

УДК [616.127+616.831]-005.8-036.22(575.4)
https://doi.org/10.47093/2713-069X.2023.4.2.33-39

Заболеваемость острым инфарктом миокарда и инфарктом мозга как показатель результативности борьбы с хроническими неинфекционными заболеваниями в Туркменистане

Н.К. Аманнепесов¹, М.Б. Эргешов^{2,*}

¹Кабинет Министров Туркменистана, Копетдагский этрап, г. Ашгабат, 744000, Туркменистан

²Министерство здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана, ул. Арчабил, д. 20, г. Ашгабат, 744036, Туркменистан

Аннотация

Совершенствование оказания медицинской помощи пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ) должно основываться на объективных показателях результативности мер профилактики и диспансеризации, одними из которых являются заболеваемость острым инфарктом миокарда и острыми нарушениями мозгового кровообращения. **Цель исследования:** охарактеризовать тенденции динамики показателей заболеваемости инфарктом миокарда и острыми нарушениями мозгового кровообращения в Туркменистане. **Материалы и методы.** Ретроспективное описательное эпидемиологическое исследование заболеваемости инфарктом миокарда (МКБ-10 I21–I23), острыми нарушениями мозгового кровообращения (МКБ-10 I63) в период 2016–2020 гг. в Туркменистане (анализ проведен в целом по стране и по административно-территориальным единицам). **Результаты.** За изучаемый период в Туркменистане отмечается снижение показателей общей заболеваемости острым инфарктом миокарда с 10,9 на 100 тыс. нас. в 2016 г. до 7,8 на 100 тыс. нас. в 2020 г. В настоящее время наиболее высокий уровень общей заболеваемости инфарктом миокарда регистрируется в г. Ашгабат и Балканском велаяте (по 9,0 на 100 тыс. нас.), наименьший – в Марыйском велаяте (6,9 на 100 тыс. нас.). Также отмечается снижение общего уровня заболеваемости острыми нарушениями мозгового кровообращения. В целом по стране с 2016 по 2020 г. показатель снизился с 5,6 до 4,7 на 100 тыс. населения. По состоянию на 2020 г. наиболее высокий уровень заболеваемости сохраняется в Лебапском велаяте (8,4 на 100 тыс. нас.), наименьший – в Дашогузском велаяте (1,7 на 100 тыс. нас.). На уровне отдельных административно-территориальных единиц за изучаемый период наблюдаются значительные колебания показателей, а в г. Ашгабат – рост показателя общей заболеваемости инфарктом мозга. **Заключение.** Снижение показателей общей заболеваемости острыми нарушениями мозгового кровообращения и острым инфарктом миокарда свидетельствует о высоком качестве работы национальной системы здравоохранения в аспекте профилактики ХНИЗ. В отдельных административно-территориальных единицах Туркменистана выявлены особенности динамики заболеваемости, требующие особых организационных подходов.

Ключевые слова: хронические неинфекционные заболевания; исходы; заболеваемость; здравоохранение; эпидемиология

Для цитирования: Аманнепесов Н.К., Эргешов М.Б. Заболеваемость острым инфарктом миокарда и инфарктом мозга как показатель результативности борьбы с хроническими неинфекционными заболеваниями в Туркменистане. Национальное здравоохранение. 2023; 4 (2): 33–39. <https://doi.org/10.47093/2713-069X.2023.4.2.33-39>

Контактная информация:

* Автор, ответственный за переписку: Эргешов Мухаммет Бозогланович. E-mail: ergeshov005@gmail.com

Статья поступила в редакцию: 13.10.22

Статья принята к печати: 14.12.22

Дата публикации: 30.06.23

Acute myocardial infarction and brain infarction morbidity as a quality indicator of the chronic non-communicable diseases overcoming in Turkmenistan

Nurmuhammet K. Amannepesov¹, Muhammet B. Ergeshov^{2,*}

¹Cabinet of Ministers of Turkmenistan, Kopetdag etrap, Ashgabat, 744036, Turkmenistan

²Ministry of Health and Medical Industry of Turkmenistan, Archabil str., 20, Ashgabat, 744036, Turkmenistan

