

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2017

УДК 614.88:616-084

**К. А. Алиханова, А. А. Турмухамбетова, Т. О. Абугалиева, В. А. Жакипбекова,
Б. К. Омаркулов, А. Т. Такирова, Е. Б. Исаков**

МЕЖДУНАРОДНЫЙ И ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ ОПЫТ ПО ОЦЕНКЕ БАРЬЕРОВ В ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ НА УРОВНЕ ПМСП

Карагандинский государственный медицинский университет (Караганда, Казахстан)

В статье представлены данные мировой и отечественной литературы по определению барьеров в организации профилактических мероприятий на уровне первичной медико-санитарной помощи по сердечно-сосудистым заболеваниям.

Опыт ряда стран по исследованию барьеров систем здравоохранения показывает, что перед странами стоит задача по преобразованию политики здравоохранения по улучшению профилактической работы на уровне первичной медико-санитарной помощи. Для реализации планов действий по борьбе и профилактике распространенных неинфекционных заболеваний, в том числе сердечно-сосудистых заболеваний, необходимо проводить изучение барьеров в организации профилактической работы первичной медико-санитарной помощи.

Ключевые слова: факторы риска, распространенность, сердечно-сосудистые заболевания, барьеры и их оценка, профилактика

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются наиболее серьезной проблемой здравоохранения для многих стран мира, в том числе и для Казахстана. Эксперты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) дают прогноз дальнейшего роста ССЗ, а также смертности от них как в развитых, так и развивающихся странах, обусловленный изменением демографических показателей, ростом неинфекционных заболеваний (НИЗ) и особенностями образа жизни. Соответственно влияние ССЗ на уровень здоровья населения всего мира заставляет сегодня все научное сообщество искать и находить новые пути для решения данной проблемы. По статистике Национального института исследований сердца, легких и крови (*National Heart, Lung and Blood Institute*), каждый год от ССЗ умирают почти 815 тыс. американцев, от инсульта – 250 тыс. [10, 20].

В связи с этим актуальным остается вопрос изучения проблемы первичной медико-социальной помощи (ПМСП), связанный с организацией профилактической работы по ССЗ.

Важно оценить барьеры в организации этого вида деятельности. В 2012 г. в ряде стран по линии ВОЗ была проведена оценка деятельности системы здравоохранения (ОДСЗ). В последующем в 2013 г. в других странах (Беларусь, Венгрия, Кыргызстан, Республика Молдова, Таджикистан, Турция, Хорватия, Эстония) были проведены исследования с позиции страновой оценки барьеров и возможностей систем их здравоохранения. В основу этих исследований были заложены операционный подход Европейского регионального бюро ВОЗ к усилению систем здравоохранения (УСЗ) и концептуальная структура проведения

оценки в странах, разработанной отделом систем здравоохранения и охраны общественного здоровья и отделом неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни [17].

В 2016 г. представители Министерства здравоохранения Дании посетили Европейское региональное бюро ВОЗ в Копенгагене для решения вопросов укрепления ПМСП в целях борьбы с неинфекционными заболеваниями в Дании. Во время встречи сотрудники программы по предоставлению услуг здравоохранения поделились опытом работы в разных странах, который был использован при разработке новой Европейской рамочной основы для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения и описали механизмы укрепления кадрового потенциала служб ПМСП в контексте предоставления услуг.

Страны Балтии (Латвия, Литва, Эстония), как и многие страны, в 2016 г. приступили к поиску инновационных подходов к организации первичной помощи. Во время 13 Балтийского диалога по вопросам политики, который состоялся в Таллине 3-4 ноября 2016 г., особое внимание было уделено вопросам улучшения интеграции первичной помощи и ее координации с больницами, а также со службами социальной помощи и общественного здравоохранения, в том числе профилактической службой.

Казахстан, как и многие другие страны, столкнулся с растущим бременем ССЗ. В Карагандинской области за последние 10 лет наблюдается тенденция к снижению показателя смертности от ССЗ. Однако показатель об-

щей смертности в области по-прежнему намного выше республиканского. Данное расхождение в основном объясняется более высоким показателем смертности от ССЗ и растущими показателями смертности от других неинфекционных заболеваний. Решение проблем, связанных с ССЗ и других коморбидных состояний, является задачей первостепенной важности для практического здравоохранения области [8].

