

ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Оригинальная статья

УДК 614.2

DOI: 10.21045/3033-6341-2026-2-1-51-58

АННОТАЦИЯ

Актуальность. Рост хронических неинфекционных заболеваний остается одной из ведущих проблем современного здравоохранения. Эффективность профилактической деятельности медицинских организаций оказывает влияние на уровень заболеваемости, инвалидности и смертности населения.

Цель исследования: проанализировать организацию профилактической деятельности медицинской организации и выявить ограничения её реализации в условиях роста хронических неинфекционных заболеваний.

Материалы и методы. Проведено организационное ретроспективное исследование на базе медицинской организации первичной медико-санитарной помощи за 2020–2025 гг. Проанализированы показатели диспансерного наблюдения пациентов с артериальной гипертензией, хронической сердечной недостаточностью и сахарным диабетом. Использованы методы описательной статистики, анализа динамических рядов и организационного аудита.

Результаты. Численность прикрепленного населения увеличилась с 258 395 до 295 899 человек. Выявлен рост распространенности артериальной гипертензии с 3 081 до 4 933 случаев на 100 000 населения, хронической сердечной недостаточности – с 115 до 402, сахарного диабета – с 1351 до 2 009 случаев на 100 000 населения. Профилактическая деятельность характеризуется преобладанием информационных форм работы при ограниченном развитии структурированных профилактических программ и недостаточной кадровой обеспеченности.

Заключение. Установлено несоответствие между ростом хронической патологии и уровнем организационной готовности профилактической службы. Необходимо усиление кадрового обеспечения и внедрение структурированных программ профилактики.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, хронические неинфекционные заболевания, диспансерное наблюдение, профилактика, организация здравоохранения.

КАК ЦИТИРОВАТЬ:

Жунистаева Ж.К., Мирошниченко А.И. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний при оказании первичной медико-санитарной помощи. Здравоохранение стран СНГ. 2026; 2(1):51–58. DOI: 10.21045/3033-6341-2026-2-1-51-58

ЖУНИСТАЕВА

Жадыра Корикбаевна¹

магистр медицины

(научно-педагогическое направление)

ORCID: 0009-0007-6368-7179

МИРОШНИЧЕНКО

Анна Игоревна²

кандидат медицинских наук

ORCID: 0000-0001-7288-3349, SPIN: 9883–4710

¹ КГП на ПХВ «Карасайская клиническая многопрофильная центральная районная больница», ул. Жангозина, д. 14, г. Каскелен, 040900, Казахстан;

² ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. Добролюбова, д. 11, г. Москва, 127254, Россия.

© Жунистаева Ж.К.,

Мирошниченко А.И., 2026 г.



Жунистаева Жадыра Корикбаевна

e-mail: zh.140308@gmail.com



ВВЕДЕНИЕ

По данным Всемирной организации здравоохранения, хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ) являются причиной более 70% всех случаев смерти в мире [1]. Ведущими среди них остаются сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет и хронические болезни органов дыхания. Согласно стратегическим документам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), развитие профилактики на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) рассматривается как приоритетное направление укрепления общественного здоровья и снижения преждевременной смертности [1, 2].

В документах ВОЗ подчеркивается, что эффективная профилактическая деятельность должна включать не только диспансерное наблюдение, но и системный контроль факторов риска – артериальной гипертензии, гипергликемии, ожирения, табакокурения и низкой физической активности [1, 3, 11, 12]. Важное значение придается организации школ здоровья, консультированию по вопросам питания и физической активности, а также внедрению структурированных программ вторичной профилактики и междисциплинарного сопровождения пациентов [3, 7, 8].

В ряде стран разработаны национальные модели организации профилактической помощи. В государствах Европейского союза реализуются программы, основанные на принципах интегрированной помощи (integrated care), предполагающие участие врачей общей практики, специалистов узкого профиля и среднего медицинского персонала в единой профилактической модели [14, 15]. Международные клинические рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета предусматривают системный подход к управлению факторами риска в клинической практике [7, 8, 13].

