



---

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И  
ИНВАЛИДНОСТИ, МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В  
РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН: ОБЗОР И ПРЕДЛОЖЕНИЯ.**

<https://doi.org/10.5281/zenodo.10788799>

**А.К.Инаков**

*заведующий кафедры социальная медицина ЦРПКМР, д.м.н., профессор*

**Ж.Ю.Нажмитдинов**

*доцент кафедры социальная медицина ЦРПКМР, к.м.н.*

**М.М.Миралимов**

*доцент кафедры социальная медицина ЦРПКМР, к.м.н.*

**А.С.Бердиев**

*директор Центра реабилитации инвалидов Самаркандской области.*

**АННОТАЦИЯ**

На сегодняшний день в республике реализация мер профилактики инвалидности возложены с одной стороны, на лечебно-профилактические учреждения системы здравоохранения, а реализация мер профилактики инвалидности, медико-социальной реабилитации лиц с инвалидностью – на медико-социальные экспертные комиссии и центры реабилитации и протезирования лиц с инвалидностью национального Агентства социальной аудит населения при Администрации Президента Республики Узбекистан.

**Ключевые слова**

профилактика заболеваемости и инвалидности, медико-социальная реабилитация.

**Актуальность.**

Общеизвестно, социальными услугами является комплекс правовых, экономических, психологических, образовательных, медицинских, реабилитационных и других мер по оказанию помощи лицу, нуждающемуся в услугах, направленных на повышение качества жизни, создание ему равных с другими гражданами возможностей участвовать в жизни общества и (или) расширение его возможностей самостоятельно обеспечивать свои базовые жизненные потребности.

Согласно ВОЗ реабилитация является процессом, направленным на всестороннюю помощь больным и лицам с инвалидностью для достижения ими максимально возможной полноценности при конкретных видах заболеваний.



При этом, реабилитация является неотъемлемой частью всеобщего охвата услугами здравоохранения и социального обеспечения наряду с укреплением здоровья, профилактикой заболеваний, лечением, паллиативной помощью, а также социализацией.

По прогнозам, в связи с изменениями в области здоровья и демографии населения потребности в реабилитации как во всем мире, так и в Узбекистане будут расти. Так как, увеличение продолжительности жизни граждан, сопровождается увеличением бремени хронических заболеваний и инвалидности. Вместе с тем, стабильный рост общего количества лиц с инвалидностью в республике также требует оказания все новых видов медико-социальных услуг, в том числе и мер медико-социальной реабилитации.

### **Статистика.**

Статистика показывает, что растет продолжительность жизни и к 2050 г. численность населения в мире в возрасте старше 60 лет по прогнозам удвоится, общее количество лиц с инвалидностью превысит 1,0 млрд. человек и все больше людей будет страдать такими хроническими заболеваниями, как диабет, инсульт и рак. В то же время не меняются показатели травматизма (например, ожогов) и распространенности нарушений развития детей (например, церебрального паралича). Эти патологические состояния могут негативно отражаться на функциональных возможностях человека и способствовать росту показателей инвалидности или же отягачению степени инвалидности, в связи с чем возникает настоятельная необходимость в реализации комплексных мер профилактики инвалидности и медико-социальной реабилитации больных и лиц с инвалидностью.

### **Глобальные оценки состояния здоровья населения мира (по данным ВОЗ)**

Согласно опубликованным в 2019 году ВОЗ Глобальным оценкам состояния здоровья, 7 из 10 ведущих причин смертности в мире – неинфекционные заболевания. В 2000 г. в списке ведущих причин смертности фигурировало только 4 - неинфекционных заболевания.

Болезни сердца остаются лидирующей причиной смертности во всем мире уже 20 лет. Тем не менее, никогда они не уносили так много жизней, как сегодня. С 2000 г. число случаев смерти от сердечно-сосудистых заболеваний возросло более чем на 2 миллиона и в 2019 г. достигло почти 9 миллионов. На долю болезней сердца сегодня приходится 16% всех случаев смерти в мире.

В 2019 г. в десятку ведущих причин смертности во всем мире вошли болезнь Альцгеймера и другие формы деменции, занявшие в Регионе стран Америки и Европейском регионе третью строчку в списке.



Непропорционально высокое бремя смертности от этой причины характерно для женщин: во всем мире 65% людей, умерших в результате болезни Альцгеймера и других форм деменции, – женщины.

В 2019 г. наиболее смертельной группой инфекционных заболеваний были пневмония и другие инфекции нижних дыхательных путей, занявшие четвертую строчку в списке ведущих причин смерти.

