зерттей отырып, оның аурушаңдық көрсеткішімен қауіп-қатер факторларын бақылау мен басқаруға бағытталған шаралар ұсынылды.

### **Диссертациялық жұмыстың апробациядан өтуі:**

Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университетінің, Медицина факультетінің ғылыми әдістемелік семинарында (26.05.2021 ж., Хаттама №, Түркістан қ.) апробациядан өтті.

### **Диссертациялық жұмыстың жариялануы:**

Диссертациялық жұмыстың тақырыбы бойынша 2 ғылыми еңбек жарық көрді:

1. “Қазақстан республикасы дәрігерлерінің бюллетені” атты ғылыми-тәжірибелік журналына “Созылмалы жұқпалы емес аурулардың аурушаңдық көрсеткіші мен қауіп-қатер туғызатын себептері” атты әдеби шолу жарияланды.

2. “Білім саласындағы рухани жаңғыру мәселелері” атты VIII дәстүрлі Халықаралық ғылыми-тәжірибелік конференцияда “Созылмалы жұқпалы емес ауруларының дамуына негізгі жүріс-тұрыс факторларының әсерін бағалау” атты тақырыпта мақала жарыққа шықты.

### **Диссертациялық жұмыстың тәжірибеге ендірілуі:**

Зерттеу нәтижелерін Түркістан облысының денсаулық сақтау басқармасының халық денсаулығы бойынша ақпараттарды толықтыру үшін қолданылып, шаршауды анықтау бойынша жасалынған ақпараттық қорға енгізіледі.

### **Диссертациялық жұмыстың көлемі мен құрылымы:**

Диссертацияның жалпы көлемі – 79 бет, компьютерлік мәтінмен терілген (Microsoft Word, TimesNewRoman, size 14), ғылыми жұмыс кіріспеден, әдебиеттік шолудан, зерттеу жұмысының материалдары мен әдістемелерінен, жеке зерттеу нәтижелерінен, қорытындыдан және қолданылған әдебиеттер тізімінен тұрады.

Жұмыс көрнекіліктері: 17 кесте, 4 суреттен тұрады. Әдебиеттер тізімі – 160 шетелдік және отандық әдебиеттер көзін құрады.

## 1-тарау. Әдебиеттерге шолу

### 1.1 Созылмалы жұқпалы емес аурулардың эпидемиологиясы

Қазіргі заманғы денсаулық сақтаудың өзекті мәселелерінің бірі- созылмалы жұқпалы емес аурулар. Созылмалы жұқпалы емес аурулардың көпшілігінің алдын алуға болатындығы көптеген отандық және шетелдік зерттеулердің арқасында белгілі болды. Қазақстан Республикасында созылмалы жұқпалы емес аурулардың алдын алуға және қауіп топтарын басқарудың өзекті мәселелеріне назар аударылып отыр [14].

Созылмалы жұқпалы емес аурулар — бұл ұзақ ағыммен сипатталатын және генетикалық, физиологиялық, экологиялық және мінез-құлық факторлары комбинациясының әсерінің нәтижесі. Негізгі түрлеріне: жүрек-қан тамырлары аурулар (ЖҚА), қатерлі ісіктер (ҚІ), созылмалы тыныс алу жүйесінің аурулары (ТЖА), қант диабеті (ҚД), өкпенің созылмалы аурулары, психикалық бұзылыстар және қант диабеті жатады [2].

СЖЕА әлемдік статистикалық көрсеткіштері.

Қазіргі таңда созылмалы жұқпал емес аурулардан ДДҰ (2017) статистикалық баяндамасының мәліметтері бойынша, жыл сайын созылмалы жұқпалы емес аурулардан 40 млн адам қайтыс болды. Өлім — жітім құрылымында ең үлкен үлес жүрек қан тамыр ауруларына тиесілі, олардан жыл сайын 17,7 млн адам (45%) өледі, одан кейін қатерлі ісіктер— 8,8 млн (22%), тыныс алу мүшелерінің ауруларынан-3,9 млн (10%) және қант диабетінен-1,6 млн (4%) өледі. СЖЕА-дан АҚШ — та өлім — жітім үлесі 38%, Португалияда-42%, Бразилияда-32% құрайды. Ресейде СЖЕА болатын өлім-жітімге жүрек-қан тамырлары аурулары (ЖҚА) үлкен үлес қосады, ЖҚА жалпы өлім-жітімнің 55% - ын құрайды [1,3].

Дүниежүзілік Денсаулық сақтау ұйымының (ДДСҰ) деректері бойынша 2015 жылы бүкіл әлем бойынша 56,4 млн.өлім жағдайы тіркелген, олардың жартысынан астамы (54%) өлімнің басты 10 себебінің үлесіне келеді [18]. Осылайша, жүректің ишемиялық ауруы (ЖИА) және инсульт 15 жыл бойы өлім себептерінің арасында алғашқы екі позицияны алатын жетекші ауру болып қала береді. 2015 жылы жиынтықта олардан 15 млн.өлім жағдайы тіркелді. 15 жыл ішінде төменгі тыныс жолдарының респираторлық инфекциясы үшінші орынды алады, сондықтан 2015 жылы 3,19 миллион адам қайтыс болған жоқ [19]. Олардан ең аз айырмашылықпен өкпенің созылмалы обструктивті ауруы (ӨСОА) төртінші орында тұр, бұл 3,17 миллион адамның өмірін қиды. Өкпенің қатерлі ісігінен (бронх және трахея обырымен бірге) 1,7 миллион адам қайтыс болды. Келесі орынды 2015 жылы 1,5 миллионнан астам адамның өмірін қиған ҚД алады, ал 2000 жылы бұл аурудан 1 миллионнан аз адам қайтыс болды. Альтсгеймер ауруы мен деменцияның басқа түрлерінен болатын өлім-жітім 2000 жылдан 2015 жылға дейін 2 еседен астам өсті, сондықтан бұл ауру 2015 жылы әлемдегі өлімнің жетекші себептерінің тізімінде жетінші орынға ие болды. 8-ші және 9-шы орындарда адамдардың өмірін алып кету себептерінің арасында диарея,

туберкулез сияқты аурулар өз позицияларын алды, олар шамалы айырмашылықпен жүреді: сәйкесінше 1,39, 1,37 миллион жағдай. Жол-көлік оқиғаларынан (ЖКО) 2015 жылы 1,34 млн. өлім-жітім тіркелді, оның 76% - ы ер адамдардың үлесіне тиесілі. Айта кету керек, адамның иммун тапшылығы вирусы немесе иммун тапшылығы синдромы (АҚТҚ/ЖҚТБ), шала туылу және туу жарақаттары өлімнің он негізгі себебіне жатпайды, бұл 2000 жылы анықталған [22].

Біздің еліміздің аумағында, ДДҰ деректері бойынша, өлімнің барлық себептерінің арасында СЖЕА-ның үлесіне 86% тиесілі, оның ішінде 50% Қазақстан Республикасында (ҚР) және бүкіл әлемде өлімнің жетекші себебі болып табылатын жүрек-қан тамырлары аурулары (ЖҚА) негізделген. Екінші орында онкологиялық аурулар (18%), одан кейін жарақаттар (10%). 4% - дан созылмалы респираторлық ауруларға және инфекциялық ауруларға (оның ішінде ана мен бала өлімінің себептері арасында) келеді. 1% өлім жағдайларының негізделген ДК және 13% - ын қалған СЖЕА [23].

Осылайша, ЖҚА бүкіл әлемде де, біздің мемлекетімізде де халықтың жалпы өлім-жітімінің құрылымында жетекші себеп болып табылады [24, 25, 26]. ДДҰ болжамы бойынша, 2030 жылға қарай еңбекке қабілетті жастағы 23,6 млн. адамда өлім ЖҚА-дан ғана болуы мүмкін [27]. Осыған байланысты, осы проблема бойынша нақты жағдайды бағалау үшін ЖҚА-ның өлімге әкелетін асқынуларының таралуын талдау, кейіннен ауру мен өлім-жітімді азайту үшін қажетті шаралар кешенін әзірлеу бүгінгі таңда денсаулық сақтаудың өзекті мәселесі болып табылады.

ҚР Денсаулық сақтауды дамытудың 2016-2019 жылдарға арналған "Денсаулық" мемлекеттік бағдарламасының басым міндеттерінің бірі өлім-жітім көрсеткішін, оның ішінде қан айналымы жүйесі ауруларынан (ҚЖА) азайту болып табылады. ҚР Денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған "Саламатты Қазақстан" бағдарламасының қорытындыларына сәйкес халықтың өлім-жітімі себебінен ҚЖА жетекші орында тұр, ол барлық өлім жағдайларының жалпы санының 26% - ын алады. Барлық ҚЖА-лардың ішінде фатальді асқынулардың елеулі үлесі инсультке, миокард инфарктіне (МИ) және жіті коронарлық синдромға (ЖКС) тиесілі, соның салдарынан жыл сайын шамамен 35 000 науқас қайтыс болады. ҚЖА бойынша Алғашқы сырқаттанушылық көрсеткіші шамамен 15% - ға өсті (егер 2010 жылы бұл көрсеткіш 100 мың тұрғынға шаққанда 2086,7-ні құраса, 2014 жылы 2394,7-ге тең болды). ЖҚА дамуының жиі кездесетін себептерінің бірі ДК болып табылады, осы патологиямен ауыратындардың саны 12% – ға өсті (2010 жылы – 100 мың тұрғынға шаққанда 146,6, 2014 жылы-164,4) [16, 15-бет].

Жүрек-қан тамыр жүйесі (ҚКҚ) ауруларының арасында жетекші орынды ЖИА алады, бұл Еуропа елдеріндегі өлімнің барлық себептерінің 20% - ын құрайды. Гендерлік тұрғыдан алғанда, ЖЖА ерлердің 19% және әйелдердің 20% өлімінің себебі болып табылады, бұл әйелдердің сүт безі қатерлі ісігінен (2%) және ерлердегі өкпе қатерлі ісігінен (6%) көп. Бұл ретте

ЖИА-дан болатын өлім-жітім айтарлықтай географиялық айырмашылықтарды көрсетеді. Ресей, Беларусь және ҚР сияқты Тәуелсіз Мемлекеттер Достастығы (ТМД) елдерінде ЖҚА – дан, атап айтқанда ЖИА-дан өлім-жітім-әлемдегі ең жоғары көрсеткіштердің бірі. Ресей Федерациясында (РФ) ЖИА және цереброваскулярлық аурулар ЖҚА-дан болатын өлімнің дамуының негізгі факторларымен ұсынылған және ерлерде олардан болатын өлімнің 82,3% - ын және әйелдерде 85,8% - ды құрайды [28, 29].

Өткен жылдары ҚР - да олармен сырқаттанушылық көрсеткішінің өсуі байқалады, одан болатын өлім - жітім жалпы сырқаттанған адамдардың санынан 30-50% - ға дейін жетеді, ДДҰ статистикалық деректеріне сәйкес еуропа және ТМД елдерінде олардың өлім - жітім деңгейі Америка Құрама штаттарында (АҚШ) 42,2% - ға тең, Арменияда-61,6% - ға, Украинада-54,3% - ға, Ресейде-44% - ға, Қазақстанда-55,7% - ға [30, 31]

Олар 90% жағдайда, ЖҚА-ның өлімге әкелетін асқынуы ретінде, өлімнің басты түпкі себебін білдіреді [32, 33, 34]. TRACE зерттеуіне сәйкес, онымен ауырған науқастардың 40% - ында алғашқы күндері сол жақ қарыншаның ауыр дисфункциясы байқалды, зерттелген адамдардың 65% - ында бұл өмірдегі алғашқы инфаркт болды; олардың 74% - ы жақын арада жүрек жеткіліксіздігін дамыды [35]. Зерттеу нәтижелері Рыжова т.а. бірлесіп. орташа жас санатындағы әйелдердің 10% - ы арасында олардың даму қаупі факторы ерте менопауза екенін көрсетеді [36].

Тайваньдағы денсаулықты сақтандырудың ұлттық зерттеу деректеріне сәйкес, онымен ауырған 11183 пациенттің арасында рецидивтің таралу көрсеткіші 5,8% - ды құрағаны анықталды [37]. АҚШ-тағы ұлттық тіркелімнің нәтижелері бойынша, ауруханаға жатқызу жағдайларының 30% - ында жедел миокард инфарктісі (ісі) диагнозы қойылған. Жаңа емдеу-диагностикалық әдістемелерді жалпыға бірдей енгізуге қарамастан, АЖ салдарынан болатын өлім-жітім көрсеткіші де жоғары болып отыр. Алғашқы күндері пациенттердің шамамен 1/3 бөлігі қайтыс болады, ал аман қалғандар мүгедек болып қалады. Науқастардың 50% - ы ауруханаға дейінгі кезеңде мамандандырылған медициналық көмек күтпестен қайтыс болады [38]. Стационардан шығарылған адамдардың қатарындағы науқастардың шамамен 5-15% - ы бірінші жылы қайтыс болады, кейіннен жыл сайын 2-5% - ы қайтыс болады [39].

Әлемдік кеңістікте жыл сайын жылына 20 миллионға дейін инсульт тіркеледі, оның ішінде АҚШ-та 700 мың [40], Ресейде 400 мыңнан астам инсульт және біздің республикамызда жылына 7 000-нан астам инсульт.[41, 42, 43, 44]. ДДҰ деректеріне сәйкес, инсульт бүкіл әлемдік кеңістікте өлімнің барлық себептерінің ішінде екінші орында қалып отыр: 2011 жылы инсульттан 6,2 млн адам қайтыс болды [45]. Соңғы 40 жылда жан басына шаққандағы табысы жоғары елдерде инсульт 42% - ға, ал орташа және төмен елдерде 100% - дан астамға өсті [46].

Қытайда 480 687 респондентке жүргізілген ұлттық популяциялық зерттеу деректері бойынша инсульттің барлық түрлерінің ішінен ишемиялық инсульттің таралуы 77,8% - ды құрады [47]. Басқа Қытай зерттеушілері 2013 жылы  $\geq 40$  жастағы ересек тұрғындар арасында инсульттің таралуы 2,21% құрағанын анықтады [48]. Сауд Арабиясында 2000 жылдан бастап 2012 жылға дейін тіркелген барлық пациенттерді қамтитын ретроспективті зерттеу жүргізілді, олардың деректері бойынша  $\geq 25$  жастағы ДК бар адамдар арасында инсульттің таралуы 4,42% - ға тең және аға буын тұлғаларында жоғары болды [49]. Сингапурда қытай, малай және үнді тектес адамдар арасында инсульттің таралуы 4,05% - ды құрады, ерлерде бұл көрсеткіш әйелдермен салыстырғанда жоғары болды және тиісінше 4,35 және 2,91% - ды құрады [50]. NHANES және NHLBI деректері бойынша 2009-2012 жылдар аралығында АҚШ-та инсульттің таралуы 2,6% құрады [51]. Таиландта 19997 зерттелгендердің арасында инсульт 1,88% жағдайда таратылды және бұл көрсеткіш дамыған елдерге қарағанда төмен болды [52]. Жасы бойынша стандартталған инсульттің таралуы Испанияда да зерттелген, онда ерлерде 7,3%, әйелдерде 5,6%, екі жыныста да 6,4% [53]. Италияда 65 жастан асқан 2390 қатысушыға зерттеу жүргізілді, онда ерлер арасында инсульттің таралу көрсеткіші – 8,2%, әйелдер арасында - 5,1% екендігі анықталды. Екі жыныстағы бұл көрсеткіш жасына қарай өсті. Сонымен, 90 жастан асқан және екі топта да бұл көрсеткіш шамамен 10% құрады [54]. Англияда осыған ұқсас зерттеу 18827 респондентте жүргізілді, нәтижесінде ми қан айналымының жедел бұзылуының (МТМК) таралу көрсеткіші 1000 тұрғынға 46,8-ге тең екендігі анықталды [55]. Литвада жүргізілген зерттеулердің бірінде инсульттің 9 992 жағдайы зерттелді, оның ішінде қайталанған жағдайлардың үлесі 25,7% құрады. Жалпы жағдайлардың ішінде ерлердің 20,0% - ы және әйелдердің 17,4% - ы 28 күн ішінде қайтыс болды. Зерттеу қорытындысы бойынша бұл құбылыстың негізгі себебіне бастапқы және қайталама алдын алу бойынша тиімсіз шаралар жатады деген қорытынды жасалды [56].

Зерттеулер Ресейдің 13 аймағында жүргізілді, олар халықтың тығыздығы мен климаттық-географиялық сипаттамалары бойынша ерекшеленеді. Зерттеуге: Алтай өлкесі, Ставрополь өлкесі, Башқұртстан Республикасы, Карелия Республикасы, Красноярск өлкесі, Иваново облысы, Свердлов облысы, Сахалин облысы, Воронеж облысы, Иркутск облысы, Дағыстан Республикасы, Саха Республикасы, Татарстан Республикасы, Архангельск облысы, Орынбор облысы қатысты. [57, 58]. Инсультпен сырқаттанушылық деңгейі ЖҚА-ның барлық түрлері арасында ең жоғары деңгейдің бірі екені анықталды, ал осы аурудан болатын өлім-жітім өлімнің жалпы құрылымында екінші орынды иеленіп отыр, ол тек кардиологиялық патологиядан кейін ғана орын алады. Ресейдің кейбір бөліктерінде инсульт жиілігі онымен салыстырғанда жоғары [59]. Ресейде инсульт пайда болғаннан кейін 1-ші жыл аяқталған кезде әрбір екінші науқас өліммен

аякталады, ал 7 жазғы кезеңнен кейін науқастардың шамамен 80% - ында [61, 62].

Инсультпен күрес жөніндегі Қазақстандық Ұлттық қауымдастықтың деректеріне сәйкес бүгінгі күні осы аурумен зардап шегушілердің жартысынан көбі еңбекке қабілетті жастағы адамдар болып табылады [63]. Қазақстанның түрлі облыстарында инсультпен сырқаттану жылына 1000 адамға шаққанда 2,5-3,7 жағдайды, өлім - жітім жылына 1000 адамға шаққанда 1,0-1,8 жағдайды құрайды [64].

2010-2011 жылдар аралығындағы кезеңде әлеуметтік-экономикалық және этникалық ерекшеліктер сияқты церебральді инсульттің даму қаупі факторларының өзара байланысын бағалау үшін Оңтүстік Қазақстан облысында талдау барысында ишемиялық инсульт 3710 (84%) жағдайда, миішілік қан кету 650 (15%) жағдайда және субарахноидты қан кету 79 (1%) жағдайда болғаны анықталды [65].

Осылайша, соңғы жылдары әлемдік ауқымда да, біздің республикамыздың шегінде де өлімге әкелетін асқынулардың таралуын зерттеу олардың және инсульттің жоғары медициналық-әлеуметтік маңыздылығын көрсетті, бұл оның қайталама алдын-алудың тиімді және қол жетімді әдістерін одан әрі жақсарту және зерттеу қажеттілігін туындатады.

## **1.2 СЖЕА-ның қауіп қатер факторлары**

### **1.2.1 Қауіп факторы – артық дене салмағы**

Артық салмақ пен семіздік қазіргі заманғы денсаулық сақтаудың ең маңызды медициналық-әлеуметтік проблемаларының бірі болып саналады [66]. ДДСҰ мәліметтері бойынша, бүкіл әлем бойынша 1,7 миллиардтан астам халық артық салмақ немесе семіздікпен ауырады. Семіздік АГ (артериялық гипертензия), ҚД, ЖИА, инсульт және қатерлі ісік түрлерінің даму ықтималдығын арттырады. Семіздік өлім қаупінің бес негізгі факторы санатына жатады [67, 68, 69, 70]. 2025 жылға қарай шамамен 300 миллион адам артық салмақ пен семіздікке ұшырауы мүмкін [71, 72, 73]. 2014 жылғы ДДҰ мәліметтері бойынша әлем халқының 13% - ы (ерлердің 11% - ы және әйелдердің 13% - ы) семіздікке шалдыққан, 18 жастан асқан адамдардың 39% - ы артық салмақ (ерлердің 38% - ы және әйелдердің 40% - ы), ал 2025 жылға қарай әйелдердің жартысы мен ерлердің 40% - ы семіздікке шалдыққан. Дамушы экономикасы бар дамушы елдерде (Дүниежүзілік банк оларды табысы төмен және орташа елдер санатына жатқызады) балалар арасында артық салмақ пен семіздік жағдайларының таралу деңгейі дамыған елдердегі осы деңгейден 30% - ға жоғары [74].

REACH шеңберіндегі ең ауқымды зерттеулердің бірін испан ғалымдары жүргізді, онда 44 елден 63857 пациент қаралды. Зерттеулер көрсеткендей, АҚШ жетекші орынға ие – елдегі ересек тұрғындардың 34% - ы артық дене салмағына ие және 27% - ы семіздікке шалдыққан [75].

Қазақстанның оңтүстік өңірі тұрғындарының арасында қалыпты мәндер шегінде дене салмағы 56,22% - ы да ғана байқалады, ал 26,61% - ы

артық дене салмағымен зардап шегеді, ал тексерілгендердің 11,23% - ы семіздікпен ауырады, ал абдоминальді семіздік (ақ) одан да жиі кездеседі. Халықаралық диабет федерациясының (IDF, 2005) критерийлерін пайдалану кезінде ақ халықтың 48,84% әйелдер мен 20,48% ер адамдарда кездеседі [76].

Клиникалық зерттеулер Кеттле индексінің ұлғаюымен АГ, ЖИА және ҚД сияқты аурулар жиілігінің үдемелі өсуі байқалады [77, 78, 79]. Сонымен қатар, 44% ҚТ ауыртпалығы, 23% ЖИА ауыртпалығы артық салмақ пен семіздікке байланысты [80].

Гипертензия зерттеу қоғамының зерттеуі семіздіктің АГ-мен өзара байланысын бағалау бойынша дене салмағы орташа жас санатындағы (40-64 жас) адамдар арасында дене салмағының қалыпты адамдарға қарағанда 50% - ға жоғары және сол жастағы, бірақ дене салмағының тапшылығы бар адамдарға қарағанда екі есе жоғары екенін көрсетті. [81]. Фрамингам зерттеуінде (2007) систолалық және диастолалық қан қысымы (қан қысымы) ДСИ жоғарылауымен сенімді және прогрессивті түрде жоғарылағаны атап өтілді.

7 жыл ішінде Даллас ғалымдары семіздік пен гипертония арасындағы байланысты зерттеді. 903 қатысушының арасында (орташа жасы 40 жас; 57% әйелдер, 43% ерлер) 230 (25%) АГ бар. Көп факторлы талдау кезінде дене салмағының жоғары индексі (ДСИ) едәуір дәрежеде АГ-мен байланысты екені анықталды [82].

АГ және семіздік туралы зерттеу Бразилияда 955 еріктіде жүргізілді, олардың 31% - ы ер адамдар, 69% - ы әйелдер. Бақылаулар көрсеткендей, ер адамдар әйелдерден айырмашылығы, әлеуметтік-экономикалық мәртебесіне байланысты АГ-ның өзгеруіне бейім емес. Ер адамдарда семіздік АГ-ға көбірек әсер етеді. Ал семіздікке қарағанда әлеуметтік-экономикалық мәртебе әлсіз жынысқа көбірек әсер етеді. АГ орташа таралуы 31,2% құрады [83].

Қытай ғалымдары 161,984 қатысушымен бірқатар когорттық зерттеулерге мета-талдау жасады, онда II типті қант диабеті мен артық салмақ арасындағы байланыс қарастырылды. Ғалымдар дененің артық массасы қорғаныс факторы деген қорытындыға келді [84].

Әйелдер арасында артық салмақ пен семіздіктің таралуын зерттеген отандық зерттеушілердің [85] мәліметтері бойынша ЖИА мен басқа да ЖҚА-ның себебі семіздік болып табылатыны анықталды. Қазақстанда әйелдер арасындағы ДСИ көрсеткіші 2012 және 2013 жылдары орташа алғанда тиісінше 26,9 және 27,2 құрады [86]. Бұл деректерді ДДҰ-ның ДСИ көрсеткіштерін түсіндіру жөніндегі ұсынысымен салыстыру, тұтастай алғанда, елдегі әйелдер халқының артық салмағы бар және алдын-ала дайындалған аймақта тұр (ДСИ = 25-29).

АҚШ-тың Флорида ғалымдары сонымен бірге ЖҚА-мен ауыратын адамдарда өлім мен семіздік арасындағы байланыс туралы ауқымды зерттеу жүргізді. 74 аналитикалық когорт талданды, оның ішінде 388,622 адам және



60,374 адам қайтыс болды. Алынған нәтижелер ЖҚА-дан болатын өлім семіздікпен байланысты екенін көрсетті [87].

Еуропалық қатерлі ісік және тамақтану қауымдастығының ғалымдары еріс (Оба және Тағамтану бойынша Еуропалық проспективті зерттеу) когорттық зерттеу жүргізді, оның мақсаты физикалық белсенділікке және өлімнің барлық себептеріне байланысты семіздіктің әртүрлі типтері бар ерлер мен әйелдерді зерттеу болды. Зерттеуге 334161 еуропалық ерлер мен әйелдер қатысты. Бақылаудың орташа кезеңі-12,4 жыл. Нәтижесінде дене белсенділігі төмен болған кезде барлық себептерден болатын өлім-жітім көрсеткіштері қалыпты дене белсенділігі бар көшелерге қарағанда 7,35% - ға (95% СИ: 5,88%, 8,83%) жоғары екені анықталды. Семіздікке шалдыққан адамдар үшін өлім көрсеткіштерін бағалау (ДСИ> 30) қалыпты салмағы бар адамдарға қарағанда 3,66% - ға (95% СИ: 2,30%, 5,01%) жоғары. Семіздік пен гиподинамиясы бар адамдарда дене салмағының төмендеуі және қалыпты дене белсенділігінің сақталуы кезінде өмір сапасының көрсеткіштері артады, өлім-жітім көрсеткіштері төмендейді [88].