В Республике Казахстан профилактическая деятельность регламентируется Кодексом «О здоровье народа и системе здравоохранения» [4], а также приказами Министерства здравоохранения, определяющими порядок проведения профилактических медицинских осмотров и диспансерного наблюдения пациентов с хроническими заболеваниями [5, 6, 16]. Нормативная база предусматривает реализацию скрининговых программ, динамическое наблюдение пациентов с ХНИЗ и проведение санитарно-просветительской работы.

Рост хронических неинфекционных заболеваний остается одной из ключевых проблем здравоохранения. Эффективная профилактическая деятельность медицинских организаций рассматривается как основной инструмент снижения заболеваемости, инвалидности и смертности населения [1, 15]. Вместе с тем, анализ международного опыта показывает, что профилактика нередко носит преимущественно учетно-регистрационный

характер и ограничивается наблюдением пациентов с уже установленными диагнозами, что снижает потенциал первичной профилактической деятельности [14, 17].

Несмотря на наличие нормативного обеспечения и международных рекомендаций, организационные вопросы реализации профилактических мероприятий на уровне конкретной медицинской организации остаются актуальными и требуют дополнительного анализа.

Цель исследования: проанализировать организацию профилактической деятельности медицинской организации и выявить ограничения её реализации в условиях роста хронических неинфекционных заболеваний.

Задачи: 1) проанализировать динамику хронических заболеваний прикрепленного населения; 2) оценить организацию профилактической деятельности; 3) изучить кадровое обеспечение профилактической службы; 4) выявить организационные ограничения реализации профилактических мероприятий; 5) разработать предложения по совершенствованию профилактики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено организационное ретроспективное исследование на базе Карасайской клинической многопрофильной центральной районной больницы за 2020–2025 гг.

Объект исследования – профилактическая деятельность медицинской организации.

Предмет исследования – организационные условия реализации профилактических мероприятий, кадровое обеспечение профилактической службы и показатели диспансерного наблюдения пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями.

Источники информации:

1. Годовые статистические отчеты медицинской организации (форма № 30 «Отчет медицинской организации»).
2. Единая информационная система здравоохранения (раздел «Диспансерное наблюдение»).
3. Регистр (журнал) диспансерного учета пациентов с артериальной гипертензией (АГ), хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и сахарным диабетом (СД).
4. Штатное расписание медицинской организации, 2020–2025 гг.
5. Действующие нормативные правовые акты Республики Казахстан, регламентирующие профилактические осмотры и диспансерное наблюдение [4, 5, 6, 9, 10].

Применялись методы описательной статистики, анализа динамических рядов, сравнительного анализа и организационного аудита.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Базой исследования стала Карасайская клиническая многопрофильная центральная районная больница (Карасайская КМЦРБ), обеспечивающая оказание медицинской помощи населению Карасайского района Алматинской области Республики Казахстан. Больница представляет собой многопрофильный комплекс, оказывающий широкий спектр медицинских услуг: от первичной медико-санитарной помощи до специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи. Проектная мощность учреждения составляет 500 посещений в смену в амбулаторно-поликлиническом звене и 535 коек круглосуточного стационара. Разветвленная сеть медицинских подразделений больницы обеспечивает территориальную доступность помощи жителям всего района. Головная организация включает поликлинику, стационарный комплекс, родильный дом и инфекционное отделение.

Первичную медико-санитарную помощь населению оказывают 36 медицинских организаций: 3 центра ПМСП, 19 врачебных амбулаторий, 11 фельдшерско-акушерских пунктов, 2 медицинских пункта и 7 объектов, не включенных в сеть ввиду отсутствия зданий. Для улучшения медицинского обслуживания отдаленных сельских территорий в практике больницы используется передвижной медицинский комплекс. Оказание ПМСП в районе реализовано по территориально-участковому принципу с акцентом на развитие службы врача общей практики (ВОП). Первичная медико-санитарная помощь включает не только оказание неотложной медицинской помощи, первичный прием и лечение, но и диспансерное наблюдение, профилактическую работу.