Abstract

Improving the provision of medical care to patients with chronic non-communicable diseases should be based on objective indicators of the effectiveness of preventive measures and medical examinations. Such an indicator can be the incidence

of acute myocardial infarction and cerebral infarction. **Objective:** to characterize the trends in the dynamics of the incidence of myocardial infarction and acute disorders of cerebral circulation in Turkmenistan. **Materials and methods.** A retrospective descriptive epidemiological study was performed. The dynamics, spatial and temporal characteristics of the incidence of myocardial infarction (ICD-10 code I21–I23), cerebral infarction (ICD-10 code I63) in the period 2016–2020 in Turkmenistan as a whole and by administrative-territorial units were studied. **Results.** During the study period, Turkmenistan has seen a decrease in the overall incidence of acute myocardial infarction from 10.9 per 100 thousand in 2016 to 7.8 per 100 thousand in 2020. Currently, the highest level of total incidence of myocardial infarction is registered in Ashgabat and the Balkan Velayat (9.0 per 100 thousand people), the smallest is in the Mary Velayat (6.9 per 100 thousand people). There is also a decrease in the overall incidence of acute disorders of cerebral circulation. In the whole country from 2016 to 2020, the indicator decreased from 5.6 to 4.7 per 100 thousand population. At the level of individual administrative-territorial units, significant fluctuations in indicators were observed during the study period, and in the city of Ashgabat, an increase in the overall incidence of brain infarction. **Conclusion.** The decrease in the overall incidence of acute cerebral circulatory disorders and acute myocardial infarction indicates the high quality of the work of the national health system in the aspect of prevention of chronic NCDs. In some administrative-territorial units of Turkmenistan, the peculiarities of the dynamics of morbidity were revealed, requiring special organizational approaches.

Keywords: chronic non-communicable diseases; outcomes; morbidity; health care; epidemiology

For citation: Amannepesov N.K., Ergeshov M.B. Acute myocardial infarction and brain infarction morbidity as a quality indicator of the chronic non-communicable diseases overcoming in Turkmenistan. National Health Care (Russia). 2023; 4 (2): 33–39. <https://doi.org/10.47093/2713-069X.2023.4.2.33-39>

Contacts:

* Corresponding author: Muhammet B. Ergeshov. E-mail: ergeshov005@gmail.com

The article received: 13.10.22

The article approved for publication: 14.12.22

Date of publication: 30.06.23

Список сокращений:

ИМ – инфаркт мозга

ОИМ – острый инфаркт миокарда

ХНИЗ – хронические неинфекционные заболевания

ВВЕДЕНИЕ

Лечение пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ) включает организацию постоянного медицинского наблюдения за состоянием их здоровья в течение длительного времени, в большинстве случаев – пожизненно. С управленческой точки зрения для лечения и дальнейшего мониторинга состояния таких пациентов реализуется комплекс мероприятий, именуемый диспансерным наблюдением [1–4]. Одной из его ключевых задач является сдерживание прогрессирования основного заболевания, недопущение обострений и осложнений. Негативными исходами ряда ХНИЗ (прежде всего болезней, сопровождающихся повышением артериального давления, атеросклероза, ишемической болезни сердца и т.д.) являются так называемые «сосудистые катастрофы» – острые нарушения кровообращения тканей головного мозга или миокарда [5, 6].

В Туркменистане реализуется государственная политика в области здравоохранения, направленная на профилактику и борьбу с ХНИЗ в соответствии с Законом Туркменистана «О профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними»¹.

В целях профилактики ХНИЗ осуществляются мероприятия, направленные на повышение качества медицинских услуг – предотвращение осложнений, сокращение потребности в стационарном лечении

и дорогостоящих высокотехнологичных вмешательств, а также в целях сокращения числа преждевременных смертей, осуществление мер по укреплению здоровья пациентов, находящихся в группе риска или с высокой предрасположенностью к неинфекционным заболеваниям, профилактика заболеваний, раннее выявление, лечение и непрерывный мониторинг.

Для практического осуществления заявленных направлений необходимо иметь представление о результативности проводимых мероприятий. С учетом изложенного выше полагаем, что оценка динамики заболеваемости инфарктом миокарда и острыми нарушениями мозгового кровообращения может быть использована как показатель результативности борьбы с ХНИЗ.