Туберкулез также больше не фигурирует в списке 10 ведущих причин смертности, переместившись с седьмой позиции в 2000 г. на тринадцатую в 2019 г.

Заболевания сердца, диабет, инсульт, рак легких и хроническая обструктивная болезнь легких в совокупности в 2019 г. стали причиной утраты почти 100 миллионов дополнительных лет здоровой жизни по сравнению с 2000 г.

Еще одной из ведущих причин инвалидности и смертности является травматизм: так и числа утраченных лет здоровой жизни почти на 50%.

### **О профилактике заболеваний.**

**Общеизвестно, профилактика** (др.греч. prophylaktikos – предохранительный) – комплекс различного рода мероприятий, направленных на предупреждение какого-либо явления и/или устранение факторов риска.

Профилактическое здравоохранение (профилактическая медицина или профилактика) подразумевает под собой комплекс мер, направленных на предотвращение развития заболеваний, в отличие от их лечения болезней. Подобно тому, как здоровье охватывает различные физические и психические состояния, так и на болезнь и нетрудоспособность влияют факторы окружающей среды, генетическая предрасположенность, возбудители заболеваний и образ жизни. Здоровье, болезнь и нетрудоспособность – это динамические процессы, которые развиваются еще до того, как индивиды понимают, что они поражены. Профилактика заболеваний базируется на мероприятиях, которые могут быть классифицированы как первичные, вторичные и третичные меры профилактики.

Поэтому целью медицинской профилактики заключается в сохранении здоровья человека любого возраста, в предупреждении развития или прогрессирования заболеваний.

Merck & Co., Inc., Rahway, NJ, США (2024), сделали попытку доступно указать три уровня первичной, вторичной и третичной профилактики.

При первичной профилактике фактически предотвращается развитие



заболевания, при вторичной профилактике обнаруживается заболевание и начинается его раннее лечение, часто до проявления симптомов, таким образом предельно уменьшается развитие серьезных последствий при третичной профилактике контролируется уже существующее, обычно хроническое заболевание для предотвращения осложнений или дополнительного вреда.

---

В литературе различают три вида профилактики болезней. Так, первичная профилактика – это комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, общих для всего населения. заболеваний и травм.

Вторичная профилактика - комплекс мероприятий, направленных на устранение выраженных факторов риска, которые при определенных условиях (стресс, ослабление иммунитета, чрезмерные нагрузки на любые другие функциональные системы организма) могут привести к возникновению, обострению и рецидиву заболевания.

Третичная профилактика, или реабилитация – комплекс медицинских, психологических, педагогических, социальных мероприятий, направленных на устранение или компенсацию ограничений жизнедеятельности, утраченных функций, с целью возможно более полного восстановления социального и профессионального статуса.

### **Анализ состояния здоровья населения республики.**

Актуальной задачей современности является усиление целенаправленных работ среди населения к ответственному отношению к своему здоровью, регулярно заниматься физической культурой и спортом, реализовать меры по профилактике заболеваемости, своевременному, при случае болезни, обращению к врачу и строго придерживаться его рекомендациям по лечению, ведению здорового образа жизни. При этом, строго придерживаться рационального режим труда и отдыха, рационального питания, оптимального двигательного режима, закаливанию, личную гигиену, искоренению вредных привычек и стрессов. Если человека не осознает всей ответственности за своё здоровье, активному долголетию, то усилия органов здравоохранения, социального обеспечения, да и всего общества, к сожалению, будет ничтожным.

Общеизвестно, что в первичном звене здравоохранения была проведена огромная работа по распределению всего населения республики на целевые группы, исходя из состояния их здоровья.

---



Так, согласно данным, 15,0 млн. чел. или 42,9% населения включена в группу здоровых, 10,7 млн. чел или 30,6% - в группу больных низкой степенью риска, 6,0 млн. чел или 17,1% - в группу средней степени риска и 891,0 тыс. чел или 2,6% населения в группу высокого риска.

Анализ статистических данных показывает, что порядке 7,0 млн. чел. или около 20,0%, т.е. каждый пятый всего населения республики по состоянию своего здоровья относятся к больным среднего и высокого степени риска.

Что нужно сделать, чтобы сломать имеющуюся негативную тенденцию, добиться улучшения состояния здоровья и соответственно, и существенного улучшения качества жизни населения, достичь активное и содержательное долголетие населения страны.