В Казахстане вопросы профилактики представлены в Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2020 гг. [6]. Целью реализации данной программы является улучшение здоровья граждан для обеспечения устойчивого социально-демографического развития страны.

Национальным центром проблем формирования здорового образа жизни в Казахстане на страновом уровне проведены Национальные опросные исследования по оценке распространенности поведенческих факторов риска развития неинфекционных заболеваний и мотивации населения к ведению здорового образа жизни. Полученные данные популяционных исследований репрезентативны для всей страны, распределенные по полу, возрасту, месту жительства, социальным факторам и корректируются соответственно потребностям страны. Всего с 1998 по 2015 г. проведено шесть Национальных социологических исследований в 14 областях и городах Астана, Алматы. В результате исследований получены данные, которые позволяют сделать вывод о том, что за эти годы имеется положительная динамика в показателях здорового образа жизни среди взрослого и детского населения.

В профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями укрепляется роль ПМСП, особенно в отношении оценки факторов риска и управления ими. В связи с тем, что до конца не решены вопросы по оценке барьеров в организации профилактической работы на уровне ПМСП, проводятся большие научные разработки. Так, в Карагандинском государственном медицинском университете (Караганда, Казахстан) проводится научное исследование в рамках научно-технической программы «Разработка научных основ формирования профилактической среды в целях сохранения общественного здоровья», где основная роль отведена оценке барьеров в организации профилактической работы ПМСП по ССЗ. В результате исследования будет разработана технология воздействия на управле-

мые факторы риска ССЗ, алгоритмы управления рисками ССЗ, алгоритмы образовательных программ по профилактическим технологиям, индивидуальные карты риска ССЗ.

В отчете стран (Испания, Беларусь, Венгрия, Кыргызстан, Республика Молдова, Таджикистан, Турция, Хорватия, Эстония), изучавших данную проблему, представлены 15 барьеров системы здравоохранения, связанных с успешным повсеместным расширением охвата основными вмешательствами населения и индивидуальных услуг по ряду заболеваний.

К ним относятся: 1) политическая приверженность улучшению результатов по НИЗ; 2) четкие подходы к определению приоритетов; 3) межведомственное взаимодействие; 4) расширение прав и возможностей граждан; 5) модель предоставления услуг; 6) координация между поставщиками услуг; 7) регионализация, экономия средств за счет масштаба и специализации; 8) интеграция доказательств в клиническую практику; 9) доступ к качественным лекарственным препаратам; 10) стимулы; 11) кадровые ресурсы; 12) управление системой здравоохранения; 13) слабые информационные системы; 14) сопротивление переменам; 15) доступ и финансовое бремя.

Каждый барьер оценивался по шкале от 1 до 4 со следующей интерпретацией: 1) **незначительный барьер** – не мешает осуществлению основных вмешательств и предоставлению услуг или уже полностью преодолен; 2) **умеренный барьер** – оказывает умеренное воздействие на осуществление основных вмешательств и предоставление основных услуг. В стране уже найдены способы его преодоления или для этого имеются твердо намеченные планы; 3) **серьезный барьер** – оказывает значительное негативное воздействие на предоставление основных вмешательств и услуг. В стране с трудом удастся найти правильные пути его преодоления или выбранные пути не дали результата; 4) **серьезный и устойчиво сохраняющийся барьер** – это системная проблема, которая упорно сохраняется на повестке дня в области реформирования системы здравоохранения. В стране не нашли долгосрочного и осуществимого решения, или много раз не удавалось его осуществить.

Изучение опыта ряда стран показало, что проведение страновой оценки в 2014 г. по улучшению показателей по неинфекционным заболеваниям, по изучению барьеров и возможностей систем здравоохранения показало,

что в Белоруссии первое место среди причин смертности занимают ССЗ (63%), онкология (14%), травматизм (9%) и другие НИЗ (9%), респираторные заболевания (2%) и инфекционные заболевания, болезни матери и ребенка и проблемы, обусловленные питанием (3%) [31].

