

ный плоский лишай, ва осеби чашми чудогона дар 3 (7,7%) нафар мушоҳида шуд.

Хулоса. Бемории Бехчет метавонад якчанд равандҳои дигари бемориро тақлид кунад, зеро он тавассути тағироти ғайримуқаррарӣ дар якчанд системаҳои узв зоҳир мешавад. Маҷмӯи бозёфтҳо, ки якҷоя карда мешаванд, дар ниҳоят ба ташхис оварда мерасонанд. Натиҷаҳои ин тадқиқотро ревматологҳо метавонанд, ки ҳамарӯза бо бемо-

рони дорои эҳтимолияти баланди бемории Бехчет ва зухуроти атипикӣ сару кор доранд, истифода баранд. Бо вучуди ин, ташхисҳои алтернативии дар ин таҳқиқот муқарраршуда метавонанд ҳамчун рӯйхати ташхисҳои маъмултарини дифференсиалӣ барои васкулитҳои системавӣ истифода шаванд.

Калимаҳои калидӣ: васкулит, бемории Бехчет, стоматитҳои афтонӣ, осеби чашм, афтози узвҳои таносул, зухуроти пӯст

УДК 614.2;616-036.12-084

doi: 10.52888/0514-2515-2023-356-1-100-107

М.Б. Эргашов, Н.А. Муратназарова

НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОГРАММ БОРЬБЫ С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА ОСНОВЕ БЕНЧМАРКИНГА АДМИНИСТРАТИВНО-ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ЕДИНИЦ ТУРКМЕНИСТАНА

*Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана
Государственный медицинский университет Туркменистана имени Мырата Гаррыева*

Эргешов Мухаммет – к.м.н -заведующий лечебно-профилактическим отделом Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана электронная почта: ergeshow005@gmail.com

Цель исследования. Научно обосновать комплекс программ и мероприятий по борьбе с ХНИЗ, учитывающий особенности и потребности каждой административно-территориальной единицы Туркменистана.

Материал и методы исследования. Проведен обций бенчмаркинг административно-территориальных единиц Туркменистана. Параметры рейтинга определены путем логико-методической процедуры дедукции. Включенные параметры сбалансированно отображают социально-экономический и демографический статус региона, готовность системы здравоохранения, развитость профилактики, лечебно-диагностической работы в отношении ХНИЗ.

Результаты исследования и их обсуждение. Впервые составлен рейтинг и проведен бенчмаркинг административно-территориальных единиц Туркменистана в аспекте борьбы с ХНИЗ; впервые объективно охарактеризованы соответствующие потребности, возможности и особенности каждого региона, что является основой для планирования и управленческих решений. На основе рейтинга и бенчмаркинга разработан оригинальный инструмент для стратегического планирования - матрица преобладающего влияния типовых барьеров для борьбы с ХНИЗ в административно-территориальных единицах Туркменистана.

Выводы. Разработана матрица преобладающего влияния типовых барьеров для борьбы с ХНИЗ в административно-территориальных единицах Туркменистана, которая служит основой для стратегического планирования комплексов мероприятий.

Ключевые слова: хронические неинфекционные заболевания, организация здравоохранения, профилактика, бенчмаркинг, стратегическое планирование

M.B. Ergashov, N.A. Muratnazarova

SCIENTIFIC BACKGROUND FOR PROGRAMS TO COMBAT CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES ON THE BASIS OF BENCHMARKING OF ADMINISTRATIVE-TERRITORIAL UNITS

*Ministry of Health and Medical Industry of Turkmenistan
State Medical University of Turkmenistan named after Myrat Garryev*

Ergeshov Muhammet - Head of the Treatment and Prevention Department of the Ministry of Health and Medical Industry of Turkmenistan, candidate of Medical Sciences. e-mail: ergeshow005@gmail.com

Introduction. Template approaches to the formation of strategies and action plans to combat chronic noncommunicable diseases (CNCDs) are fraught with low efficiency, a mismatch between the resources spent and the results obtained. There is a need for "individualization" of strategies, taking into account local characteristics, capabilities and needs of individual administrative-territorial units.

