

**ҚОЖА АХМЕТ ЯСВАИ АТЫНДАҒЫ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ҚАЗАҚ-ТҮРІК
УНИВЕРСИТЕТІ**

ҚАЗТЕП ИНСТИТУТЫ

МАГИСТРАТУРА

6M050700-Денсаулық сақтау саласындағы Менеджмент

МАГИСТРЛІК ЖОБА

Түркістан облысы халқын ғылыми негізгі кардиологиялық сауықтыру

Орындаушы _____ **Қалжігітова М.М.** " _____ " _____ 2019 г.
/қолы/ /Ф.А.Ә./

Ғылыми жетекші доктор PhD _____ **Жанабаев Н.С.**

/регалии/ /қолы//Ф.А.Ә./

" _____ " _____ 2019 г.

МАЗМҰНЫ

	НОРМАТИВТІК СІЛТЕМЕЛЕР	3
	АНЫҚТАМАЛАР	4
	БЕЛГІЛЕУЛЕР МЕН ҚЫСҚАРТУЛАР	7
	КІРІСПЕ	
1	ҚАЗІРГІ ЗАМАНҒЫ МӘСЕЛЕЛЕРІ МЕН ҚАЛЫПТАСУЫ	9
	КОНСУЛЬТАЦИЯЛЫҚ-ДИАГНОСТИКАЛЫҚ ҚЫЗМЕТ.	
2	ЖҮРЕКТІҢ ИШЕМИЯЛЫҚ АУРУЫЛАРЫ	11
3	АУМАҚТЫҚ ЕМХАНАЛАР МЕН ДИАГНОСТИКАЛЫҚ ОРТАЛЫҚТАРДАҒЫ ІРІ ҚАЛА ТҰРҒЫНДАРЫНА МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК КӨЛЕМІН САЛЫСТЫРМАЛЫ ТАЛДАУ.	20
	ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ	43
	ҚОСЫМША 1	57

НОРМАТИВТІК СІЛТЕМЕЛЕР

Осы диссертацияда келесі нормативтік құжаттар мен стандарттарға сілтемелер пайдаланылды:

Қазақстан Республикасының 23 маусым 2015 жылы № 440 «Инфекциялық және паразиттік, кәсіптік аурулар мен улану жағдайларын тексеру қағидалары» тұралы заңы

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011 - 2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасы № 1113.

МС 7.32-2001- (мемлекетаралық стандарт) ақпарат, кітапхана және баспа ісі бойынша стандарттар жүйесі. Ғылыми-зерттеу жұмысы туралы есеп. Құрылымы және рәсімдеу ережесі. 1113.

МС 15.101-98- (мемлекетаралық стандарт) Өндіріске өнімді әзірлеу және қою жүйесі. Ғылыми-зерттеу жұмыстарын орындау тәртібі.

МС 7.1-2003. Бойынша стандарттар жүйесі ақпарат , кітапхана және баспа ісі. Библиографиялық жазба. Библиографиялық сипаттама. Жалпы талаптар және құрастыру ережелері.

МС 7.9-95 (ИСО 214-76) ақпарат , кітапхана және баспа ісі бойынша стандарттар жүйесі. Реферат және аннотация. Жалпы талаптар.

МС 7.12-93- Ақпарат ,Кітапхана ісі және баспа ісі бойынша стандарттар жүйесі. Библиографиялық жазба. Нарус тіліндегі сөздерді қысқарту. Жалпы талаптар және ережелер.

МС 7.54-88 ақпарат , кітапхана және баспа ісі бойынша стандарттар жүйесі. Ғылыми-техникалық құжаттарда заттар мен материалдардың қасиеттері туралы сандық деректерді ұсыну. Жалпы талаптар.

МС 8.417-2002 Өлшем бірлігін қамтамасыз етудің мемлекеттік жүйесі. Өлшем бірліктері.

АНЫҚТАМАЛАР

Тәуекел факторы-мінез-құлықтың немесе өмір салтының аспектісі, орта жағдайларындағы экспозиция немесе эпидемиологиялық деректерден белгілі болғандай, алдын алу маңызды деп саналатын денсаулыққа қатысты жағдайға байланысты туа біткен немесе мұра болған ерекшелік. **ТФ** термині келесі мәндердің кез келгенінде өте еркінқолданылады: Ауру сияқты нақты нәтиженің жоғары ықтималдығына байланысты белгі немесе экспозиция. Міндетті емес себеп факторы. Тәуекел маркері.