Проведенное исследование по страновой оценке барьеров в организации профилактической работы ПМСП в Беларуси показало наличие 15 барьеров системы здравоохранения, которые могут представлять собой вызов или возможность для улучшения предоставления профильных вмешательств и услуг в связи с НИЗ [30].

В целом в Беларуси имеется политическая приверженность вопросам профилактики и контроля НИЗ, но поэтапные изменения и затянувшиеся политические обсуждения критически важных реформ системы здравоохранения расцениваются как серьезное препятствие для дальнейшей реализации необходимых вмешательств в сфере контроля НИЗ. Многие НИЗ, в том числе ССЗ и диабет, являются хроническими по своей природе и требуют непрерывного участия и наблюдения [24].

Опыт Кыргызстана показал, что за период с 2009 по 2015 г. в отмечается снижение смертности от ССЗ, особенно среди населения младше 64 лет [21]. Однако продолжают существовать значительные трудности, связанные с достижением цели снижения преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний на 25% к 2025 г. [26]. Несмотря на то, что Кыргызстан уже далеко шагнул в области реализации политики против курения, снижения вредного воздействия алкоголя и усиления политики правильного питания, у страны все еще имеются большие возможности улучшения за счет обеспечения исполнения принятого законодательства и мониторинга. Значительные барьеры сохраняются в области эффективной диагностики и ведения основных состояний ССЗ, таких как артериальная гипертензия и диабет. От ССЗ ежегодно умирает более 18 000 человек, что можно выразить в эквиваленте 50 смертей в день, около 25% этих смертей наступают в возрасте младше 64 лет. Считается, что большинства смертельных исходов можно было бы избежать. Сокращение было наиболее показательным в отношении инсульта; смертность среди населения до 64 лет сократилась на 29%, а в целом по населению – на 23%. Такое сокращение наблюдается как среди женщин, так и среди мужчин. Заметным исключением в данной тенденции

является смертность от ИБС, которая получает все более широкое распространение среди возрастной группы от 64 лет и старше. В возрастной группе от 0 до 64 лет смертность от БСК среди мужчин превышает женскую смертность в 2,5 раза, от ИБС – в 3 раза, от ЦВЗ – в 1,9 раза. Более высокий уровень смертности среди мужчин обусловлен рядом факторов, включая высокий уровень курения, плохую осведомленность о состоянии здоровья, например, высокий уровень артериального давления и низкий уровень использования услуг ПМСП, приводящий к позднему выявлению и некачественному ведению хронических состояний.

В Кыргызстане существенно снизились физические и финансовые барьеры в доступе к медицинской помощи [3, 9]. Серьезного разрыва в использовании услуг между бедным и небедным населением нет. Тогда как социально-экономический статус не считается основным фактором использования услуг ПМСП, существует значительное гендерное неравенство, которое может объяснить некоторые разрывы, наблюдаемые в отношении показателей по смертности и гипертонической болезни.

В Таджикистане существует иерархия задач неинфекционной эпидемиологии: изучение распространения болезни (описательная эпидемиология); анализ связи заболевания с разного рода внешними воздействиями, а также с внутренними факторами в конкретной популяции и популяционных группах; оценка риска заболевания при наличии многих факторов с учетом уровня и сроков их действия и применение методов метаанализа (интегральное изучение результатов локальных эпидемиологических исследований); формирование гипотез этиологии и патогенеза болезни на основе популяционной феноменологии и с привлечением данных экспериментальных и клинических дисциплин; построение моделей заболеваемости и риска заболевания; участие в разработке, реализации и анализе результатов эпидемиологических экспериментов и профилактических программ [16, 33].