Американдық ғалымдар артық салмақ пен ЖҚА арасындағы байланысты, оның ішінде өлім-жітімді зерттеді. Семіздік қант диабеті, инсулинге төзімділік, дислипидемия, қабыну, тромбоз, гипертония, метаболикалық синдромды қоса алғанда, қайталама патологиялардың каскадына ықпал етеді, олар бірге ЖҚА қаупін арттырады. Семіздік сонымен қатар осы қатар жүретін аурулардан басқа жүрек қаупінің тәуелсіз модераторы бола алады. Тиімді емдеу және алдын-алу шаралары халықтың денсаулығына терең және оң әсер етуі керек [89].

Басқа Американдық ғалымдар семіздікпен ауыратын және 2 типті ҚД, ЖҚА бар адамдар тобын зерттеді. Оларды зерттеудің мақсаты қосымша фунттан құтылған адамдарды бақылау болды. Нәтижелер көрсеткендей, 20-29 фунт салмақ жоғалту өлім-жітімді шамамен 33% - ға азайтты [90, 91].

Массачусетс зерттеушілері артық салмақтың ЖҚА, қатерлі ісік және жалпы өлім-жітімнің дамуындағы рөлі туралы зерттеу жүргізді. Зерттеуге 3086 респондент кірді, олардың 49% - ы әйелдер, орташа жасы 50,2 жас. Зерттеу нәтижелері бойынша 90 жүрек-қан тамырлары оқиғасы, 141 қатерлі ісік ауруы және 71 өлім анықталды. Көп факторлы талдаудан кейін нәтижелер АГ, ЖҚА-мен және обирмен байланысты екенін көрсетті. Ауруларда семіздік маңызды рөл атқаратыны анықталды, өлім-жітім бойынша жалпы келіспеушіліктер болды [92].

Көбінесе семіздік серіктес және АГ дамуының негізгі қауіп факторы болып табылады [93, 94]. Сондықтан семіздік тудыратын гипертензия термині пайда болды. Семіздік пен гипертония арасындағы қарым-қатынас балаларда да, ересектерде де белгілі. Семіздік тікелей гипертонияны тудыратын механизмдер әлі күнге дейін ғылыми зерттеулердің тақырыбы болып табылады [95].

Семіздік пен артық салмақтың ЖҚА-ның тәуелсіз қауіп факторлары ретіндегі рөлі әлі де талқылануда. Қатарлас қауіп факторларының болуына

немесе болмауына байланысты артық салмақтың жүрек-қан тамыр өліміне әсерін бағалау бойынша зерттеу жүргізілді. Зерттеуге 18-95 жас аралығындағы 139,562 ер адам және 104,236 әйел кірді. Артық салмақ гипертензиямен байланысты болған кезде жүрек-қан тамырлары өлімінің қаупі едәуір артады: ерлерде қауіп қатер = 2,05. Екі жыныста да артық салмақтың тек қант диабетімен немесе гиперхолестеринемиямен байланысы қауіпті арттырмайды. Керісінше, гипертензия болған кезде дене салмағы артық және гиперхолестеринемиясы бар адамдарда ЖҚА-дан болатын өлім-жітім күрт өсті әйелдерде). Алынған мәліметтер артық салмақпен жоғары қан қысымының болуы қатарлас қауіп факторларының таралуының едәуір артуына әкелетін негізгі фактор болып табылатындығын көрсетеді, оны қауіп факторының негізгі жүрек-қан тамырлары детерминанты ретінде қарастыру керек [96, 97].

АГ және семіздік туралы қызықты зерттеулердің бірі Бразилияда жүргізілді. Зерттеу 955 еріктіде жүргізілді; 31% ер адамдар және 69% әйелдер болды. Бақылаулар көрсеткендей, ер адамдар әйелдерден айырмашылығы, әлеуметтік-экономикалық мәртебесіне байланысты АГ-ның өзгеруіне бейім емес. Ер адамдарда семіздік АГ-ға көбірек әсер етеді. Әйелдер үшін жағдай басқаша. Әлеуметтік-экономикалық мәртебе семіздікке қарағанда әлсіз жынысқа көбірек әсер етеді. Сондай-ақ, деректер аймаққа байланысты өзгереді. АГ орташа таралуы 31,2% құрайды [98].

Қытай ғалымдары 161,984 қатысушымен бірқатар когорттық зерттеулерге мета-талдау жасады, онда II типті ҚД мен артық салмақ арасындағы байланыс қарастырылды. Ғалымдар дененің артық массасы қорғаныс факторы деген қорытындыға келді [99].

Семіздік пен АГ екеуі де сол жақ қарынша миокардының құрылымдық және функционалды қайта құрылуына ықпал етеді, бұл гипертрофияның пайда болуына, кейіннен миокард дисфункциясына әкеледі. Миокардтың сол жақ қарыншасының гипертрофиясы ЖҚА мен өлім қаупінің маңызды факторы болып табылады [100].

Жапонияда жасөспірім кезіндегі артық салмақты зерттеу және оның өмірдің кейінгі кезеңіндегі әсерін көрсету жүргізілді. ЖҚА-дан салмақтың өзгеруі мен өлім-жітімнің байланысы зерттелді. Тәуекелге ең аз ұшырағандар салмақ жинағандарға және/немесе салмақ жоғалтқандарға қарағанда тұрақты салмағы бар адамдар болды [101].

Негізінен, семіздік туралы айтқанда, олар АҚШ-ты еске алады, бірақ халықтың семіздік мәселесі қазір бұл елде ғана емес, өзекті [102]. Соңғы 30 жыл ішінде Еуропалық аймақтың көптеген елдерінде ДДСҰ мәліметтері бойынша бұл құбылыстың таралуы үш есе өсті. Жаһандық деңгейде артық салмақ пен семіздік дене салмағының төмендеуіне қарағанда өлімнің көп болуымен байланысты. Әлем халқының көп бөлігі дене салмағының төмендеуіне қарағанда артық салмақ пен семіздік өлімге әкелетін елдерде тұрады.

Семіздікке әкелетін аурулардан өлім-жітімнің өсуі байқалады. Жыл сайын шамамен 3 миллион адам семіздіктің асқынуынан қайтыс болады. Сонымен қатар, семіздік жыл сайын жасарып келеді, егер бұрын бұл ауру 30 жыл ішінде адамдардың көп бөлігі болса, бүгінде 20 жастан асқан 1,5 миллиардтан астам адам артық салмақпен ауырады [103].

Артық салмақ пен семіздік әлемдегі өлім қаупі факторларының тізімінде бесінші орында. Сондай-ақ бірқатар аурулардың себебі болып табылады [104].

Соңғы 30 жыл ішінде семіздікке шалдыққан адамдардың саны 857 жылғы 1980 миллионнан 2 жылы 2013 миллиардқа дейін күрт өсті, бұл әлем халқының үштен бірі. Тек 2010 жылы семіздік салдарынан асқынулардан 3 миллионнан 4 миллионға дейін адам қайтыс болды.

Семіздік орташа есеппен 3-5 жылдан аз салмақпен, ауыр семіздікпен 15 жылға дейін өмір сүру ұзақтығын едәуір төмендетеді. Іс жүзінде екі жағдайда үш адамның өлімі май алмасуының бұзылуымен және семіздікпен байланысты аурудан туындайды [105].

Семіздік суыққа және жұқпалы ауруларға төзімділікті төмендетеді, сонымен қатар хирургия мен жарақаттың асқыну қаупін арттырады [106].

Колумбияның зерттеушілері жүргізген семіздік пен артық салмақ туралы мета-талдауда қазіргі Денсаулық сақтау саласы артық салмақты және сәйкесінше өлім қаупін жою үшін халықтың физикалық белсенділігіне назар аударуы керек деген қорытындыға келді [107].

Испан ғалымдары Еуропалық Одақ (ЕО) аймақтарында артық салмақтан болатын өлім-жітімнің қазіргі ауыртпалығын бағалау мәселелерін зерттеді. Артық салмаққа байланысты өлім-жітім ЕО-да денсаулық сақтаудың маңызды мәселесі болып табылады деген қорытынды жасалды. ЕО-да жыл сайынғы 13 өлімнің кем дегенде біреуі артық салмақпен байланысты болуы мүмкін [108].

Италия мен АҚШ ғалымдары артық салмақ, қартаю, өлім-жітімнің рөлі туралы бірлескен зерттеу жүргізді. Эпидемиологиялық зерттеулер мен мета-талдауларда лайықты қартаю мен ұзақ өмір сүруді қамтамасыз ету үшін артық салмақ пен семіздікпен күресу дұрыс тамақтану және өмір салты арқылы қолайлы деген қорытындыға келді [109].

Оңтүстік Кореяда ғалымдар дене салмағы жеткіліксіз және артық салмағы бар адамдарда тері арқылы коронарлық араласудан кейінгі өлім-жітімнің байланысын қарастырды. Қорытындыда операциядан кейінгі жай-күйлерде қалыпты дене салмағының маңыздылығы туралы айтылады [110].

Ресейде орта есеппен еңбекке қабілетті жастағы адамдардың 30% – да семіздік және 25% - да артық дене салмағы бар [111]. Ресейлік әйелдер арасында семіздік деңгейі 30-дан 30-ға дейін 40% [112-114]. Өлімнің 10-13% - ы семіздікпен байланысты [115- 117].

Ресей ғалымдары 40-49 жас аралығындағы Мәскеу облысының тұрғындарын зерттеді. Зерттелетін адамдарда артық дене салмағы және ҚҚҚ аурулары болды, мысалы: АГ, МИ. Зерттеудің мақсаты артық дене

салмағының ЖҚА болжамына әсерін зерттеу болды. Нәтижелер семіздік деңгейіне қарамастан, ЖҚА және жалпы соматикалық аурулардан болатын өлім-жітімнің төмендеу тенденциясы бар екенін көрсетеді. 40-49 жас аралығындағы дене салмағын түзету ұсынылды [118].

Солтүстік Каролина, АҚШ ғалымдары салыстырмалы зерттеу жүргізді. 1359-40 жас аралығындағы 1716 орыс және 59 американдық ер адамдар қаралды. Тақырыптарда артық салмақ, түрлі жаман әдеттер мен ЖҚА болды. Зерттеу өлім-жітім деңгейіне баса назар аударды. Қорытындылар келесідей болды: физикалық белсенділіктен басқа тәсілдермен артық салмақпен күрескендерге қарағанда, дене шынықтырумен, соның ішінде фитнеспен айналысқандар үшін қолайлы көрсеткіштер болды. Нәтижелері континенттік тиесілілігіне тәуелсіз болды [119].

Канадалық ғалымдар артық салмақтың өлімнің барлық себептеріне әсері туралы когорттық зерттеу жүргізді. Респонденттер 40 жастан асқан. Зерттеуге 49 476 әйел (орташа жасы 63,5 жас, орташа ДСИ 27,0 кг/м<sup>2</sup>, орташа дене майы 32,1%) және 4944 ер адам (орташа жасы 65,5 жас, орташа ДСИ 27,4 кг/м<sup>2</sup>, орташа дене майы 29,5%) кірді. Өлім орта есеппен 6,7 жастан асқан 4965 әйел мен орта есеппен 4,5 жастан асқан 984 ер адамның арасында болды. Төмен ДСИ және дене майының жоғары пайызы өлімнің жоғарылауымен байланысты екендігі туралы қорытынды жасалды [120].

2009 жылы Ресей және Норвегия ғалымдарымен бірге МС және семіздікті оның құрамдас бөлігі ретінде, insultпен, ЖИА-мен және өліммен байланыс ретінде зерттеу жүргізілді. 18-90 жас аралығындағы 3555 ересек адам туралы мәліметтер 2000 жылы көлденең қиманы зерттеуде жиналды. Өмір салты, жыныстық қатынас, түрлі қауіп факторлары (алкоголь, темекі шегу және т.б.) ескерілді. 9 жылдық бақылау кезеңінен кейін МС ерлерде insultтан өлімнің жоғары қауімімен байланысты болды. МС мен әйелдердегі өлімнің зерттелген себептерінің арасындағы байланыс анықталған жоқ. МС мен өлім арасындағы оң бірлестіктер тек insultтан немесе ер адамдарда болатын өлім үшін байқалды [121].

Ресейдің солтүстік-батысында МС құрамдас бөлігі ретінде артық салмақ туралы тағы бір бірлескен ресейлік-норвегиялық зерттеу жүргізілді. Архангельск облысында МС таралуы ЖҚА және онымен байланысты өлім-жітімнің қауіп факторы ретінде зерттелді. Көлденең зерттеуге 18-90 жас аралығындағы 3705 ересек адам қосылды. Барлық субъектілер сауалнама мен медициналық тексеруден өтті. Норвегияның Тромсе қаласында қан үлгілері алынды және талданды. Қорытындылардың салыстырмалылығын қамтамасыз ету үшін таралуы туралы деректер әлемдік, еуропалық және ресейлік стандарттарды пайдалана отырып стандартталған. Ресейлік әйелдер арасында МС-нің таралуы Еуропа мен АҚШ-тағы мәліметтермен салыстырылғанмен, МС-нің орыс еркектері арасында таралуы еуропалық және солтүстік американдық еркектерге қарағанда едәуір төмен болды. Нәтижелер көрсеткендей, ерлер арасындағы өлім-жітімнің жоғары деңгейінің

себептері аз. Ресейде ЖҚА-мен байланысты өлім-жітім тетіктері одан әрі зерттеуге жатады [122].

Дүниежүзілік Банктің деректері бойынша Шығыс Еуропа мен Орталық Азиядағы ерлер арасындағы гендерлік айырмашылықтар бойынша өлім-жітімді қарау кезінде ерлерде мерзімінен бұрын қайтыс болу ықтималдығы әйелдерге қарағанда жоғары екендігі анықталды және бұл бағыт Шылым шегу, алкогольді тұтыну және ұтымсыз тамақтану салдарынан созылмалы аурулардың және созылмалы аурулардың қалыптасу жағдайлары санының ұлғаюымен айқындалды. Әйелдер өлім-жітімінің көрсеткіштері төрт онжылдық ішінде төмендегенімен, ерлер арасында кейбір жас топтарында өлім-жітімнің өсуі байқалды, ал басқаларында прогресс шамалы немесе мүлдем болмады [123].

Украина ғалымдары с825t генотиптерінің  $\beta 3$  ген полиморфизмінің таралуын және өлім факторы ретінде семіздік дәрежесі бойынша АГ даму дәрежесін талдады. Науқастар семіздік дәрежесіне байланысты үш топқа бөлінді. Клиникалық, антропометриялық, аспаптық, молекулалық-генетикалық және статистикалық әдістер қолданылды. Жиілік аллельдері мен генотиптеріндегі айырмашылықтардың маңыздылығы  $\chi^2$  тестімен анықталды. Топтарды салыстыру үшін параметрлік емес Манна-Уитни және Краскал-Уоллис сынақтары қолданылды. Т-тасымалдаушылардағы семіздік қаупі АГ-мен ауыратын науқастардағы с-Аллель тасымалдаушыларымен салыстырғанда 2,2 есе жоғары. Жалпы, зерттеулер семіздікпен с825t полиморфизм  $gnb3$  қауымдастығын көрсетті, бірақ бұл АГ-мен ауыратын науқастарда семіздік дәрежесімен байланысты екенін дәлелдеген жоқ [124].

### 1.2.2 Темекі шегу– қауіп қатер факторы

ДДҰ-ның бағалауы бойынша жылына шамамен 6 миллион адам темекіні пайдалану себептерінен қайтыс болады, 600 000 адам пассивті темекі шегуден қайтыс болады (олардың 170 000-ы балалар). Темекі шегушілердің, ерлер мен әйелдердің өлім-жітімі құрылымында бірінші орынды тиісінше ҚЖА алады-28,7 және 39,8% [125]. Қазіргі уақытта темекі шегу ЖИА даму қаупін арттыратыны дәлелденді [126]. Фрамингем зерттеуіне сәйкес, әйелдерде кенеттен коронарлық өлім жағдайларының 50% - ы темекі шегумен байланысты [127]. Темекі шегуден бас тарту BSC қаупін төмендетудің тиімді әдісі болып табылады және бұрыннан бар аурудың дамуын баяулатады. Темекі шегуді тоқтатқаннан кейін бір жылдан кейін жүректің ишемиялық ауруының даму қаупі 50% - ға төмендейді, ал 10 жылдан кейін бұрынғы темекі шегуші үшін жүрек ауруынан қайтыс болу темекі шекпейтіндерден ерекшеленбейді [128]. 2009 жылы GATS (Global Adult Tobacco) зерттеуінде сауалнамаға қатысқан ресейліктердің 39,1% темекі шегетіні анықталды [129].

Темекі түтінінің ингаляциясы коагуляция факторларына, тромбоциттер функциясына және атеротромбоз процесіне қатысатын басқа көрсеткіштерге теріс әсер етеді [130, 131] эндотелий жасушаларының жұмысына тікелей әсер

етуі мүмкін, олардың простаглицлиндерді шығару немесе шығару қабілетін төмендетеді, осылайша тромбоциттер агрегациясы мен тамырлы тонусын өзгертеді [132].

Авторлар жүргізген талдау нәтижелері бойынша темекі шегетін ерлер мен әйелдерде ЖИА-дан болатын өлім-жітім бұрын-соңды темекі шекпегендерге қарағанда 2 және одан да көп есе жоғары екендігі анықталды. Күніне бір темекі шегу 3-5 минуттан кейін қан қысымының транзиторлық жоғарылауына әкелетіні белгілі, ол 15 минут бойы сақталады.

Күніне темекі шегетін темекінің көп мөлшерімен қан қысымының жоғарылау ұзақтығы артады, оның өзгергіштігі, гипертензияға қарсы терапияның тиімділігі төмендейді, рефрактерлі АГ пайда болады [133, 134]. Темекі шегудің кофеін қолданумен үйлесуі қан қысымын 10 мм-ге дейін арттыруға көмектеседі 5 минуттан кейін дамып, 2 сағаттан астам уақытқа созылатын өнер. Каплан (2001) темекі шегушілерде қан қысымының жоғарылауын симпатикалық жүйке жүйесінің белсенділігінің жоғарылауымен, микроциркуляторлық буынның тамырларының спазмымен түсіндіреді. Deanfield және басқалардың зерттеулері. (1999) АГ дамуын белсенді және пассивті темекі шегудің әсерінен эндотелийге тәуелді вазодияляцияның төмендеуімен байланыстырады. Темекі шегу төменгі деңгейдегі липопротеидтер модификациясына ықпал етеді, жоғары тығыздық холестериндер деңгейін төмендетеді, моноциттердің эндотелийге адгезиясын арттырады, тромбозға ықпал етеді, жүрек-тамыр патологиясы мен атеросклероздың пайда болуына әкелетін тегіс бұлшықет жасушаларының көбеюін ынталандырады [135- 137].

Сонымен, темекі шегушілерде ЖҚА даму қаупі темекі шекпейтіндерге қарағанда 2-3 есе жоғары. Темекі шегуді тоқтату жағымсыз нәтижелер жиілігінің 7-47% - ға, ЖИА-дан өлімнің 50% - ға төмендеуімен қатар жүреді, бұл 35 жасқа дейінгі адамдарда неғұрлым қолайлы әсер етеді [138]. 60 жасқа дейінгі АГ бар емделушілерде темекі шегу және несеп қышқылының деңгейі ЖИА, инсульттан болатын өлім қаупінің факторлары болып табылатынын көрсетті [139].

Фремингем зерттеуіне сәйкес, АГ бар науқастарда темекі шегудің таралуы 35% құрайды. Ресей Федерациясының Томск қаласының статистикалық мәліметтері бойынша темекі шегудің пайда болу жиілігі 37,5% құрайды [140]. Ресейлік липидті клиникаларды зерттеу темекі шегудің ЖҚА-дан болатын өлім-жітім үшін теріс рөлін растады [141]; сонымен бірге темекі шегудің көбеюімен өлім-жітім өсуде; әйелдер ерлерге қарағанда темекі шегуге осал. Ер адамның өмір сүру ұзақтығын 1 жылға қысқарту үшін күніне 3 темекі шегу қажет, ал әйелдер үшін 2 жеткілікті. Жүрекке қатысты зерттеуінде күн сайын темекі шегетін темекінің саны мен өлімге әкелетін және өлімге әкелмейтін ЖЖА қаупі арасындағы айқын байланыс көрсетілген [142]. Қарқынды темекі шегушілер арасында (күніне > 25 темекі) ТК өлімге әкелетін ЖИА үшін 5,5, өлімге әкелмейтін им үшін – 5,8 және жүрек жеткіліксіздігі үшін – 2,6 құрады. Әйелдерде темекі шегудің қауіпсіз деңгейі

жоқ: аз темекі шегетіндер (күніне 1-4 темекі) өлім ЖИА қаупінен 2 есе көп болды. Қытай ғалымдары 23 проспективті мета-талдау және 17 іс-бақылау зерттеулер жүргізді. Зерттеу темекі шегу мен ЖҚА-дан және барлық себептерден болатын өлімді бағалады. Қорытындылай келе, темекі түтінінің әсері барлық себептер мен ЖҚА-дан болатын өлім қаупін едәуір арттырады деген қорытынды жасалды. Темекі шегудің қауіп факторының көрсеткіштері Қытайда АҚШ – қа қарағанда едәуір жоғары болды [143]. Әлемдік рейтингтік темекі тарту бойынша жасалынған зерттеулерінің нәтижелері бойынша 2014 жылы Қазақстанда 15 және одан да көп жастағы адамдар арасында темекі шегудің таралуы 22,4% - ды құрады [144].

### 1.2.3 Ішімдік - қауіп қатер факторы

Ішімдік 2004 жылы әлем елдерінде 2,5 миллион адамның өліміне әкелді (олардың жалпы санының 3,8%) [145, 146]. ДДСҰ мәліметтері бойынша, 2012 жылы алкогольді тұтыну әлемдегі барлық өлімнің шамамен 5,9% (3,3 миллион) және мүгедектікке байланысты 5,1 жыл өмір сүрді. Бұл өлімнің жартысынан көбі инфекциялық емес ауруларға байланысты болды.

Алкогольді тұтыну өлім мен мүгедектіктің үшінші маңызды өзгеретін факторы болып табылады. Алкогольді масандық табын синдромын (60 мл этанолдан астам) туындататын дозаларда тұтынатын адамдарда систолалық және диастолалық АД деңгейі алкогольді аз мөлшерде тұтынған адамдарға қарағанда едәуір жоғары [147].

Сонымен қатар, бірқатар эпидемиологиялық зерттеулердің нәтижелері алкогольді қалыпты мөлшерде ішетін адамдар арасында ҚЖА-дан болатын өлім-жітімнің төмен көрсеткішін көрсетті [148]. Әйелдер үшін тәулігіне алкогольдің 1 порциясын (алкогольдің 1 стандартты порциясы 15 мл таза этил спиртіне тең) және жүрек-қан тамыр қаупін төмендету мақсатында ерлер үшін 2 порцияны пайдалануға жол беріледі [149].

Бірқатар зерттеулерді талдау алкогольді тұтыну мен АД деңгейі, сыраны созылмалы тұтыну және АГ арасындағы байланысты көрсетеді [150]. ДДҰ жанындағы артериялық гипертензияны зерттеу бойынша халықаралық қоғамда жүргізілген зерттеуге сәйкес, алкогольді 210 г/н астам дозада тұтыну АГ-ның тәуелсіз қауіп факторы болып табылады. 1-209 г/ апта дозада қабылдау денелері ақ тері ерлер мен афроамериканды әйелдер үшін АГ 0,88-0,89 (төмен тәуекел), қара ерлер үшін 1,71 даму тәуекелімен астасады (210 г/апта жоғары доза үшін тәуекелмен салыстыруға болады).

Нормотензивті тұлғалармен алкогольді қабылдау ақ орта есеппен 5/7 ММ. т. жоғарылауымен астасады. 1 сағаттан кейін қан қысымының 10/4 ММ жоғарылауымен гипертониялық рт.кұжат арқылы осындай уақыт аралығы. Дені сау адамдардың алкогольді үнемі қабылдауы қан қысымының әртүрлі ауытқуларын тудырады, ал гипертониялық науқастар қан қысымының жоғарылауын тудырады [151]. Зерттеу Cullen K. J. және басқалар. (1990) тәулігіне 20-34 г алкогольді тұтыну кезінде АГ даму қаупінің 40% - ға және тәулігіне 35 г-дан астам қабылдау кезінде 90% - ға артуын көрсетті [152].

Арабидзе г.г. бірге. (1999) алкогольдің қан сарысуының липидтік құрамына про - және антиатерогенді әсерін сипаттады [153].

Күніне 6 порция және 100% - дан астам алкогольді тұтыну (1 порция-10 г 100% этанол) ЖҚА-дан болатын өлім-жітімнің артуымен қатар жүреді [154]. Даниялық зерттеушілер алкогольдің әртүрлі түрлерінің (сорттарының) жалпы өлімге, ЖЖА мен қатерлі ісікке әсерін зерттеді. Бұл когорттық Зерттеудің мақсаты әртүрлі алкогольді тұтыну мен барлық себептерден, ЖЖА мен қатерлі ісіктен болатын өлім арасындағы байланысты зерттеу болды. Зерттеу барысында сыра, шарап және алкогольді тұтыну; темекі шегу мәртебесі; білім деңгейі; физикалық белсенділік; бастапқы деңгейде бағаланған ДСИ сияқты мәліметтер ескерілді. 20-дан 98 жасқа дейінгі 13 064 ер адам және 11 459 әйел адам қатысты. Тек шарап ішетіндер басқа алкогольді ішімдіктерді, соның ішінде шарапты тұтынатындарға қарағанда өлім қаупі аз болды. Шарап ішкендердің шарап ішпейтіндерге қарағанда ЖИА мен қатерлі ісіктен өлім-жітімі едәуір төмен болды ( $p = 0,007$  және  $P = 0,004$  сәйкесінше) [155].