Цель исследования: охарактеризовать тенденции динамики заболеваемости инфарктом миокарда и острыми нарушениями мозгового кровообращения в Туркменистане.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено ретроспективное описательное эпидемиологическое исследование. Изучена динамика, пространственные и временные характеристики показателей общей заболеваемости инфарктом миокарда (код МКБ-10 I21–I23), острыми нарушениями

¹ Закон Туркменистана от 18 декабря 2021 г. «О профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними». URL: https://base.spininform.ru/show_doc.fwx/show_doc.fwx?rgn=136674 (дата обращения: 12.04.2023).

мозгового кровообращения (код МКБ-10 I63) в период 2016–2020 гг. в Туркменистане в целом и по административно-территориальным единицам. Первичные данные взяты из отчетных форм о заболеваемости по классам МКБ-10 (из расчета на 100 тыс. нас.). Использованы следующие методы: анализ интервальных динамических рядов, аналитические, статистические.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Динамика заболеваемости инфарктом миокарда (I21–I23)

С 2016 по 2020 г. в Туркменистане наблюдается медленное снижение показателей общей заболеваемости острым инфарктом миокарда (ОИМ) с 10,9 до 7,8 на 100 тыс. населения (табл. 1). Данная динамика свидетельствует о качественной работе по борьбе с ХНИЗ. В настоящее время наиболее высокий уровень общей заболеваемости наблюдается в г. Ашгабат и Балканском велаяте (по 9,0 на 100 тыс. населения), наименьший уровень отмечается в Марыйском велаяте (6,9 на 100 тыс. населения).

Для изучения закономерностей динамики показателей общей заболеваемости ОИМ проведен анализ в административно-территориальных единицах путем построения и изучения динамических интервальных рядов (табл. 2).

В целом в Туркменистане отмечалась абсолютная убыль (базисная) значения заболеваемости: от -0,97

в 2017 г. по сравнению с предыдущим периодом до -3,08 в 2020 г. также по сравнению с предыдущим периодом. Отрицательные значения весь период наблюдения имели скорость роста: от -0,97 до -0,19. Коэффициенты роста, как базисный, так и цепной, не превышали 0,98 за 5 лет. Темп роста не превышал 100,0 %, в 2020 г. составил 97,6%. Темп прироста имел только отрицательные значения.

Усредненные данные для Туркменистана в целом и административно-территориальных единиц представлены в таблице 3.

Анализ средних значений свидетельствует об общей положительной ситуации в стране. Во всех административно-территориальных единицах Туркменистана наблюдается планомерное снижение заболеваемости ОИМ (отрицательные значения средней скорости роста, значения средних темпов прироста). При этом наиболее высокая заболеваемость отмечается в г. Ашгабат и Балканском велаяте (средний уровень ряда составляет 10,13 и 10,03 соответственно), наименьшая – в Дашогузском велаяте (средний уровень ряда 8,24); близки к минимальному значению среднего уровня в Лебапском и Марыйском велаятах.

В отличие от эпидемиологических показателей ХНИЗ, динамика снижения заболеваемости ОИМ в период 2016–2020 гг. характерна практически для всех велаятов Туркменистана, причем такое снижение происходит выражено и равномерно. Относительно исходного уровня заболеваемости

Таблица 1. Показатель заболеваемости острым инфарктом миокарда (I21–I23) на 100 тыс. населения

Table 1. The incidence rate of acute myocardial infarction (I21–I23) per 100 thousand population

Административно-территориальные единицы	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
Туркменистан	10,9	9,9	8,3	8,0	7,8
г. Ашгабат	12,1	10,8	9,5	9,2	9,0
Ахалский велаят	12,2	10,8	8,9	8,6	8,4
Балканский велаят	11,2	11,6	9,3	9,0	9,0
Дашогузский велаят	9,6	8,7	8,0	7,7	7,3
Лебапский велаят	10,0	9,0	7,9	7,8	7,6
Марыйский велаят	11,2	10,2	7,4	7,0	6,9

Таблица 2. Показатели динамического ряда заболеваемости острым инфарктом миокарда (I21–I23) в Туркменистане на 100 тыс. населения

Table 2. Indicators of the dynamic range of incidence of acute myocardial infarction (I21–I23) in Turkmenistan per 100 thousand population