При проведении организационного аудита в Карасайской КМЦРБ по сопоставлению нормативных требований и их фактического исполнения выявлено, что основные положения нормативных документов, регламентирующих организацию оказания ПМСП реализованы. Имеются структурные подразделения профилактической направленности; разработаны локальные программы профилактики; проводятся все виды профилактической работы (скрининг, диспансерное наблюдение, санитарно-просветительная работа). Особое внимание в настоящее время уделяется диспансерному

наблюдению пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями. В Республике Казахстан организован персонифицированный учет пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, позволяющий мониторировать все этапы диспансерного наблюдения пациентов, включенных в электронный регистр диспансерных больных. Динамическое наблюдение за лицами с хроническими заболеваниями в зависимости от тяжести и течения заболевания осуществляется специалистами ПМСП и профильными специалистами, в том числе с формированием мультидисциплинарных групп. Координатором динамического наблюдения является специалист ПМСП. По трем хроническим заболеваниям в организациях ПМСП действует программа управления заболеваниями (ПУЗ) – серия скоординированных мероприятий и коммуникаций на уровне поликлиники, предназначенных для поддержки пациентов с ХНИЗ, главными задачами которой являются оперативное выявление, своевременное обследование и контролируемое управление ХНИЗ с целью предотвращения развития осложнений или сопутствующих заболеваний.

Анализ медико-демографических показателей показал устойчивый рост численности прикрепленного населения к медицинской организации, которая в 2020 г. составляла 258 395 человек, в 2025 г. – 295 899 человек, темп прироста за 2020–2025 гг. был равен 14,5%, что сопровождалось увеличением нагрузки на систему ПМСП (таблица 1). Население Карасайского района на 83% состоит из жителей сельской местности. Значимых отличий половозрастного состава сельского и городского населения не выявлено.

На фоне роста прикрепленного населения отмечено увеличение числа пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении по поводу ХНИЗ. При анализе динамики показателей заболеваемости ХНИЗ, включенными в программу управления здоровьем, в Карасайской КМЦРБ за 2020–2025 гг. выявлен наибольший темп прироста числа случаев хронической сердечной недостаточности (рост с 297 до 1189 случаев). Значимо увеличилось число пациентов с артериальной гипертензией – с 7962 до 14 600 случаев и сахарным диабетом – с 3492 до 5943 случаев (таблица 2).

Расчет показателей на 100 000 прикрепленного населения также показал рост заболеваемости.

Таблица 1

Численность населения, прикрепленного к Карасайской клинической многопрофильной центральной районной больнице, абс.

	Год						Темп прироста, %
	2020	2021	2022	2023	2024	2025	
Численность населения	258 395	267 724	275 819	282 028	290 360	295 899	14,5

Источник: составлено авторами по данным годовых статистических отчетов медицинской организации за 2020–2025 гг.

Таблица 2

Диспансерное наблюдение пациентов с хроническими заболеваниями, 2020–2025 гг.

Хроническое заболевание	Год						Темп прироста, %
	2020	2021	2022	2023	2024	2025	
Артериальная гипертензия	7 962	8 776	9 951	11 500	13 406	14 600	83,4
Хроническая сердечная недостаточность	297	402	446	625	863	1 189	300
Сахарный диабет	3 492	3 684	4 063	4 904	5 550	5 943	70,2

Источник: составлено авторами по данным регистра диспансерного наблюдения пациентов Карасайской КМЦРБ.

Таблица 3

Динамика случаев хронических неинфекционных заболеваний взрослого населения, состоящего под диспансерным наблюдением (на 100 000 населения)

Хроническое заболевание	Год						Темп прироста, %
	2020	2021	2022	2023	2024	2025	
Артериальная гипертензия	3 081,3	3 278,0	3 607,8	4 077,6	4 617,0	4 934,1	60,1
Хроническая сердечная недостаточность	114,9	150,2	161,7	221,6	297,2	401,8	249,6
Сахарный диабет	1 351,4	1 376,0	1 473,1	1 738,8	1 911,4	2 008,5	48,6

Источник: составлено авторами по данным регистра диспансерного наблюдения пациентов и данным единой информационной системы здравоохранения Карасайской КМЦРБ.