Америкалық ғалымдар өлім-жітімнің алкогольді орташа тәуліктік тұтынудан тәуелділігін зерттеу бойынша зерттеу жүргізді. Деректер ұлттық денсаулық Survey-ден алынды (NHIS;  $n = 111,511$ ). Нәтижесінде алкогольді тұтыну жиілігінің жоғарылауымен өлім қаупі тұрақты түрде жоғарылайтыны анықталды; алкогольді күнделікті тұтынған кезде өлім қаупі тұтынбайтын адамдармен салыстырғанда 2 есе жоғары ( $p < 0,001$ ).

Алкогольді аз мөлшерде үнемі тұтыну өлім-жітімнің төмендеуімен байланысты болды. Бұл" профилактикалық әсерге " аптасына 2 рет алкогольді ішу арқылы қол жеткізіледі. Алкогольді шамадан тыс тұтыну өлім қаупін арттырады. Өмір мен денсаулық сапасын жақсартуға алкогольді жалпы тұтынуды азайту арқылы қол жеткізуге болады [156].

#### 1.2.4 Төмен физикалық белсенділік

Қауіп факторларының арасында зиянды әдеттерден басқа (темекі шегу, алкоголь, дұрыс тамақтанбау) ДДҰ мотор белсенділігінің төмендігі деп атайды. Әлемдегі мерзімінен бұрын өлімнің 6% - ы физикалық белсенділіктің жеткіліксіздігінен болады. Физикалық белсенділік салдарынан жыл сайын шамамен 3,2 миллион адам қайтыс болады. Бүкіл әлемде 15 және одан жоғары жастағы ересектердің 31% - ы белсенді емес, олардың 28,2% - ы ерлердің үлесіне және 34,4% - ы әйелдердің үлесіне келеді [157].

Теңгерімсіз және дұрыс тамақтанбау артық салмақ пен семіздікке әкеледі, нәтижесінде ЖҚА қаупі артады. Тұрақты қалыпты физикалық белсенділік, дұрыс тамақтану-бұл ЖҚА-ның алдын-алудың және халықтың мерзімінен бұрын өлімін азайтудың тиімді және қауіпсіз әдісі [158].

Егер бүгінгі күні гиподинамияның алдын алмасақ, онда гиподинамияның қазіргі даму жылдамдығымен 2025 жылға дейін одан зардап шегуші адамдардың саны қазіргі сәтте - бүкіл әлем бойынша бұл сан 382 млн.адамға тең екенін ескере отырып, шамамен 2 млрд. адамға жетеді. Емдеу



мекемелерінде тіркелген пациенттердің тізімі бойынша жүргізілген сауалнама нәтижесінде ҚР-да гиподинамия деңгейі 45% - ға жетті [159].

Климат сияқты көптеген экологиялық өзгерістер қазіргі және болашақ ұрпақтардың денсаулығына қауіп төндіреді, соңғы онжылдықтардағы Денсаулық сақтау жетістіктеріне зиян келтіреді және болашақта аурудың қосымша ауыртпалығын тудырады. Қоршаған ортадағы жаһандық өзгерістер Жердің табиғи жүйесін және оның азық-түлікпен, таза сумен және таза ауамен қамтамасыз ету функциясын нашарлатқан адамның іс-әрекетінен, сондай-ақ адамзат өркендей алатын шектердегі жаһандық температураның модуляциясынан туындайды. 1 Қоршаған ортадағы өзгерістер адам денсаулығына тікелей және жанама әсер етеді, аурудың айтарлықтай ауыртпалығын тудырады және денсаулыққа экологиялық және климаттық сезімтал қауіптер мен ауруларды күшейтеді. 2012 жылы жаһандық өлімнің 23% - ы экологиялық қауіп факторларынан туындады, бұл 12,6 миллион өлімді құрады. 2 қоршаған ортаның қауіп факторлары Адамға сыртқы физикалық, химиялық және биологиялық факторлардың жиынтығы және олармен байланысты барлық мінез-құлық формалары ретінде анықталады, бірақ оларды өзгерту мүмкін емес табиғи ортаны қоспағанда. Сонымен қатар, өлім-жітімнің жалпы деңгейі және қоршаған ортаға және жан басына шаққандағы аурулардың ауыртпалығы, әдетте, табысы төмен және орташа елдерде жоғары. Бұл өз кезегінде тұрақты даму мақсаттарына (ТДМ) қол жеткізуге айтарлықтай әсер етуі мүмкін, олардың көпшілігі денсаулықтың экологиялық детерминанттарымен тығыз байланысты. 3, 4 Климаттың өзгеруі адам денсаулығы мен әл-ауқатына ең үлкен қауіптердің бірі болып табылады. Бұл ең алдымен денсаулықтың Әлеуметтік және экологиялық детерминанттарына, соның ішінде таза ауаға, қауіпсіз ауыз суға, қауіпсіз тамақтануға, тұрғын үйге және т.б. әсер етеді. 5 болжам бойынша, климаттың өзгеруі болашақ ауру мен өлімге айтарлықтай теріс әсер етеді. Мысалы, Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы (ДДСҰ) 2050 жылдарға қарай жылу әсерінен болатын өлім - жітім жылына 100 000-нан астам адамға дейін артады деп болжайды, бұл төмен және орташа табысты елдердегі өлім-жітімнің жоғары деңгейіне және Оңтүстік Азиядағы климаттың өзгеруінен болатын өлім-жітімнің ең жоғары деңгейіне жетеді.

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының бағалауы бойынша, барлық өлімнің 23% - ы (шамамен 12,6 миллион өлім) қоршаған ортаға байланысты болды, ал 12,6 миллион өлімнің үштен екісі экологиялық қауіптермен байланысты болды. 2 төмен тәуекел факторлары қоршаған ортаның әсерімен және климаттың өзгеруімен тығыз байланысты. Климаттың өзгеруі жөніндегі үкіметаралық сарапшылар тобының бағалауы бойынша қоршаған ортаға ластаушы заттардың шығарындыларының негізгі көздері электр энергиясын өндіру (35%), ауыл шаруашылығы, орман шаруашылығы және Жерді пайдаланудың басқа түрлері (24%), өнеркәсіп (21%), көлік (14%) және ғимараттар (6%) болды. Климаттың өзгеруінің бұл көздері төмен жүктеме үшін жауап береді. Ауаның ластануы Оңтүстік-Шығыс Азия мен Батыс

Тынық мұхиты аймақтарындағы ең ауыр жүктеме болып табылады. Бүкіл әлемде ауаның ластануы СЖЕА-ның екінші себебі болып табылады.

ҚР-да, тамақтану академиясының деректеріне сәйкес, дене белсенділігінің төмендігі салдарынан артық дене салмағынан және семіздіктен 5 млн. астам тұрғын зардап шегеді, бұл бүкіл еліміз халқының 28% - ына тең, олардың 85% - ы дұрыс емес тамақтанумен отырықшы өмір салтының үлесіне келеді [86, 35 б.].

Бұл ҚД, инсульт, ЖҚА, онкологиялық және тыныс алу жүйесі аурулары сияқты ең көп таралған СЖЕА дамуының негізі болып табылады [160].

Қазақстанда 2016 жылғы (1-кесте) статистикалық деректерге сүйенсек ЖҚА-дың жалпы өлім көрсеткіші 41%-ы, 2018 жылғы обырды зерттеу жөніндегі халықаралық агенттік мәлімдемесінде қатерлі ісіктер 15%-ы, 2016 жылы тыныс алу жүйесінің аурулары 2%-ы өлімнің себепшісі болды. Америка Құрама Штаттарында 2010 жылғы ДДҰ сараптамасында жалпы өлімнің 29%-ы жүрек қан-тамыр жүйесінің ауруларына, 24%-ы қатерлі ісіктерге, 6%-ы тыныс алу жүйесінің ауруларына тиесілі. Еуропа елдерінде 2009 жылы ЖҚА-51% -ды, ҚІ-20% -ды, ТЖА- 4% -ды көрсеткен. Ресей Федерациясында 2015 жылғы зерттеулер нәтижесінде ЖҚА-48,7%-ы, ТЖА-4%-ы, 2018 жылы обырды зерттеу жөніндегі халықаралық агенттік мәлімдемесінде ҚІ 25 %-ы өлім-жітімге әкелген. Қытай Халық Республикасында 2010 жылы ЖҚА-42%-ы, ҚІ-26%-ы, ТЖА-11% -ы жалпы өлімді құраған [5,6,7].

1-кесте. Созылмалы жұқпалы емес аурулардың өлім көрсеткіші

Елдер	Жүрек қан-тамыр жүйесінің аурулары	Қатерлі ісіктер	Тыныс алу жүйесінің аурулары
Қазақстан Республикасы (stat. sborník., et al ) [17]	41% (2016)	15% (2018) [15]	2 % (2016)
Америка Құрама Штаттары (WHO, et al ) [5]	29% (2010)	24% (2010)	6% (2010)
Еуропа елдері (WHO., et al ) [5]	51% (2009)	20% (2009)	4% (2009)
Ресей Федерациясы (Kobáková S.O., et al) [21]	48,7% (2015)	25% (2018) [15]	4 % (2015)
Қытай Халық Республикасы (WHO., et al ) [5]	42% (2010)	26% (2010)	11% (2010)

Қазақстанда 2018 жылғы статистикалық дерек бойынша созылмалы жұқпалы емес аурулардың аурушандық көрсеткіші-76%-ды құрап отыр. Өлім-жітім көрсеткіші 100000 адамға шаққанда қатерлі ісіктер 82,89, қан айналым жүйесінің аурулары 167,28 және тыныс алу жүйесінің аурулары 86,92 құрап отыр [4].

ДДҰ мәліметтері бойынша елімізде жеті жетекші қауіп-қатер факторы созылмалы жұқпалы емес аурулардың 60% - ына әкелетіні анықталды [8].

2016 жылы (2-кесте) В.Ю Байсугурованың зерттеу жұмысында Алматы қаласының тұрғындарын зерттеу нәтижесінде қауіп-қатер факторларының жоғары көрсеткіштері анықталды [9]. Зерттеуге 1600 адам қатысты, оның ішінде 800 ер, 800 әйел адам қатысты. Жаңа піскен жемістер мен көкөністерді тұтыну (83,3%), шамадан тыс артық салмақ (42%), қандағы холестерин жоғарылаған деңгейі (38,8%), көп мөлшерде тұзды пайдалану (35,1%), физикалық дене белсенділігінің төмендігі (33,4%), қантты артық мөлшерде тұтыну(31,9%) көп мөлшерде екені анықталды. Темекі шегудің таралуы ерлерде 31,3%-ды, әйелдерде 9,7%-ды құрады. Ерлер арасында артериялық гипертония таралуы 21,1 %, әйелдер арасында 26,4%-ды көрсетті. Алкогольді ішімдіктерді тұтыну 38,8%-ды құрады [9].

Адамның өмір сүру салты денсаулық жағдайын 50-55% - ға әсер етуі анықталды [10].

2-кесте. Алматы қаласының қауіп-қатер факторларының жоғары көрсеткіштері

<b>Қауіп-қатер факторлары</b>	<b>Ерлер</b>	<b>Әйелдер</b>	<b>Барлығы</b>
Артық салмақ	45,6%	38,5%	42%
Темекі шегу	31,3%	9,7%	20,4%
Дене белсенділігінің төмендігі	31,5%	35,3%	33,4%
Артериялық гипертония	21,1%	26,4%	23,8%
Жеміс көкөністер жеткіліксіздігі	84,6%	81,4%	83%
Дұрыс тамақтанбау	31%	32%	31,5%
Көп мөлшерде қантты пайдалану	35%	28,9%	31,9%
Көп мөлшерде тұзды пайдалану	35,0%	35,3%	35,1%
Алкогольді ішімдіктерді тұтыну	4,5%	1,6%	3,1%
Гиперхолестеринемия	42,6%	36,1%	38,8%

«Популяциялық атрибутивті меңгеру бойынша созылмалы инфекциялық емес аурулардың дамуы Қазақстандықтардың арасында әсер ететін негізгі факторларды айқындау нәтижелері» атты 2010 жылғы зерттеу жұмысының нәтижелері бойынша созылмалы жұқпалы емес аурулардың қауіп-қатер факторларында жүрек-қан тамыр ауруларының дамуы артериалды гипертония -29,32%, артық салмақ - 45,08%-ды көрсетті. Сондай-ақ жүрек-тамыр ауруларының таралуына әсер ететін

гиперхолестеринемия - 43,79%, темекі шегу - 7,58%, алкогольді тұтыну - 11,08% және физикалық белсенділігі -14,67%-ды құрады. Бұл көрсеткіштер Қазақстанда жүріс-тұрыс факторлары созылмалы жұқпалы емес аурулардың 85% –на әкеліп соқтырады. Өкпенің созылмалы спецификалық емес ауруларының дамуы темекі шегумен тығыз байланысты. Оның популяциялық атрибуттық қауіп- қатер факторы орта есеппен 37,15%-ын құрады. Ас қорыту органдары ауруларының дамуында алкоголь ішу, гиперхолестеринемия, дене белсенділігінің төмендігі, дененің артық салмағы, артериялық гипертония, темекі шегу сияқты қауіп-қатер факторлары маңызды орын алады. Ас қорыту органдарына өмір сүру салты орта есеппен алғанда 10% - дан 22% - ға дейін кері әсер етеді.

Орта есеппен алғанда, зерттелген топтардың ішінде жүрек-қан тамырлар аурулары- 25,25%, созылмалы тыныс алу мүшелерінің аурулары— 11,98%, созылмалы ас қорыту мүшелерінің аурулары- 19,04%, эндокриндік аурулардың- 27,50% және несеп шығару жүйесінің аурулары- 5,70% өмір сүру салтының мінез-құлықтық және жекелеген биологиялық факторларының әсері нәтижесінде пайда болады [11].

Инфекциялық емес аурулар денсаулыққа түзілмейтін зиян келтіріп қана қоймай, сондай-ақ теріс әлеуметтік-экономикалық әсер етеді.

Қазіргі әлемдік қоғам үшін созылмалы аурулар медициналық ғана емес, әлеуметтік-экономикалық маңызы бар жаһандық мәселе болып табылады [5].

Қазақстанда және әлемнің көптеген елдерінде созылмалы инфекциялық емес аурулар аурушаңдық, мүгедектік, уақытша еңбекке жарамсыздық және госпитализациялау, өлім құрылымында алғашқы орындарда тұр [12,13].

Созылмалы аурулармен ауыратын науқастар саны жыл сайын артып келеді, олар еңбекке қабілеттілігінен айырылып, өмір сапасының төмендеуіне, ауыр асқынуларға және ұзақ уақыт шығынмен емдеуге, оның ішінде стационарлық емдеу қажеттілігіне әкеп соқтырады [13].

Қазіргі уақытта әлемдегі ең тиімді алдын алу стратегиялары: Миннесот сау жүрек бағдарламасы, канадалық бастама және т. б. болып табылады. Бұл бағдарламалар шылым шегуге қарсы күрестің, тамақтану мен өмір салтының сау стереотиптеріне қол жеткізудің интеграцияланған тәсілдерінің жоғарғы тиімділігін көрсетті. Елімізде СЖЕА мәселесі өте өзекті тұрғанын ескере отырып, біздің Үкіметіміз медициналық қызметкерлермен бірлесіп, денсаулық сақтауға осы мәселені шешуге бағытталған түрлі жобалар мен ұсыныстарды енгізді. Адам денсаулығына ортақ жауапкершілікті қалыптастыруға және адамның денсаулығын сақтауға және созылмалы жұқпалы емес ауруларды басқаруға, денсаулық сақтауды дамытудың 2016-2020 жылдарға арналған «Денсаулық» мемлекеттік бағдарлама аясында ауруды, асқынуды және өлімді төмендетуге бағытталған бағдарлама енгізілді [1].

3-кесте.СЖЕА-ның алдын алуға бағытталған әлемде және ҚР жасалған іс-шаралар

Негізгі ережелер	ДҰҰ ұсыныстары	Енгізу елдері	Қазақстандағы жағдай
СЖЕА алдын алу шаралары (WHO., et al)[5]	СИНДИ интеграцияланған бағдарламасы, КАРМЕН (1990), ХНЗ-мен күрестің Еуропалық стратегиясы (2006))	Скандинавия елдері, Польша, Ирландия, Канада, Ұлы Британия, Балтика елдері, Россия, Қырғызстан	1998 жылдан бастап СИНДИ енгізу 2007 жылдан бастап СӨС насихаттау алгоритмдері
Темекі шегуді қысқарту (WHO., et al)[5]	ДДҰ-ның Темекіге қарсы күрес жөніндегі негіздемелік конвенциясы, 2003	ДДҰ-ға мүше 193 елден 173 ел	2006 жылы ратификациялау
Дене белсенділігін арттыру (WHO., et al)[5]	Денсаулық үшін физикалық белсенділік бойынша жаһандық ұсыныстар, 2010	Австралия, Ұлы Британия, Финляндия, Канада	2006 жылдан бастап дене шынықтыру сабағын 3 сағатқа ұзарту

ДДҰ-ның Темекіге қарсы күрес жөніндегі негіздемелік конвенциясы - Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының қамқорлығымен қабылданған тарихтағы алғашқы шарт. ДДҰ-ның Темекіге қарсы күрес жөніндегі негіздемелік конвенциясы - нақты деректерге негізделген келісім болып табылады, онда барлық адамдардың ең жоғары денсаулық деңгейіне ие болу құқығы расталады. Конвенцияның мақсаты тәуелділікті тудыратын заттарды реттеудің тиісті стратегиясын әзірлеу, есірткі құралдарын бақылау және сұранысты қысқарту стратегияларына, сондай-ақ ұсынысқа байланысты мәселелерге ерекше мән беріледі. ДДҰ-ның Темекіге қарсы күрес жөніндегі негіздемелік конвенциясы 2003 жылғы Женевада енгізілді. Конвенция Біріккен Ұлттар Ұйымы мен еуропалық қоғамдастықты қоса алғанда, 173 қатысушы мемлекетті құрайды. БҰҰ тарихындағы ең кең танылған келісімдердің бірі. Бұл келісімге Қазақстан 2003 жылы қол қойды. 2006 жылдан бастап ратификацияланды [16].

ДДҰ СЖЕА-ның алдын алу үшін қажетті дене белсенділігінің жиілігі, ұзақтығы, қарқындылығы, типі мен жалпы көлемі арасындағы өзара байланыстарды жақсарту мақсатында "Денсаулық үшін дене белсенділігі бойынша жаһандық ұсынымдар" атты стратегиясын әзірледі. 2010 жылы Австралия, Ұлы Британия, Финляндия, Канада елдерінде енгізілді [17].

Қазақстанда созылмалы инфекциялық емес аурулар мәселесінің өзектілігін, халықаралық тәжірибені ескере отырып, алғаш рет созылмалы инфекциялық емес аурулар патологиясы анықталған тұрғындар арасында ауруларды басқару жобасын пилотты аймақтарда енгізу 2013 жылдан бастап жүзеге асырыла бастады. 2013 жылы Қазақстан Республикасы Денсаулық

Сақтау Министрлігі ауруларды басқару бағдарламаларын (АББ) енгізу жобасын іске қосты.

Осы жоба шеңберінде екі пилоттық өңірлерде (Павлодар және Солтүстік Қазақстан облыстары) үш ауру бойынша жұмыс бастады: қант диабеті, артериялық гипертензия, созылмалы жүрек жеткіліксіздігі. (ҚР ДСМ 2013 жылғы 01 сәуірдегі «Пилоттық өңірлерде созылмалы инфекциялық емес ауруларды басқару бағдарламасын енгізу туралы» №211 бұйрығы). Ауруды басқару бағдарламасының тиімділігінің маңызды шарттарының бірі ауруды басқарудың жеке стратегиясын бірлесіп жоспарлау мақсатында дәрігер мен пациент арасындағы өзара іс-қимылды қолдау болып табылады.

АББ бірқатар елдерде табысты жүргізілді: Финляндия, онда ЖҚА-дан (1971 ж.) өлім-жітімнің әлемдегі ең жоғары көрсеткіші тіркелген. 1972-1977 жж. АББ-ның пилоттық жобасы енгізілді;

- Голландия. 2000 ж. – қант диабеті;

- Германия. 2001 ж. – қант диабеттің 2-типі, өкпе обыры және ЖҚА-ы бойынша бағдарламаны пилоттық енгізді;

- Канада. 2003 ж. – Жүректің созылмалы жетіспеушілігі, Өкпенің созылмалы обструктивті ауруы, қант диабеті.

2017 жылы ҚР-да АББ-ны енгізу бойынша пилот шеңберінде Павлодар қаласының 4 қалалық емханалары мен Петропавл қаласының 3 қалалық емханалары қатысты.

2016 жылдан бастап –Астана, Алматы қалаларында, Батыс-Қазақстан, Қарағанды, Қостанай облыстарында және де 2017-2018 жылдары Республика көлемінде, 2019 жылы Республика бойынша екі ауру түрі қосылып пилоттық жоба жүзеге асырылды. [18].

Бүгінгі таңда денсаулық орталықтарының жинақталған деректер базасы бар, ол СЖЕА және олардың қауіп факторларының таралу жағдайын, сондай-ақ әрбір жеке өңірдегі профилактикалық жұмыстың тиімділігі бойынша бағалауға мүмкіндік береді.

Қазақстанда өз денсаулығын бақылауға мүмкіндік беретін шетелдік және отандық өндірістің бірқатар мобильді қосымшалары бар [19].

Артериялық қан қысым бар адамдарға гипертонияны тұрақты бақылау қажет. К.Szymon өзінің "Қан қысымы" қосымшасын ұсынды. Пайдаланушылар өз көрсеткіштерін қосымшаға енгізіп денсаулығын бақылап талдау жасай алады. Бұл гипертонияны бақылауға және ұстамалардың алдын алуға көмектеседі [20].

"InstantHeartRate" қосымшасы жүрек ырғағына мониторинг жасау үшін жасалған. Телефон камерасына сұқ саусақты тигізген кезде мониторда пульс жазылады. Қосымша жүректің соғу жиілігін жазып, бірнеше өлшеулердің нәтижелерімен диаграммалар жасауға мүмкіндік береді [5].

Мобильді қосымшалар нарығында көптеген бағдарламалар бар, олар тамақтану рационаын, калория, физикалық жүктемелерді есептеуге, салмағын бақылауға және т. б. көмектеседі. «MyFitnessPal Calorie Counter» қосымшасы тұтынылатын калория мөлшерін және салмағыңыздың өзгеруін бақылайды.

MyFitnessPal салмақты бақылауға көмектесіп қана қоймай, әр күн үшін тамақтану бағдарламасын жасайды, сонымен қатар дене белсенділігі бойынша ұсыныстар береді. Жұмсалған калорияларды есептейтін тағы бір бағдарлама "Endomondo Велоспорт жаяу жүгіру" физикалық белсенділікке арналған қосымша. [21].

"ONDOC" қолданбасы арқылы қан қысымын, салмақты, АГ, глюкоза немесе холестерин деңгейінің өзгеруін бақылауға арналған. ONDOC үш платформада - WEB, IOS және Android-қа арналған қосымшалар жасалған. «Медициналық жазба» бөлімінде дәрігерге көріну және зертханалық тексерулер туралы ақпарат пациенттің жеке картасына автоматты түрде жүтеледі [22].

«Темекі шекпеймін» қосымшасы. Пайдаланушылардың жаман әдетке оралмауын, қанша ақша мен уақытты үнемдеп, өмірін қанша жылға ұзартқанын есептеуге көмектеседі. Қосымшаның қызметі темекі шегуге қатысты фактілерді көрсетеді. «Менің соңғы темекім» қосымшасында «мрачный» дизайн, темекі шегудің салдарын туындайтын ауруларды көрсетеді [21].

"Breathe +" - қосымшасы дұрыс демалуды үйренуге көмектеседі. Осы қосымша бойынша тыныс алу гимнастикасын пайдалана отырып, адам босаңсуға және өз көңіл-күйіңізді жақсартуға болады [20].

Қазақстандық дәрігерлер үшін тегін мобильді "DARIGER Pro" қосымшасы жасалды. Бұл бағдарлама SOS MedicalAssistance және MedElement компаниясының ынтымақтастығында жасалған қазақстандық медициналық платформа. Қосымшада Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің клиникалық диагностика және емдеу хаттамалары бар.

"Алғашқы Көмек" анықтама-қосымшасында алғашқы көмек көрсету жөніндегі қысқаша нұсқаулықтар әр түрлі төтенше жағдайларда (авария, сынық) дәрігерге дейінгі көмек, порез, қан кету, улану) қолданылады [23]

Елімізде ақпараттық технологиялар орталығы әзірлеген DamuMed электрондық медициналық сервистерінің мобильді қосымшасы іске қосылды. DamuMed мобильді қосымшасының көмегімен пайдаланушылар қабылдауға жазыла алады немесе дәрігерді үйге шақыра алады, жазылған рецептер мен зертханалық зерттеулердің нәтижелерін көре алады, ауруханалық парақтарды көшіріп алады.[23]

Осы секілді қосымшалар денсаулықты нығайтуға аурудың алдын алуға СЖЕА мен ауыратын науқастардың денсаулығын тұрақты қадағалауға үлкен септігін тигізеді.

Қазіргі таңда СЖЕА аурулары елімізде көптеген тұрғындардың өлім себептері болып отыр. Соңғы жылдары Қазақстанда да созылмалы инфекциялық емес ауруларды диагностикалауға және емдеуге кететін шығындардың өсуі байқалады. Бұл шығындар мемлекеттің денсаулық сақтау саласына кететін барлық шығындарының 95-96%-н құрайды. Оған қоса, елімізде профилактикалық шараларға кететін шығынның үлесі денсаулық сақтау саласына кететін шығынның 3%-н құрайды, ал бұл көрсеткіш ЭЫДҰ

елдерде 19%-ы құрап отыр. Сондықтан, елімізде созылмалы инфекциялық емес аурулар денсаулық сақтау саласы үшін маңызды мәселелердің бірі болып табылады [24].