В результате последних исследований было выявлено, что к 2030 г. 69% всех смертей в мире будет обусловлено неинфекционными заболеваниями, причем 80% будет приходиться на страны с низким и средним уровнем доходов [16]. Для решения проблемы возрастающего бремени НИЗ в 2012 г. Всемирной ассамблеей здравоохранения в рамках Резолюции WHA 65,8 была утверждена новая важная глобальная цель – снижение показателей

преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний на 25% к 2025 г., которую часто называют «к 25-му на 25». НИЗ включают в себя ССЗ, сахарный диабет, рак и респираторные заболевания. Для решения проблемы НИЗ необходимо проведение комплекса мер со стороны систем здравоохранения, включая долгосрочную и межсекторальную координацию на протяжении всего континуума оказания медицинской помощи [22].

В 2010 г. Министерством здравоохранения Республики Таджикистан была разработана и принята комплексная Национальная стратегия здоровья. Несмотря на последние четко сформулированные и интенсивные усилия по разработке конкретных стратегий, политик, клинических руководств/протоколов и обучению медицинского персонала, наряду с другими мероприятиями также расширяется охват услугами на уровне населения и индивидуальными услугами для улучшения показателей по ССЗ, но все же барьеры в системе здравоохранения присутствуют.

Все 15 характерных особенностей системы здравоохранения были проанализированы в ходе миссии по оценке УСЗ для снижения бремени НИЗ, кроме того, было обсуждено и достигнуто согласованное мнение в отношении их воздействия на основные вмешательства и услуги.

По мнению ряда авторов, эпидемиологическая ситуация по наиболее распространенным видам неинфекционной патологии в Таджикистане остается достаточно острой [7, 15, 25, 28, 32, 34]. Это касается в первую очередь сердечно-сосудистой патологии. Особенности демографической ситуации в республике обусловлены глобальными политическими и социально-экономическими переменами после пережитой гражданской войны, существенным ухудшением условий жизни населения, «шоковым» внедрением рыночных отношений, частичным нарушением половозрастной структуры населения, сдвигами в структуре национального состава и миграцией в основном трудоспособного населения [5, 12, 27, 29]. Однако ситуацию вполне можно модифицировать путем внедрения передовых технологий по первичной и вторичной профилактикам, перенимая опыт отдельных государств Европы (Франция, Германия) и Азии (Китай, Япония), достигших определенных успехов по данному вопросу [2, 5, 13, 18, 21, 26]. Также известно, что достаточный уровень финансирования здравоохранения, наряду с совершенствованием образовательных программ, может способ-

ствовать быстрейшему достижению намеченных целей [1, 3, 4, 9, 11, 13, 19, 23].

Таким образом, опыт ряда стран по исследованию барьеров систем здравоохранения показывает, что перед странами стоит задача по преобразованию политики здравоохранения по улучшению профилактической работы на уровне ПМСП. Для реализации планов действий по борьбе и профилактике распространенных неинфекционных заболеваний, в том числе ССЗ, необходимо проводить изучение барьеров в организации профилактической работы ПМСП.

ЛИТЕРАТУРА

1 Абдраимова А. Протокол доступа к инсулину в Кыргызстане в рамках экспресс-оценки /А. Абдраимова, Д. Беран. – Бишкек: Центр анализа политики здравоохранения, 2009. – С. 24-29.

2 Акунов Н. Качество лечения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в Кыргызской Республике. – Бишкек: Центр анализа политики здравоохранения, 2007. – С. 35-36.

3 Алешкина Ж. Доступ к услугам здравоохранения и платежи «из кармана» в Кыргызстане: обследование домашних хозяйств с 2001 по 2010 гг. /Ж. Алешкина, Б. Акказиева, М. Якаб. – Бишкек: Центр анализа политики здравоохранения (Документ исследования политики №49), 2011. – 44 с.

4 Всемирная организация здравоохранения: Международные/глобальные действия в области здравоохранения. – Женева, 2008. – 16 с.

5 Глобальный план действий по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний на 2013-2020 гг. – Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2013. – 22 с.

6 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2020 гг. – Астана, 2016. – 33 с.

7 Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире, 2010 г. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2011. – 56 с.

8 Изучение распространенности заболеваний сердечно-сосудистой системы среди населения Карагандинской области / К. А. Алиханова, Т. О. Аbugалиева, В. А. Жакипбекова, Б. К. Омаркулов //Фундаментальные исследования. – 2013. – №9. – С. 804-809.