Objective. Scientifically substantiate a set of programs and activities to combat chronic NCDs, taking into account the characteristics and needs of each administrative-territorial unit of Turkmenistan.

Material and methods. A general benchmarking of the administrative-territorial units of Turkmenistan was carried out. The rating parameters are determined by the logical and methodological deduction procedure. The included parameters reflect in a balanced way the socio-economic and demographic status of the region, the readiness of the healthcare system, the development of prevention, treatment and diagnostic work in relation to chronic NCDs.

Results and discussion. For the first time, a rating was compiled and benchmarking of the administrative-territorial units of Turkmenistan was carried out in the aspect of combating NCDs; for the first time, the corresponding needs, opportunities and characteristics of each region were objectively characterized, which is the basis for planning and management decisions. Based on the rating and benchmarking, an original tool for strategic planning has been developed - a matrix of the prevailing influence of typical barriers to combat NCDs in the administrative-territorial units of Turkmenistan.

Conclusions. A matrix of the prevailing influence of typical barriers to combat NCDs in the administrative-territorial units of Turkmenistan has been developed, which serves as the basis for strategic planning of a set of measures.

Key words: chronic non-communicable diseases, healthcare organization, prevention, benchmarking, strategic planning

Введение. Борьба с хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ) должна носить комплексный систематический характер и включать комплексы мероприятий, направленные на разные аспекты этой проблемы. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определило девять основных барьеров, существующих в системах здравоохранения разных стран и препятствующих эффективной борьбе с ХНИЗ. Для устранения барьеров ВОЗ предлагает соответствующие компоненты комплексных и согласованных ответных мер со стороны систем здравоохранения на проблему ХНИЗ.

Для каждого комплекса ответных мер ВОЗ предложен конкретный набор принципов, подходов, действий, мер, примеров успешной реализации. Фактически, это готовая методология для стратегии преодоления ХНИЗ на государственном уровне. Вместе с тем, шаблонный подход к формированию стратегии и организации нужных мероприятий, не учитывающий локальные особенности и, главное, потребности чреват низкой эффективностью, несоответствием затраченных ресурсов и полученных результатов. Поэтому считаем необходимым «индивидуализацию» стратегии борьбы с ХНИЗ для отдельных административно-территориальных единиц. Именно за счет скрупулезного учета локальных особенностей, потребностей, возможностей и перспектив можно перейти от декларативного подхода к практическому, к управлению, основанному на данных, которое и принесет реальную пользу в борьбе с ХНИЗ.

Цель исследования. Научно обосновать комплекс программ и мероприятий по борьбе с ХНИЗ, учитывающий особенности и потребности каждой административно-территориальной единицы Туркменистана.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели проведен общий бенчмаркинг административно-территориальных единиц Туркменистана в аспекте борьбы с хроническими неинфекционными заболеваниями. Параметры рейтинга определены путем логико-методической процедуры дедукции. Перечень эталонных показателей и рейтинг их значений представлены в табл. 1.

Включенные параметры сбалансированно отображают социально-экономический и демографический статус региона, готовность системы здравоохранения, развитость профилактики, лечебно-диагностической работы в отношении ХНИЗ. Методом расчета и сравнения средних определены диапазоны значений для каждого параметра, ранжированные по условным зонам: «красная», «желтая», «зеленая». Для показателей, оцениваемых в динамике, построены экспоненциальные линии трендов на 3 года и рассчитаны коэффициенты аппроксимации (R^2), показывающие степень соответствия трендовой модели исходным данным. Коэффициент достоверности аппроксимации (R^2) – характеризует степень соответствия трендовой модели исходным данным. Диапазон значений: от 0 до 1; чем ближе R^2 к 1, тем точнее трендовая модель описывает имеющиеся данные.