Год	Уровень	Абсолютный прирост		Коэффициент роста		Темп роста, %	Темп прироста, %		Абсолютное значение одного процента прироста
		Базисный	Цепной (скорость роста)	Базисный	Цепной		Базисный	Цепной	
2016	10,9	-	-	-	-	-	-	-	-
2017	9,9	-0,97	-0,97	0,91	0,91	91,04	-8,96	-8,96	0,11
2018	8,3	-2,58	-1,61	0,76	0,84	83,74	-23,76	-16,26	0,10
2019	8,0	-2,89	-0,31	0,73	0,96	96,28	-26,60	-3,72	0,08
2020	7,8	-3,08	-0,19	0,72	0,98	97,61	-28,36	-2,39	0,08

Таблица 3. Средние показатели динамического ряда заболеваемости острым инфарктом миокарда (I21–I23) в Туркменистане на 100 тыс. населения

Table 3. Average indicators of the dynamic range of incidence of acute myocardial infarction (I21–I23) in Turkmenistan per 100 thousand population

Административно-территориальные единицы	Средний уровень ряда	Средний абсолютный прирост (средняя скорость роста)	Средний коэффициент роста	Средний темп роста	Средний темп прироста
Туркменистан	8,95	-0,77	0,92	92,00	-8,00
г. Ашгабат	10,13	-0,78	0,93	92,87	-7,13
Ахалский велаят	9,77	-0,96	0,91	91,01	-8,99
Балканский велаят	10,03	-0,54	0,95	94,74	-5,26
Дашогузский велаят	8,24	-0,57	0,93	93,44	-6,56
Лебапский велаят	8,47	-0,61	0,93	93,29	-6,71
Марыйский велаят	8,53	-1,08	0,89	88,59	-11,41

2016 г. достигнуто значительное снижение, что подтверждается базисными значениями абсолютного прироста и темпа прироста. Например, в г. Ашгабат за пятилетний период показатель общей заболеваемости снизился с 12,15 до 9,04 на 100 тыс. населения. Базисный абсолютный прирост составлял в 2017 г. -1,39, в 2020 г. – -3,11; цепной – -1,39 и -0,13 соответственно. Коэффициенты роста не превышали единицу. Темп роста изменился от 88,59 до 98,55 %. Все значения были отрицательными.

Исключение составляет Балканский велаят, где в 2020 г. произошел хоть и незначительный, но все-таки прирост заболеваемости. Исходный уровень 2016 г. для этой административно-территориальной единицы составлял 11,21 на 100 тыс. населения. В 2019 г. показатель общей заболеваемости снизился до 8,96, а в 2020 г. вырос до 9,03 на 100 тыс. населения. Соответственно, абсолютный базисный прирост сохранил позитивную динамику (в 2019 г. – -2,24, в 2020 г. – -2,18), а скорость роста и цепной темп прироста приобрели положительное значение (2019 г. – -0,37, 2020 г. – 0,06 и 2019 г. – -3,92, 2020 г. – 0,71 соответственно). Коэффициент роста превысил единицу, а темп прироста составил 100,71 %.

Обращает на себя внимание ситуация в Ахалском и Марыйском велаятах, где формируются негативные тенденции, темпы снижения заболеваемости ОИМ здесь минимальны. Так, в Ахалском велаяте заболеваемость в 2016 г. составляла 12,25 на 100 тыс. населения, далее происходило интенсивное снижение показателя вплоть до 8,87 на 100 тыс. населения в 2018 г. Однако в дальнейшие три года темпы снизились. Цепная скорость роста составляла в 2018 г. -1,89, а в 2019 и 2020 гг. только -0,31 и -0,16 соответственно. Аналогичная картина для цепного темпа прироста: 2018 г. – -17,54 %, 2019 г. – -3,46 %, 2020 г. – -1,86 %. Темп роста увеличился с 82,46 % в 2018 г. до 96,54 и 98,14 % в два последующих года. Схожая ситуация наблюдается в Марыйском велаяте. С 2016 по 2018 г. заболеваемость ОИМ снизилась с 11,21 до 7,37 на 100 тыс. населения, а далее практически вышла на плато,

уменьшившись в 2020 г. только до 6,91 на 100 тыс. населения. Скорость роста сохранила свои отрицательные значения, однако в 2018 г. она составляла -2,83, а в два последующих года только -0,41 и -0,06. Также снизился цепной темп прироста от -27,72 до -5,58 и -0,79 соответственно.