Қорытындылай келе, СЖЕА алдын алу үшін күн тәртібін (еңбек, демалыс) сақтау; темекі шегуден және алкогольді шектен тыс пайдаланудан бас тарту; дене белсенділігімен айналысу; ұтымды теңгерімді тамақтану (тағам құрамына дәрумендер, ақуыздар, теңіз өнімдерін қосу, сонымен қатар қаныққан майлар мен ас тұзын тұтынуды шектеу); дене салмағын нормада ұстап тұру сияқты мінез-құлық әдеттерін қалыптастыруы тиіс. Денсаулық сақтаудағы инновациялық технологияны қолдана отырып СЖЕА-ның алдын алу шараларын, қауіп-қатер факторларын төмететуіміз қажет. Халықтың денсаулығын сақтау бүкіл қоғамның сау болуына өз септігін тигізеді.

Сондықтан, зерттеу мақсатымыздың көзі экологиялық қолайсыз аймақта созылмалы жұқпалы емес аурулардың аурушандық көрсеткіші мен қауіп-қатер факторларын талдау

### **1.3 Covid-19 және СЖЕА және модификацияланатын қауіп факторлары**

2011 жылдың 19 қыркүйегінде Әлемдік көшбасшылар АҚШ-тың Нью-Йорк қаласында БҰҰ-да жаһандық өлімнің төрттен үш бөлігін тудыратын жұқпалы емес аурулар туралы халықаралық күн тәртібін анықтау үшін кездесті. Бұл тарихта екінші рет БҰҰ Бас Ассамблеясы Денсаулық сақтау мәселесін талқылау үшін жиналды (алғаш рет 2001 жылы АҚТҚ/ЖҚТБ-мен байланысты болды). 2015 жылы орнықты даму саласындағы 3.4-мақсат елдердің алдына 2030 жылға қарай 2015 жылғы деңгеймен салыстырғанда төменгіден мезгілсіз өлім-жітім қаупін үштен бірге төмендету өршіл міндетін қойды[15]. 3 қыркүйекте жарияланған " төменгі 2030 кері санақ ланцеті " табысы жоғары елдер арасында тек Дания, Люксембург, Жаңа Зеландия, Норвегия, Сингапур және Оңтүстік Корея, егер олар 2010-16 жылдары орташа төмендеу қарқынын сақтап қалса немесе асып кетсе, ерлер мен әйелдер үшін бұл мақсатқа жету жолында. Біз төменгі деңгей қаупін қалай азайтуға болатынын білеміз—көбінесе темекі мен алкогольді тиімді бақылаудың, сондай-ақ гипертония, қант диабеті және қатерлі ісік аурулары үшін жақсы түсінілген медициналық араласудың арқасында. Бірақ неғұрлым кең детерминанттардың шешімі неғұрлым сенімді қаржылық шараларсыз қиын. Төменгі саяси назар аударғанымен, іс-әрекеттер жеткіліксіз болды [16].

2019 жылдың желтоқсанына қарай Ухань Денсаулық сақтау органдары этиологиясы белгісіз ауыр жедел респираторлық синдромның (SARS) жағдайы туралы хабарлады. Қытай билігі бұл синдромның мүмкін этиологиясы ретінде анықталған жаңа коронавирус (SARS-CoV-2) туралы хабарлады. 2020 жылдың 30 қаңтарында Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы (ДДСҰ) Covid-19 індетін Халықаралық денсаулық сақтау



саласындағы төтенше жағдай деп жариялады және 11 наурызда пандемия декларациясын жариялады [17].

Қытай мен Еуропа елдеріндегі пандемия туралы ақпаратқа сүйене отырып, ДДҰ бұрын болған жұқпалы емес аурулар және темекі шегу және семіздік сияқты өзгеретін қауіп факторлары Covid-19 пациенттерінің ауыр ауруларға деген осалдығын арттырып, ауруханаға жатқызу және өлім қаупін арттырады деп ескертті. Қытайдан келген Covid-19 расталған жағдайларының мета-анализі гипертония, қант диабеті, жүрек-тамыр аурулары және тыныс алу жүйесінің ауруларын осы ретпен ең көп таралған негізгі түбір ретінде анықтады. Уханьда (Қытай) ауруханаға жатқызылған науқастардың 64% - ында кем дегенде бір қатар жүретін патология болды, ең көп тарағаны артериялық гипертония болды, ал кез-келген төменгі сатыдағы пациенттердің 72,2% - ы төменгі сатыдағы пациенттер арасында 37,3% - бен салыстырғанда қарқынды медициналық көмекке мұқтаж болды (5). Нью-Йорктегі ауруханаға жатқызылған науқастардың таралуы жоғары болды: 56,6% - ы гипертония туралы, 33,8% - ы қант диабеті және 41,7% - ы семіздік туралы хабарлады[17].

Lancet Global Health журналында жарияланған модельдік зерттеу бүкіл әлемде әрбір бесінші адам, егер олар жұқтырса, ауыр Covid-19 қаупі жоғары, негізінен негізгі нәтиже болып табылады деп болжайды. Covid-19-ға қарсы үлкен күш-жігер сонымен қатар төменгі сатыдағы науқастарға жиі қажет болатын тұрақты медициналық көмекті бұзды. ДДҰ жедел бағалау тексеруін 2020 жылдың мамыр айында аяқтады және елдердің 75%-ы СЖЕА бойынша қызмет көрсетудегі іркілістер туралы хабарлады. Ең көп зардап шеккендердің қатарына қоғамдық денсаулық сақтау науқандары және төменгі бақылау жұмыстары кірді. Covid-19 туындаған сәтсіздіктерден болатын вирусына қарсы күресте кез-келген жетістікке жетуі мүмкін. Covid-19 және СЖЕА Әлеуметтік және экономикалық теңсіздікті күшейтетін синдем ретінде қалыптасқан қауіпті қатынасты құрайды. Төменгі Ланцет аймағындағы кедейлікпен күрес жөніндегі Комиссия: халықтың кедей топтары үшін жалпыға бірдей медициналық көмек көрсетудегі алшақтықты жою " осы айдың соңында жарияланады және кедейлік пен төменгі деңгей арасындағы байланысты егжей-тегжейлі зерттейді. Covid-19 сонымен қатар төменгі жағын көру үшін жаңа линзаны ұсынады.

Covid-19 пандемиясы кезінде көптеген елдер темекі мен алкогольді қатаң бақылаудың маңыздылығын түсінді, бұл төменгі деңгейдің төмендеуіндегі маңызды қадам. Бірақ басқалары Денсаулық сақтау шараларын жыртқыш сауда мен экономикалық қалпына келтірумен теңестіруге тырысты. Ботсвана, Үндістан, Ресей, Оңтүстік Африка және Испания пандемия кезінде темекі өнімдерін шектеді. Бірақ үлкен темекінің тактикасы ойын болды: 17 тамызда Оңтүстік Африка темекі өнеркәсібінің екі сот ісінен кейін тыйым салуды алып тастады.

Тамақтануды қорғау және жақсарту бойынша ұлттық шаралар қабылданды. Бастапқыда Коста-Рикада үкімет мектеп асханаларын

мектептердің жабылуына қарсы ашық ұстады, бірақ кейінірек отбасыларға жаңа және тез бұзылатын өнімдері бар азық-түлік себеттерін беруге шешім қабылдады. Ұлыбританияда Премьер-министр Борис Джонсон өзінің Covid-19 тәжірибесінен кейін семіздікпен күресудің жаңа энергиясын тапты. Бірақ бұл жоспармен толық келіспегенде, тамыз айында Ұлыбритания бизнеске көмектесу үшін мейрамханалар мен фаст-фуд мекемелерінде адамдарды тамақтануға ынталандыру схемасын іске қосты. Дубай экономиканы ынталандыру үшін алкоголь сатуды реттейтін заңдарды жеңілдетті. Көптеген адамдар үшін бұғаттау семіздік жағдайын ушықтырды, онда тамақтану мен физикалық белсенділікке қол жеткізу қиын болды.

Covid-19-Бұл пандемия, ол денсаулық сақтау ресурстарына түсетін жоғары ауыртпалықты атап өтуі керек. Ол үкіметтердің темекіге, алкогольге және қантқа қатаң бақылау енгізуіне, сондай-ақ дене белсенділігі мен дұрыс тамақтануды жақсартуға бағытталған инвестицияларына катализатор болуы тиіс. Covid-19 пандемиямен күресу үшін қажет көптеген құралдар төменгі деңгеймен күресу үшін де қажет екенін көрсетті: ауруларды бақылау, мықты азаматтық қоғам, сенімді қоғамдық денсаулық сақтау, нақты байланыс және тұрақты әмбебап денсаулық сақтау жүйелеріне әділ қол жетімділік. Covid-19 иммундық жүйе мен түбінің өзара әрекеттесуі туралы жаңа түсінік бере алады және біз бұл ауруларды қалай түсінетінімізді және емдейтінімізді өзгерте алады. Сондай-ақ, бұл жаңа ұзақ мерзімді мүгедектікке әкелуі мүмкін, бұл төменгі жүктемені арттырады. 2020 жыл жұқпалы аурулар мен төменгі деңгей арасындағы шешуші байланысты көрсетті. Екеуі де адам өміріне қолайсыз зиян келтіреді. Covid-19 СЖЕАға қатысты инерцияны жеңу үшін әлдеқайда белсенді саяси әрекеттерді ынталандыруы керек.

## 2-тарау. Зерттеу жұмысының материалдары мен әдістемелері

### 2.1. Зерттеу жұмысының жалпы сипаттамасы

Зерттеу жұмысы барысында СИНДИ бағдарламасы ұсынған мінез-құлық қауіп факторларын зерттеу үшін сауалнаманы қолданылды. СИНДИ бағдарламасы ұсынған мінез-құлық қауіп факторларын зерттеуге арналған сауалнама 14 бөлім және 56 сұрақтан тұрады. СИНДИ бағдарламасы бойынша мінез-құлықтық қауіп факторларының таралуын зерттеу 25-64 жас аралығындағы топтар арасында жүргізіледі.

Қазақстанда СИНДИ бағдарламасы 1996 жылдан бастап енгізілуде. Халықтың өмір сүру салтына және денсаулық жағдайына мониторинг жүргізетін жергілікті бағдарлама жасалды. Қазақстанда СИНДИ бағдарламасының бірден бір негізгі бағыты- популяциялық, топтық және жеке деңгейде алдын алу бағдарламаларының моделін әзірлеу болып табылды. Бағдарлама аясында алынған технологиялар мен нәтижелер СЖЕА қарсы күрес шараларын жетілдірудің алдын алуды күшейту үшін пайдаланылды, бұл өз кезегінде қауіп факторлары бар пациенттерді анықтауға, мерзімінен бұрын өлім-жітімді қысқартуға және ауру мен мүгедектікті азайтуға, денсаулықтың негізгі көрсеткіштерін, халықтың өмір сүру сапасы мен салтын жақсартуға мүмкіндік береді [16].

СЖЕА-мен ауыратын пациенттердің антропометриялық өлшемдерін: бой, салмақ, кіндік деңгейіндегі бел өлшемі, бөксе өлшемі және мойын аймағының өлшемдерін, артериялық қан қысымын өлшенді.

Антропометриялық зерттеу. Дене салмағы тексерілген стандартталған тұтқалы медициналық таразылардың көмегімен өлшенді. Бұл ретте тексерілуші таразыда аяқ киім мен сыртқы киімсіз еркін және біркелкі тұрды. Дене салмағын нақтылау үшін зерттелетін популяция тобындағы киімнің салмағы анықталды. Дене салмағы 0.1 кг дәлдікпен есептелді және деректер сауалнамаға енгізілді.

Тексерілетін адамдардың өсуі аяқ киім мен сыртқы киімді алдын ала шешіп алғаннан кейін бой өлшегіштің көмегімен өлшенді. Зерттелуші құрылғыға арқасымен тұрды, оның алдына қарап, көздің сыртқы бұрышы мен сыртқы құлақ каналының жоғарғы шеті бірдей көлденең деңгейде, өкшелер бірге болды. Ростомер жолағы қабырғаға перпендикуляр тақырыптың басына еркін түсіп, зерттелетін адам шегініп, нәтижесі 1 см-ге дейін оқылды.

ДСИ өсу мен дене салмағының сипаттамаларына сәйкес формула бойынша есептелді: дене салмағы кг / биіктігі м<sup>2</sup>, бұл артық салмақ немесе семіздіктің болуы немесе болмауы туралы баға беруге мүмкіндік береді. ДСИ деңгейі 18,5 кг/ м<sup>2</sup>-ден төмен дене салмағы (тапшылық) ретінде жіктелді, 18,5-24,9 кг/ м<sup>2</sup> кезінде қалыпты дене салмағы ретінде, 25,0 - 29,9 кг/м<sup>2</sup>- артық дене салмағы, 30,0 - 34,9 кг/м<sup>2</sup>-I дәрежелі семіздік, 35,0 - 39,9 кг/м<sup>2</sup> - II

дәрежелі семіздік,  $40,0 \text{ кг/м}^2$ -III дәрежелі семіздік ДДҰ артық салмағы мен семіздігін жіктеуге сәйкес (1995).

Бел айналасын (КБ) өлшеу жұмсақ сантиметрлік лентамен жүргізілді, нәтижелері сантиметрмен (см) бағаланды. Кімнен соңғы қабырғалар мен жамбастың жоғарғы бөлігі арасындағы ортада илиумның жоғарғы алдыңғы жотасы бойымен өлшенді (шамамен кіндік деңгейінде). АҚ IDF (2005) критерийлері негізінде бағаланды - ерлерде 94 см-ден және әйелдерде 80 см-ден жоғары. Жамбас шеңбері сантиметрлік таспамен жамбастың ең кең бөлігімен өлшенді.

АҚ Автоматты емес сфигмоманометрдің көмегімен АҚ-ны дұрыс тіркеу үшін қажетті талаптарды міндетті түрде сақтай отырып өлшенді. 5 минуттық интервалмен екі өлшеудің нәтижелері бойынша орташа АҚ анықталды. АҚ 140/90 мм рт жоғары көтерілгенде. АГ синдромы диагнозы қойылған. АГ АҚ-ның қалыпты көрсеткіштері жағдайында да танылды, бірақ гипертензияға қарсы препараттарды қабылдау туралы анамнезде және нұсқауларда АГ-ның болуы.

Пульстің жиілігі үстелде еркін жатқан оң қолдың радиалды артериясында анықталды. Пульстің жиілігі секундомерді қолдана отырып, 30 секунд ішінде есептелді. 30 С аяқталу сәтіндегі Пульс соққыларының саны бір минут ішінде Пульс жиілігін көрсете отырып, екіге көбейтіледі және сауалнамада тіркеледі.

Зерттеудің барлық зертханалық әдістері міндетті түрде ішкі және сыртқы бақылаумен А. Ясауи атындағы ХҚТУ клиникасының зертханасында жүргізілді. Зертханалық зерттеу әдістері; аш қарынға глюкоза мөлшері, глюкозатолерантты тест, жалпы холестерин, тығыздығы төмен липопротеиндер, тығыздығы жоғары липопротеиндер, өте төмен тығыздықты липопротеиндер, тиреглобулин, креатинин мөлшерін алынды.

Гипо- $\alpha$ -ХС ерлерде  $1,03 \text{ ммоль/л}$  және әйелдерде  $1,29 \text{ ммоль/л}$  төмен HDL ретінде бағаланды. ЛПНП ХС Friedewald W. T. [232] бойынша есептелді:  $\text{ХС ЛПНП} = \text{ХС} - (\text{ТГ}/2,2 + \text{ХС ЛПВП})$ , Rifkind B. M. бойынша ХС ЛПНП [233]:  $\text{ХС ЛПНП} = \text{ТГ}/2,2$ .

Аш қарынға глюкоза мөлшері анықтау Abbott Diabetes Care Ltd фирмасының optium Xceed веноздық қан плазмасына калибрленген глюкометрдің көмегімен экспресс-әдіспен саусақтан капиллярлық қанды алу арқылы 12 сағаттық ашығудан кейін жүргізілді. (Ұлыбритания). Постпрандиалды қан глюкозасын анықтау стандартталған таңғы астан кейін 2 сағаттан кейін жүргізілді (150 гр. ірі тартылған нан, 20 гр. сары май және 150 мл қант қосылған шай 10 гр.) веналық қан плазмасына калибрленген глюкометрдің көмегімен экспресс-әдіспен саусақтан капиллярлық қанды алу. Нәтижелер ммоль/л бағаланды. Глюкометрді қолданудың міндетті шарты оны алдын ала калибрлеу және биохимиялық зерттеулерді бақылауды жүзеге асыру болды.

### **2.3 Этикалық мақұлдау**

Зерттеудің этикалық мақұлдауы Түркістан А. Ясауи атындағы ХҚТУ этикалық комитетінен алынды (21.05.20\_\_ ж. №\_\_ хаттама). Зерттеудің барлық қатысушылары зерттеудің мақсаттары туралы хабардар болды және жазбаша түрде келісімге қол қойды. Қатысушылар туралы барлық мәліметтер базаға енгізілді, әр қатысушының идентификаторлары кодталған.

### **2.4 Зерттеу нәтижелерін статистикалық өңдеу әдістері**

Статистикалық мәліметтерді өңдеу SPSS бағдарламасының статистикалық пакетінің 17.0 нұсқасы (SPSS Inc.) арқылы жүргізілді., Chicago, IL, USA).

Салыстырмалы және абсолютті тәуекелдерді бағалаудың статистикалық талдауы EpiInfo статистикалық пакеті, 7.2.2.1 нұсқасы арқылы есептелді.

Әрбір сәйкестік деңгейлері арасындағы клиникалық және метаболикалық көрсеткіштердің орташа мәндерін салыстыру жұптасқан үлгілер үшін студенттің t-критерийі бойынша орташа мәндерді салыстырмалы талдауды қолдану арқылы бағаланды.

### 3-тарау. Жеке зерттеу нәтижелері

#### 3.1 Халықаралық деңгейде және Қазақстан көлемінде СЖЕА-ның таралуын зерттеу

Денсаулық сақтауды дамытудың 2016-2020 жылдарға арналған «Денсаулық» мемлекеттік бағдарламасы аясында созылмалы жұқпалы емес ауруларды басқаруға, ауру мен оның асқынуын және өлімді төмендетуге бағытталған іс-шаралар жоспарланды. Елімізде 2018 жылғы статистикалық деректер бойынша созылмалы жұқпалы емес аурулардың аурушаңдық көрсеткіші - 76%-ды құрап отыр. Қазақстанда жүріс-тұрыс факторлары созылмалы жұқпалы емес аурулардың 85%-на әкеліп соқтырады. СЖЕА дамуының қауіп-қатер факторлары - қартаю, өмір сүру салтының өзгеруі, әлеуметтік жағдайы, жынысы, ұлттық ерекшеліктері, мінез-құлық факторлары, тұтынылатын алкоголь мөлшері, темекі шегу, стресс, метаболикалық бұзылыстар және т.б. туындайды. ДҰҰ-ның эпидемиологиялық зерттеулердің мәліметтері бойынша созылмалы инфекциялық емес аурулардың дамуына шылым шегу, артериалдық гипертензия, артық салмақ, қандағы глюкоза мен холестерин деңгейінің жоғары болуы, ішімдік ішу, физикалық белсенділіктің төмен болуы сияқты көптеген факторлар әсер ететіні айқындалған [4]. Қазіргі уақытта темекіні тұтыну - жер шарымызда өлімнің басты себебі болып отыр. ДҰҰ болжамы бойынша ХХІ ғасырда темекіні тұтынудан миллиардтаған немесе одан да көп адам өлуі мүмкін. Темекі шегудің салдарынан жүрек-қан тамыр аурулары, өкпенің созылмалы обструктивті ауруы (ӨСОА) мен ерлердің қатерлі ісігі дамиды [3]. СЖЕА-ға қарсы күрестің маңызды нәтижелерінің бірі - халықтың өмір сүру ұзақтығын арттыру, ол - өлім-жітім деңгейін сипаттайтын және өмір сапасын бақылайтын интегралды демографиялық көрсеткіш. М. О'Doherty зерттеу жұмыстарында өмір сүру ұзақтығына темекі шегу кері әсер ететіндігін анықтады. Темекі шекпейтіндердің өмір сүру ұзақтығы 5,8 жылға ұзарған, ал, темекі шегу салдарынан ерлерде физикалық белсенділік 2 есе төмендеген ( $p < 0.05$ ) [5]. W. Nusselder және тағы басқалар зерттеу жұмыстарында темекі шегуден бас тарту нәтижесінде ерлердің өмір сүру ұзақтығы - 4,3 жылға, ал, әйелдердің өмір сүру ұзақтығы - 4,1 жылға ұзартылғандығын анықтады. Физикалық белсенділік орта есеппен өмір сүруді 3,5 жылға ұзартатынын дәлелдеді ( $p < 0.05$ ) [8]. Жастар арасында созылмалы жұқпалы емес аурулардың (СЖЕА) дамуына қауіп-қатер факторлары тікелей әсер етеді. Темекі шегу ұлдар арасында 40%-ды және қыздар арасында 7%-ды құрап отыр. Ішімдік ішу статистика бойынша ұлдар - 33%, ал, қыздардың 20%-ы жиі тұтынатындығы анықталды. Жастар арасында дұрыс тамақтанбау, майлы өнімдерді тұтыну 2 есе жоғарылаған, ал, қантты 1,5 есе артық қолданатындығы анықталған. Көкөністер мен жемістерді тұтыну 2-3 есеге төмендеген. Осыған байланысты СЖЕА-ның өсуі, денсаулық

көрсеткіштерінің нашарлауы, жастардың физикалық дамуы төмендеген. Ғалымдардың зерттеулерінің нәтижесінде қауіп-қатер факторларының 50-60% халықтың дене белсенділігі мен өмір салтына кері әсер етіп отыр [5]. А.Таранцованың 2011 жылғы жүргізілген ғылыми-зерттеу жұмыстарында Ростов облысында тұратын 118 ерлер мен 391 әйелдер, соның ішінде студенттер, қызметшілер, жұмыссыздар, 509 жасөспірімдер және бірінші ересек жастағы (18-30 жас) тұлғалардың өмір салтына байланысты СЖЕА-ның даму қауіп факторларын анықтау тұрғысынан мәліметтер жинақталды. Зерттеу нәтижелері бойынша жүріс-тұрыстық факторлар 18-30 жастағы жастарарасында СЖЕА даму қауіпін тудырғандығы анықталды, әсіресе олардың ең көп саны 22-25 жас аралығындағы жастарда жиі кездесіп отыр [6]. А.Таранцованың зерттеулеріне сүйенсек, бір мезгілде бірнеше тәуекел факторлары - 39,9% құраған, (ерлердің 44,1% және әйелдердің 38,6) анықталған. Темекіні тұтыну әйелдер арасында 15,3%, ерлерде - 39,8 көрсеткен. Темекі шегуді ерлер - 10 жас пен әйелдер -13 жастан бастаған және бір тәулікте темекі саны күніне 1-2-ден - 20 данаға дейін жеткені белгілі болды. Дене белсенділігінің төмендеуі әйелдер арасында - 44,6% және ерлерде - 44,9% құраған.

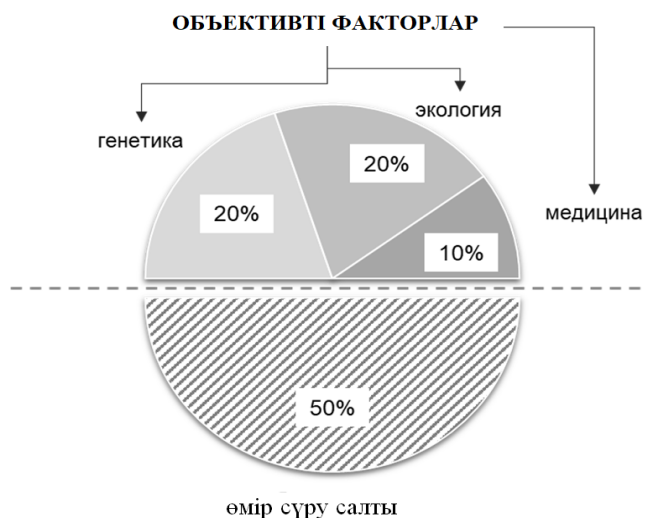
4-кесте. Өмір салтына байланысты жастарда анықталған қауіп-қатер факторларының жиілігі

СЖЕА қауіп-қатер факторлары	Әйелдер	Ерлер	Барлығы
Темекіні тұтыну	60 адам (15,3)	47 адам (39,8)	107 адам (21)
Дене белсенділігінің төмендеуі	186 адам (44,6)	53 адам (44,9)	239 адам (47)
Дұрыс тамақтанбау	241 адам (61,6)	94 адам (79,7)	335 адам (65,8)
Артық салмақ	65 адам (16,6%)	40 адам (33,9%)	105 адам (20,6%)
алдын-ала семіздік	47 адам (12%)	32 адам (27,1%)	79 адам (15,5%)
семіздіктің 1 кезеңі	11 адам (2,8%)	7 адам (5,9%)	18 адам (3,5%)
семіздіктің 2 кезеңі	7 адам (1,8%)	1 адам (0,8%)	8 адам (1,6%)
семіздіктің 3 кезеңі			
Дене салмағының жеткіліксіздігі	45 адам (11,5%)	3 адам (2,5%)	48 адам (9,4%)
Гиперхолестеринемия	92 адам (23,5%)	26 адам (22%)	118 адам (23,2%)
Гипергликемия	19 адам (4,9%)	5 адам (4,2%)	24 адам (4,7%)

Дұрыс тамақтанбау (4-кесте) ерлерде - 79,7%, әйелдерде - 61,6%, ал салмақ жеткіліксіздігі әйелдерде - 11,5%, ерлерде - 2,5% және зерттеуге қатысқан жалпы халықтың 9,4% құраған. Күн тәртібінде қалыптаспаған жұмыс кестесі яғни екі жерде жұмыс істеу және оқуды қоса атқару - 33%

құрап отыр. Жалпы ұйқы уақыты - 7 сағаттан кем - 21,8% (ерлер - 22%, әйелдер-21,7%) көрсеткен. Зиянды өндірістік факторлар 32,5% құрап, СЖЕА-ның жастар арасында дамуына ықпал жасайтыны анықталды [6].

**Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының деректеріне сәйкес денсаулыққа әсер тигізетін факторлар топтары**



1-сурет – Денсаулыққа әсер ететін факторлар

Салауатты өмір салтын қалыптастыру үшін СЖЕА-ға алып келетін қауіп-қатер факторларының алдын-алу мақсатында көптеген іс-шаралар жүргізіліп жатыр. Соның ішінде ДДҰ-ның темекіге қарсы күрес жөніндегі негіздемелік конвенциясын атап өтуге болады. ДДҰ-ның темекіге қарсы күрес жөніндегі негіздемелік конвенциясы - дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының қамқорлығымен қабылданған тарихтағы алғашқы келісім. ДДҰ-ның темекіге қарсы күрес жөніндегі негіздемелік конвенциясы - нақты деректерге негізделген келісім болып табылады, онда барлық адамдардың ең жоғарғы денсаулық деңгейіне ие болу құқығы расталады. Конвенцияның мақсаты - тәуелділікті тудыратын заттарды реттеудің тиісті стратегиясын әзірлеу, есірткі құралдарын бақылау және сұранысты қысқарту стратегияларына, сондай-ақ ұсынысқа байланысты мәселелерге ерекше мән беріледі. ДДҰ-ның темекіге қарсы күрес жөніндегі негіздемелік конвенциясы 2003 жылы Женевада енгізілді. Конвенция Біріккен Ұлттар Ұйымы(БҰҰ) мен еуропалық қоғамдастықты қоса алғанда 173 қатысушы мемлекетті құрайды және БҰҰ тарихындағы ең кеңтанылған келісімдердің бірі болып, оған Қазақстан да 2003 жылы қол қойды. 2006 жылдан бастап ратификацияланды [9].



6-кесте. Тұрмыстық әлеуметтік факторлар

Жіктелуі	Жұқпалы емес ауру көзі	1-ҚҰРАЛ САЙМАН	2-ҚҰРАЛ САЙМАН
		зияны азырақ өнімдер	өмір сүру салтын түзету
БҰҰ-НЫҢ БАСЫМ ТІЗІМІ	<i>Алкоголь</i>	▪ алкоголь үлесі азырақ өнімдерге ауысу	Хабардарлықты арттыру арқылы өмір сүру салтын түзету
	<i>Темекі шегу</i>	▪ құрамында никотині бар және түтіні жоқ өнімдерге ауысу	
	<i>Тамақтану</i>	▪ қауіп-қатері төмендетілген өнімдерге ауысу	
	<i>Физикалық инерттілік</i>		

7-кесте. Тұрмыстық әлеуметтік факторлар

15-49 жас тобындағы тәуекел факторлары бойынша өлім-жітім саны (ерлер мен әйелдер), Қазақстан, 2016



## 8-кесте. Өлім-жітім көрсеткіші

50-69 жас тобындағы тәуекел факторлары бойынша өлім-жітім саны (ерлер мен әйелдер), Қазақстан, 2016



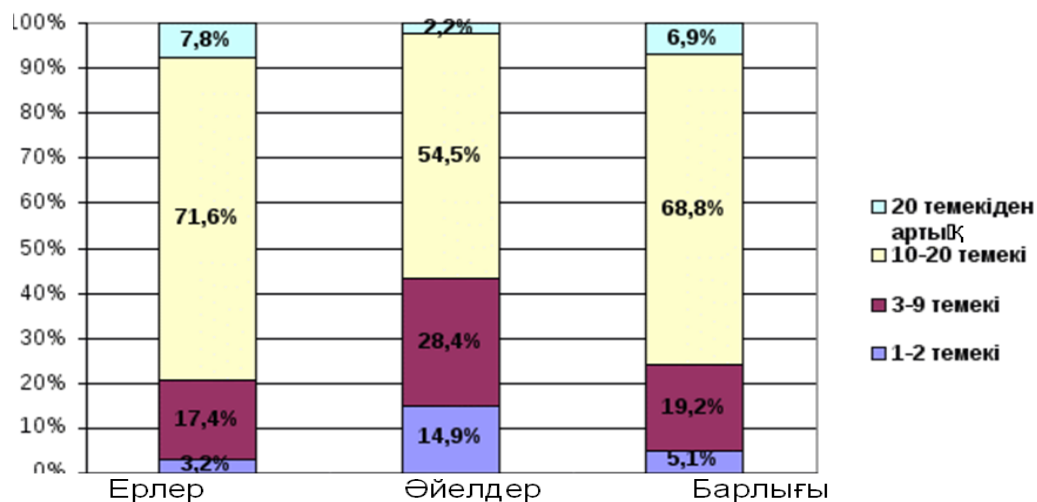
Бұрын Қазақстанда қоғамдық денсаулықты сақтауда санитарлық-эпидемиологиялық қызмет басты рөл атқарған. Осы қызметтің функцияларын Ұлттық экономика министрлігіне бергеннен кейін оның халықтың денсаулығын қорғаудағы рөлі төмендеді және ол негізінен жұқпалы аурулармен айналысады. Бұл қызметті денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігінің (ДСӘДМ) жұмысымен үйлестіруге бағытталған одан әрі күш-жігер қажет.

Қазақстанда популяциялық араласулардың басым бөлігі темекі мен алкогольге қарсы күреске бағытталған: тамақтану және дене белсенділігі мәселелеріне аз көңіл бөлінеді. Соңғы онжылдықтар ішінде Қазақстан темекі мен алкогольге қарсы күресте, әсіресе сату және тұтыну шарттарын реттеу арқылы белгілі бір прогреске қол жеткізді, алайда қабылданған нормалардың сақталуын бақылау бұрынғысынша айтарлықтай қиындықтармен байланысты. Қосымша әрекеттер қажет, әсіресе тамақтану және физикалық белсенділік. Сондай-ақ ИЕА қауіп факторларын эпидқадағалаудың кешенді ұлттық жүйесін құру талап етіледі. Үкімет ұсынып отырған ИЕА-ға қарсы күрес жөніндегі жоспар негізгі қауіп факторларын жоюға бағытталған популяциялық араласуды ұлғайту үшін маңызды стратегиялық бағыттарды қамтиды.

## 3.2 Экологиялық қолайсыз аймақта (Түркістан облысы) созылмалы жұқпалы емес аурулардың аурушандық көрсеткіштерін анықтап қауіп-қатер факторларын талдау

### 3.1.1 Қауіп қатер фактор – темекі

**Темекі өнімдерін тұтыну (Фагерстрем тесті )**



2-сурет – Темекі өнімдерін тұтыну

Темекіні тұтыну Қазақстандағы денсаулық сақтаудың маңызды проблемасы болып қалуда. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының 2015 жылғы жаһандық темекі эпидемиясы (WHO, 2015A) туралы баяндамасының деректері бойынша Қазақстанның ересек тұрғындары арасында темекі шегудің таралуы ерлер арасында 46% - ды және әйелдер арасында 4,5% - ды құрады, бұл орташа алғанда 22,4% - ды құрайды. 2014 жылы жастар арасында темекіні пайдалану жөніндегі жаһандық сауалнама нәтижелеріне сәйкес, 13-15 жас аралығындағы жасөспірімдер арасында темекіні тұтынудың таралуы 3,9% – ды, қыздар арасында-2,3% - ды құрады. Бұл ДДҰ Еуропалық аймағының бірқатар басқа елдеріндегі тенденцияларға сәйкес келеді, онда соңғы бірнеше жыл ішінде қыздар арасында темекі тұтыну артып келеді.

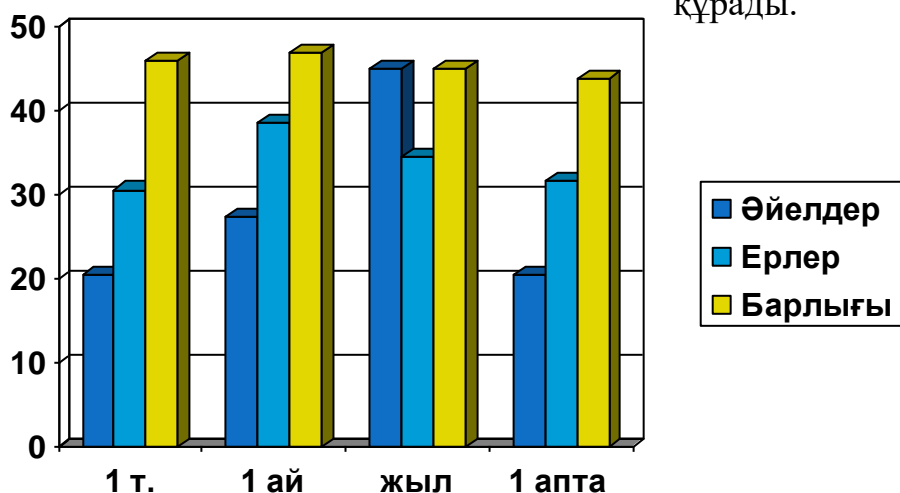
Қазақстан ДДҰ-ның Темекіге қарсы күрес жөніндегі негіздемелік конвенциясын 2007 жылы ратификациялады, елде темекіге қарсы күрес жөніндегі ұлттық нормативтік-құқықтық база бар, алайда ДДҰ ұсынған MPOWER1 шаралары әлі толық тәжірибеге енгізілмеген. Қазақстанда темекі өнімдеріне Акциз Ресей Федерациясына қарағанда 2,5 есе төмен және ДДҰ-ның Еуропалық өңіріндегі орташа көрсеткіштен 10 есе төмен, ал ДДҰ темекіге қарсы күрес жөніндегі негіздемелік конвенциясының 6-бабының

баға белгілеу мен салық салуға қатысты Ережесі осы салықтың темекінің бөлшек сауда бағасының 70% - ын құрауын ұсынады. 2014 жылғы қаңтардан бастап Филтрлі сигареттерге акциз 1000 данаға 3000 KZT дейін (40%) ұлғайтылды және жыл сайын кезекті көтеруді жүргізу жоспарлануда. Акцизден темекіге Салықтық түсімдер 2013 жылғы 46 млрд KZT-ден 2014 жылы 79 млрд KZT-ге дейін өсті, ал жыл сайынғы темекі сату көлемі 30-дан 27 млрд данаға дейін төмендеді.

Жалпы, темекіге қарсы іс-қимыл кейбір оң нәтиже берді. Жарнамаға тыйым салу тәжірибеге енгізілген; графикалық бейнелері бар ескерту жазбалары қаптама алаңының 40% - ын алып жатыр; қоғамдық орындарда темекі шегуге ішінара тыйым салынған, алайда түтінсіз ортаны қамтамасыз ету жөніндегі жұмыс одан әрі ұлғайтуды талап етеді. Темекіні тастағысы келетін адамдарға қолдау көрсету қызметтері МСАК деңгейінде жеткіліксіз көлемде ұсынылады.

### 3.1.2 Алкоголь

Қазақстанда алкогольді тұтыну-соңғы жылдары шиеленісіп келе жатқан қоғамдық денсаулық сақтаудың Елеулі проблемасы. 2010 жылы Қазақстанда таза алкогольді тұтынудың орташа деңгейі жан басына шаққанда 10,3 литрді құрады.



## Алкогольді ішімдіктерді тұтыну

1 алкогольдік бірлік = 0,33 мөлшерлі сыраның 1 ыдысы (5% этанолдың 330 мл) = 1 бокал шарап (12% этанолдың 140 мл) = арақтың 1 рюмкасы (40% этанолдың 40 мл).

### 3-сурет – Алкогольді тұтыну

1 темекі тұтынудың және алдын алу шараларының тиімділігінің мониторингі; адамдарды темекі түтінінің әсерінен қорғау; темекі шегуді тастағысы келетіндерге қолдау көрсету; темекіге байланысты қауіптер туралы ескерту; темекі өнімдерін жарнамалауға, сатуды ынталандыруға және демеушілікке қатысты шектеулердің сақталуын бақылау және темекі бұйымдарына салықты арттыру.

Алкоголь және денсаулық туралы Жаһандық баяндаманың (WHO, 2010) деректері бойынша Қазақстанда тұтынудың орташа деңгейі Еуропадағы осы параметрлерге ұқсас, бұл ретте Франция сияқты дамыған елдерде бұл көрсеткіш жоғары. Алайда, бұл деңгейді анықтау кезінде алкогольді мүлдем тұтынбайтын ел халқының едәуір үлесі ескерілмейді (ерлердің шамамен 51% - ы және әйелдердің 70% - ы). Есептелген мәліметтерге сәйкес, алкогольді ішетіндер арасында алкогольді тұтыну еуропалық аймақта ерлер үшін де (жылына 32 л) және әйелдер үшін (жылына 18 л) ең жоғары болып табылады. 15 жастан асқан адамдар арасында алкогольді тұтыну негізінен күшті алкогольді ішімдіктерді (65%), одан кейін сыра (32%) және шарап (3%) қабылдау арқылы анықталады. 2008 жылдан бастап күшті алкогольді ішімдіктерді сату төмендеді, ал сыра мен шарапты тұтыну өсті. Күшті спирттердің бағасы өсуде, дегенмен Еуропалық аймақтың басқа елдеріне қарағанда төмен.

Қазақстанда алкогольге қарсы күрес жөніндегі ұлттық саясат бар; ол 1997 жылы қабылданды. Үкімет жарнамаға тыйым салу және алкоголь сатылымына қол жетімділікті азайту бойынша шаралар қабылдауда, бірақ бұл шаралардың сақталуын бақылау әлі де қиын. Сондай-ақ, Қазақстан алкогольге акциздік салықты арттырды. 2014 жылы арақ акцизі екі есе өсті және осыған байланысты бюджеттік түсімдер 13-тен 22 млрд теңгеге дейін өсті. 2011 жылы сыраға акциз 70% - ға өсті және бюджеттік түсімдер 2010 жылғы 7 млрд KZT-ден 2011 жылы 12 млрд KZT-ге дейін өсті. Алайда, алкоголь акциздерінің бұл өсуі жүйелі немесе тұрақты емес.

### 3.1.3 Тамақтану және дене белсенділігі

Қазақстанда ересектер мен жастардың тамақтануы мен дене белсенділігі жөніндегі деректерді жүйелі түрде жинау жүргізілмейді. Негізгі популяциялық араласулардың тиімділігін нақты көрсеткіштердің динамикасы бойынша бағалауға болады, бірақ осы саладағы жалпы бақылау жүйесі шектеулі. Мектеп жасындағы балалардың денсаулығына қатысты мінез-құлқы туралы есепте де, балалардың семіздігін бақылау бастамасының материалдарында да (ДДҰ Еуропалық аймақтық бюросы, 2016b) тамақтану және физикалық белсенділік туралы елдік мәліметтер жоқ. 2015 жылы аурудың жаһандық ауыртпалығын зерттеуге сәйкес (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2015), тамақтанумен байланысты тәуекелдер Қазақстанда салауатты өмір салтын жоғалтудың жетекші себептерінің қатарына кірді.

2009 жылы тұрғындардың жемістер мен көкөністермен қамтамасыз етілуі күніне жан басына шаққанда 587 г деңгейінде бағаланды (ФАОСТАТ, 2011), бұл ДДҰ/ФАО ұсынған нормадан аз (>600 г/Күн). Көкөністерді күнделікті тұтыну 2008 жылы күніне 200 г-дан 2011 жылы 241 г-ға дейін өсті (Қазақстан Республикасы Статистика агенттігі, 2012), ал Еуропада тұтынудың орташа деңгейі 318 г құрайды (Nichols et al., 2012). 2008 жылы

жемістердің күнделікті тұтынылуы Қазақстанда (93 г) Еуропаға қарағанда (285 г) әлдеқайда төмен болды, дегенмен 2011 жылға қарай ол 195 жылға дейін өсті.

Қазақстанда артық дене салмағы мен семіздікке шалдыққан халықтың үлесі өсуде, алайда тамақтану және дене белсенділігі проблемаларын шешу үшін негізгі араласуды жүзеге асыру шектеулі сипатқа ие. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының Ғаламдық обсерваториясының (WHO, 2016) артық салмақ пен семіздікке қатысты бағалауы бойынша, 2014 жылы ерлердің 60,5% - ы және әйелдердің 57,1% - ы артық дене салмағына ие болды (дене салмағының индексі  $> 25$  кг/м<sup>2</sup>) және ерлердің 21,6% - ы және әйелдердің 25% - ы семіздікке шалдыққан (WHO, 2015B). 1999 жылы әйелдердің 12,6% - ы семіздікпен ауырды, 19,9% - ы артық дене салмағына ие болды, ал 2012 жылы бұл көрсеткіштер тиісінше 27,6% - ға және 30,6% - ға дейін өсті, бұл артық салмақ таралуының өсуін көрсетеді (Academy of Preventive Medicine and Macro International, 1999; Қазақ тағамтану академиясы, 2014). Ересектер арасындағы семіздікке қатысты болжам бойынша (2010-2030 жж.), 2020 жылы ерлердің 45% – ы және әйелдердің 29% - ы семіздікке шалдыққан, ал 2030 жылы-ерлердің 74% - ы және Әйелдердің 36% - ы.

Мектептегі тамақтануға қатысты директивалық ережелер әзірленді, алайда Тамақ өнімдері мен сусындар жарнамасының балаларға әсерін азайту бойынша әлі ешқандай шаралар қабылданған жоқ. 2010 жылғы Ұлттық репрезентативтік деректер (ФАОСТАТ, 2011) Қазақстанда 6 айға дейінгі сәбилерді тек қана емшек сүтімен қоректендірудің таралуы 31,8% - ды құрайтынын көрсетеді. Тұзды тұтыну үрдістері туралы ақпарат жоқ және оны азайту үшін нақты шаралар қабылданбайды.

Жаһандық обсерваторияның мәліметтері бойынша (WHO, 2016) 15 жастан асқан азаматтардың 31,0% – ы физикалық тұрғыдан белсенді емес (ерлер – 30,9%, әйелдер-31,2%). Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемалары орталығының зерттеулері дене белсенділігінің әртүрлі түрлерімен үнемі айналысатын адамдардың үлесі 2007 жылғы 23% - дан 2012 жылы 35,5% - ға дейін өскенін және дене белсенділігі сабақтарына күніне кемінде 30 минут қатысатындардың үлесі 68% - ға дейін өскенін көрсетеді (Баткатова, 2015).

Темекі мен алкогольге қатысты араласулар әзірленді, бірақ олар белсенді түрде жүзеге асырылмайды, бұл қабылданған заңнаманың пайдалы әсерін айтарлықтай азайтады. Тамақтануды жақсарту және халықтың физикалық белсенділігін дамыту жөніндегі стратегиялар салыстырмалы түрде нашар дамыған; өңделген тамақ өнімдеріндегі тұз, транс майлары мен қанттың құрамын реттеу, балалар арасында зиянды емес өнімдердің жарнамасын шектеу және физикалық белсенділікті танымал ету және алға жылжыту шараларын күшейту сияқты экономикалық тиімді араласулар қажет. Деректерді жинау және мінез-құлық және биологиялық қауіп

факторларын қадағалау да жоғары деңгейде жүргізілмейді және сыртқы қаржыландыруға байланысты.

9-кесте. Негізгі өлім себептері бойынша мәлімет (2019 ж. қаңтар-тамыз айларылыныстатистика Департаментының деректері)

№	Қала және мекендердің атаулары	Жалпы				ЖҚА		Ісік		Олардың ішінде қатерлі ісік		Қайғылы оқиғадан	
		2018ж		2019ж		2019ж		2019ж		2019ж		2019ж	
		Абс	1000 шаққан	абс	1000 шаққанда	абс	1000 шаққанда	Абс	1000 шаққанда	Абс	100000 шақ.	абс	100000 шақ.
1	Арыс	301	4,4	297	4,1	66	91,2	38	52,5	38	52,5	29	40,1
2	Бәйдібек	204	3,8	209	3,8	58	106,1	11	20,1	11	20,1	28	51,2
3	Қазығұрт	406	3,8	409	3,8	113	104,3	33	30,5	32	29,5	59	54,5
4	Мақтарал	1122	3,8	1132	3,8	302	100,2	117	38,8	117	38,8	119	39,5
5	Ордабасы	435	3,8	483	4,1	155	133,1	49	42,1	46	39,5	66	56,7
6	Отрар	190	3,4	217	4,0	62	115,3	23	42,8	21	39,1	26	48,4
7	Сайрам	765	3,8	706	2,7	237	92,0	89	34,6	89	34,6	84	32,6
8	Сарыағаш	1126	3,7	1184	3,8	372	119,1	84	26,9	83	26,6	135	43,2
9	Созақ	201	3,5	200	3,4	89	150,7	26	44,0	26	44,0	24	40,6
10	Толеби	505	3,8	551	4,4	197	158,4	67	53,9	65	52,3	60	48,3
11	Түлкібас	465	4,3	475	4,4	122	112,4	59	54,4	59	54,4	54	49,7
12	Шардара	282	3,6	284	3,6	64	80,7	27	34,0	26	32,8	34	42,9
	<b>Жалпы бойынша аудан</b>	<b>6002</b>	<b>3,5</b>	<b>6147</b>	<b>3,7</b>	<b>1837</b>	<b>111,5</b>	<b>623</b>	<b>37,8</b>	<b>613</b>	<b>37,2</b>	<b>718</b>	<b>43,6</b>
13	Кентау қ	418	4,6	422	4,6	90	98,3	28	30,6	28	30,6	46	50,2
14	Түркістан қ	879	3,6	907	3,6	317	126,3	110	43,8	105	41,8	83	33,1
15	Шымкент қ	2944	4,4	2979	3,9	928	120,5	411	53,4	404	52,4	258	33,5
	<b>Жалпы бойынша қала</b>	<b>4241</b>	<b>4,2</b>	<b>4308</b>	<b>3,9</b>	<b>1335</b>	<b>120,0</b>	<b>549</b>	<b>49,3</b>	<b>537</b>	<b>48,3</b>	<b>387</b>	<b>34,8</b>
	<b>Түркістан облысы</b>	<b>10243</b>	<b>3,8</b>	<b>10455</b>	<b>3,8</b>	<b>3172</b>	<b>114,9</b>	<b>1172</b>	<b>42,4</b>	<b>1150</b>	<b>41,7</b>	<b>1105</b>	<b>40,0</b>



10-кесте. Сипаттама статистика

	Саны	Ең кіші мән	Ең үлкен мән	Орта мән	Стандарттық ауытқу
Жас	150	25	64	40,53	12,456
Холестерин	148	2	7	5,04	,864
Т ЛП	148	0	5	2,22	,727
ЖТ ЛП	148	1	3	1,09	,356
ӨТТ ЛП	0				
Триглицерид	148	0	3	1,97	,694
Жалпы холестерин	33	2	59	5,97	9,642
Зәр mmol	50	2	8	4,66	1,171
Жалпы биллирубинmmol/l	52	5	40	15,90	5,244
Биллирубин	14	2	6	3,14	1,231
Жалпы ақуыз	34	58	84	69,06	5,325
Гемоглобин	66	95	171	135,39	17,703
Эритроцит	71	3	6	4,70	,684
Лейкоцит	72	4	13	6,58	1,955
Тромбоцит	70	165	543	277,74	72,544
гемокрит	20	28	46	37,65	5,294
Түсті анықтауыш (цветовой показатель)	20	1	1	1,00	,000
Эритроциттердің уюы	58	1	38	13,50	8,702
Аспартатаминотрансфе раза	58	0	56	14,55	12,375
alt	60	0	76	16,25	16,337
Valid N (listwise)	0				

11-кесте. Корреляция

		жас	ұлт	білім	әлеуметтік статус	мамандық
Жас	Пирсон корреляциясы	1	-,124	-,261**	,375**	,447**
	Сенімділік		,130	,001	,000	,000
	Жалпы саны	150	150	150	150	150
Ұлт	Пирсон корреляциясы	-,124	1	,011	-,045	-,004
	Сенімділік	,130		,893	,583	,962
	Жалпы саны	150	150	150	150	150
Білім	Пирсон корреляциясы	-,261**	,011	1	-,269**	-,247**
	Сенімділік	,001	,893		,001	,002
	Жалпы саны	150	150	150	150	150
әлеуметтік_статус	Пирсон корреляциясы	,375**	-,045	-,269**	1	,293**
	Сенімділік	,000	,583	,001		,000
	Жалпы саны	150	150	150	150	150
мамандық	Пирсон корреляциясы	,447**	-,004	-,247**	,293**	1
	Сенімділік	,000	,962	,002	,000	
	Жалпы саны	150	150	150	150	150

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

12-кесте. Корреляция

		Жас	АГ	ХС	Т ХС	ЖТ ХС	ӨТ ХС	ТГ
жас	Пирсон корреляциясы	1	-,129	,292**	,126	-,141	. <sup>b</sup>	,052
	Сенімділік 00.5		,116	,000	,127	,087	.	,527
	Жалпы саны	150	150	148	148	148	0	148
артери ялық гиперт ензия	Пирсон корреляциясы	-,129	1	-,004	-,025	-,022	. <sup>b</sup>	,004
	Сенімділік 00.5	,116		,963	,759	,791	.	,961
	Жалпы саны	150	150	148	148	148	0	148
холест ерин	Пирсон корреляциясы	,292**	-,004	1	,300**	-,057	. <sup>b</sup>	,286**
	Сенімділік 00.5	,000	,963		,000	,494	.	,000
	Жалпы саны	148	148	148	148	148	0	148
ТЛП ХС	Пирсон корреляциясы	,126	-,025	,300**	1	-,187*	. <sup>b</sup>	,002
	Сенімділік 00.5	,127	,759	,000		,023	.	,985
	Жалпы саны	148	148	148	148	148	0	148
ЖТ ЛПХС	Пирсон корреляциясы	-,141	-,022	-,057	-,187*	1	. <sup>b</sup>	-,014
	Сенімділік 00.5	,087	,791	,494	,023		.	,861
	Жалпы саны	148	148	148	148	148	0	148
тригле церид	Пирсон корреляциясы	,052	,004	,286**	,002	-,014	. <sup>b</sup>	1
	Сенімділік 00.5	,527	,961	,000	,985	,861	.	
	Жалпы саны	148	148	148	148	148	0	148
**. Корреляцияның сенімділігі 0.01 (2-жұптық).								
*. Корреляцияның сенімділігі 0.05 (2-жұптық).								
.								