Таблица 1

Параметры и классифицированные диапазоны значений рейтинга административно-территориальных единиц в сфере преодоления ХНИЗ

Параметры	Зеленая зона	Желтая зона	Красная зона
Преимущественный характер населения*	-	-	-
Плотность населения, чел./км ²	-	-	-
Преимущественный тип экономики**	-	-	-
Кол-во семейных врачей, на 100 тыс.нас.	>50	30-50	<30
Кол-во среднего медицинского персонала, на 100 тыс. нас.	>400	300-400	<300
Число госпитальных коек, на 100 тыс.нас.	>400	300-400	<300
Укомплектованность семейными врачами, %	>95	90-95	<90
Укомплектованность средним медицинским персоналом, %	>95	90-95	<90
Заболеваемость ожирение (ФР)	<15	15-25	>25
Заболеваемость АГ	<200	200-250	>250
Заболеваемость ИБС	<150	150-160	>160
Заболеваемость СД	<50	50-75	>75
Заболеваемость ХОБЛ	<110	110-170	>170
Заболеваемость ИМ (осложнение)	<9	9-10	>10
Заболеваемость ИМ головного мозга (осложнение)	<3,5	3,5-6	>6
Первичная инвалидизация из-за ХНИЗ	<400	400-650	>650
Средний темп прироста	Отрицательный	-	Положительный
Прогноз	Убыль	Плато	Рост

Примечания:

1. Для 3 первых параметров не предусмотрена классификация по зонам.

2. Возможные значения: * - городское, сельское, равная пропорция; ** - индустриальный, аграрный, смешанный.

Элемент прогнозирования, включенный в рейтинг, дает возможность использовать результаты сопоставительного анализа не только для оценки сложившейся ситуации, но и для стратегического планирования.

Результаты и обсуждение. Результаты рейтингования и бенчмаркинга представлены в табл. 2.

Город Ашгабат – как столица государства – отличается индустриальным типом экономики и максимально высокой в стране плотностью городского населения (1854,26 чел./км²). Явной проблемой г. Ашгабат, относительно других административно-территориальных единиц, является высокая распространенность факторов риска ХНИЗ (прежде всего – повышенной массы тела и ожирения). Причем как ретро-, так и проспективно (R²=0,92) наблюдается постоянное увеличение данного показателя.

В Балканском и Лебапском вelayтах (тип экономики индустриальный) уровень распространенности повышенной массы тела и ожирения также высок, но здесь средний темп прироста за 5 лет имеет отрицательные значения, а экспоненциальная линия тренда прогнозирует дальнейшее уменьшение (особенно в Лебапском вelayте, R²=0,77). Это свидетельствует об успешности действия по профилактике ХНИЗ в Лебапском вelayте, а также – положительных тенденциях, требующих поддержки, в Балканском вelayте.

Явной закономерностью выглядит высокая заболеваемость сахарным диабетом у населения г. Ашгабат. Здесь также негативная ретроспективная динамика и достоверно негативный тренд ухудшения в последующие 3 года (R²=0,88).

Схожая ситуация наблюдается в Балканском вelayте: высокий уровень заболеваемости и положительное значение среднего темпа прироста. Однако достоверность тренда низкая, а значит

Таблица 2

Рейтинг и бенчмаркинг административно-территориальных единиц Туркменистана в аспекте борьбы с хроническими неинфекционными заболеваниями