Наибольший темп прироста отмечен по числу случаев хронической сердечной недостаточности – 249,6%, на втором месте число случаев артериальной гипертензии – 60,1% и наименьший темп в случаях сахарного диабета – 48,6% (таблица 3).

Для оценки заболеваемости ХНИЗ и диспансерного наблюдения проведен анализ числа случаев ХНИЗ в разрезе городского и сельского населения в 2025 г. (таблица 4).

Число случаев ХНИЗ на 100 000 населения значительно ниже у городского населения по сравнению как с сельским населением, так и со средними значениями показателя по Карасайскому району. Так, число случаев артериальной гипертензии среди городского населения ниже, чем среди сельского населения Карасайского района в 8 и 6,8 раз соответственно, число случаев сахарного диабета – в 4,6 и 4 раза соответственно, число случаев хронической сердечной недостаточности – в 9,5 и 8 раз соответственно. При сравнении возрастных показателей городского и сельского населения значимых отличий по доле лиц пожилого возраста не выявлено.

Значительный рост объема наблюдаемого контингента сопровождается увеличением нагрузки на врача ПМСП в 1,8 раза к 2025 г. в условиях стабильной кадровой обеспеченности. На всех участках Карасайской КМЦРБ соблюдался норматив прикрепленного населения – не более 1700 человек.

При анализе реализации мероприятий вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, снижения массы тела, улучшения гликемического контроля, повышения приверженности лечению выявлено отсутствие реабилитационно-профилактического звена (например, лечебной физической культуры (ЛФК)), что усиливает потребность пациента в медикаментозной терапии и повышает риск осложнений. Таким образом, разработка программ вторичной профилактики является перспективным направлением развития системы оказания медицинской помощи пациентам с ХНИЗ в первичном звене.

Таким образом, организационные ограничения реализации профилактических мероприятий включают рост числа прикрепленного населения;

Таблица 4

Число случаев хронических неинфекционных заболеваний взрослого населения, состоящего под диспансерным наблюдением (на 100 000 населения) в 2025 г.

Хроническое заболевание	Число случаев ХНИЗ на 100 000 населения	
	городское население	сельское население
Артериальная гипертензия	727,5	5 790,1
Хроническая сердечная недостаточность	50,0	473,4
Сахарный диабет	501,7	2 319,1

Источник: составлено авторами по данным регистра диспансерного наблюдения пациентов и данным единой информационной системы здравоохранения Карасайской КМЦРБ.

увеличение числа пациентов с хроническими заболеваниями; высокую нагрузку на врачей первичной медико-санитарной помощи; необходимость совершенствования организационных механизмов мониторинга и профилактики; развитие инфраструктуры.

На основе проведенного анализа сформированы предложения по совершенствованию профилактической деятельности в Карасайской КМЦРБ.

1. Организационные мероприятия:
 - расширение школ здоровья для пациентов с АГ и СД;
 - внедрение риск-стратифицированного наблюдения;
 - активизация патронажной службы;
 - расширение цифрового мониторинга приверженности лечению;
 - разработка групповых программ для пациентов с АГ, СД и ожирением;
 - в сельской местности - внедрение мобильных выездных программ ЛФК;
 - использование дистанционных форм (видеоуроки, онлайн-школы здоровья);
 - усиление межсекторальной профилактики (образование, спорт, социальная защита).
2. Планировочные решения:
 - восстановление/строительство зданий для 7 подразделений;
 - организация залов ЛФК в структурных подразделениях, оказывающих ПМСП.
3. Кадровое обеспечение:
 - увеличение штата медицинских работников в условиях роста нагрузки;
 - введение штатной единицы инструктора ЛФК;
 - подготовка среднего медицинского персонала по базовым программам ЛФК.

ОБСУЖДЕНИЕ

Согласно государственным программам развития здравоохранения Республики Казахстан и данным официальной статистики, хронические неинфекционные заболевания остаются ведущей причиной заболеваемости и смертности населения. В структуре ХНИЗ доминируют артериальная гипертензия, хроническая сердечная недостаточность, сахарный диабет.