Аурудың немесе өзге нақты нәтиженің ықтималдығын арттыратын белгі немесе экспозиция. Детерминанта

Араласумен өзгеруі мүмкін Детерминант, осылайша, аурудың пайда болу ықтималдығын немесе басқа да нақты нәтижелерді төмендетеді.

Эпидемиология-белгілі бір популяцияларда денсаулыққа (адам) жататын жай-күйлердің немесе оқиғалардың таралуы және олардың детерминанттары туралы ғылым, сондай-ақ осы зерттеулерді денсаулық проблемаларын бақылауда қолдану.

Ауру - 1000 тұрғынға есептелген белгілі бір мерзімде (жыл) туындаған инсульттің жаңа жағдайларының саны.

Өлім - 1000 тұрғынға есептелген өлім-жітім (бір жыл ішінде) аяқталған инсульт жағдайларының саны.

Өлім-аурудың барлық тіркелген жағдайларына қатысты инсульттің өлім жағдайларының үлесі (пайызбен)

Когорттық зерттеу-бұл бөлінген адамдар тобы (когорт) кейбір уақыт бойы бақылайтын обсервациялық зерттеу. Осы когорттың әр түрлі топшаларында сыналушылардың нәтижелері, кім зерттелетін препаратпен емдеуге ұшырағанда немесе ұшырамағанда (немесе әртүрлі дәрежеде ұшырағанда) салыстырылады.

Нандомизацияланған сынақ-топқа қатысушыларды бөлу

кездейсоқ тәртіппен емес, зерттеушінің еркі бойынша немесе алдын ала белгіленген жоспар бойынша жүргізілетін зерттеу.

Статистикалық мәнділік-нөлдік гипотезаның тәуелсіз және тәуелді айнымалылары арасындағы ассоциацияның байқалатын немесе жоғары дәрежесіндегі ықтималдығын бағалауға мүмкіндік беретін статистикалық әдістер. Статистикалық маңыздылықтың қол жеткізілген деңгейін көбінесе 0,005 немесе 0,01-ге тең, статистикалық маңыздылықтың априорлы берілетін сыни деңгейінен ажырату қажет. Әдетте статистикалық мәнділік деңгейі p -шасымен көрінеді.

Сенімді интервал (СИ) - популяциядағы параметрдің шынайы мәні қандай шектерде болуы мүмкін екенін бағалауға мүмкіндік беретін статистикалық көрсеткіш: шынайы мәндердің тербелу диапазоны. 95% - ы сенімді интервал 95% ықтималдығы бар шынайы мән оның шегінде екенін білдіреді. Сенімді интервал шамасы деректерді дәлелдеу дәрежесін сипаттайды, ал p шамасы нөлдік гипотезаның қате ауытқу ықтималдығын көрсетеді.

СТ (салыстырмалы тәуекел) - белгілі бір әсерге ұшыраған және ұшырамаған тұлғалар арасындағы зерттелетін нәтиже жиілігінің қатынасы. ОР абсолюттік тәуекелдің (сырқаттанушылықтың) шамасы туралы ақпарат алмайды. СТ әсер ету мен ауру арасындағы байланыс күшін көрсетеді.

Оңалту-мүгедек болып табылатын науқасқа кемістікті еңсеруге, оны өзіне-өзі қызмет көрсетуге және аурудың салдарынан туындаған жаңа жағдайларда еңбек қызметіне бейімдеуге бағытталған іс-шаралар жүйесі.

Транскраниальды магниттік стимуляция (ТМС) – қысқа магниттік импульстер арқылы ми қыртысын инвазивті емес ынталандыруға мүмкіндік беретін әдіс.

Нәтиже – зерттеушінің қызығушылығының объектісі болып табылатын клиникалық маңызды құбылыс, зертханалық көрсеткіш немесе белгі.

Клиникалық сынақтарды жүргізу кезінде нәтижелер емдік немесе профилактикалық әсердің тиімділігін бағалау критерийлері болып табылады.