	Ашгабат	Ахал	Балкан	Дашогуз	Лебап	Мары
Характеристики субъекта						
Преимущественный характер населения	Гор.	Сел.	Гор.	Сел.	Равное	Сел.
Плотность населения, чел./км ²	1854,26	9,67	3,97	18,66	14,24	16,99
Преимущественный тип экономики	Инд.	Смеш.	Инд.	Аграр.	Инд.	Инд.
Медицина в субъекте						
Кол-во семейных врачей, на 100 тыс.нас.	62,43	28,70	44,81	26,82	48,87	32,13
Кол-во среднего медицинского персонала, на 100 тыс.нас.	555,49	237,46	404,15	276,71	335,50	348,91
Число госпитальных коек, на 100 тыс.нас.	700,4	216,8	439,3	276,7	408,4	342,3
Укомплектованность семейными врачами, %	78,8	89,8	97,5	98,8	93,2	97,8
Укомплектованность средним медицинским персоналом, %	90,5	97,8	100	100	93,4	99,8
Распространенность факторов риска в субъекте						
Заболеваемость ожирение (ФР)	44,87	22,6	27,56	11,93	26,09	12,42
<i>Средний темп прироста</i>	Полож.	Полож.	Отр.	Отр.	Отр.	Отр.
<i>Прогноз</i>	Рост	Плато	Убыль	Убыль	Убыль	Убыль
<i>R²</i>	0,98	0,02	0,33	0,7	0,77	0,66
Заболеваемость в субъекте						
Заболеваемость АГ	187,57	200	351,37	179,34	215,4	306,57
<i>Средний темп прироста</i>	Отр.	Отр.	Отр.	Отр.	Отр.	Отр.
<i>Прогноз</i>	Убыль	Убыль	Убыль	Убыль	Убыль	Убыль
<i>R²</i>	0,11	0,70	0,73	0,67	0,62	0,49
Заболеваемость ИБС	157,83	153,63	143,98	158,75	166,79	168,46
<i>Средний темп прироста</i>	Отр.	Отр.	Отр.	Отр.	Отр.	Отр.
<i>Прогноз</i>	Убыль	Убыль	Убыль	Убыль	Убыль	Убыль
<i>R²</i>	0,62	0,80	0,75	0,75	0,70	0,72
Заболеваемость СД	79,12	48,09	84,71	45,87	57,55	48,56
<i>Средний темп прироста</i>	Полож.	Отр.	Полож.	Отр.	Отр.	Отр.
<i>Прогноз</i>	Рост	Рост	Рост	Плато	Убыль	Убыль
<i>R²</i>	0,88	0,02	0,52	0,02	0,67	0,46
Заболеваемость ХОБЛ	50,56	151,64	199,73	71,36	59,78	178,77
<i>Средний темп прироста</i>	Отр.	Отр.	Отр.	Отр.	Отр.	Полож.
<i>Прогноз</i>	Убыль	Плато	Убыль	Убыль	Плато	Плато
<i>R²</i>	0,39	0,01	0,51	0,56	0,01	0,26
Исходы в субъекте						
Заболеваемость ИМ (осложн)	10,13	9,77	10,03	8,24	8,47	8,53
<i>Средний темп прироста</i>	Отр.	Отр.	Отр.	Отр.	Отр.	Отр.
<i>Прогноз</i>	Убыль	Убыль	Убыль	Убыль	Убыль	Убыль
<i>R²</i>	0,89	0,90	0,78	0,97	0,89	0,86
Заболеваемость ИМ головного мозга (осложн)	4,74	7,11	3,24	2,13	7,86	5,12
<i>Средний темп прироста</i>	Полож.	Отр.	Отр.	Отр.	Полож.	Отр.
<i>Прогноз</i>	Рост	Убыль	Убыль	Убыль	Рост	Убыль
<i>R²</i>	0,29	0,78	0,27	0,58	0,36	0,67
Инвалидизация ХНИЗ	210,6	662,8	403,2	361,8	633	1027
<i>Средний темп прироста</i>	Отр.	Полож.	Полож.	Полож.	Полож.	Отр.
<i>Прогноз</i>	Убыль	Рост	Рост	Рост	Рост	Рост
<i>R²</i>	0,92	0,01	0,50	0,78	0,57	0,10

Примечание: гор. – городское, сел. – сельское, инд. – индустриальный, аграр. – аграрный, смеш. – смешанный, отр. – отрицательный, полож. – положительный.

ситуация носит нестабильный характер. Требуется вмешательство, направленные на поддержку мер по профилактике нарушений питания, ожирения и сахарного диабета в данном регионе.

Возвращаясь к г. Ашгабат надо отметить еще одну важную проблему - высокую заболеваемость осложнениями ХНИЗ. И если уровень заболеваемости инфарктом миокарда высок (10,13 на 100 тыс. населения), но тенденции развития этого показателя носят положительный характер (отрицательный средний темп прироста, достоверный тренд к снижению в следующие 3 года ($R^2=0,89$)), то средний уровень острых нарушений мозгового кровообращения фиксируется на фоне негативных показателей роста в прошлом и тенденцией к увеличению в будущем.

Вместе с тем, явным положительным отличием г. Ашгабат является самый низкий в стране уровень стойкой утраты трудоспособности из-за ХНИЗ, постоянное снижение этого показателя с 2016 г. и достоверный тренд на продолжение снижения в будущем ($R^2=0,92$). Это свидетельствует о высоком уровне доступности и качества всех видов медицинской помощи в г. Ашгабат, включая специализированную и квалифицированную помощь.