В целом по стране отмечается ежегодный рост распространенности АГ и СД, что обусловлено старением населения, урбанизацией, ростом факторов риска (ожирение, гиподинамия), улучшением выявляемости в рамках скрининговых программ.

Полученные в рамках текущего исследования результаты свидетельствуют о выраженном росте ХНИЗ среди населения, прикрепленного к Карасайской КМЦРБ в 2020–2025 гг. Увеличение

распространенности артериальной гипертензии на 83,4%, хронической сердечной недостаточности - в 4 раза и сахарного диабета - на 70,2% отражает общенациональные и глобальные тенденции роста бремени ХНИЗ. Рост охвата сельских жителей медицинскими осмотрами в условиях передвижных медицинских комплексов, оснащенных необходимым медицинским оборудованием (аппаратами для рентгеновского, электрокардиографического и ультразвукового исследований и гинекологическим смотровым оборудованием) [18, 20] коррелирует с высокой частотой случаев ХНИЗ у сельского населения.

Повышение нагрузки на врачей является одной из причин кадрового дефицита в Республике Казахстан [19], вместе с тем в Карасайской КМЦРБ отсутствует отрицательная динамика по численности штатных сотрудников. Положительный опыт снижения нагрузки на врача демонстрирует укомплектование врачебного участка медицинскими сестрами по принципу «1+3» и внедрение независимого приема медицинскими сестрами с послесредним и высшим образованием (прикладной и академический бакалавриат) [20].

В Республике Казахстан нормативная база профилактической деятельности (Кодекс «О здоровье народа и системе здравоохранения», приказы Министерства здравоохранения Республики Казахстан по ПМСП и диспансерному наблюдению) предусматривает риск-ориентированный подход, скрининг, вторичную профилактику и реабилитацию пациентов с ХНИЗ. Формально исследуемая медицинская организация реализует основные регламентированные мероприятия (скрининг, диспансерный учет, санитарно-просветительная работа). Однако имеется частичное несоответствие фактической модели профилактики современным требованиям.

В исследуемой организации установлено отсутствие зала ЛФК и штатной единицы инструктора ЛФК, особенно в сельских подразделениях. Данный факт ограничивает реализацию программ вторичной профилактики и не позволяет в полной мере соответствовать международным стандартам кардиореабилитации и метаболической коррекции. Таким образом, профилактическая деятельность преимущественно носит информационный характер и не трансформируется в структурированные поведенческие программы.

Выявленные несоответствия обусловлены рядом системных факторов: ростом прикрепленного населения при неизменной инфраструктуре, кадровым дефицитом в сельской местности, высокой нагрузкой на врачей ПМСП и приоритетом лечебной работы над профилактической. Увеличение числа пациентов, состоящих на диспансерном учете, при ограниченных ресурсах снижает возможность индивидуализированного профилактического сопровождения.

С позиций международных клинических рекомендаций, в частности European Society of Cardiology (ESC) [7], вторичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний должна включать структурированные программы физической реабилитации, модификацию факторов риска и мультидисциплинарное сопровождение пациента. Аналогичные положения содержатся в рекомендациях American Diabetes Association (ADA) [8], где регулярная физическая активность и поведенческие интервенции рассматриваются как обязательный компонент лечения и профилактики сахарного диабета 2 типа [8].

Сопоставление полученных данных с международными моделями организации ПМСП показывает необходимость перехода к междисциплинарной профилактической системе, включающей врача общей практики, медицинскую сестру расширенной практики, специалиста по ЛФК и элементы цифрового мониторинга. Подобная модель доказала эффективность в снижении сердечно-сосудистого риска и частоты госпитализаций [7, 14].

Таким образом, отсутствие реабилитационного компонента (зала ЛФК) и недостаточная кадровая обеспеченность ограничивают потенциал вторичной профилактики и могут привести к дальнейшему увеличению осложнений и инвалидизации.

Результаты исследования подтверждают необходимость структурной модернизации профилактической службы, усиления кадрового обеспечения

и внедрения программно-ориентированной модели профилактики, соответствующей национальным и международным рекомендациям.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ показал устойчивый рост ХНИЗ среди прикрепленного населения медицинской организации на фоне увеличения его численности. Профилактическая деятельность, в целом, соответствует действующим нормативным требованиям, однако реализация профилактических мероприятий осуществляется в условиях возрастающей нагрузки на систему первичной медико-санитарной помощи.