БЕЛГІЛЕУЛЕР МЕН ҚЫСҚАРТУЛАР

АҚҚ	- Артериальді қан қысымы
АГ	- Артериальді гипертензия
АПМ	- Амбулаторлы –поликлиникалық мекеме
АГМ	- Артериальді гипертензия мектебі
БжҒМ	- Білім және ғылым министрлігі
ДДСҰ	- дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы
ДБА	- дене бетінің ауданы
ҒЗЖ	- ғылыми-зерттеу жұмысы
ЖМЖА	- Жедел медициналық жәрдем ауруханасы
ЖПТҚ	- Жалпы Перифериялық тамырлық қарсыласпа
ЖЫБ	- Жүрек ырғағының бұзылысы
ЖҚЖ	- Жүрек қан тамыр жүйесі
ЖҚА	- Жүрек қан тамыр аурулары
ЖСС	- Жүрек жиырылысының саны
ЖМЖ	- Жедел медициналық жәрдем
ИИ	- ишемиялық инсульт
ИЖА	- Ишемиялық жүрек аурулары
ҚР	- Қазақстан Республикасы
КС	- Күндізгі стационар
МИ	- Миокард инфарктісі
МИ	- ми инсульті
МҚАЖБ	- ми қан айналымының жіті бұзылуы
МҚҚ	- миішілік қан құйылу
МСЧ	- Медико санитарная часть
ОҚО	- Оңтүстік Қазақстан облысы
ОҚОДСБ	- Оңтүстік Қазақстан облысының Денсаулық сақтау басқармасы
СЖЖ	- Созылмалы жүрек жетіспеушілігі
СҚҚ	- субарахноидальды қан құйылу

СИ	- сенімділік интервалы
ТТЛ	- Төмен тығыздықтағы липопротеидтер
ТО	- Түркістан облысы
ЕГ	- Емдік гимнастика
ЕФК	- Емдік физикалық культура
ФК	- функциональді класс
ЭхоКГ	- эхокардиография
УЕЖ	- Уақытша еңбекке жарамсыздық
ЕПМ	- Емдік және профилактикалық мекеме
ҚД	- Қант диабеті
ҚҚ	- қан қысымы
ЦВА-	- цереброваскулярлық аурулар

КІРІСПЕ

1. ҚАЗІРГІ ЗАМАНҒЫ МӘСЕЛЕЛЕРІ МЕН ҚАЛЫПТАСУЫ КОНСУЛЬТАЦИЯЛЫҚ-ДИАГНОСТИКАЛЫҚ ҚЫЗМЕТ

Зерттеудің өзектілігі. Қан айналымы органдары ауруларының әлеуметтік-гигиеналық маңыздылығы бірқатар себептерге байланысты. Әлемнің дамыған елдерінде қан айналымы органдарының аурулары халықтың қайтыс болуы мен мүгедектігінің жетекші себебі болып табылады. Қазақстанде ересек халықтың 25-30% - ы (4-5 млн.адам) артериялық гипертониямен ауырады. Қазақстан халқының жалпы өлім - жітімінің құрылымында қан айналымы жүйесі ауруларынан өлім-жітім 53-54% құрайды (Стародубов В. И. және т. б., 1999; Галиуллин А. Н., - Алматы: "Мектеп" Баспасы, 2007.

Жүрек-қан тамыр жүйесінің ауыр ауруларынан зардап шегетін науқастар контингентінің жасырылуы ерекше алаңдаушылық туғызады. Ерте өлім, мүгедектік және қан айналымы ауруларынан еңбек жоғалту нәтижесінде қоғамға келтірілетін елеулі шығындарды ескере отырып, кардиологиялық қызметті дамытудың стратегиясы мен тактикасын қалыптастыру қазіргі заманғы денсаулық сақтаудың маңызды міндеттерінің бірі болып табылады.

Жүрек-қан тамырлары ауруларының пәрменді алдын алуды ұйымдастыру және жүргізу, жоғары технологиялық әдістерді қолдана отырып, оларды уақтылы диагностикалау және емдеу өзекті мәселе болып табылады (Бокерия Л. А. және т.б., 2001, 2002; Шляхто Е. В., 2004). Соңғы жылдары еліміздің бірқатар өңірлерінде заманауи кардиологиялық орталықтар ашылуда, олардың құрамында кардиохирургиялық бөлімшелер бар. Алайда, қан айналымы органдары ауруларымен ауыратын науқастардың кардиохирургиялық көмекке деген қажеттіліктерін толық қанағаттандыру мүмкін болмады.