Однако, в велятах наблюдается полностью противоположная картина: преобладают высокие и средние уровни показателя стойкой утраты трудоспособности из-за ХНИЗ. Ретроспективная динамика носит негативный характер, а в будущем – хоть и с разной степенью достоверности – прогнозируется дальнейший рост числа лиц, утрачивающих трудоспособность из-за переносимых хронических неинфекционных заболеваний.

В Ахалском и Дашогузском велятах эта проблема явным образом связана с низкой укомплектованностью врачебными кадрами, средним медицинским персоналом и госпитальными койками – здесь самых низкие показатели в стране. Два региона с преимущественно аграрной или смешанной экономикой явно нуждаются в систематическом развитии инфраструктуры. Особые сложности при этом могут встретиться в Ахалском веляте с учетом его демографических характеристик: низкая плотность населения 9,67 чел./км², преобладание сельского населения. В условиях серьезных кадровых проблем акцент должен быть сделан на комплексное и систематическое развитие телемедицинских технологий в Ахалском и Дашогузском велятах, причем на всех уровнях – начиная от первичного звена (дистанционное взаимодействие «пациент-врач») и заканчивая тре-

тичным уровнем медицинской помощи (телемедицинские консультации и консилиумы). Видятся целесообразными особые меры по ликвидации цифрового неравенства и развитию дистанционного мониторинга. При этом надо учесть, что даже в условиях ограниченных ресурсов качество медицинской помощи в указанных велятах выглядит несбалансированным. Например, заболеваемость инфарктом миокарда (как осложнением ХНИЗ) имеет достоверный тренд к снижению ($R^2=0,90$ и $R^2=0,97$ соответственно). Тренды на убыль заболеваемости ХНИЗ значимы только для ИБС, а уровень инвалидизаций в следствие этих состояний нарастает (причем в Дашогузском веляте с выраженной тенденцией, $R^2=0,78$).

Схожая ситуация начинается развиваться в Лебапском веляте. Здесь отмечаются средний уровень развития системы здравоохранения и негативные тренды развития стойкой утраты трудоспособности из-за ХНИЗ. Очевидно, что имеющихся ресурсов недостаточно. Плотность населения в регионе средняя (14,24 чел./км²), но типы населения практически разделены в равной мере: 50% - городского, 50% - сельского. Вероятно, имеет место ограничение доступности медицинской помощи в сельских районах, что подтверждается высоким уровнем заболеваемости осложнениями ХНИЗ, выхода на инвалидность, а также – негативными ретро- и проспективными тенденциями этих показателей. В Лебапском веляте нужны комплексные мероприятия по ликвидации дисбаланса между сельским и городским здравоохранением, повышению доступности медицинской помощи, развитию инфраструктуры первичного звена здравоохранения.

Отметим специально, что в Ахалском, Дашогузском и Лебапском велятах первичное звено здравоохранения функционирует достаточно эффективно, о чем свидетельствуют уровни, динамика и тренды заболеваемости ХНИЗ. Причем в Ахалском и Дашогузском велятах такая результативность достигается в условиях крайне ограниченных кадровых ресурсов (обеспеченность семейными врачами и медицинскими сестрами здесь самая низкая в стране). В перспективе нескольких лет требуется обязательное решение кадровой проблемы в указанных административно-территориальных единицах. Вместе с тем, явно требуется усиление и квалифицированной медицинской помощи, снятие барьеров для сельского населения (которым можно объяснить и высокий уровень

постоянной утраты трудоспособности из-за ХНИЗ в этих регионах).

Марыйский велаят отличается высокой заболеваемостью ХНИЗ, показатели динамики и трендов – гетерогенны. На фоне средней степени развития системы здравоохранения и самом высоком в стране уровне стойкой утраты трудоспособности из-за ХНИЗ данному велаяту требуется пристальное внимание. Общую ситуацию здесь можно охарактеризовать как нестабильную, требующую комплексных мер, в том числе – особых усилий по развитию внутреннего и внешнего контроля качества медицинской помощи. Вполне вероятно, что наивысший уровень негативных исходов ХНИЗ, в том числе, обусловлен дефектами и несовершенствами лечебно-диагностических процессов. Очевидно, что результатами усиления контроля качества должны стать не карательные меры, а обоснованные комплексы мероприятий по улучшению и развитию.