Для повышения эффективности профилактики целесообразно совершенствование организационных механизмов диспансерного наблюдения, оптимизация кадрового обеспечения и внедрение современных инструментов мониторинга хронических заболеваний.

Финансирование: исследование не имело спонсорской поддержки.

Funding: the study had no sponsorship.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests: the authors declare that there is no conflict of interests.

ЛИТЕРАТУРА

1. Global status report on noncommunicable diseases 2021. Geneva: WHO; 2021.
2. Noncommunicable diseases country profiles 2022. Geneva: WHO; 2022.
3. WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour. Geneva: WHO; 2020.
4. Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК «О здоровье народа и системе здравоохранения».
5. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-264/2020 «Об утверждении правил, объема и периодичности проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения».
6. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 октября 2020 года № ҚР ДСМ-149/2020 «Правила организации оказания медицинской помощи лицам с хроническими заболеваниями, периодичности и сроков наблюдения, обязательного минимума и кратности диагностических исследований».
7. European Society of Cardiology. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*. 2021.
8. American Diabetes Association. Standards of Care in Diabetes – 2024. *Diabetes Care*. 2024.
9. Единая информационная система здравоохранения (ЕИСЗ). Разделы ЭРДБ и РПН. Данные за 2020–2025 гг.
10. Национальная программа профилактики и контроля хронических неинфекционных заболеваний. Астана: Министерство здравоохранения Республики Казахстан; 2020.
11. Popkin B.M. et al. The global nutrition transition and obesity in developing countries. *Nutrition Reviews*. 2020; 78(1):1–13.
12. Kearney P.M. et al. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *The Lancet*. 2021; 389:37–48.
13. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 10th ed. Brussels: IDF; 2021.
14. Rubinstein A. et al. Effectiveness of organizational preventive programs in primary healthcare. *Public Health*. 2019; 176:123–130.
15. Beaglehole R. et al. Chronic disease prevention: public health strategies. *The Lancet*. 2018; 392:1212–1224.
16. Методические рекомендации по организации диспансерного наблюдения пациентов с хроническими заболеваниями. Астана: Министерство здравоохранения Республики Казахстан; 2020.

17. Noncommunicable diseases. Geneva: WHO; 2023.
18. Иманова Ж.А., Кулиев Р.С., Орынбасарулы А. Обеспечение сельского населения Республики Казахстан медицинскими услугами с привлечением передвижных медицинских комплексов. *Journal of Health Development*. 2022; 1(45):20–28.
19. Абзалиева А.Р., Каусова Г.К., Баймуратова М.А., Тасмагамбетов Э.К. Состояние кадровых ресурсов в мире и Республике Казахстан. *Фармация Казахстана*. 2023; (250):265–278. DOI: 10.53511/PHARMKAZ.2023.81.11.034.
20. Мерекина М.Д., Калининская А.А., Лазарев А.В. и др. Стационарозамещающие формы работы как резерв здоровьесбережения. *Менеджер здравоохранения*. 2021; 7:57–65. DOI:10.21045/1811-0185-2021-7-57-65. EDN: YBGKFA.

Original article
UDC 614.2.

DOI: 10.21045/3033-6341-2026-2-1-51-58

PREVENTION OF CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES IN THE PROVISION OF PRIMARY HEALTH CARE

Zhadyra K. ZHUNISTAYEVA¹

Master of sciences in medicine (scientific-pedagogical profile)
ORCID: 0009-0007-6368-7179

Anna I. MIROSHNICHENKO²

Candidate of sciences in medicine
ORCID: 0000-0001-7288-3349, SPIN: 9883-4710

¹Karasai Clinical Multidisciplinary Central District Hospital, 14 Zhanqozina Street, Kaskelen, 040900, Kazakhstan;

²Russian Research Institute of Health, 11 Dobrolyubova Street, Moscow, 127254, Russia.