Если рассматривать данный вопрос шире и комплексно, то на наш взгляд, ни в коей мере нельзя ограничиваться лишь акцентом на 3 и 4 группы риска больных. Наверное будет правильным, создание системы полностью охватывающую все население республики, всех здоровых (1 группа) и все из группы риска больных (2,3 и 4 группы). В этом случае, будет необходимым разработать конкретные мероприятия с каждой из 4 групп, с каждым гражданином, т.е., здоровыми и больными из групп риска, четко отражающие этапность, объемы и механизмы их реализации, внедрению строгой отчетности оценки и эффективность поведенных мероприятий, что в конечном итоге даст возможность объективной оценки работы учреждений первичного звена здравоохранения, да и врачей по их работе с населением по внедрению среди них здорового образа жизни, и в конечном итоге, за состояние и динамики здоровья населения.

Данные литературы показывают, что в настоящее время и потребности в услугах по реабилитации остаются в значительной мере не удовлетворенными не только в Узбекистане, но и во всем мире. В некоторых странах с низким и средним уровнем дохода более 50% людей не получают необходимых им услуг по реабилитации.

Здесь хочется подчеркнуть, что реабилитация является важной составляющей всеобщего охвата услугами здравоохранения и социального обеспечения и представляет собой одну из ключевых стратегий достижения Цели 3 в области устойчивого развития («Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте»).

**Факторы, отрицательно влияющие на состояние реабилитации больных и лиц с инвалидностью:**

низкий уровень приоритетности реабилитации, недостаточное финансирование, отсутствие политики или планов в сфере оказания реабилитационных услуг на национальном уровне;





отсутствие доступа к услугам по реабилитации, особенно, в районах, отдаленных кишлаках и аулах;

высокий уровень расходов населения на услуги по реабилитации и отсутствие или недостаточность механизмов финансовой поддержки;

дефицит квалифицированных специалистов в области реабилитации - во многих странах с низким и средним уровнем дохода обеспеченность квалифицированным персоналом составляет менее 10 на 1 миллион человек населения;

дефицит ресурсов, включая ассистивные технологии, оборудование и расходные материалы;

низкий уровень научной работы и сбора данных, касающихся медицинской и медико-социальной реабилитации.

### **Приоритетные направления в развитии реабилитации в современном Узбекистане.**

Во-первых, нужно отталкиваться от постулата, который утверждает, что реабилитация является одним из основных видов услуг здравоохранения и социального обеспечения, предназначенным для всех лиц, страдающих острыми или хроническими патологическими состояниями, расстройствами или травмами, которые ограничивают их функциональные возможности.

Во-вторых, реабилитация не должна быть эксклюзивным видом медицинского и медико-социального обслуживания, доступным только тем, кто в состоянии его оплачивать. Она также не должна рассматриваться как факультативная услуга, к которой можно прибегнуть только в том случае, если другие лечебно-профилактические мероприятия не приносят результатов.

В третьих, нужно довести до специалистов и населения аксиому о том, что:

посредством предоставления услуг по медицинской и медико-социальной реабилитации можно и нужно облегчить, смягчить или предупредить осложнения многих патологических состояний, таких как повреждение спинного мозга, инсульт или перелом;

реабилитация помогает свести к минимуму развития осложнений и замедлить развитие последствий ряда хронических заболеваний инвалидизирующих или же отягчающих инвалидность, таких как сердечно-сосудистые заболевания, рак и диабет, посредством обеспечения пациентов методиками оказания самопомощи и необходимыми им ассистивными устройствами;

расходы на услуги по реабилитации следует рассматривать как инвестицию, приносящую отдачу как на индивидуальном уровне, так и на уровне всего общества.

Здесь хочется подчеркнуть, что реабилитация является важной составляющей всеобщего охвата услугами здравоохранения и социального обеспечения и представляет собой одну из ключевых стратегий достижения Цели 3 в области устойчивого развития («Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте»).

### **Анализ состояния общей и первичной инвалидности в Республике Узбекистан.**

Динамика показателей общей инвалидности показывает, что в период с 2019-2022 годы ежегодно они имеют хотя и не резко выраженный, но стабильный рост. В разрезе регионов интенсивный показатель общей инвалидности относительно высок и имеет стойкую тенденцию роста в Навоийской области - 326,9-370,4; Сырдарьинской области - 304,2-322,0 и Республика Каракалпакстан - 281,4-308,3.