Результаты бенчмаркинга позволяют установить типовые барьеры (согласно материалам ВОЗ), наиболее значимые для каждой административно-территориальной единицы.

На основе этих данных нами разработана матрица преобладающего влияния типовых барьеров для борьбы с ХНИЗ.

Укрепление и непрерывное улучшение стратегического руководства для усиления целостности политических рамок и устойчивости межсекторальных действий в области борьбы с ХНИЗ считаем необходимым осуществлять постоянно, централизованно, со стратегической позиции государственного управления здравоохранением. Также, к верхнеуровневой задаче, централизованно решаемой на общегосударственном уровне, является обеспечение достаточного и приоритетного финансирования здравоохранения для согласованного охвата населения важными услугами и формирования стимулов в целях предоставления услуг. Отметим, что в силу высокой специфичности вопрос эффективности охвата и соблюдение правил приема лекарственных средств от ХНИЗ на популяционном уровне требует отдельного масштабного исследования и выходит за рамки данной диссертационной работы.

Разработанная нами матрица преобладающего влияния типовых барьеров для борьбы с ХНИЗ в административно-территориальных единицах Туркменистана, служит основой для стратегического планирования комплексов мероприятий. Нами проведена приоритизация типовых комплек-

сов ответных мер, направленных на преодоление барьеров для борьбы с ХНИЗ:

1. Укрепление ресурсного обеспечения услуг общественного здравоохранения для укрепления здоровья, развития профилактики ХНИЗ, обеспечения равноправного, справедливого доступа к соответствующим услугам является приоритетом для Ахалского, Лебапского, Марыйского велаятов.

2. Развитие многопрофильной интегрированной первичной медико-санитарной помощи – как гаранта активного контроля здоровья и благополучия сообществ – приоритет для Балканского и Марыйского велаятов.

3. Регионализация услуг врачей-специалистов, в том числе для обеспечения эффективной и своевременной медико-санитарной помощи при острых состояниях, важный приоритет Ахалского, Дашогузского, Лебапского и Марыйского велаятов.

4. Смена парадигмы функционирования системы здравоохранения для максимальной ориентированности на потребности человека – ключевой приоритет для г. Ашгабат, Ахалского, Балканского и Лебапского велаятов.

5. Скорейшее решение кадровых проблем для обеспечения соответствия ресурсных возможностей здравоохранения и стоящих перед ним задач – это критичный приоритет для Ахалского, Дашогузского, Лебапского и Марыйского велаятов.

6. Не взирая на достигнутый уровень считаем критичным приоритетом для всех административно-территориальных единиц дальнейшее постоянное и комплексное развитие информационных решений, которые помогали бы в области управления охраной здоровья населения, ведения заболеваний на уровне первичной медико-санитарной помощи, координации деятельности поставщиков для обеспечения непрерывности медико-санитарной помощи и самостоятельного контроля. Очевидно, что цифровая трансформация и внедрение телемедицинских технологий позволяет решить приоритетные проблемы, связанные с кадровым обеспечением, доступностью первичной и специализированной помощи, контролем качества медицинской деятельности, а развитие комплексов цифровых услуг для граждан внесет вклад в развитие максимальной ориентированности системы здравоохранения на потребности человека.

Выводы

1. Впервые составлен рейтинг и проведен бенчмаркинг административно-территориальных единиц Туркменистана в аспекте борьбы с ХНИЗ; впервые объективно охарактеризованы соответ-

ствующие потребности, возможности и особенности каждого региона, что является основой для планирования и управленческих решений.

2. На основе рейтинга и бенчмаркинга разработан оригинальный инструмент для стратегического планирования - матрица преобладающего влияния типовых барьеров для борьбы с ХНИЗ в административно-территориальных единицах Туркменистана.