Zhadyra K. Zhunistayeva

e-mail: zh.140308@gmail.com

ABSTRACT

Relevance. He growth of chronic noncommunicable diseases remains one of the leading problems of modern healthcare. The effectiveness of preventive activities of medical organizations has an impact on the level of morbidity, disability and mortality of the population.

The purpose of the study: to analyze the organization of preventive activities of a medical organization and identify the limitations of its implementation in the context of the growth of chronic non-communicable diseases.

Materials and methods. An organizational retrospective study was conducted on the basis of a primary health care medical organization for 2020–2025. The indicators of outpatient follow-up of patients with arterial hypertension, chronic heart failure and diabetes mellitus are analyzed. The methods of descriptive statistics, dynamic series analysis, and organizational audit were used.

Results. The number of the attached population increased from 258,395 to 295,899 people. The prevalence of arterial hypertension increased from 3,081 to 4,933 cases per 100,000 population, chronic heart failure – from 115 to 402, diabetes mellitus – from 1,351 to 2,009 cases per 100,000 population. Preventive activities are characterized by the predominance of informational forms of work with limited development of structured preventive programs and insufficient staffing.

Conclusion. A discrepancy has been established between the growth of chronic pathology and the level of organizational readiness of the preventive service. It is necessary to strengthen human resources and introduce structured prevention programs.

Keywords: primary healthcare, chronic noncommunicable diseases, dispensary observation, prevention, healthcare organization.

TO CITE THIS ARTICLE:

Zhunistayeva Zh.K., Miroshnichenko A.I. Prevention of chronic non-communicable diseases in the provision of primary health care. *The CIS Healthcare*. 2026; 2(1):51–58. DOI: 10.21045/3033-6341-2026-2-1-51-58

REFERENCES

1. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2021. Geneva: WHO; 2021.
2. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2022. Geneva: WHO; 2022.
3. World Health Organization. WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour. Geneva: WHO; 2020.
4. Code of the Republic of Kazakhstan dated July 7, 2020 No. 360-VI ZRK «On Public Health and the Healthcare System». (In Russ.).
5. Order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan dated December 15, 2020 No. KR DSM-264/2020 «On approval of rules, scope and frequency of preventive medical examinations of target population groups» (In Russ.).
6. Order of the Minister of Health of the Republic of Kazakhstan dated October 23, 2020 No. KR DSM-149/2020 «Rules for the organization of medical care for persons with chronic diseases, frequency and minimum diagnostic requirements» (In Russ.).
7. European Society of Cardiology. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*. 2021.
8. American Diabetes Association. Standards of Care in Diabetes – 2024. *Diabetes Care*. 2024.
9. Unified Health Information System (EHIS). ERDB and RPN sections. Data for 2020–2025 (In Russ.).
10. National Program for the Prevention and Control of Chronic Noncommunicable Diseases. Astana: Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan; 2020 (In Russ.).
11. Popkin B.M. et al. The global nutrition transition and obesity in developing countries. *Nutrition Reviews*. 2020; 78(1):1–13.
12. Kearney P.M. et al. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *The Lancet*. 2021; 389:37–48.

13. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 10th ed. Brussels: IDF; 2021.
14. Rubinstein A. et al. Effectiveness of organizational preventive programs in primary healthcare. *Public Health*. 2019; 176:123–130.
15. Beaglehole R. et al. Chronic disease prevention: public health strategies. *The Lancet*. 2018; 392:1212–1224.
16. Methodological recommendations on the organization of dispensary follow-up of patients with chronic diseases. Astana: Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan; 2020 (In Russ.).
17. Noncommunicable diseases. Geneva: WHO; 2023.
18. Imanova J.A., Kuliyeu R.S., Orynbasaruly A. Provision of medical services to the rural population of the Republic of Kazakhstan with the use of mobile medical complexes. *Journal of Health Development*. 2022; 1(45):20–28. (In Russ.).
19. Abzalieva A.R., Kausova G.K., Baymuratova M.A., Tasmagambetov E.K. The state of human resources in the world and the Republic of Kazakhstan. *Pharmacy of Kazakhstan*. 2023; (250):265–278. DOI: 10.53511/PHARMKAZ.2023.81.11.034. (In Russ.).
20. Merekina M.D., Kalininskaya A.A., Lazarev A.V. et al. Stationary-substituting forms of work as a health preservation reserve. *Manager Zdravoochranenia*. 2021; 7:57–65. (In Russ.).