8 Купадзе А. Со ссылкой на Ресурсный центр контроля табака (<http://contact.tobinfo.org/2003/02/kg-030224.htm>)

- 9 Мирхамидова С. М. Особенности распространенности сердечно-сосудистых заболеваний /С. М. Мирхамидова, Н. Б. Ботирова, С. А. Камбарова //Молодой ученый. – 2016. – №21. – С. 73-76.
- 10 Мукеева С. Оценка роли и функций специалистов ПМСП в ведении ССЗ /С. Мукеева, С. Абдраимова, А. Урманбетова. – Бишкек: Центр анализа политики здравоохранения, 2013. – 46 с.
- 11 Ориентировать системы здравоохранения на нужды людей – инновационный подход к улучшению здоровья. – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012. – 12 с.
- 12 Оценка потребностей в контексте реализации Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака в Кыргызской Республике. Отчет по результатам работы миссии. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2012. – 14 с.
- 15 Национальный статистический комитет: Интегрированное обследование домашних хозяйств в Кыргызстане. Модуль по здравоохранению. – Бишкек, 2010. – 14 с.
- 16 План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, 2012-2016 гг. – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011. – 116 с.
- 17 Профилактика и лечение хронических заболеваний: лакмусовая бумажка для тестирования укрепления систем здравоохранения в странах с низким и средним уровнем дохода / Б. Самб, Н. Дизай, С. Ништар и др. //Lancet. – 2010. – №376. – P. 1785.
- 18 Пути, ведущие к оценкам деятельности систем здравоохранения: Практическое пособие и путеводитель по процессу разработки инструмента ОДСЗ на национальном и территориальном уровне. – Женева: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012. – 12 с.
- 19 Рамочная Конвенция ВОЗ по борьбе против табака. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2013. http://www.who.int/fctc/text_download/en/
- 20 Робертс М. Д. Улучшение показателей по неинфекционным заболеваниям: Пятнадцать барьеров и возможностей системы здравоохранения /М. Д. Робертс, М. А. Стивенсон. – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014. – 56 с.
- 21 Сердечно-сосудистые заболевания: Информационный бюллетень ВОЗ. – 2015. – №317. – 23 с.
- 22 Улучшение показателей по неинфекционным заболеваниям: барьеры и возможности систем здравоохранения. – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014. – 34 с.
- 23 Усовершенствование реагирования систем здравоохранения на неинфекционные заболевания /С. Джафар, С. Ништар, Ф. М. Кнауль и др. //Lancet. – 2013. – №381. – P. 690.
- 24 Шелпелкевич А. Оценка распространенности ожирения и избыточного веса в Беларуси в рамках Национальной кампании Раннее выявление и профилактика сахарного диабета 2 типа. – Копенгаген, 2013. EndocrineAbstracts (2013) 32 P765. DOI:10.1530/endoabs.32.P765
- 24 Шмаргун А. И. Анализ финансирования системы здравоохранения в Беларуси в 2012-2013 гг. //А. И. Шмаргун, Е. Ткачева // Вопросы организации и информации здравоохранения. – 2014. – №2. – С. 6-24.
- 25 Эпидемиологическая ситуация по неинфекционным заболеваниям в Таджикистане за последние два десятилетия /З. Я. Рахимов, Дж. Х. Нозиров, Ш. М. Джураев, А. Дж. Джангиев //Матер. междунар. науч.-практ. конф. «Эпидемиологическая ситуация по неинфекционным заболеваниям в Таджикистане». – Душанбе, 2011. – С. 18-21.
- 26 Якаб М. Эффективность системы здравоохранения в области контроля ГБ в Кыргызстане /М. Якаб, Е. Ландин, Б. Акказиева. – Бишкек: Центр анализа политики здравоохранения, 2007. (Документ исследования политики №44).
- 27 Beaglehole R. Priority actions for the NCD crisis //Lancet. – 2011. – №377. – P. 1438-1447.
- 28 NHS outcomes framework 2012–13. London, Department of Health, 2011 (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_131700).Case studies on health system performance assessment
- 29 Roberts M. J. Better Noncommunicable Disease Outcomes: Fifteen Challenges and Opportunities for Health Systems /M. J. Roberts, M. A. Stevenson. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2014. – Pp. 23-28.
- 30 Rusovich V. Belarus: developments in primary care /V. Rusovich, E. Richardson. – Eurohealth. – 2009. – №15(2). – P. 15-16.
- 31 Smith O. Getting better: improving health system outcomes in Europe and Central Asia /O. Smith, S. N. Nguyen //Europe and Central Asia report. – Washington, DC: WorldBank,