Тенденции динамических колебаний заболеваемости ОИМ в Туркменистане в целом соответствуют глобальным трендам [7, 8].

Динамика заболеваемости острым нарушением мозгового кровообращения (инфарктом мозга) (I63)

В Туркменистане отмечается снижение общего уровня заболеваемости инфарктом мозга (ИМ) (табл. 4). В целом по стране с 2016 по 2020 г. происходило постепенное снижение заболеваемости ИМ с 5,6 до 4,7 на 100 тыс. населения. По состоянию на 2020 г. наиболее высокий уровень заболеваемости наблюдается в Лебапском велаяте (8,4 на 100 тыс. населения), наименьший – в Дашогузском велаяте (1,7 на 100 тыс. населения). На уровне отдельных административно-территориальных единиц отмечаются значительные колебания заболеваемости ИМ, а в г. Ашгабат наблюдается рост показателя.

Для изучения закономерностей в колебаниях уровня заболеваемости ИМ проведен анализ ситуации в административно-территориальных единицах путем построения и анализа динамических интервальных рядов (табл. 5).

Средние показатели по Туркменистану в целом и по административно-территориальным единицам представлены в таблице 6.

В целом в Туркменистане отмечалась абсолютная убыль (базисная) значения заболеваемости: от -0,72 в 2017 г. по сравнению с предыдущим периодом до -0,87 в 2020 г. также по сравнению с предыдущим периодом. Значения скорости роста (цепного абсолютного прироста) колеблются от отрицательных к положительным, что свидетельствует о нестабильности тенденции к снижению заболеваемости ИМ.

Таблица 4. Показатель заболеваемости инфарктом мозга (I63) на 100 тыс. населения

Table 4. The incidence rate of cerebral infarction (I63) per 100 thousand population

Административно-территориальные единицы	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.
Туркменистан	5,6	5,7	4,5	4,9	4,7
г. Ашгабат	4,6	4,7	3,4	4,9	6,2
Ахалский велаят	9,2	8,3	6,0	6,1	6,1
Балканский велаят	3,2	3,4	3,3	3,3	3,0
Дашогузский велаят	2,9	1,9	2,5	1,8	1,7
Лебапский велаят	7,8	7,1	7,1	8,9	8,4
Марыйский велаят	5,7	8,1	4,5	4,1	3,3

Таблица 5. Показатели динамического ряда заболеваемости инфарктом мозга (I63) в Туркменистане на 100 тыс. населения

Table 5. Indicators of the dynamic range of the incidence of cerebral infarction (I63) in Turkmenistan per 100 thousand population

Год	Уровень	Абсолютный прирост		Коэффициент роста		Темп роста, %	Темп прироста, %		Абсолютное значение одного процента прироста
		Базисный	Цепной (скорость роста)	Базисный	Цепной		Базисный	Цепной	
2016	5,6	-	-	-	-	-	-	-	-
2017	5,7	0,12	0,12	1,02	1,02	102,21	2,21	2,21	0,06
2018	4,5	-1,07	-1,19	0,81	0,79	79,17	-19,08	-20,83	0,06
2019	4,9	-0,72	0,35	0,87	1,08	107,76	-12,79	7,76	0,05
2020	4,7	-0,87	-0,16	0,84	0,97	96,81	-15,58	-3,19	0,05

Таблица 6. Средние показатели динамического ряда заболеваемости инфарктом мозга (I63) в Туркменистане на 100 тыс. населения

Table 6. Average indicators of the dynamic range of the incidence of cerebral infarction (I63) in Turkmenistan per 100 thousand population

Административно-территориальные единицы	Средний уровень ряда	Средний абсолютный прирост (средняя скорость роста)	Средний коэффициент роста	Средний темп роста	Средний темп прироста
Туркменистан	5,08	-0,22	0,96	95,85	-4,15
г. Ашгабат	4,74	0,41	1,08	108,04	8,04
Ахалский велаят	7,11	-0,77	0,90	90,31	-9,69
Балканский велаят	3,24	-0,06	0,98	98,22	-1,78
Дашогузский велаят	2,13	-0,30	0,87	87,35	-12,65
Лебапский велаят	7,86	0,15	1,02	101,84	1,84
Марыйский велаят	5,12	-0,62	0,87	86,87	-13,13

Снижение заболеваемости до 2018 г. сменилось ее ростом в 2019 г., хотя в 2020 г. опять началось снижение.