13-кесте. Корреляция

		ҰЛТ	АГ	ХС	Т ХС	ЖТ ХС	ӨТ ХС	ТГ
Ұлт	Пирсон корреляциясы	1	-,035	,046	,160	,049	. <sup>a</sup>	- ,007
	Сенімділік		,672	,575	,052	,553	.	,932
	Жалпы саны	150	150	148	148	148	0	148
Артериялық гипертензия	Пирсон корреляциясы	-,035	1	-,004	-,025	-,022	. <sup>a</sup>	,004
	Сенімділік	,672		,963	,759	,791	.	,961
	Жалпы саны	150	150	148	148	148	0	148
Холестерин	Пирсон корреляциясы	,046	-,004	1	,300**	-,057	. <sup>a</sup>	,286**
	Сенімділік	,575	,963		,000	,494	.	,000
	Жалпы саны	148	148	148	148	148	0	148
Лпнп	Пирсон корреляциясы	,160	-,025	,300**	1	-,187*	. <sup>a</sup>	,002
	Сенімділік	,052	,759	,000		,023	.	,985
	Жалпы саны	148	148	148	148	148	0	148
Лпвп	Пирсон корреляциясы	,049	-,022	-,057	-,187*	1	. <sup>a</sup>	- ,014
	Сенімділік	,553	,791	,494	,023		.	,861
	Жалпы саны	148	148	148	148	148	0	148
Триглицерид	Пирсон корреляциясы	-,007	,004	,286**	,002	-,014	. <sup>a</sup>	1
	Сенімділік	,932	,961	,000	,985	,861	.	
	Жалпы саны	148	148	148	148	148	0	148
**. **. Корреляцияның сенімділігі 0.01 (2-жұптық).								
*. **. Корреляцияның сенімділігі 0.05 (2-жұптық).								
а. Есептеу мүмкін емес, өйткені айнымалылардың кем дегенде біреуі тұрақты.								

14-кесте. Темекі өнімдерімен Пирсонның корреляциясы

Темекі	Тоқ қарынға глюкоза	Глюкоза толерантты тест	Холестерин	Т ЛПХС	ХСЛПЖТ	Тиреоглобулин	Жалпы холестерин	Карбамид (мочевина)_mmol/l	Жалпы билирубин_mmol/l	Тіке биллурубин
Орташа мән	6,08	5,61	5,00	2,22	1,10	1,93	6,15	4,51	15,91	3,08
жалпы саны	121	121	120	120	120	120	27	43	47	13
Стандартты ауытқу	1,778	1,929	,898	,750	,376	,719	10,611	1,162	5,405	1,256
Орташа мән	6,30	6,00	5,20	2,10	1,00	2,20		5,67	19,00	4,00
жалпы саны	10	10	10	10	10	10		3	1	1
Стандартты ауытқу	1,636	2,357	,632	,876	,000	,632		,577	.	.
Орташа мән	6,16	5,16	5,22	2,28	1,11	2,06	5,17	5,50	15,00	
жалпы саны	19	19	18	18	18	18	6	4	4	
Стандартты ауытқу	1,951	2,267	,732	,461	,323	,539	2,927	1,000	3,916	
Орташа мән	6,11	5,58	5,04	2,22	1,09	1,97	5,97	4,66	15,90	3,14
жалпы саны	150	150	148	148	148	148	33	50	52	14
Стандартты ауытқу	1,780	1,998	,864	,727	,356	,694	9,642	1,171	5,244	1,231

15-кесте. Алкоголь өнімдерімен Пирсонның корреляциясы

алкоголь		Тоқ инға глюкоза	ОГТТ	ХС	Т ПХС	ХСЛПЖ Т	ТГ	Жалпы ЖДХС	Карбам ид невина) mmol/l	Жалп ы ирубин mmol/l	ast	alt				
1	Орташа	5,17	5,51	5,10	2,18	1,08	2,00	4,42	4,63	15,64	279,71	37,21	1,00	14,44	14,95	16,11
	Жалпы	118	118	116	116	116	116	26	38	39	55	14	15	45	44	46
	Стандартты түсу	1,764	2,087	,848	,680	,299	,685	1,677	1,261	5,774	67,542	5,780	,000	8,606	12,381	15,690
2	Орташа	6,00	5,45	4,18	2,00	1,18	1,64	3,00	4,33	16,50	297,71	38,00	1,00	14,83	13,00	23,50
	Жалпы	11	11	11	11	11	11	1	3	4	7	3	2	6	4	4
	Стандартты түсу	2,236	2,115	,874	,775	,603	,674	.	,577	1,915	118,506	4,359	,000	11,125	9,592	25,736
3	Орташа	4,83	5,67	4,67	2,17	1,00	1,67	4,00	6,00	13,33	280,50	45,00	1,00	7,33	3,33	4,00
	Жалпы	6	6	6	6	6	6	2	2	3	2	1	2	3	3	3
	Стандартты түсу	4,753	1,366	,516	,408	,000	,816	,000	,000	2,517	75,660	.	,000	2,082	5,774	6,928
4	Орташа	5,00	4,50	5,50	3,00	1,50	1,50	3,00	4,50	17,00	197,00			4,00	25,50	20,50
	Жалпы	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1			1	2	2

	Стандартты түсу	1,414	,707	,707	1,414	,707	,707	.	,707	1,414	.	.	.	9,192	12,021	
5	Орташа	5,80	6,20	5,20	2,60	1,00	2,00	4,00	5,00	17,00	216,00	37,00	1,00	5,50	19,00	24,50
	Жалпы	5	5	5	5	5	5	1	2	1	2	1	1	2	2	2
	Стандартты түсу	,447	1,095	,837	,548	,000	,707	.	,000	.	2,828	.	.	2,121	26,870	34,648
6	Орташа	5,00	5,00	5,00	3,00	1,00	2,00									
	Жалпы	1	1	1	1	1	1									
	Std. deviation	.	.	.	.	.	.									
7	Орташа	6,14	6,86	5,43	2,71	1,29	2,29	32,00	4,33	20,00	261,33	36,00		7,00	11,67	12,67
	Жалпы	7	7	7	7	7	7	2	3	3	3	1		1	3	3
	Std. deviation	,900	1,215	,787	1,254	,756	,756	38,184	1,155	4,000	66,380	.		.	12,014	13,577
Tot	Орташа	6,11	5,58	5,04	2,22	1,09	1,97	5,97	4,66	15,90	277,74	37,65	1,00	13,50	14,55	16,25
		150	150	148	148	148	148	33	50	52	70	20	20	58	58	60
	Стандартты түсу	1,780	1,998	,864	,727	,356	,694	9,642	1,171	5,244	72,544	5,294	,000	8,702	12,375	16,337

16-кесте. Физикалық белсенділік Пирсонның корреляциясы

физикалық_белсенділік		Тоқ қарынға глюкоза	ОГТТ	ХС	Т ЛПХС	ХСЛПЖТ	ТГ	Жалпы ХС/ЖДХС	Карбамид (мочевина )_mmol/l	Жалпы билирубин_mmol/l
1	Mean	6,17	5,51	5,10	2,18	1,08	2,00	4,42	4,63	15,64
	N	118	118	116	116	116	116	26	38	39
	Std. Deviation	1,864	2,087	,848	,680	,299	,685	1,677	1,261	5,774
2	Mean	6,00	5,45	4,18	2,00	1,18	1,64	3,00	4,33	16,50
	N	11	11	11	11	11	11	1	3	4
	Std. Deviation	2,236	2,115	,874	,775	,603	,674	.	,577	1,915
3	Mean	5,83	5,67	4,67	2,17	1,00	1,67	4,00	6,00	13,33
	N	6	6	6	6	6	6	2	2	3
	Std. Deviation	,753	1,366	,516	,408	,000	,816	,000	,000	2,517
4	Mean	5,00	4,50	5,50	3,00	1,50	1,50	3,00	4,50	17,00
	N	2	2	2	2	2	2	1	2	2
	Std. Deviation	1,414	,707	,707	1,414	,707	,707	.	,707	1,414
5	Mean	5,80	6,20	5,20	2,60	1,00	2,00	4,00	5,00	17,00
	N	5	5	5	5	5	5	1	2	1
	Std. Deviation	,447	1,095	,837	,548	,000	,707	.	,000	.
6	Mean	5,00	5,00	5,00	3,00	1,00	2,00			
	N	1	1	1	1	1	1			
	Std. Deviation	.	.	.	.	.	.			
7	Mean	6,14	6,86	5,43	2,71	1,29	2,29	32,00	4,33	20,00
	N	7	7	7	7	7	7	2	3	3
	Std. Deviation	,900	1,215	,787	1,254	,756	,756	38,184	1,155	4,000
Total	Mean	6,11	5,58	5,04	2,22	1,09	1,97	5,97	4,66	15,90
	N	150	150	148	148	148	148	33	50	52



17-кесте. Күйзеліспен Пирсонның корреляциясы

stress1		Тоқ қарынға глюкоза	ОГТТ	ХС	Т ЛПХС	ХСЛПЖТ	ТГ	Жалпы ХС/ЖДХС	Карбамид (мочевина)_mmol/l	Жалпы билирубин_m mol/l
0	Mean	5,47	5,35	5,13	2,31	1,19	2,19	4,00	5,00	17,25
	N	17	17	16	16	16	16	1	5	4
	Std. Deviation	,717	,702	,619	,873	,403	,750	.	,707	4,992
1	Mean	5,85	5,48	4,77	2,04	1,15	1,98	11,75	4,31	14,25
	N	48	48	47	47	47	47	8	13	16
	Std. Deviation	1,167	1,611	,786	,624	,465	,642	19,256	1,251	3,642
2	Mean	6,20	5,42	5,15	2,17	1,05	1,97	4,20	4,67	15,43
	N	59	59	59	59	59	59	10	21	23
	Std. Deviation	1,901	2,159	,925	,647	,289	,642	,919	1,111	4,336
3	Mean	6,84	6,32	5,24	2,64	1,04	1,88	4,08	4,91	19,44
	N	25	25	25	25	25	25	13	11	9
	Std. Deviation	2,625	2,719	,926	,860	,200	,781	1,256	1,375	8,263
4	Mean	5,00	5,00	5,00	2,00	1,00	,00	4,00		
	N	1	1	1	1	1	1	1		
	Std. Deviation	.	.	.	.	.	.	.		
Total	Mean	6,11	5,58	5,04	2,22	1,09	1,97	5,97	4,66	15,90
	N	150	150	148	148	148	148	33	50	52
	Std. Deviation	1,780	1,998	,864	,727	,356	,694	9,642	1,171	5,244

### 3.3 Созылмалы жұқпалы емес аурулардың алдын алу шараларын ұйымдастыру.

СЖЕА алдын алу үшін күн тәртібін (еңбек, демалыс) сақтау; темекі шегуден және алкогольді шектен тыс пайдаланудан бас тарту, дене белсенділігімен

айналысу, ұтымды теңгерімді тамақтану (тағам құрамына дәрумендер, ақуыздар, теңіз өнімдерін қосу, ал, қаныққан майлар мен ас тұзын тұтынуды шектеу), дене салмағын нормада ұстап тұру сияқты мінез-құлық әдеттерін қалыптастыруы тиіс. Сондықтан халықтың денсаулығын сақтау бүкіл қоғамның сау болуына өз септігін тигізеді.

Қазіргі әлемдік қоғам үшін созылмалы аурулар медициналық ғана емес, әлеуметтік-экономикалық маңызы бар жаһандық мәселе болып табылады [9]. Қазақстанда және әлемнің көптеген елдерінде созылмалы инфекциялық емес аурулар аурушандық, мүгедектік, уақытша еңбекке жарамсыздық және госпитализациялау, өлім құрылымында алғашқы орындарда тұр [13,16]. Созылмалы инфекциялық емес аурулардың негізгілеріне жүрек-қантамыр жүйесінің аурулары, қатерлі ісіктер, өкпенің созылмалы аурулары, психикалық бұзылыстар және қант диабеті жатады [10,13,23].

Жыл сайын созылмалы аурулармен ауыратын науқастар саны артып келеді, олар еңбекке қабілеттілігінен айырылып, ауыр асқынуларға және ұзақ уақыт шығынмен емдеуге, оның ішінде стационарлық емдеу қажеттілігіне әкеп соқтырады [9].

ДДҰ мәліметтері бойынша созылмалы инфекциялық емес аурулардан жыл сайын 41 миллион адам өледі, бұл әлемдегі барлық өлім жағдайының 71%-н құрайды. Уақытынан бұрын болатын өлім жағдайларының 85%-дан астамы кіріс көлемі төмен және орташа деңгейдегі елдерде кездеседі. Созылмалы инфекциялық емес аурулардан өлім құрылымында жүрек-қантамыр жүйесінің аурулары көп үлесін алады, одан кейін ісік аурулары, тынысалу жүйесінің аурулары және қант диабеті тұр, яғни созылмалы инфекциялық емес аурулардан болатын барлық өлім жағдайларының 81%-ы осы төрт аурулар тобына келіп отыр [10].

Созылмалы инфекциялық емес аурулар қоғамдық денсаулыққа, денсаулық сақтау жүйесіне қауіп тудырады және көптеген елдердің экономикалық дамуына кедергі келтіреді. Созылмалы патологиясы бар аурулар деңгейінің жоғары болуы және қауіп факторларының айтарлықтай таралуы тұрғындар денсаулығының теріс тенденциясына, медициналық-әлеуметтік жоғалтуға және экономикалық шығынға алып келеді [14,20].

Соңғы жылдары Қазақстанда да созылмалы инфекциялық емес ауруларды диагностикалауға және емдеуге кететін шығындардың өсуі байқалады. Бұл шығындар мемлекеттің денсаулық сақтау саласына кететін барлық шығындарының 95-96%-н құрайды. Оған қоса, елімізде профилактикалық шараларға кететін шығынның үлесі денсаулық сақтау саласына кететін шығынның 3%-н құрайды, ал бұл көрсеткіш ЭЫДҰ елдерде 19%-ы құрап

отыр. Сондықтан, елімізде созылмалы инфекциялық емес аурулар денсаулық сақтау саласы үшін маңызды мәселелердің бірі болып табылады [11].

Көптеген эпидемиологиялық зерттеулердің мәліметтері бойынша созылмалы инфекциялық емес аурулардың дамуына шылым шегу, артериалдық гипертензия, артық салмақ, қандағы глюкоза мен холестерин деңгейінің жоғары болуы, ішімдік ішу, физикалық белсенділіктің төмен болуы сияқты көптеген факторлар әсер ететіні айқындалған. Созылмалы инфекциялық емес аурулардың дамуына әсер ететін қауіп факторларының алдын алу бастапқы медициналық-санитарлық көмек деңгейіндегі медициналық қызметкерлердің жұмысының маңызды бағыты болып табылады [16,24].

Қазіргі кезде ауруды алдын алу бойынша шаралардың басымдығы денсаулық сақтау саласындағы мемлекеттік саясаттың негізгі принциптерінің бірі болып табылды. Бұл созылмалы инфекциялық емес аурулардың таралуын азайтуда жаңа шешімдерді табуға әсер етеді [12,17,19].

Созылмалы инфекциялық емес аурулардың алдын алу мен емдеудегі және аурудың негізгі көріністерін бақылаудағы басым бағыттарының бірі науқастарды өзін-өзі басқаруға және өзіне-өзі көмек көрсетуге үйрету болып табылады. Ауруды басқару бұл жеке адамның созылмалы ауруларға тән симптомдарды, емдеуді, өмір салтының физикалық және психологиялық ақыры мен өзгерістерін басқару қабілеттілігі [6]. Disease Management тұжырымдамасы ондаған жылдар бұрын медициналық қызмет көрсетуде соңғы жылдарда туындаған бірқатар мәселелерге жауап ретінде ұсынылды. Disease Management науқастың функционалдық мүмкіндіктерін жүзеге асыруды барынша қамтамасыз ететін, аурулардың даму қаупін, мүгедектігі мен өлім-жітімді төмендететін және денсаулық сақтаудың өнімділігі мен рентабельділігін жаңа деңгейге көтеретін жаңа құрылымдалған жүйелік тәсіл. Ауруды басқарудың американдық қауымдастығының (DMAA) анықтамасына сәйкес Disease Management халықтың денсаулығын сақтау мақсатында үйлестірілген араласулар мен коммуникациялар жүйесі, бұл жағдайда науқастың денсаулығын қорғау бойынша күш-жігері елеулі болып табылады. Бұл тәсілдің ерекшелігі науқасқа медициналық көмек алу кезінде әртүрлі факторлар әсерінен туындауы мүмкін өз мінез-құлықтары мен сезімдерін басқаруда неғұрлым құзыретті болуға көмектеседі. Тұжырымдама әсіресе созылмалы аурулар кезінде тиімді. Ауруды басқару денсаулық сақтауды жоспарлау мен қамтамасыз етудің оңтайлы тәсілі ретінде халықаралық қолдауға ие. [13].

Созылмалы инфекциялық емес аурулардан болатын мерзімінен бұрын өлім-жітімді және мүгедектікті төмендету үшін 30-дан аса елде медициналық көмек көрсетуде профилактикалық және жүйелік тәсілге негізделген «Ауруларды басқару бағдарламасы» енгізілді [1,5,18].

Қазақстанда созылмалы инфекциялық емес аурулар мәселесінің өзектілігін, халықаралық тәжірибені ескере отырып, алғаш рет созылмалы инфекциялық емес аурулар патологиясы анықталған тұрғындар арасында

ауруларды басқару жобасын пилотты аймақтарда енгізу 2013 жылдан бастап жүзеге асырыла бастады. Ауруларды басқару бағдарламасын енгізу бастапқы медициналық-санитарлық көмектің жаңғыруы және басым дамуы ретінде Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2016-2019 жылдарға арналған «Денсаулық» мемлекеттік бағдарламасының басты бағыттарының бірі болып табылады [8,17,19].

Ауруларды басқару бағдарламасын енгізу созылмалы инфекциялық емес аурулардың алдын алу және олармен күрес мәселелерінде, науқастардың өз денсаулығы үшін ортақ жауапкершілігін арттыруда, медициналық қызметкерлердің өзара іс-әрекетін жақсартуда және мүмкін асқынуларды немесе жай-күйін ауырлатуды болдырмауға бағытталған қолда бар барлық ресурстарды пайдалануда елеулі өзгерістер қажеттігінен туындады. Ауруларды басқару бағдарламасы бұл денсаулық сақтау саласының шығындарын азайту және интеграцияланған көмек көрсету арқылы аурудың асқынуын төмендету немесе алдын алу жолымен созылмалы аурулары бар науқастардың өмір сапасын жақсарту концепциясы. Ауруларды басқару бағдарламасы бұл созылмалы аурулармен ауыратын науқастардың белгілі бір топтарына арналған, өзіндік басқару пен өзіне өзі көмек көрсетудің маңызды компоненті болып табылатын үйлестірілген және біріктірілген медициналық әрекеттер мен коммуникациялардың жүйесі. Бағдарлама «Пилоттық жоба аясында созылмалы инфекциялық емес ауруларды басқарудың кейбір сұрақтары» туралы бұйрығы мен Ауруларды басқару бағдарламасының Жол картасының жоспары бойынша жүзеге асырыла бастады [21].

Ауруды басқару бағдарламасын енгізу бірнеше кезеңдерден тұрады. Бірінші кезеңі бағдарламаға қатысатын науқастарды анықтау. БМСК қызметкерлерінің негізгі міндеттерінің бірі бағдарламаға қатысатын патологиясы бар науқастарды анықтау болып табылады. Бағдарламаға созылмалы инфекциялық емес аурулар ретінде артериалдық гипертензияның II және III сатысындағы науқастар (қосарланған, ауыр созылмалы аурулары жоқ), II типті қант диабетімен ауыратын науқастар (компенсация, субкомпенсация сатысындағы, ауыр асқынулары жоқ) және қауіп факторлары бар созылмалы жүрек жетіспеушілігімен ауыратын науқастар қатыса алады.

Ауруларды басқару бағдарламасының тиімділігі медициналық қызметкерлердің тұрғындармен тығыз жұмыс жасауына байланысты. Қант диабеті, артериалдық гипертензия және созылмалы жүрек жетіспеушілігімен ауыратын науқастарға көмек көрсетуді ұйымдастырудағы маңызды міндеттердің бірі бекітілген халық арасында осындай науқастарды анықтау процесін ұйымдастыру болып табылады. Қазіргі уақытта созылмалы ауруларды халықтың нысаналы топтарын профилактикалық медициналық тексеру (скринингтер), сәйкес шағымдары бар науқастардың өздігінен қаралуы бойынша анықтайды [12].

Бағдарламаға қатысатын созылмалы аурулары бар науқастарды анықтап алған соң келесі кезеңде науқастарға сауалнама жүргізіледі. Сауалнама

бағдарлама туралы тұрғындардың ақпараттану деңгейін, тұрғындарға арналған бағдарлама туралы ақпараттың ең үздік арнасын, бағдарламаға қатысу-қатыспау келісімі және олардың себептерін, науқастың бағдарламаға қатысуға ынталану деңгейін және науқастың не күтетінін анықтау үшін жүргізіледі. Егер науқас бағдарламаға қатысуға келісім берсе, кейін оған тағы да оның бағдарламаға қатысуының артықшылықтарын, науқастың бағдарлама шеңберінде құқығы бар екендігін, сондай-ақ оның міндеттерін түсіндіру қажет. Бағдарламаға қатысатын науқас пен медициналық ұйым арасында Ауруларды басқару бағдарламасына қатысуға Келісім жасалады. Келісімде медициналық ұйымның да, науқастың да жауапкершілігі мен міндеттері жазылады [21].

Германияда Ауруларды басқару бағдарламасын жүргізу тәжірибесі келісім-шарт жасалған сәттен бастап денсаулық сақтау қызметкерлері клиникалық нұсқаулықтардың соңғы ұсыныстарына сәйкес адамды емдеуі, ұсынылатын ережелерді қатаң сақтауы және барлық құжаттаманы компьютерге мұқият енгізуі тиіс екенін көрсетеді. Сондай-ақ денсаулық сақтау қызметкерлерінен жеке емдеу мақсаттарын анықтау талап етіледі, бұл аурудан зардап шегетін әрбір адаммен бірге істеу керек, содан кейін жеке емдеу жоспарын әзірлеу қажет. Әрбір науқас алғашқы медициналық көмек көрсететін дәрігерге тіркелу, нақты мәселелер бойынша білім беру семинарларына бару және емханаға немесе дәрігерлік амбулаторияға үнемі бару керек [4].

Науқастарды өзіне-өзі көмек көрсетуге үйрету Ауруларды басқару бағдарламасының ажырамас бөлігі болып табылады. Медициналық қызметкерлер ауруларды басқару бағдарламасы шеңберінде сапалы медициналық көмек көрсетуде, сондай-ақ науқастарды олардың ауруы туралы және өз жағдайын жақсы басқаруды үйрету де маңызды роль атқарады.

Өзін-өзі басқару бұл науқастардың емдеу процесіне белсенді қатысуы. Өзін-өзі басқарудың мақсаты созылмалы аурудың денсаулық жағдайына және тіршілік әрекетіне әсерін төмендету. Өз-өзіне көмек көрсетуді қолдау өзіне деген сенімділікке жетуде тиімді, өзіне-өзі көмек көрсетуге және емнің нәтижесін жақсартуға әкелетін ісәрекеттерді таңдауда ақпаратты дәстүрлі беру және науқастарды оқытудан бастап оларға көмек көрсетілгенге дейінгі медициналық қызметкерлердің рөлін кеңейтеді [18]. Дәрігерлер науқасқа ауруы туралы жан-жақты ұсыныстар бергенімен, бұл науқастың өмірінде кездесетін кез-келген жағдайды толық қамти алмайды. Барлық созылмалы ауруларды амбулаториялық жағдайда науқастардың өздері белсенді ем жүргізбей сәтті емдеу мүмкін емес. Мысалы, диабетті емдеу адамнан көптеген арнайы білім мен дағдыларды талап етеді. Әрине, мұндай дағдыларды игеру үшін медициналық мамандардың қатысуымен арнайы дайындық қажет. Терапевтік оқытудың негізгі мақсаты ауру туралы ақпаратты беру ғана емес, емдік әсерді көрсету болып табылады [12].

Емханалар жанында науқастарды өз-өзіне көмек көрсету қағидаларына, өз денсаулығына дұрыс қарым-қатынас жасауға үйрететін, салауатты өмір салты бойынша ақпараттық материалдармен қамтамасыз ететін денсаулық мектептері жұмыс істейді. Денсаулық мектептері қант диабеті, жүректің ишемиялық ауруы, артериалдық гипертония, инсульттан кейінгі жағдайлар, асқазан-ішек жолдарының, онкологиялық аурулар, психикалық аурулар және т.б. созылмалы инфекциялық емес аурулары бар науқастар үшін ұйымдастырылады [16,22].

Денсаулық мектептерінде оқытудың әдіснамалық негізі арнайы әзірленетін бағдарламалар болып табылады. Бағдарламаның құрылымы көлемді нақты реттеуді және материалды баяндаудың белгілі бір дәйектілігін білдіреді. Әрбір бөлім үшін оқу мақсаттары қалыптасады және көрнекі материалдардың қажетті жиынтығы, сондай-ақ білім мен дағдыларды меңгеруге, қайталауға және бекітуге бағытталған педагогикалық тәсілдер айтылады. Науқастарды аудио-визуалды құралдар: буклет, брошюра, жадынама, алгоритмдер түріндегі көрнекі материалдармен қамтамасыз етеді.