В период 2019-2022 годы показатель первичной инвалидности в Республике Узбекистан имеет стойкую тенденцию роста. При этом, основными инвалидизирующими заболеваниями являются болезни кровообращения (1-15,0%), злокачественные новообразования (2-11,5%), психические заболевания (3-10,0%), болезни нервной системы (4-8,5%), эндокринные болезни (5-7,3%).

Отмечаются стабильно высокие показатели первичной инвалидности в Республике Каракалпакстан, Андижанской, Кашкадарьинской, Наманганской, Самаркандской, Ферганской областях.

Статистика показывает, что показатель первичной инвалидности ежегодно варьирует в пределах 50,0 тыс. – 60,0 тыс. Таким образом, ежегодно ВКК на экспертизу в МСЭК направляются от 70,0 тыс. – 80,0 тыс. больных – т.н «преинвалидов». Расчеты показывают, что при такой динамике каждые 10 лет количество первично признанных лиц с инвалидностью в среднем достигнет 500,0 тыс., а общая инвалидность почти что удвоится.

Естественно, стабильный рост показателя инвалидности требует дополнительных расходов и негативно отразится на Внебюджетном пенсионном фонде.

В этом контексте профилактика инвалидности и реабилитация больных и лиц с инвалидностью имеют весьма актуальное значение.

Вышесказанные настоятельно требуют реализацию системных мер по целенаправленной организации мер профилактики инвалидности,



---

медицинской и медико-социальной реабилитации больных и лиц с инвалидностью.

### **Медико-социальная реабилитация лиц с инвалидностью в республике.**

Органы социального обеспечения, в особенности национальное Агентство социальной защиты населения при Администрации Президента должны продолжать реализацию, расширение и углубление комплексных мер, на средне и долгосрочную перспективу, по медико-социальной реабилитации людей, уже ставшими лицами с инвалидностью. Основной целью этих работ является восстановление утраченных жизненных и функциональных навыков лиц с инвалидностью через медицинскую, психологическую, бытовую, физическую, социальную и профессиональную реабилитацию, возвращение их общественным взаимоотношениям, активной социализации, конечной целью которых является обеспечение полноценной жизнедеятельности лиц с инвалидностью.

Согласно действующих нормативных документов больные – потенциальные лица с инвалидностью направляются в установленном порядке со стороны ВКК в МСЭК для освидетельствования и установления инвалидности.

При освидетельствовании больных и установлении им инвалидности в медико-социальными экспертными комиссиями разрабатываются индивидуальные программы реабилитации лица с инвалидностью.

В центрах реабилитации и протезирования, согласно индивидуальных программ реабилитации, лицам с инвалидностью оказываются меры медико-социальной реабилитации, включающие в себе в той или иной мере следующие услуги:

социально-бытовые, направленные на поддержание жизнедеятельности получателей социальных услуг в быту;

социально-медицинские, направленные на поддержание и сохранение здоровья получателей социальных услуг путем организации ухода, оказания содействия в проведении оздоровительных мероприятий, систематического наблюдения за лицами с инвалидностью для выявления отклонений в состоянии их здоровья;

социально-психологические, предусматривающие оказание помощи в коррекции психологического состояния лиц с инвалидностью для адаптации в социальной среде, в том числе оказание психологической помощи анонимно с использованием телефона доверия;

социально-педагогические, направленные на профилактику отклонений в поведении и развитии личности лиц с инвалидностью, формирование у них





---

позитивных интересов (в том числе в сфере досуга), организацию их досуга, оказание помощи семье в воспитании детей;

социально-трудоустроенные, направленные на оказание помощи в обучении новых профессиональных навыков, овладении новых профессий, трудоустройстве и в решении других проблем, связанных с трудовой адаптацией;

социально-правовые, направленные на оказание помощи в получении юридических услуг, в том числе бесплатно, в защите прав и законных интересов лиц с инвалидностью;

услуги в целях повышения коммуникативного потенциала лиц с инвалидностью, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей с инвалидностью;

Вышесказанные настоятельно требуют, что несмотря на реализуемые в настоящее время меры по профилактики инвалидности, медицинской и медико-социальной реабилитации больных и лиц с инвалидностью осуществления системной организации комплексных мер в этом актуальном направлении.

#### **Выводы.**

1. Сложившаяся ситуация настоятельно требует всестороннего развития медицинской и медико-социальной реабилитации в Республике Узбекистан.

#### **Предложения.**

1. Законодательно обеспечить приоритетность ответственность граждан республики за свое здоровье, ведение здорового и активного образа жизни, направления реабилитации больных и лиц с инвалидностью на национальном уровне.