3. Реализована научная основа «индивидуализированного» приоритетного комплекса программ и мероприятий для обеспечения эффективности контроля и профилактики ХНИЗ, учитывающего особенности и потребности каждой административно-территориальной единицы Туркменистана.

ЛИТЕРАТУРА

1. Драпкина О. М. Вопросы организации помощи пациентам с мультиморбидной патологией: / О. М Драпкина., И. В Самородская., В. Н.Ларина, М. М Лукьянов. // аналитический обзор международных и российских рекомендаций. Профилактическая медицина. 2019;22 (2):107-114. <https://doi.org/10.17116/profmed201922021107>.

2. Дроздова Л.Ю. Оценка качества вторичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в рамках диспансерного наблюдения населения субъектов Российской Федерации/ Л.Ю. Дроздова, Е.С. Иванова, В.А. Егоров, Шепель и.др // Профилактическая медицина. 2020. Т. 23. №6-2. С. 21-25.

3. Жадан Е.С. Эпидемиологические аспекты анализа факторов риска у больных хроническими неинфекционными заболеваниями в условиях новой коронавирусной инфекции. / Е.С. Жадан, А.Г. Колесникова, М.А. Максимова //Вестник гигиены и эпидемиологии. 2020. Т. 24. №4. С. 491-494.

4. Лукьянец А. Экономические и социальные последствия экологической миграции в странах Центральной Азии / А. Лукьянец, С. Рязанцев, Е. Моисеева, Р Маньшин //Центральная Азия и Кавказ. 2020. Т. 23. №2. С. 160-176.

5. Системы здравоохранения в борьбе с неинфекционными заболеваниями: время для амбиций. Резюме. [Health systems respond to noncommunicable diseases: time for ambitions. Summary]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2020 г. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

6. Chang AY, Cullen MR, Harrington RA, Barry M. The impact of novel coronavirus COVID-19 on noncommunicable disease patients and health systems:

a review. J Intern Med. 2021 Apr;289(4):450-462. doi: 10.1111/joim.13184.

7. Min J, Zhao Y, Slivka L, Wang Y. Double burden of diseases worldwide: coexistence of undernutrition and overnutrition-related non-communicable chronic diseases. Obes Rev. 2018 Jan; 19(1): 49-61. doi: 10.1111/obr.12605.

8. Rijken M, Bekkema N, Boeckxstaens P, Schellevis FG, De Maeseneer JM, Groenewegen PP. Chronic Disease Management Programmes: an adequate response to patients' needs? Health Expect. 2014 Oct;17(5):608-21. doi: 10.1111/j.1369-7625.2012.00786.x.

9. Simcoe T, Catillon M, Gertler P. Who benefits most in disease management programs: Improving target efficiency. Health Econ. 2019 Feb;28(2):189-203. doi: 10.1002/hec.3836.

10. Williams J, Allen L, Wickramasinghe K, Mikkelsen B, Roberts N, Townsend N. A systematic review of associations between non-communicable diseases and socioeconomic status within low- and lower-middle-income countries. J Glob Health. 2018 Dec;8(2):020409. doi: 10.7189/jogh.08.020409.

ХУЛОСА

М.Б. Эргашов, Муратназарова Н.

АСОСНОККУНИИ ИЛМИИ БА РНОМАҲО ОИД БА МУБОРИЗА БА БЕМОРИҲОИ МУЗМИНИ ҒАЙРИСИРОЯТӢ ДАР АСОСИ АРЗӢБИИ ИСТИНОД ВОХИДҲОИ МАЪМУРӢ ВА ҲУДУДИИ ТУРКМАНИСТОН.

Усулҳои таҳқиқот. Санҷиши умумии воҳидҳои маъмурӣ-ҳудудии Туркменистон гузаронида шуд. Нишондоҳои рейтинг бо тартиби тарҳи мантиқӣ ва методӣ муайян карда мешаванд. Нишондоҳои дохилшуда вазъи иҷтимоию иқтисодӣ ва демографии минтақа, омодагии системаи тандурустӣ, рушди қорҳои профилактикӣ, таъбаат ва ташҳиси бемориҳои сироятии музминро ба таври мутавозин инъикос мекунанд.