Темп роста составлял в 2018 г. 79,17 %, в 2019 г. – уже 107,76 %, в 2020 г. – 96,81 %. Отрицательное значение цепного темпа прироста в 2018 г. (-20,83 %) сменилось положительным в 2019 г. (7,76 %); в 2020 г. этот показатель приобрел значение -3,19 %. Относительно исходного уровня заболеваемости 2016 г. достигнуто прогрессивное снижение, что подтверждается базисными значениями абсолютного прироста и темпа прироста. Однако процесс этот нестабилен.

Анализ средних значений свидетельствует об общей положительной ситуации: в большинстве административно-территориальных единиц Туркменистана наблюдается планомерное снижение заболеваемости ИМ. При этом наиболее высокая заболеваемость отмечается в Лебапском и Ахалском велаятах (средний уровень ряда составляет 7,86 и 7,11 соответственно), наименьшая – в Дашогузском и Балканском велаятах (средний уровень ряда 2,13 и 3,24 соответственно). Однако есть исключения: средний темп роста (108,04 и 101,84) и средний темп прироста (8,04 и 1,84)

свидетельствуют об увеличении заболеваемости ИМ в г. Ашгабат и Лебапском велаяте соответственно.

В г. Ашгабат за 5 лет заболеваемость ИМ только нарастала. В 2016 г. ее значение составляло 4,56, а в 2020 г. уже 6,21 на 100 тыс. населения. Также в 2020 г. базисный абсолютный прирост составил 1,65; базисный коэффициент роста – 1,35, а базисный темп прироста – целых 36,25 %. Надо отметить однократное снижение заболеваемости в 2018 г. (до 3,37 на 100 тыс. населения, абсолютный базисный прирост -1,19, скорость роста -1,32, темп прироста приобрел отрицательные значения). Однако дальше произошел скачок, превысивший исходное значение 2016 г. В 2019 г. заболеваемость выросла до 4,86, а в 2020 г. – до 6,21 на 100 тыс. населения. Соответствующие темпы роста составили 144,24 и 127,67 %. Значения цепного темпа прироста достигли 44,24 и 27,67 % соответственно.

В Лебапском велаяте заболеваемость ИМ планомерно нарастала с 7,79 на 100 тыс. населения в 2016 г. до 8,94 на 100 тыс. населения в 2019 г. Соответственно в 2019 г. базисный абсолютный прирост составил 1,15, базисный темп прироста 14,78 %. Отметим, что в 2019 г. (аналогично г. Ашгабат) произошел не просто рост, а скачкообразный рывок. Скорость роста сменилась с 0,02 в 2018 г. до 1,82 в 2019 г., цепной темп прироста с 0,32 до 25,60 %. Заболеваемость ИМ в данном велаяте достигла максимума за 5 лет. Лишь в 2020 г. наметилась слабая тенденция к снижению: заболеваемость 8,38 на 100 тыс. населения, абсолютный базисный прирост 0,59, скорость роста -0,56, цепной коэффициент роста 0,94, темп роста снизился с 125,60 до 93,71 %, цепной темп прироста стал отрицательным.

Необходимо обратить внимание, что и в других велаятах фиксируется наличие однократного роста заболеваемости в 2019 г. Например, в Ахалском велаяте в период 2016–2018 гг. заболеваемость снизилась с 9,15 до 5,96 на 100 тыс. населения, а в 2019–2020 гг. – повысилась до 6,08 и 6,09 на 100 тыс. населения соответственно. Итоговый показатель ниже исходного (в 2020 г. базисный абсолютный прирост составил -3,06, за весь период наблюдения он был только отрицательным).

В Марыйском велаяте, наоборот, с 2018 г. началось стойкое снижение заболеваемости: если в 2017 г. темп роста составлял 141,57 %, то в 2018 г. – уже 55,36 %, а в 2020 г. – 80,24 %. С 2018 г. значения цепного темпа прироста стабильно становятся отрицательными.

Динамические изменения показателей заболеваемости инфарктом мозга населения Туркменистана соответствуют глобальным трендам [7, 8].

ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенный анализ свидетельствует о возможности использования показателей заболеваемости ОИМ и ИМ в качестве маркера эффективности проводимых мероприятий по снижению заболеваемости ХНИЗ. Именно эти состояния трактуются как прямой результат некачественного диспансерного наблюдения, мер первичной и вторичной профилактики [2, 3, 9].

Обобщенные тенденции изменений показателей заболеваемости ИМ и ОИМ в Туркменистане (выражающиеся в планомерном снижении, а затем – в возобновлении роста в 2020 г.) типичны для развитых стран и обусловлены влиянием стрессовых факторов, ограничительных и карантинных мер в связи с пандемией новой коронавирусной инфекции [10, 11].

Таким образом, общую ситуацию с динамикой заболеваемости ОИМ и ИМ как ключевыми осложнениями ХНИЗ в Туркменистане можно охарактеризовать как положительную. Вместе с тем обращают на себя внимание и негативные тенденции в нескольких велаятах и г. Ашгабат, особенно ситуация с заболеваемостью ИМ. Следует говорить именно о тенденциях, однако в ближайшие несколько лет ситуация может значительно усугубиться. Недопущение развития негативных сценариев в будущем связано с дальнейшим научным совершенствованием организации профилактики и лечения ХНИЗ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Динамика показателей заболеваемости ИМ и ОИМ свидетельствует о высоком качестве работы национальной системы здравоохранения в аспекте профилактики и сдерживания ХНИЗ (в том числе путем диспансерного наблюдения за пациентами). В отдельных административно-территориальных единицах Туркменистана выявлены особенности динамики заболеваемости, требующие особых организационных подходов. Для непрерывного повышения качества превентивной и лечебно-профилактической работы требуется научно обосновать и реализовать мероприятия по оптимизации диспансерного наблюдения и профилактике ХНИЗ.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare that there is no conflict of interests.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки (собственные ресурсы).

Financial support. The study was not sponsored (own resources).

ВКЛАД АВТОРОВ

Н.К. Аманнеспесов – обсуждение концепта, заключительное редактирование рукописи.

М.Б. Эргешов – идея исследования, подборка и анализ материала, концепция и дизайн исследования, написание текста.

AUTHOR CONTRIBUTIONS

Nurmummet K. Amannepesov – discussion of the concept, final editing of the manuscript.