2. Разработать и утвердить нормативные документы, обеспечивающие дальнейшее развитие профессионального направления реабилитации больных и лиц с инвалидностью в Республике Узбекистан.

3. Обеспечение расширения доступа населения к услугам по реабилитации, как в городах, так и в районах, в отдаленных кишлаках и аулах.

4. Разработать Концепцию развития медицинской реабилитации больных и лиц с инвалидностью в Республике Узбекистан, предусматривающий:

поэтапную организацию новых отделений медицинской реабилитации в специализированных научно-практических центрах (на первом этапе) и их филиалах. Параллельно с ними создавать в поликлиниках – кабинеты медицинской реабилитации (на втором этапе);



разработку и внедрение системы подготовки квалифицированных специалистов в области реабилитации (реабилитологов) и нормативов обеспеченности учреждений специалистами;

усиление ресурсной базы вновь создающихся реабилитационных отделений, кабинетов, включая ассистивными технологиями, оборудованием и расходными материалами. Здесь нужно отметить, что согласно директивных документов с 2023 года начинается системная работа по поэтапному обеспечению центров реабилитации и протезирования современным ассистивным оборудованием, в том числе, вертикализаторами, локомоторами, современными компьютерными программами механотерапии и пр.;

проведение на системной основе научных исследований в области профилактики инвалидности, медицинской и медико-социальной реабилитации больных и лиц с инвалидностью.

5. Разработать и внедрить механизм развития медицинской реабилитации больных и лиц с инвалидностью в первичном звене здравоохранения, предусматривающего:

обеспечение профилактики инвалидности и медицинской реабилитации больных и лиц с инвалидностью;

реализацию системных мер по:

учету всех здоровых граждан (1 группа) и больных группы низкого, среднего и высокого риска (3-4 группы);

проведению мер медицинской реабилитации, направленных на предупреждение инвалидизации этих категорий больных, а также предупреждение утяжеления у лиц с инвалидностью;

усиление координации и контроля за эффективностью проведенных мер медицинской реабилитации больным группы риска, путем внедрение строгой отчетности, учетности и статистики медицинской и медико-социальной реабилитации;

проведение не менее 2 раза в год анализа и обсуждения эффективности проведенных мер медицинской и медико-социальной реабилитации больным из группы риска и лиц с инвалидностью обсуждения, для последующих выводов.

6. Продолжить целенаправленные работы по расширению охвата мерами медико-социальной реабилитации лиц с инвалидностью, предусматривающие:

6.1. Дальнейшее оснащение центров реабилитации и протезирования ассистивным оборудованием, в том числе экзоскелетами, вертикализаторами,



локомоторами, современными компьютерными программами механотерапии и пр.;

6.2. Довести до 2026 года ежегодный охват мерами медико-социальной реабилитации лиц с инвалидностью в действующих центрах реабилитации и протезирования 120,0 тыс. человек.

## УКАЗАТЕЛЬ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Профилактика инвалидности, Центр общественного здоровья и медицинской профилактики. 3 декабря 2019 г.

2. Три уровня профилактики, Merck & Co., Inc., Rahway, NJ, США и ее аффилированные лица. 2024.

3. Всемирная организация здравоохранения. Инвалидность Проект Глобального плана ВОЗ по инвалидности на 2014–2021 гг.: Лучшее здоровье для всех людей с инвалидностью Доклад Секретариата, 32 с., 2014

4. Базаева Е.А., Марушева Л.Г., Трифонова О.Б., Герман С.В. Основные тенденции первичной инвалидности взрослого населения Нижегородской области в 1992-2009 гг. // М., журн. "Медико-социальная экспертиза и реабилитация", 2011 г.

5. Дымочка М.А., Красновская Е.С., Веригина Н.Б. Закономерности формирования инвалидности взрослого населения (раздел I). Показатели инвалидности у взрослого населения Российской Федерации за период 2017-2019 гг. // М., журн. «Медико-социальные проблемы инвалидности», 2020 г.

6. Бурдяк А.Я., Тындик А.О. Измерение инвалидности и положение инвалидов: Российский и Международный подходы // *Вестник НГУЭУ*. Новосибирск: Издательство Сибирского отделения Российской академии наук, 2016.

7. Деденова И.В. Совершенствование деятельности главных бюро медико-социальной экспертизы по повышению качества государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы. Дис ... канд.мед.наук. Санкт-Петербург, 2014.