2013. – 120 p.

32 Stuckler D. Drivers of inequalities in Millennium Development Goal progress: a statistical analysis /D. Stuckler, S. Basu, M. McKee //PLOS Med. – 2010. – №7: e1000241.

33 Veillard J. International health system comparisons: From measurement challenge to management tool /P. Smith, E. Mossialos, I. Pa-

panicolas, eds. //Performance measurement for health system improvement: Experiences, challenges and prospects. – Cambridge: Cambridge University Press, 2009. – Pp. 12-17.

34 WHO/Europe, European mortality database (MDB). – Geneva, 2007. – 56 p.

Поступила

K. A. Alikhanova, A. A. Turmukhambetova, T. Abugaliyeva, V. A. Zhakipbekova, B. K. Omarkulov, A. T. Takirova, Ye. B. Iskakov

INTERNATIONAL AND DOMESTIC EXPERIENCE ON ASSESSMENT OF BARRIERS IN THE ORGANIZATION OF PREVENTIVE WORK AT PHC LEVEL

Karaganda state medical university (Karaganda, Kazakhstan)

This article presents the data of the world and domestic literature on the identification of barriers in the organization of preventive measures at the level of primary health care for cardiovascular diseases.

The experience of a number of countries on the study of barriers to health systems shows that countries face the challenge of transforming health policy to improve preventive work at the level of primary health care. To implement action plans for combating and preventing common noncommunicable diseases, including cardiovascular diseases, it is necessary to study the barriers to the organization of preventive work of primary health care.

Key words: risk factors, prevalence, cardiovascular diseases, barriers and their evaluation, prevention

K. A. Алиханова, А. А. Тұрмұхамбетова, Т. О. Абуғалиева, В. А. Жақыпбекова, Б. К. Омарқұлов, А. Т. Такирова, Е. Б. Ысқаков

БАСТАПҚЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ-САНИТАРЛЫҚ КӨМЕК ДЕҢГЕЙІНДЕ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ЖҰМЫСТЫ ҰЙЫМДАСТЫРУДАҒЫ КЕДЕРГІЛЕРДІ БАҒАЛАУ ЖӨНІНДЕГІ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ЖӘНЕ ОТАНДЫҚ ТӘЖІРИБЕ

Қарағанды мемлекеттік медицина университеті (Қарағанды, Қазақстан)

Мақалада жүрек-қан тамырларының аурулары бойынша бастапқы медико-санитарлық көмек деңгейінде профилактикалық іс-шараларды ұйымдастырудағы кедергілерді анықтау бойынша әлемдік және отандық әдебиеттің деректері ұсынылған.

Денсаулық сақтау жүйесінің кедергілерін зерттеу жөніндегі бірқатар елдердің тәжірибесі денсаулық сақтау саласында бастапқы медико-санитарлық көмек деңгейінде елдердің алдында профилактикалық жұмысты жақсарту бойынша саясатты өзгерту міндеті тұрғанын көрсетеді. Таралған инфекциялық емес ауруларға, соның ішінде жүрек-тамыр ауруларына қарсы күресу мен алдын алу жөніндегі жоспарларды іске асыру үшін бастапқы медико-санитарлық көмектің профилактикалық жұмысты ұйымдастырудағы кедергілерді зерделеу қажет.

Кілт сөздер: тәуекел факторлары, таралуы, жүрек-тамыр аурулары, кедергілер мен оларды бағалау, профилактика