Натиҷаҳои омӯзиш ва муҳокимаи онҳо. Бори аввал рейтинг тартиб дода шуда, муқоисаи воҳидҳои маъмурию ҳудудии Туркменистон дар самти мубориза бар зидди бемориҳои сироятии гузаронида шуд; бори аввал эҳтиётот, имкониятҳо ва ҳоси дахлдори ҳар як минтақа объективно тавсиф карда шуданд, ки ин асоси қарорҳои нақшакаши ва идорақунӣ мебошад. Дар асоси рей-

тинг ва бенчмаркинг воситаи аслии банақшагирии стратегӣ - матритсаи таъсири бартари монеаҳои маъмулӣ барои мубориза бо бемориҳои сироятӣ дар воҳидҳои маъмурию ҳудудии Туркменистон таҳия шудааст.

Хулосаҳо. Матритсаи таъсири бартаридоштаи монеаҳои маъмулӣ барои мубориза бо бемориҳои

сироятӣ дар воҳидҳои маъмурӣ-ҳудудии Туркменистон таҳия шудааст, ки барои банақшагирии стратегии маҷмӯи тадбирҳо асос мебошад.

Калимаҳои калидӣ: бемориҳои музми-ни ғайрисироятӣ, ташкили соҳаи тандурустӣ, пешгириӣ, муқоиса, банақшагирии стратегӣ.

УДК 616.33-007.271-089.844

doi: 10.52888/0514-2515-2023-356-1-107-113

Д.М. Кадыров, Ф.Д. Кодиров, З.В. Табаров, Ш.Ш. Сайдалиев

ДВУХУРОВНЕВЫЙ НЕПРЕРЫВНЫЙ ПРЕЦИЗИОННЫЙ ШОВ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ПОПЕРЕЧНОГО ГАСТРОДУОДЕНОАНАСТОМОЗА У БОЛЬНЫХ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ

ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан»

Сайдалиев Ширинжон Шарифович - кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»; Республика Таджикистан, г. Душанбе, 1 пр. Айни 46; Тел.: +992918673601; E-mail: Aka.74@mail.ru

В работе рассматриваются вопросы наложения двухуровневого непрерывного прецизионного шва у пациентов с рубцово-язвенным пилорoduоденальным стенозом. В качестве альтернативы традиционным операциям предложены поперечный гастрoduоденальный анастомоз и дуоденопластика. Последние имеют лучшие результаты благодаря сохранению анатомической, функциональной целостности привратника и моделирования привратникового «механизма» при формировании поперечного соустья.

Формирование соустьев с использованием прецизионного двухуровневого непрерывного шва позволяет сократить продолжительность оперативных вмешательств, обеспечить ее высокую надежность и функциональность.

Ключевые слова: пилорoduоденальный стеноз, дуоденопластика, поперечный гастрoduоденoанастомоз, двухуровневый непрерывный прецизионный шов.

D.M. Kadyrov, F.D. Kodirov, Z.V. Tabarov, Sh.

TWO-LEVEL CONTINUOUS PRECISION SUTURE FOR TRANSVERSE GASTRODUODENOANASTOMOSIS IN PATIENTS WITH PYLORODUODENAL STENOSIS

State Institution “Institute of Gastroenterology of the Republic of Tajikistan”

Sajdaliev Shirinjon Sharifovich - Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Department of Surgical Diseases #1 of SE Avicenna Tajik State Medical University; Republic of Tajikistan, Dushanbe, 1 pr. Aini 46; Tel.: +992918673601; E-mail: Aka.74@mail.ru

The paper considers the issues of two-level continuous precision suturing in patients with pyloroduodenal ulcerative stenosis. Transverse gastroduodenal anastomosis and duodenoplasty are proposed as alternatives to traditional surgeries. The latter have the best results due to preservation of anatomic, functional integrity of the pylorus and modeling of the pylorus “mechanism” during formation of transverse socket.

Formation of the sutures with the use of the precision two-level continuous suture allows reducing the duration of surgical interventions, providing its high reliability and functionality.

Keywords: pyloroduodenal stenosis, duodenoplasty, transverse gastroduodenal anastomosis, two-level continuous precision suture.