Получено / Received: 23.02.2026.

Принято / Accepted: 20.03.2026.

Опубликовано / Published: 30.03.2026.

Новости здравоохранения стран СНГ

2026 – ГОД ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ В СТРАНАХ СНГ: ОБМЕН ОПЫТОМ, СОВМЕСТНЫЕ ПРОГРАММЫ И ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ

14 октября 2022 г. Совет глав государств СНГ принял решение объявить 2026 г. Годом охраны здоровья. Эта практика проведения тематических годов продолжается традицию, начатую в 1999 г., которая служит эффективным инструментом для развития различных сфер гуманитарной направленности на пространстве Содружества путем сосредоточения усилий в реализации соответствующих программ и планов в государствах – участниках.

Здравоохранение признано приоритетом национальной безопасности, поскольку от него напрямую зависит социально-экономическое развитие страны, сохранность её стабильности и интеллектуального потенциала. В связи с этим политика каждого государства направлена на увеличение численности населения и продолжительности жизни, снижение смертности и уровня инвалидности, повышение доступности и качества медицинской помощи, соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья.

В мировом сообществе каждая страна формирует собственную модель системы здравоохранения, характеризующуюся уникальными механизмами финансирования и подходами к сохранению здоровья граждан. Эффективность функционирования таких систем определяется совокупностью факторов, включая исторически сложившиеся в государстве политические, экономические, нравственно-этические, культурные и др. отношения.

За последние годы в некоторых странах Содружества сформирована смешанная модель здравоохранения, в ряде стран внедрена система обязательного медицинского страхования, расширена экономическая самостоятельность медицинских учреждений, сформирован рынок медицинских услуг. Неизменным остается желание в развитии сотрудничества и обмена опытом лучших практик в здравоохранении.

Экспертами стран Содружества разработан План мероприятий по подготовке и проведению в 2026 г. Года охраны здоровья, важнейшей целью которого является обозначить единое устремление к сохранению здоровья граждан, обмен лучшими практиками и научными разработками, проведение совместных мероприятий, развитие международного сотрудничества как между странами СНГ, так и со Всемирной организацией здравоохранения. Проект Плана

включает 10 разделов и более 120 мероприятий. Среди ключевых направлений – совершенствование нормативной базы в области здравоохранения, развитие взаимодействия со Всемирной организацией здравоохранения. Большой блок посвящен вопросам профилактики неинфекционных заболеваний и совершенствования услуг первичной медико-санитарной помощи, проведения совместных научных исследований, конференций, съездов и форумов.

Запланировано осуществление информационного взаимодействия по обмену опытом в целях внедрения передовых инновационных технологий в сфере здравоохранения государств – участников СНГ, развитие сотрудничества в рамках базовых и профильных организаций здравоохранения стран Содружества по изучению и внедрению наилучших международных практик по различным направлениям. Отдельный раздел посвящен обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия и совместному реагированию по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций санитарно-эпидемиологического характера на территориях государств – участников СНГ.

Особое внимание в документе уделено вопросам подготовки, переподготовки и повышения квалификации медицинских кадров, разработки и реализации совместных образовательных программ для специалистов в сфере охраны здоровья, поддержке молодых специалистов. В 2026 г. запланированы Международный конкурс молодых лидеров – организаторов здравоохранения и запуск ряда научно-образовательных проектов для молодых исследователей из стран СНГ.

Важным направлением также названо развитие цифровых сервисов в области охраны здоровья, включая внедрение трансграничного телемедицинского консультирования для граждан государств – участников СНГ.

Ожидается также, что в Год охраны здоровья в странах Содружества пройдут совместные научно-практические мероприятия, конференции, съезды, выставки новых технологий в области здравоохранения, программы телемедицины, дистанционной диагностики и ряд других мероприятий.

Источник: Официальный сайт Исполнительного комитета СНГ.