Оқытудың негізгі түрлері топтық және жеке болып табылады. Диабет мектебі көбіне ересектермен жұмыс істеу кезінде жеке оқытудан әлдеқайда тиімді, өйткені тәжірибемен бөлісу, басқалардың жетістіктерін бақылау және осындай жетістіктерге қол жеткізуге ұмтылу мүмкіндігі пайда болады.

Теориялық білімдерден басқа, денсаулық мектептерінде міндетті түрде өзін-өзі бақылауға қатысты практикалық дағдылар беріледі. Осылайша диабет кезінде қан глюкозасын өз бетінше бақылауға, инсулинді инъекциялау техникасына, аяқты күту, дұрыс тамақтануды таңдауға, физикалық жүктемелерге және жалпы еркін өмір салтын жүргізуге үйрету қажет. Оқытудың қажетті компоненті "науқастың жеке күнделіктерімен" жұмыс істеу болып табылады. Артериалдық қан қысымы немесе қан глюкозасын өзін-өзі бақылау нәтижелерін науқас күнделікке енгізеді, ол өз бетінше емдеу және оны кейіннен дәрігермен талқылау үшін негіз болып табылады. Науқас базистік препараттардың дозасын өзі өзгерте алады немесе болашақта асқынулардың дамуына жол бермеуге мүмкіндік беретін қолайлы мәндерге қол жеткізе отырып, өзінің тамақтануын түзете алады. Білім алушылар жүргізетін күнделіктер негізінде қателерді талдау және сабақта талқылау кезінде түсініксіз қалған мәселелерді түсіндіру жүргізіледі [12].

Осылайша, науқастарды оқыту өзін-өзі бақылауды жақсартады, емделушілердің емге бейімділігін арттырады. "Денсаулық мектептерінде" оқыту нәтижесінде науқастардың өмір сүру сапасы жақсарады, ауруханаға жатқызу мен жедел медициналық жәрдем шақырулар санының төмендеуі байқалады.

Науқастарды жүргізу кезінде негізгі бақылау жасайтын мамандардың бірі учаскелік дәрігерлер болып табылады. Учаскелік дәрігерлер бағдарламаға қатысатын науқастардың негізгі қауіп факторларын анықтау; СӨС дәрігерімен бірге қауіп факторларын төмендету бойынша жеке бағдарламалар дайындау; ауруларды басқару бағдарламасы туралы науқастар

арасында түсіндіру; науқастың қатысу картасын толтыру және науқастың жеке жоспарын жасау; «Денсаулық мектептерінде» сабақ жүргізу үшін топтарды ұйымдастыру; науқасты емдеу және жүргізу үшін мультитәртіптік топқа қатысу; науқастың өзін-өзі бақылау күнделігін жүргізу және ұсыныстарға бейімділігіне мониторинг жасау; науқаспен үнемі байланыста болу; жеке жоспарға немесе көрсеткіштерге сәйкес мамандарды тексеруді, кеңес беруді ұйымдастыру; ауруларды басқару бағдарламасына қатысатын науқастар туралы деректерді жинау және талдау жұмыстарын атқарады [59].

Келісімге сәйкес медициналық ұйым бағдарламаға қатысатын науқаспен үнемі қарым-қатынас жасай отырып, науқасқа динамикалық бақылау жасайтын мультитәртәптік топ құрады. Бұл мамандар барлық топ мүшелерімен және БМСК басқа да мамандарымен тығыз жұмыс жасауы керек. Мультитәртіптік топтың құрамындағы мамандар жетекшілік ететін нозологияға байланысты бөлінеді. Мультитәртәптік топ құрамына дәрігер-терапевт немесе жалпы тәжірибе дәрігері, дәрігер-кардиолог, дәрігер-реабилитолог, дәрігер-офтальмолог, дәрігер-эндокринолог, дәрігер-диетолог немесе тамақтану сұрақтары бойынша оқытылған орта медициналық қызметкер, салауатты өмір салтының маманы, науқастарға кеңес беру және оқыту бойынша медбике, науқастарға телефон арқылы кеңес беретін медициналық қызметкер, әлеуметтік қызметкер, психолог және басқалары кіреді.

Топ мүшелерінің міндеттері шеңберіне оқыту, медициналық көмек және емдеу, ішкі ережелерді әзірлеу, іс-шаралар өткізу және мониторинг кіреді. Медицина қызметкерлерінің көпшілігі, ал кейде оларға емделушілер де көмектеседі, білім мен құзыреттілікке байланысты осы міндеттердің барлығын немесе бір бөлігін орындайды, бұл олардың білімімен едәуір дәрежеде айқындалады.

Топ мүшелерінің әрқайсысының өз мамандану саласы мен дағдылары бар. Белгілі бір санаттағы мамандар, мысалы, диабетпен ауыратын науқастың аяғын күту немесе мейірбике ісі саласында осы санаттағы қызметкерлер үшін белгіленген құқықтық және кәсіби талаптарға сәйкес жұмыс істейді. Мамандардың әрқайсысы шектеулі білімі мен құзыреттілігі бар екенін ұмытпау керек, сондықтан қажет болған жағдайларда науқасқа кеңес беруі қажет немесе басқа маманға жіберу керек [60].

Ауруларды басқару бағдарламасының соңғы кезеңі науқастар туралы алынған мәліметтерге мониторинг жасау және нәтижелерін бағалау болып табылады. Бағалау қызметі бағдарламаның маңызды бөлігі. Мониторинг дәстүрлі емдеумен салыстырғанда ауруды басқару жөніндегі бағдарламалардың тиімділігін бағалау, сондай-ақ бағдарламаларға қанағаттанушылық деңгейін анықтау. Науқастың картасы мен индикаторларды пайдалана отырып, науқастардың басқару бағдарламасына қатысуы барысында алынған барлық нәтижелерді тіркеу өте маңызды. Өзін-өзі бақылау күнделіктері ерекше рөл атқарады. Гликемияның күнделікті мониторингінің немесе артериалдық қысымды өлшеудің алынған нәтижелері,

сондай-ақ қолданылатын дәрілік заттардың дозалары, науқастың пікірі бойынша артериалдық қысым немесе глюкозаны бақылауға әсер етуі мүмкін оқиғалар, өзін-өзі бақылау күнделігіне жазылатын талдау және кейінгі әрекеттер үшін үлкен ақпарат береді. Тиісті тұрақты жазбалары бар күнделік өз бетінше де, дәрігермен кеңес беру кезінде де емдеуді түзету үшін негіз болып табылады. Өзін-өзі бақылау күнделігін жүргізбейтін емделушілерге, аурудың жақсы бақылауына қол жеткізу және оның ауруын басқару қиын.

Қазіргі уақытта диагностика мен емдеудің тиімді әдістерін дамытудың арқасында қант диабеті, артериялық гипертензия сияқты созылмалы аурулардың көпшілігі толығымен емдеуге болмайтын болса да, асқынулардың алдын алуды сенімді бақылауға және қамтамасыз етуге болады [20]. Өлім-жітім және өмір сүру мерзіміне әсерін бағалайтын зерттеулер нәтижелері, Ауруларды басқару бағдарламасына қатыспаған науқастармен салыстырғанда, бағдарламаға қатысқан науқастар тобына оң әсер еткенін көрсеткен.

Германияда Ауруларды басқару бағдарламасы 10 шақты жыл бұрын енгізілген. Жүргізілген зерттеулер нәтижесі АББ-на қатыспайтын науқастарға қарағанда Ауруларды басқару бағдарламасына қатысатын науқастар тобына оң әсер көрсеткен. Германиядағы 2 типті қант диабетіне арналған бұл бағдарлама мәліметтері науқастарды оқытуда жақсарғанын, яғни басқарушы принциптердің қатаң сақталғанын көрсетті. Бірақ та шылым шегу, семіздік немесе HbA1c бақылауда айтарлықтай жақсарулар байқалмады [27,28].

Сол сияқты АҚШ-та және Финляндияда өткізілген Ауруларды басқару бағдарламасы шеңберінде гипертонияны басқару зерттеулеріне қатысты, олар инсульт жиілігінің төмендеуін, оның ерлер арасында таралуын анықтады. Зерттеушілер бұл нәтижелерді гипертонияны бақылауда барлық ресурстардың науқастардың өздерін, олардың туыстарын, медицина қызметкерлерін, сондай-ақ санитарлық ағарту, соның ішінде бұқаралық ақпарат құралдарының белсенді қатысумен байланыстырды [42,47].



## Тұжырымдама

1 Денсаулық сақтау ұйымының деректеріне сәйкес, жұқпалы емес аурулардың салдарынан уақытынан бұрын өлу көрсеткіші жылына 15 млн. адамды құрайды. Global Burden of Disease Collaborative Network бағалауларына сүйенсек, Қазақстанда 2016 жылы өлім-жітім құрылымындағы СЖЕА үлесі 84,1%-ды, жарақаттар 10,4%-ды, жұқпалы, анандан берілетін, неонатальды және тағам аурулары 5,5%-ды құрады. Бұл аурулардың, бірінші кезекте жұқпалы емес аурулардың таралуына тәуекел факторлары себепші болады. Қазақстанда 15-49 жастағы өлім-жітімдердің ең көп саны ішімдік ішу мен темекі шегуге тиесілі.

2 Түркістан өңірі тұрғындарының өлімінің негізгі себептеріне мыналар жатады: жүрек-қан тамыр аурулары, кәрілік, ісік, қайғылы оқиғалар. Зерттеудің жалпы популяциясында көрсеткіш басқаларға қарағанда жиі кездеседі және әйелдерде де, ерлерде де бірдей (тиісінше 61,4% және 62,5%;  $\chi^2=8,401$   $P=0,05$ ). Жаспен жалпы холестерин арасында статистикалық маңыздылығы жоғары деңгейдегі корреляциялық байланыс ( $p=0,001$ ) анықталынды, Пирсон корреляциясы көрсеткіші = 0,292 тең. Салыстырмалы талдау кезінде тәуекел факторлары мен ұлттық тиістілігінің үйлесімінде статистикалық маңызды өзгерістер анықталған жоқ. СЖЕА-ны қалыпты бақылауға кері әсер ететін жас ерекшелгі (егде жас), қан қысымының жоғарлығы, отбасы жағдайы (жалғызбастылық, яғни әлеуметтік қолдау маркерінің жоқтығын) айқындалады. Жүрек-қан тамырларының ауруы мен өкпе ауруларының салыстырмалы қауіп-қатерлеріне сандық тұрғыдан баға берілмеген еді, алайда, темегі шегуге қарағанда қауіп-қатерлерді айтарлықтай төмендетудің жоғары ықтималдығы бар;

3 - қауіп факторларын түзету бойынша медициналық көмек көрсету жұқпалы емес аурулар бөлімшелерінде және кабинеттерінде денсаулық орталықтарының алдын алу);  
- функционалдық жағдайын бағалау бойынша медициналық көмек көрсету факторларын диагностикалау және түзетуденсаулық орталықтарына бару кезіндегі аурулар;  
- иммунопрофилактика және вакцинация әдістерін жетілдіру тарату мен таратуды шектеуге бағытталған  
- алкоголь мен темекі тұтынуды төмендету;  
- салауатты өмір салтын жүргізуге уәждемені қалыптастыру (ұйымдар дұрыс тамақтану, қозғалыс белсенділігі режимі, зиянды заттардан бас тарту медициналық ұйымдарда, оның ішінде денсаулық орталықтарында (балалар), медициналық кабинеттер мен

салауатты өмір салты негіздеріне оқытуды қоса алғанда, оның ішінде денсаулық мектептері;

- денсаулықты сақтау және нығайту мәселелері бойынша кеңес беру, аурулардың алдын алу;

СЖЕА жүргізу дегеніміз осы ауруларды анықтауды, скринингті және емдеуді және барлық мұқтаж адамдар үшін паллиативтік көмекке қол жеткізуді қамтиды. СЖЕА-ға қатысты тиімділігі жоғары негізгі іс-шаралар алғашқы медициналық-санитариялық көмек базасында жүзеге асырылуы мүмкін, бұл ерте анықтауды және уақытылы емдеуді нығайтуға мүмкіндік береді. Нақты деректерге сүйене отырып, егер олар уақытылы жүргізілетін болса, мұндай іс-шаралар экономикалық тұрғыдан жақсы инвестиция болып табылады, өйткені олар қымбат емделуге деген қажеттілікті азайтуы мүмкін..

### **Зерттеу жұмысының нәтижелері**

Тақырыпқа сәйкес PubMed, MEDLINE, The Cochrane Library, Google Scholar дерекқорларынан созылмалы жұқпалы емес аурулардың аурушандық көрсеткіші мен қауіп-қатер факторларына байланысты отандық және шетел әдебеттерінен 160 мақала қарастырылды.

Зерттеу жұмысына Түркістан облысы Шымкент, Кентау, Түркістан қалаларынан 64 ер және 86 әйел адамы, барлығы 150 адам қатысты. Респонденттердің ішінде ерлердің де, әйелдердің де жасы 25-пен 64 жасқа дейін болды. Респонденттердің 50% - ы 34,6-тен 55,7 жасқа дейін болды . Отбасылы (некеде) 68,8 ер адам және 56,3 әйел адам кездейсоқ таңдалды. Білімі бойынша жоғары білімді 40,6 орта және арнайы орта білімді 52 адам алынды.

## Қорытынды

Қорытындылай келе, созылмалы инфекциялық емес аурулар қазіргі заманғы денсаулық сақтаудың өзекті мәселелерінің бірі болып қала береді. Халықаралық деңгейде және Қазақстан көлемінде СЖЕА-ның таралуын зерттеу нәтижесінде Қазақстанда 2016 жылғы (1-кесте) статистикалық деректерге сүйенсек ЖҚА-дың жалпы өлім көрсеткіші 41%-ы, 2018 жылғы обырды зерттеу жөніндегі халықаралық агенттік мәлімдемесінде қатерлі ісіктер 15%-ы, 2016 жылы тыныс алу жүйесінің аурулары 2%-ы өлімнің себепшісі болды. Америка Құрама Штаттарында 2010 жылғы ДДҰ сараптамасында жалпы өлімнің 29%-ы жүрек қан-тамыр жүйесінің ауруларына, 24%-ы қатерлі ісіктерге, 6%-ы тыныс алу жүйесінің ауруларына тиесілі. Еуропа елдерінде 2009 жылы ЖҚА-51% -ды, ҚІ-20% -ды, ТЖА- 4% -ды көрсеткен. Ресей Федерациясында 2015 жылғы зерттеулер нәтижесінде ЖҚА-48,7%-ы, ТЖА-4%-ы, 2018 жылы обырды зерттеу жөніндегі халықаралық агенттік мәлімдемесінде ҚІ 25 %-ы өлім-жітімге әкелген. Қытай Халық Республикасында 2010 жылы ЖҚА-42%-ы, ҚІ-26%-ы, ТЖА-11% -ы жалпы өлімді құраған [5,6,7].

Қазақстанда 2018 жылғы статистикалық дерек бойынша созылмалы жұқпалы емес аурулардың аурушандық көрсеткіші-76%-ды құрап отыр. Өлім-жітім көрсеткіші 100000 адамға шаққанда қатерлі ісіктер 82,89 ,қан айналым жүйесінің аурулары 167,28 және тыныс алу жүйесінің аурулары 86,92 құрап отыр [4].

Сондай-ақ 2016 жылы В.Ю Байсугурованың зерттеу жұмысында Алматы қаласының тұрғындарын зерттеу нәтижесінде қауіп-қатер факторларының жоғары көрсеткіштері анықталды[9]. Зерттеуге 1600 адам қатысты, оның ішінде 800 ер, 800 әйел адам қатысты. Жаңа піскен жемістер мен көкөністерді тұтыну (83,3%), шамадан тыс артық салмақ (42%), қандағы холестерин жоғарылаған деңгейі (38,8%), көп мөлшерде тұзды пайдалану (35.1%), физикалық дене белсенділігінің төмендігі (33,4%), қантты артық мөлшерде тұтыну(31.9%) көп мөлшерде екені анықталды. Темекі шегудің таралуы ерлерде 31,3%-ды, әйелдерде 9,7%-ды құрады. Ерлер арасында артериялық гипертония таралуы 21,1 %, әйелдер арасында 26,4%-ды көрсетті. Алкогольді ішімдіктерді тұтыну 38,8%-ды құрады [9].

Адамның өмір сүру салты денсаулық жағдайын 50-55% - ға әсер етуі анықталды [10].

Экологиялық қолайсыз аймақта (Түркістан облысы) созылмалы жұқпалы емес аурулардың аурушандық көрсеткіштерін анықтап қауіп-қатер факторларын бақылау мен басқару бойынша жас және холестерин ( $p=0,001$  Пирсон корреляциясы=148) деңгейінің арасында коррелятивті байланыс анықталған болатын. Сонымен қатар АГ және ХС деңгейінің арасында кері коррелятивті байланыс анықталды ( $p=-0,004$  Пирсон корреляциясы=-0.963), ал АГ және ТГ арасында керісінше оң нәтиже байқалды ( $p=0,004$  Пирсон корреляциясы=0.963). Сонымен қатар ТГ деңгейі ұлтпен де байланыс

көрсетті, бірақ бұл жолы кері байланыс ( $r=-0,007$  Пирсон корреляциясы= $-0.932$ ). Ендігі кезекте қауіп қатер факторларға келетін болсақ темекі және ХС ЛПЖТ екеуінің арасында өте жоғары байланыс анықталды.

Көптеген отандық және шетелдік зерттеулерді талдау созылмалы инфекциялық емес аурулардың көпшілігінің алдын алуға болатынын растады. созылмалы жұқпалы емес аурулардың (СЖЕА)алдын алу үшін күн тәртібін (еңбек, демалыс) сақтау; темекі шегуден жәнеалкогольді шектен тыс пайдаланудан бас тарту, дене белсенділігіменайналысу, ұтымды теңгерімді тамақтану тағам құрамына дәрумендер,ақуыздар, теңіз өнімдерін қосу, ал, қаныққан майлар мен ас тұзынтұтынуды шектеу), дене салмағын нормада ұстап тұру сияқты мінез-құлықәдеттерін қалыптастыруы тиіс. Сондықтан халықтың денсаулығын сақтаубүкіл қоғамның сау болуына өз септігін тигізеді. Осыған орай арнайы Ауруларды басқару бағдарламасы жасалынған болатын және де оның басты тиімділігі науқастың өз денсаулығына деген жауапкершілігі артады, өз жағдайын бақылау арқылы аурудың асқынуына жол бермеуді үйренеді, мультитәртіптік топ мамандарымен жүйелі байланыс орнатып, олардың кеңестеріне бейімделіп, жағдайын жақсартта алады. Бұл бағдарлама бастапқы медициналық көмек жүйесіне, жедел жәрдемге, ауруханаларға түсетін жүктемені азайтуға ықпал етеді. Ең бастысы науқастың өмір сапасын арттыруға, өмір-жасын ұзартуға мүмкіндік береді. Ауруды басқару бағдарламаларын енгізу созылмалы инфекциялық емес аурулардың үздік көрсеткіштеріне ықпал етеді, бірақ бұл науқастың ғана емес, бүкіл денсаулық сақтау жүйесінің күш жігерін талап етеді.

## Пайдаланылган әдебиеттер тізімі

1. Оганов Р. Г. и др. Значение сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний для здоровья населения России //Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2015. – Т. 5. – №. 2. – С. 3-7.
2. Грузева Т. С. Борьба с хроническими неинфекционными заболеваниями: Европейский и украинский контекст //Здоровье—основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. – 2016. – Т. 8. – №. 1.
3. Актаева Л.М., Гаркалов К.А., Кулкаева Г.У. Внедрение программ управления заболеваниями в практическое здравоохранение: Методические рекомендации. Астана: 2013. 39 с.
4. Кулкаева Г. У. Методы управления собственным здоровьем //Международный научно-исследовательский журнал. – 2015. – №. 9 (40) Часть 4. – С. 52-53.
5. Kvaavik E. Influence of Individual and Combined Health Behaviors on Total and Cause-Specific Mortality in Men and Women. Archives of Internal Medicine. 2016;170(8):711. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2010.76>
6. Khaw K-T, Wareham N, Bingham S, et al. Correction: Combined Impact of Health Behaviours and Mortality in Men and Women: The EPIC-Norfolk Prospective Population Study. PLoS Medicine. 2008;5(3):e70.<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050070>
7. Nusselder WJ, Franco OH, Peeters A, Mackenbach JP. Living healthier for longer: Comparative effects of three heart-healthy behaviors on life expectancy with and without cardiovascular disease. BMC Public Health. 2017;9(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-487>
8. O'Doherty MG, Cairns K, O'Neill V, et al. Effect of major lifestyle riskfactors, independent and jointly, on life expectancy with and without cardiovascular disease: results from the Consortium on Health and Ageing Network of Cohorts in Europe and the United States (CHANCES). European Journal of Epidemiology. 2016; 18;31(5):455-468.<https://doi.org/10.1007/s10654-015-0112-8>
9. Loef M, Walach H. The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: A systematic review and meta-analysis. Preventive Medicine. 2017;55(3):163-170. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.06.017>
10. Yun JE, Won S, Kimm H, Jee SH. Effects of a combined lifestyle score on 10-year mortality in Korean men and women: a prospective cohort study BMC Public Health. 2017;12(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-673>
11. Van Dam RM, Li T, Spiegelman D, et al. Combined impact of lifestyle factors on mortality: prospective cohort study in US women. BMJ. 2017; 337(sep16 2):a1440-a1440. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1440>
12. Nechuta SJ, Shu X-O, Li H-L, et al. Combined Impact of Lifestyle-Related Factors on Total and Cause-Specific Mortality among Chinese Women:

Prospective Cohort Study. Khaw K-T, editor. PLoS Medicine. 2015;7(9): e1000339. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000339>

13. Carlsson AC, Wändell PE, Gigante B, et al. Seven modifiable lifestyle factors predict reduced risk for ischemic cardiovascular disease and all-cause mortality regardless of body mass index: A cohort study. *International Journal of Cardiology*. 2017;168(2):946-952. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2012.10.045>

14. Nothlings U, Ford ES, Kroger J, Boeing H. Lifestyle factors and mortality among adults with diabetes: findings from the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition-Potsdam study. *Journal of Diabetes* 2014;2(2):112-117. <https://doi.org/10.1111/j.1753-0407.2010.00069.x>

15. Mozaffarian D, Kamineni A, Carnethon M, et al. Lifestyle Risk Factors and New-Onset Diabetes Mellitus in Older Adults. *Archives of Internal Medicine* 2019;169(8):798. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2009.21>

16. Абирова Ж. М., Аимбетова Г. Е., Байсугурова В. Ю. Научно-обоснованные подходы к развитию концепции управления здоровьем в современных условиях // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2014. – №. 2-4.

17 Hansen L.J., de Fine-Olivarius N., Siersma V. 16-year excess all-cause mortality of newly diagnosed type 2 diabetic patients: a cohort study // *BMC Public Health*. - 2016.- №1. – P. 400-402.

18 Кудрякова С.В., Сунцов Ю.И. Некоторые данные регистра сахарного диабета // Проблемы эндокринологии. – 2015 – Т. 40, №1 – С. 4-6.

19 Дедов И.И., Сунцов Ю.И., Кудрякова С.В. О регистре сахарного диабета // Проблемы эндокринологии. – 2016. – Т. 41, №3 – С.4-7.

20 Reunanen A. Mortality in type 2 diabetes // *AnnClinRes*. – 2017. - №15.– P. 26-28.

21 Сунцов Ю.И., Дедов И.И., Кудрякова С.В. Государственный регистр сахарного диабета: эпидемиологическая характеристика инсулиннезависимого сахарного диабета // Сахарный диабет. –2016. – Т.1, №1. – С. 41-43.

22 Информация ВОЗ: 10 ведущих причин смерти в мире // Информационный бюллетень ВОЗ - 2016 – [Электронный ресурс] URL: <http://apps.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/ru/index1.html>

23 WorldHealthOrganization - NoncommunicableDiseases (NCD) CountryProfiles - 2018. – [Электронный ресурс] URL: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2018/en/>

24 Новейшая статистика сердечно-сосудистых заболеваний // КМ Здоровье. – 2017. – [Электронный ресурс] URL: <http://health.km.ru/8D6BE1EF695B4C3487751E61E4846C21/>

25 Danchin N, Urban P, De Benedetti E. Acute myocardial infarction: pre-hospital and in-hospital management. The Task Force on Management of Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology // *Eur. Heart. J.* – 2015. - Vol. 17. - P. 43-63.

26 Wang T. J., Gona P., Larson M. G. Multiple biomarkers for the prediction of first major cardiovascular events and death // N. Engl. J. Med. – 2018. - №355(25). – P. 2631–2639.

27 Информация ВОЗ: Сердечно-сосудистые заболевания. Информационный бюллетень №317. – 2015. - [Электронный ресурс] URL: [https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

28 Бармагамбетова А. Т. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний среди жителей стран СНГ // Вестник КазНМУ. - 2017. - № 2. - С. 11.

29 Демографический ежегодник России. Официальное издание 2015. – М.: Федеральная служба государственной статистики (Росстат), 2010. - 525 с.

30 Нартаева А.Е., Алшириева У.А., Нурахунов Р.А. Частота, осложнения и морфологическая характеристика инфаркта миокарда // Вестник КазНМУ. – 2019. - №1. – С. 35-36.

31 Люсов В.А., Волов Н.А., Гордеев И.Г. Инфаркт миокарда. - М.: Литера, 2015. - 240 с.

32 Yusuf S., Hawken S., Ounpuu S, Dans T., Avezum A., Lanas F., McQueen M. INTERHEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study // Lancet. – 2018. - 364(9438). – P. 937-952.