Muhammet B. Ergeshov – the idea of the study, the selection and analysis of the material, the concept and design of the study, writing the text.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- 1 Абдуллоев С.М., Гулбекова З.А., Одинаев Н.С., Махмудов Х.Р. Важнейшие аспекты эпидемиологии и факторов риска хронических неинфекционных заболеваний. *Здравоохранение Таджикистана*. 2020; 2: 75–87.
- 2 Дроздова Л.Ю., Иванова Е.С., Егоров В.А. и др. Оценка качества вторичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в рамках диспансерного наблюдения населения субъектов Российской Федерации. *Профилактическая медицина*. 2020; 23(6-2): 21–25. <https://doi.org/10.17116/profmed20202306221>
- 3 Кобякова О.С., Деев И.А., Куликов Е.С. и др. Хронические неинфекционные заболевания: эффекты сочетанного влияния факторов риска. *Профилактическая медицина*. 2019; 22(2): 45–50. <https://doi.org/10.17116/profmed20192202145>
- 4 Лукьянец А., Рязанцев С., Моисеева Е., Маншин Р. Экономические и социальные последствия экологической миграции в странах Центральной Азии. *Центральная Азия и Кавказ*. 2020; 21(2): 160–176.
- 5 Старовойтова Е.А., Шибалков И.П. Центры здоровья – инструмент совершенствования профилактики хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. *Менеджер здравоохранения*. 2021; 5: 41–50. <https://doi.org/10.21045/1811-0185-2021-5-41-50>
- 6 Rijken M., Bekkema N., Boeckxstaens P., et al. Chronic Disease Management Programmes: an adequate response to patients' needs? *Health Expect.* 2014; 17(5): 608–621. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2012.00786.x>
- 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.* 2017; 19(1): 49–61. <https://doi.org/10.1111/obr.12605>
- 8 Yildiz B., Schuring M., Knoef M.G., Burdorf A. Chronic diseases and multimorbidity among unemployed and employed persons in the Netherlands: a register-based cross-sectional study. *BMJ Open*. 2020; 10(7): e035037. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035037>
- 9 Williams P. Reduction in incident stroke risk with vigorous physical activity: evidence from 7.7-year follow-up of the national runners health study. *Stroke*. 2009; 5(40): 1921–1923. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.108.535427>
- 10 Palmer K., Monaco A., Kivipelto M., et al. The potential long-term impact of the COVID-19 outbreak on patients with non-communicable diseases in Europe: consequences for healthy ageing. *Aging Clin Exp Res.* 2020; 32(7): 1189–1194. <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01601-4>
- 11 Wang L.M., Chen Z.H., Zhang M., et al. Study of the prevalence and disease burden of chronic disease in the elderly in China. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*. 2019; 40(3): 277–283.
- 12 Abdulloev S.M., Gulbekova Z.A., Odinaeva N.S., Makhmudov K.R. The most important aspects of epidemiology and risk factors of chronic noninfectious diseases. *Health care of Tajikistan*. 2020; 2: 75–87 (In Russian).
- 13 Drozdova L.Yu., Ivanova E.S., Egorov V.A., et al. Quality assessment of the secondary prevention of chronic noncommunicable diseases during the public dispensary observation in regions of the Russian Federation. *Profilakticheskaya Meditsina*. 2020; 23(6): 21–25 (In Russian). <https://doi.org/10.17116/profmed20202306221>
- 14 Kobiakova O.S., Deev I.A., Kulikov E.S., et al. Chronic noncommunicable diseases: combined effects of risk factors. *Profilakticheskaya Meditsina*. 2019; 22(2): 45–50 (In Russian). <https://doi.org/10.17116/profmed20192202145>
- 15 Lukyanets A., Ryazantsev S., Moiseeva E., Manshin R. The economic and social consequences of environmental migration in the Central Asian countries. *Central Asia and the Caucasus*. 2020; 21(2): 160–176 (In Russian).
- 16 Starovoitova E.A., Shibalkov I.P. Health centers – a tool for improving the prevention of chronic non-communicable diseases in the Russian Federation. *Manager zdravoohraneniya*. 2021; 5: 41–50 (In Russian). <https://doi.org/10.21045/1811-0185-2021-5-41-50>
- 17 Rijken M., Bekkema N., Boeckxstaens P., et al. Chronic Disease Management Programmes: an adequate response to patients' needs? *Health Expect.* 2014; 17(5): 608–621. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2012.00786.x>
- 18 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.* 2017; 19(1): 49–61. <https://doi.org/10.1111/obr.12605>
- 19 Yildiz B., Schuring M., Knoef M.G., Burdorf A. Chronic diseases and multimorbidity among unemployed and employed persons in the Netherlands: a register-based cross-sectional study. *BMJ Open*. 2020; 10(7): e035037. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035037>
- 20 Williams P. Reduction in incident stroke risk with vigorous physical activity: evidence from 7.7-year follow-up of the national runners health study. *Stroke*. 2009; 5(40): 1921–1923. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.108.535427>
- 21 Palmer K., Monaco A., Kivipelto M., et al. The potential long-term impact of the COVID-19 outbreak on patients with non-communicable diseases in Europe: consequences for healthy ageing. *Aging Clin Exp Res.* 2020; 32(7): 1189–1194. <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01601-4>
- 22 Wang L.M., Chen Z.H., Zhang M., et al. Study of the prevalence and disease burden of chronic disease in the elderly in China. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*. 2019; 40(3): 277–283.

Информация об авторах

Аманнеспесов Нурмухаммет Какабаевич – канд. мед. наук, заместитель председателя Кабинета Министров Туркменистана.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7201-7395>

Эргешов Мухаммет Бозогланович – канд. мед. наук, начальник лечебно-профилактического отдела Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7880-2455>

Information about the authors

Nurmummet K. Amannepesov – Cand. of Sci. (Medicine), Deputy Chairman of the Cabinet of Ministers of Turkmenistan.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7201-7395>

Muhammet B. Ergeshov – Cand. of Sci. (Medicine), Head of the Medical and Preventive Department, Ministry of Health and Medical Industry of Turkmenistan.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7880-2455>