33 Ботабекова А.К., Кауызбай Ж.А., Бекмурзаева Э.К., Азизова А.А., Сметова Р.А., Корганбаева Х.Т. Роль погодно-климатических факторов в повышении риска летальности от острого инфаркта миокарда в Южно-Казахстанской области // Матер. конф.: «Членство в ВТО: перспективы научных исследований и международного рынка технологий». – Павлодар, 2016. – С. 358-363.

34 Capewell S. Trends in case-fatality in 117,718 patients admitted with acute myocardial infarction in Scotland // European Society of Cardiology. – 2017. - №21. – P. 1833-1840.

35 Cleland J.F.G., McGowan J. Heart Failure due to Ischaemic Heart Disease: Epidemiology, Pathophysiology and Progression // J Cardiovasc Pharmacol. – 2018. - №33. – P.17-29.

36 Рыжова Т.А., Бичан Н.А. Структура факторов риска и особенности течения инфаркта миокарда у женщин пожилого и старческого возраста // МвК. - 2017. - №3. – С. 6-11.

37 Chen D.Y. Predictors of subsequent myocardial infarction, stroke, and death in stable post-myocardial infarction patients: A nationwide cohort study // Eur Heart J Acute Cardiovasc Care. - 2017. // <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28895425/> - doi: 10.1177/2048872617730037

38 Батыралиев Т.А., Ниязова Карбен З.А., Сидоренко Б.А. Экстренная коронарная ангиопластика при остром инфаркте миокарда: проспективное 6-месячное наблюдение // Кардиология. – 2017. – № 11. – С. 35–39.

- 39 Antman E.M., Hand M., Armstrong P.W. Focused Update of the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of Patients with ST-Elevation Myocardial Infarction // J. Am. Coll. Cardiol. –2016. – Vol. 51. – P. 210–247.
- 40 Ralph L. AHA/ASA Guidelines. Guidelines for Prevention of Stroke in Patients With Ischemic Stroke or Transient Ischemic Attack // Stroke. – 2016. - №37.– P. 577.
- 41 Верещагин Н.В. Недостаточность кровообращения в вертебробазилярной системе // Consiliummedicum, журнал доказательной медицины для практикующих врачей. – 2015. – Т.5. - № 2. – С. 56-61.
- 42 Острые нарушения мозгового кровообращения // Бюллетень ГСВ. – 2018. -№5. – С. 17.
- 43 Скворцова В.И., Соколов В.И., Шамалов Н.А. Артериальная гипертония и цереброваскулярные нарушения // Журнал неврологии и психиатрии. - 2019. – №11. – С. 57-64.
- 44 Боголюбов В.М., Хостикоева З.С. Электрическое поле высокой частоты и электросон в лечении больных после инсульта в позднем восстановительном периоде // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2016. - №3. – С. 3-8.
- 45 Доклад ВОЗ. Информационный бюллетень №310. – 2014. - [Электронный ресурс] URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/ru>.
- 46 Feigin V.L., Lawes C.M., Bennett D.A. et al. Worldwidestroke incidence and early case fatality reported in 56 population-based studies: a systematic review // Lancet Neurol. - 2019. - №4. – P. 355-369.
- 47 Wang W. Prevalence, Incidence, and Mortality of Stroke in China: Results from a Nationwide Population-Based Survey of 480 687 Adults // Circulation. – 2017. - №21. – P. 759-771.
- 48 Gan Y. Prevalence and risk factors associated with stroke in middle-aged and older Chinese: A community-based cross-sectional study // Scientific Reports. – 2017. - №7. – P. 9501-9503.
- 49 Al-Rubeaan K. Ischemic Stroke and Its Risk Factors in a Registry-Based Large Cross-Sectional Diabetic Cohort in a Country Facing a Diabetes Epidemic // J. Diabetes Res. – 2016. - №4. – P. 1-9.
- 50 Venketasubramanian N. Prevalence of stroke among Chinese, Malay, and Indian Singaporeans: a community-based tri-racial cross-sectional survey // Stroke. – 2015. - №36(3). – P. 551-556.
- 51 Mozaffarian D. Heart Disease and Stroke Statistics-2016 Update: A Report From the American Heart Association // Circulation. – 2016. - №133. – P.380–360.
- 52 Hanchaiphiboolkul S. Prevalence of stroke and stroke risk factors in Thailand: Thai Epidemiologic Stroke (TES) Study // Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet thangphaet. – 2016. - №94. – P. 427–436.
- 53 Boix R. Stroke prevalence among the Spanish elderly: an analysis based on screening surveys // BMC neurology. – 2016. - №6.- P. 36-43.



54 Orlandi G. Prevalence of stroke and transient ischaemic attack in the elderly population of an Italian rural community // European journal of epidemiology. – 2017. - №18. – P.879–882.

55 Geddes J.M. Prevalence of self-reported stroke in a population in northern England // Journal of epidemiology and community health. – 2016. - №50. – P.140–143.

56 Radisauskas R., Malinauskiene V., Milinaviciene E. Trends in the Attack Rates, Incidence, and Mortality of Stroke during 1986-2012: Data of Kaunas (Lithuania) Stroke Registry // PLoS One. - 2016. - Vol.11(4). - <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0153942> - doi: 10.1371/journal.pone.0153942

57 Скворцова В.И. Снижение заболеваемости, смертности и инвалидности от инсультов в Российской Федерации. - М: Литера, 2018. – 194 с.

58 Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В., Киликовский В.В., Айриян Н.Ю. Эпидемиология инсульта в России // Матер. 1-го Российского междунар. конгресса: цереброваскулярная патология и инсульт. – Москва, 2019. – С. 108-114.

59 Верещагин Н.В., Гулевская Т.С., Миловидов Ю.К. Приоритетное направление научных исследований по проблеме ишемического нарушения мозгового кровообращения // Журн. Невропатол. и психиат. – 2015. - №90. – Р. 3-8.

60 Айриян Н.Ю. Анализ данных эпидемиологического мониторинга инсульта в Российской Федерации: автореф. ... канд.мед.наук: 05.13.01 - Москва, 2016. - 24 с.

61 Рябова В.С., Смирнов В.Е. Отдаленные исходы мозгового инсульта по материалам 12-летнего проспективного исследования // Журн, невропатол. и психиат. – 2015. - №91. – С.14-17.

62 Стаховская Л.В., Ключихина О.А., Богатырева М.Д., Коваленко В.В. Эпидемиология инсульта в России по результатам территориально-популяционного регистра (2009-2010) // Журн. неврол. и психиат. - 2015. - №5. – С. 4-10.

63 Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. - М.: Медицина, 2018. - 328 с.

64 Жусупова А.С. Инсульт - глобальная проблема отечественной неврологии. Казахстан // Человек и Лекарство. – 2016. - №3. – С. 6-9.

65 Еркебаева С. К., Нургужаев Е. С., Гафуров Б. Г., Жаркинбекова Н. А., Абасова Г. Б. Эпидемиология и климатогеографические факторы риска церебрального инсульта в Южно-Казахстанской области// Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2017. - №113(3). – С.3-8.

66 Соловьёва Н. А., Совершаева С. Л., Ишекова Н. И. Физиологические аспекты избыточной массы тела и ожирения // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015. - №10. – С. 69-70.

67 Seidell J.S. The worldwide epidemic of obesity. In Progress in obesity research. 8th International congress on obesity. B. Guy-Grand, G. Ailhaud, eds. – London: John Liddey & Compani Ltd, 2015. – 661 p.

68 Родионова Т.И., Тепаева А.И. Ожирение – глобальная проблема современного общества // ScientificJournal. - 2017. - №12. - P. 132-136.

69 Тепаева А. И. Качество жизни пациентов, страдающих избыточным весом и ожирением: результаты социологического анализа // Эндокринология. – 2017. - №05. – С. 53-55.

70 Ожирение и избыточный вес [Электронный ресурс]: информ. бюллетень № 311 // Всемирная организация здравоохранения. – 2018. – URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/ru/>. Дата публикации: 16 февраля 2018 г.

71 Глобальная стратегия ВОЗ в области рациона питания, физической активности и здоровья. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2014. –С.18.

72 A strategy for Europe on nutrition, overweight and obesity-related health issues. – Brussels, European Commission, 2017. –P. 630.

73 Гинзбург М.М., Крюков Н.Н. Ожирение. Влияние на развитие метаболического синдрома. Профилактика и лечение - М.: Медпрактика, 2012.–С. 182.

74 World Health Organization, Geneva, WHO, 2015 г. URL: [https://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2015/en/](https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2015/en/)

75 J.Hypertens. Guidelines Committee. 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for management of arterial hypertension // J. Hypertens. – 2016. – Vol. 21. – P. 1011-1053.

76 Шалхарова Ж.С., Шалхаров С.Ш., Аскарлова С.С. и другие. Клиническая характеристика больных метаболическим синдромом // Актуальные вопросы медицины: сб. мат. - Кентау, 2014. - С. 44-53.

77 Bray G.A., Bouchard C., James W.P. Handbook of obesity. - New York: Marcel Dekker, 2011. – P. 414.

78 F. Xavier Pi-Sunyer, M.D., M.P.H. Diane M. Becker, Sc.D., M.P. Hand Robert J. Garrison, PhD. National Heart, Lung, and Blood Institute/National Institutes of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults. The evidence report.- Bethesda: National Institutes of Health, 2017. – P. 228.

79 Bogers R.P., Bemelmans W., Hoogenveen R.T. Association of Overweight With Increased Risk of Coronary Heart Disease Partly Independent of Blood Pressure and Cholesterol Levels. A Meta-analysis of 21 Cohort Studies Including More Than 300 000 Persons // Arch Intern Med. – 2017. - №167(16). – P.1720-1728.

80 10 facts on obesity. WHO, 2013 // <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/en/index.1.html> URL: <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/en/index.1>]. October, 2017.

- 81 Stamler R., Stamler J., Riedlinger W.F. Weight and blood pressure. Findings in hypertension screening of 1 million Americans // *J. Am. Med. Assoc.* – 2016. – Vol.240. – P. 1607–1611.
- 82 Neeland I.J., Poirier P., Després J.P. Cardiovascular and Metabolic Heterogeneity of Obesity: Clinical Challenges and Implications for Management // *Circulation.* – 2018. - №137(13). – P.1391-1406.
- 83 Souza L.G., Jardim T.V., Rezende A.C. Predictors of overweight/obesity in a Brazilian cohort after 13 years of follow-up // *Nutr J.* – 2018. - №17(1). – P.10.
- 84 Zhou H., Wang K., Zhou X., Ruan S., Gan S., Cheng S., Lu Y. Prevalence and Gender-Specific Influencing Factors of Hypertension among Chinese Adults: A Cross-Sectional Survey Study in Nanchang, China // *Int J. Environ Res Public Health.* – 2018. - №15(2). – doi: 10.3390/ijerph15020382.
- 85 Бердығалиев А.Б., Чуенбекова А.Б., Кайнарбаева М.С., Бькыбаева С.А., Сержанова Г.Н., Аскарров Д.М. Изучение распространенности избыточной массы тела и ожирения среди женщин в Казахстане // *Вестник КазНМУ.* - 2015. - № 1. – С. 409-414.
- 86 Тажибаев Ш.С. Здоровое питание – основа профилактики избыточной массы тела и ожирения (Модуль 1). – Алматы: «Паритет». 2015. – 40 с.
- 87 McGee D.L. Diverse Populations Collaboration. Body mass index and mortality: a meta-analysis based on person-level data from twenty-six observational studies // *Ann Epidemiol.* – 2015.- №15(2).- P.87-97.
- 88 Ekelund U., Ward H.A., Norat T. Physical activity and all-cause mortality across levels of overall and abdominal adiposity in European men and women: the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition Study (EPIC) // *Am J Clin Nutr.* – 2015. - №101(3). – P. 613-621.
- 89 Zalesin K.C., Franklin B.A., Miller W.M. Impact of obesity on cardiovascular disease // *Med Clin North Am.* – 2011. - №95(5). – P.919-937.
- 90 Zalesin K.C., Franklin B.A., Miller W.M. Impact of obesity on cardiovascular disease // *Endocrinol Metab Clin North Am.* – 2018. - №37(3). – P. 663-684.
- 91 Williamson D.F., Thompson T.J., Thun M. Intentional weight loss and mortality among overweight individuals with diabetes // *Diabetes Care.* – 2017. - №23(10). – P. 1499-1504.
- 92 Britton K.A., Massaro J.M., Murabito J.M., Kreger B.E. Body fat distribution, incident cardiovascular disease, cancer, and all-cause mortality // *J Am Coll Cardiol.* – 2015. - №62(10). – P. 921-925.
- 93 Narkiewicz K. Obesity and hypertension – the issue is more complex than we thought // *Nephrol. Dial. Transplant.* – 2016. – Vol. 21(2). – P. 264-267.
- 94 Thomas F., Bean K., Pannier B. et al. Cardiovascular mortality in overweight subjects. The key role of associated risk factors // *Hypertension.* – 2015. - Vol. 46. – P. 654-663.
- 95 Stabouli S., Papakatsika S., Rizos Z., Parati G. Nesfatin-1 role in remodeling of the left ventricle myocardium in patients with arterial hypertension and obesity // *Hypertens Res.* – 2010. - №33(5). – P.386-393.

96 Лупанов В.И. Ожирение как фактор риска развития сердечно-сосудистых катастроф // Российский медицинский журнал. -2013. -Т.11, №6.- С.18-24.

97 Лопакова М.А. Ожирение и артериальная гипертензия у женщин с климактерическим синдромом // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: матер. 55 науч. конф. молодых ученых и студентов УГМА.- Екатеринбург, 2018.- №6.-С.78-79.

98 DeSá C.A., CorraloV., FachinetoS., SchmidtC.L., CezarM.A., RibeiroC.G.Obesity, hypertension, and socioeconomic status in western Santa Catarina, Brazil // RevSaludPublica. – 2014. - №16(2). – P.184-194.

99 Liu X.The Second School of Clinical Medicine (Zhongnan Hospital), Wuhan University, Wuhan, People's Republic of China. Overweight, obesity and risk of all-cause and cardiovascular mortality in patients with type 2 diabetes mellitus: a dose-response meta-analysis of prospective cohort studies//Eur J Epidemiol. – 2015. - №30(1). – P. 35-45.

100 Mansia G1, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R.Guidelines Committee. 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for management of arterial hypertension // J. Hypertens. – 20183. – Vol. 21. – P. 1011-1053.

101 Chou W. Impact of weight change since age 20 and cardiovascular disease mortality risk: the Ohsaki Cohort Study // Circ J. – 2017. - №77(3). – P.679-686.

102 Васильева М.В., Новикова А.А. Изучение распространения болезни ожирения в современном мире. Биомедицинская инженерия и электроника // Медицина и здравоохранение. – 2017. - №2(4). – С. 61.

103 Родионова Т.И., Тепаева А.И. Ожирение – глобальная проблема современного общества // Фундаментальные исследования. – 2018. – № 12-1. – С. 132-136.

104 Новикова А.А., Васильева М.В. Изучение распространения болезни ожирения в современном мире. Биомедицинская инженерия и электроника // Медицина и здравоохранение. – 2013. - №2(4). – С. 51-54.

105 AshwellM. Thehealthofthenationtargetforobesity // Int. J. Obes. –2016. – Vol.18. – P. 837–840.

106 Яшков Ю.И. Этапы развития хирургии ожирения // Вестник хирургии. – 2013. –№ 3.– С. 132-136.

107 Barry V. Fitness vs. fatness on all-cause mortality: a meta-analysis // Prog Cardiovasc Dis. – 2014. - №56(4). – P. 382-390.

108 Banegas J.R., López-García E., Gutiérrez-Fisac J.L. A simple estimate of mortality attributable to excess weight in the European Union // Eur J Clin Nutr. – 2013. - №57(2). – P.201-208.

109 Fontana L., Hu F.B. Optimal body weight for health and longevity: bridging basic, clinical, and population research // Aging Cell. – 2014. - №13(3). – P. 391-400.

- 110 Park D.W., Kim Y.H., Yun S.C. Association of body mass index with major cardiovascular events and with mortality after percutaneous coronary intervention // *Circ Cardiovasc Interv.* – 2013. - №6(2). – P.146-153.
- 111 Бутрова С.А. Терапия ожирения. – М.: Медицинское информационное агентство, 2015. – 406 с.
- 112 Гинзбург М.М., Крюков Н.Н. Ожирение. Влияние на развитие метаболического синдрома. Профилактика и лечение. – М.: Медпрактика-М, 2015. – С. 128.
- 113 Гинзбург М. М. Программа доктора Гинзбурга. – М.: Изд-во Эксмо, 2019. – 408 с.
- 114 Brown T., Avenell A., Edmunds L.D. Systematic review of longterm lifestyle interventions to prevent weight gain and morbidity in adults. - Oxford, UK: UK: Obesity reviews, 2019. - doi: 10.1111/j.1467-789X.2009.00641.x.
- 115 Глобальная стратегия ВОЗ в области рациона питания, физической активности и здоровья. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2014. – С. 41.
- 116 Сидоров П.И. Коррекция избыточной массы тела: Руководство для врачей. – М.: МЕД пресс-информ, 2014. –С. 144.
- 117 A strategy for Europe on nutrition, overweight and obesity-related health issues. – Brussels: European Commission, 2017. - P. 220-229
- 118 Kalishina A.M., Chazova L.V., Shchepkin V.V., Panfilova O.A., Nazarkina L.A. Prognostic significance of body weight and the possibility of dietary correction of obesity in male Moscow residents aged 40-59 years // *Vopr Pitan.* – 2015. - № (2). – P.22-27.
- 119 Stevens J. Associations of fitness and fatness with mortality in Russian and American men in the lipids research clinics study// *Int J Obes Relat Metab Disord.* – 2014. - №28(11). – P.1463-1470.
- 120 Padwal R., Leslie W.D., Lix L.M., Majumdar S.R. Relationship Among Body Fat Percentage, Body Mass Index, and All-Cause Mortality: A Cohort Study. // *Ann Intern Med.* – 2016. - №8. – P. 531-41.
- 121 Sidorenkov O., Nilssen O., Grjibovski A.M. Metabolic syndrome in Russian adults: associated factors and mortality from cardiovascular diseases and all causes // *BMC Public Health.* – 2010. - №10. – P. doi:10.1186/1471-2458-10-582.
- 122 Sidorenkov O., Nilssen O., Brenn T., Martiushov S., Arkhipovsky V.L., Grjibovski A.M. Prevalence of the metabolic syndrome and its components in Northwest Russia: the Arkhangelsk study// *BMC Public Health.* – 2010. - №10. – P. doi:10.1186/1471-2458-10-23.
- 123 Bussolo M. Shared Prosperity: Paving the Way in Europe and Central Asia. - Washington DC: World Bank, 2014. - P. doi:10.1596/978-1-4648-0230-0.
- 124 Moiseyenko I., Prystupa L., Garbuzova V., Pogorielova O., Opolonskaya N. Distribution of genotypes of c825t polymorphism  $\beta$ 3-subunit g-protein gene in patients with arterial hypertension according the degree of obesity // *GeorgianMedNews.* – 2015. - №244-245. – P. 36-40.

125 Вартамян Ф.Е., Гэн Цин Джу, Рожецкая С.В. Курение и здоровье населения // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. - 2012. - № 3. - С. 32-42.

126 Stokes J., Kannel W.B., Wolf P.A. The relative importance of selected risk factors for various manifestations of cardiovascular disease among men and women from 35 to 64 years: 30 year follow-up in the Framingham study // Circulation. – 2011. - №75. – P.65-73.

127 Kannel W.B., McGee D.L., Castelly W.P. Latest prospective on cigarette smoking and coronary heart disease. The Framingham Study // J. Cardiac Rehabilitation. - 2015 - № 4. - P. 267.

128 Kawachi J., Colditz G.A., Stempfer M.J. Smoking cessation and decreased risk of total mortality, stroke, and coronary heart disease incidence in women: A prospective cohort study. National Cancer Institute. Changes in Cigarette-Related Disease Risk and Their Implications for Prevention and Control. NCI Smoking and Tobacco Control Monograph 8.– WashingtonDC: NCI, 2017. – 565 p.

129 ВОЗ/Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака. Российская Федерация: страновой отчет. – М.: РГБ, 2019. – С 185.

130 Kannel W., D'Agostino R., Belanger A. Fibrinogen, cigarette smoking and the risk of vascular disease: insight from the Framingham Study // Am Heart J. – 2017. - №113. – P.1006-1010.

131 Meade T.W., Imeson J., Stirling Y. Effect of changing in smoking and other characteristics on clotting factors and the risk of CHD // Lancet. – 2016. - №2. – P. 986-988.

132 Nowak J., Murray J., Oates J., Fitzgerald G. Biochemical evidence of a chronic abnormality in platelet and vascular function in healthy individuals, who smoke cigarettes // Circulation. – 2015. - №76. – P. 6-14.

133 Кобалава Ж.Д. Современные проблемы артериальной гипертонии. // Медицинские новости – 2012. - №2. - С. 48.

134 О कोरोков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. – М.: Медицинская литература - 2019 г. – С . 432 .

135 Frankel E. M., Ranner J., German J. B. Inhibition of oxidation of human low density lipoprotein by phenolic substances in red wine // Lancet. –2014. - №341. – P.454-457.

136 Haskett W.L., Alderman E.L., Fair J.M. Effects of intensive multiple risk factor reduction on coronary atherosclerosis and clinical events in men and women with coronary artery disease. The Stanford coronary risk intervention project // Circulation. –2015. - №89. – P.975 -990.

137 Williams R.R., Hunt S.C., Hasstedt S.J. Are there interactions and relations between genetic and environmental factors predisposing to high blood pressure? // Hypertension. – 2017. - №18. – P. 129-137.

138 Кобалава Ж.Д. Основные положения современных рекомендаций по артериальной гипертензии. – М.: «Медицинское информационное агентство», 2013. – 128 с.

139 Александрова А.Л., Константинов В.В., Деев А.Д., Капустина А.В. Потребление алкоголя и его связь со смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний мужчин 40-59 лет (данные проспективного наблюдения за 21,5 года) // Терапевтический архив. – 2015. - №12. - С. 12-16.

140 Брюханов А.Н., Лукьяненко П.Т., Петрова А.С. «Школа гипертоника» в поликлинике // Врач. – 2015. - №10. – С.19-20.

141 Оганов Р.Г., Деев А.Д., Жуковский Г.С., Шальнова С.А. Влияние курения на смертность от хронических неинфекционных заболеваний по результатам проспективного исследования // Профилзаболукрепздор. – 2016. - №3. – С.13-15.

142 Willett W.C., Green A., Stampfer M.J. Relative and absolute excess risks of coronary heart disease among women who smoke cigarettes // N Engl J Med. – 2015. - №317. – P.1303-1309.

143 Lv X. Risk of all-cause mortality and cardiovascular disease associated with secondhand smoke exposure: a systematic review and meta-analysis // Int J Cardiol. – 2015. -№199. – P. 106-115.

144 Global Adult Tobacco Survey. Fact sheet. Kazakhstan 2014. - Geneva: World Health Organization, 2014. – URL: <https://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/kazfactsheet.pdf>

145 Mukamal K.J. Alcohol consumption and cardiovascular mortality among U.S. adults, 1987 to 2020 // Journal of the American College of Cardiology. – 2017. -№55. – P.1328–1335.

146 Rehm J. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: An overview // Addiction. – 2019. - №105. – P.817–843.

147 Акопян А.С. Артериальная гипертензия и заболевания почек. Клинико-механистический подход и фактор врача <http://www.human.com.ru/publishing/54.htm>. - 04.09.2019.

148 Всероссийское научное общество кардиологов. Кардиоваскулярная профилактика. // Национальные рекомендации. – Москва - 2017. – 22 с.

149 Оганов Р.Г. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 216 с.

150 Rimm E. B., Giovannucci E. L., Willett W. C Prospective study of alcohol consumption and risk of coronary disease in men // Ibid. – 2016. - №338. – P.464-468.

151 World Health Organisation International Society of Hypertension. Guidelines for the management of hypertension. – Город: Изд-во, 2016. – 183 p.

152 Cullen K. J., Knulman M. W., Ward N. J. Alcohol and mortality in Busselton, Western Australia // Am. J. Epidemiology. – 2017. - №136. – P.242-248.

153 Арабидзе Г.Г., Белоусов Ю.Б., Карпов Ю.А. Артериальная гипертония: Справочное руководство для врачей. - М.: Изд-во «Ремедиум», 2019. – С. 139.

154 Rehm J., Mathers C., Popova S. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders // *Lancet*. – 2019. - №373. – P. 2223–2233.

155 Grønbaek M. Type of alcohol consumed and mortality from all causes, coronary heart disease, and cancer // *Ann Intern Med*. – 2016. - №19. – P. 411-419.

156 Plunk A.D., Syed-Mohammed H., Cavazos-Rehg P., Bierut L.J., Grucza R.A. Alcohol consumption, heavy drinking, and mortality: rethinking the j-shaped curve // *Alcohol Clin Exp Res*. – 2014. - №38(2). – P.471-478.

157 Kvaavik E., Batty G. D., Ursin R. Influence of individual and combined health behaviors on total and cause-specific mortality in men and women: the United Kingdom health and lifestyle survey // *Archives of Internal Medicine*, - 2015. - №8. – P. 711–718.

158 Lakka T.A., Bouchard C. Physical activity, obesity and cardiovascular diseases // *Handb Exp Pharmacol*. – 2015. - №170. – P.137-163.

159 ДаутоваМ.Б., ЖетписбаеваГ.Д., АбишеваЗ.С.,АсанГ.К., ЖуруноваМ.С., РайсовТ.К., ИскаковаУ.Б., ИсмагуловаТ.М.Влияние гиподинамии на жизнь человека // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. – 2016. - №1-4.- С. 542-543.

160 Предварительные статистические данные за 2012 год. Основные причины смертности и заболеваемости населения Республики Казахстан. Министерство здравоохранения Республики Казахстан. <http://www.mz.gov.kz/helps/meditsinskaya-statistika-0>. - 04.09.2017.