Ерекше проблемалар халықтың тығыздығының төмендігімен сипатталатын Қазақстан субъектілерінің кардиологиялық қызметін ұйымдастырумен байланысты. Халықтың, әсіресе ауылдық елді мекендерде азаюына байланысты орталық аудандық ауруханалардың қуаты, ал тиісінше олардың мамандану деңгейі төмендейді. Осыған байланысты өңірлік денсаулық сақтау ресурстарын ұтымды пайдалану шартымен халықтың емдеу мен диагностиканың қазіргі заманғы әдістеріне қажеттілігін барынша

қанағаттандыру мақсатында медициналық көмектің мамандандырылған түрлерін ұйымдастырудың жаңа тәсілдері талап етіледі.

Сондықтан осы зерттеудің мақсаты денсаулық сақтауды жаңғырту жағдайында Қазақстан субъектісінің халқына кардиологиялық көмекті ұйымдастыруды жетілдірудің негізгі бағыттарын әзірлеу болып табылады.

Зерттеу мақсатын жүзеге асыру үшін келесі міндеттер қойылды:

Қазақстан әр түрлі елдерінде және әр түрлі субъектілерінде кардиологиялық көмекті ұйымдастыру тәжірибесін жалпылау.

Ересек халқының 5 жыл ішіндегі динамикадағы қанайналым жүйесі ауруларымен сырқаттанушылық деңгейін талдау.

Қан айналымы органдары ауруларымен ауыратын науқастарға емдеу-профилактикалық көмек көрсететін медициналық мекемелер бөлімшелері қызметінің көрсеткіштерін талдау.

Мамандандырылған кардиологиялық бөлімшеде жыл бойы емделген пациенттердің медициналық-демографиялық құрамын зерделеу.

Жіті миокард инфарктісі бар пациенттерге стационарлық медициналық көмек көрсету сапасына сараптамалық бағалау жүргізу.,

Мамандандырылған кардиологиялық көмектің сапасы мен қол жетімділігі туралы пациенттердің пікірін зерттеу.

Қала және ауыл халқына кардиологиялық көмекті ұйымдастыру ерекшеліктерін зерттеу және оны жетілдірудің негізгі бағыттарын анықтау.

Зерттеудің ғылыми жаңалығы, алғаш рет ересек халқының қан айналымы жүйесінің ауруларымен алғашқы және жалпы сырқаттанушылық деңгейін, уақытша еңбекке жарамдылықты жоғалтумен сырқаттанушылық көрсеткіштерін, мүгедектікке алғашқы шығу көрсеткіштерін және жүрек-қан тамыр жүйесі ауруларынан халықтың өлім-жітім көрсеткіштерін кешенді зерттеу жүргізілді. Жүйелі көзқарас тұрғысынан ауыл және қала тұрғындарына кардиологиялық көмектің инРФақұрылымы, қарқынды және қалпына келтіру емін ұйымдастыру, қан айналымы жүйесі ауруларымен ауыратын науқастарға көмек көрсететін медициналық мекемелер қызметінің көрсеткіштері талданды. Қан айналымы органдары ауруларымен ауыратын науқастарды емдеу сапасын сараптамалық бағалау, сондай-ақ аумақтық емханаларда, стационарлық мекемелерде, станцияларда және жедел медициналық жәрдем бөлімшелерінде көрсетілетін медициналық көмекке қанағаттануын зерттеу мақсатында пациенттерге сауалнама жүргізу жүргізілді.

Зерттеудің ғылыми-практикалық маңыздылығы Зерттеу нәтижелері бойынша Қазақстан осы субъектісінің әкімшілік құрылымының ерекшеліктерін, халықты қоныстандыруды, халықтың қан айналымы жүйесі ауруларымен сырқаттанушылық көрсеткіштерінің

серпінін ескере отырып, қазіргі жағдайда кардиологиялық қызметін ұйымдастыруды жетілдірудің негізгі бағыттары тұжырымдалған. Статистикалық есеп жүйесін жетілдіру және ҚЖА бар науқастардың тіркелімін қалыптастыру бойынша ұсыныстар әзірленді. Жүрек-қантамыр жүйесі ауруларымен ауыратын науқастарды диагностикалау, емдеу және диспансерлік бақылау сапасын кешенді бақылау алгоритмі ұсынылды. Амбулаториялық, стационарлық және жедел медициналық көмектің сапасы мен қол жетімділігі туралы пікірлерін зерттеу мақсатында пациенттерге әлеуметтік сауалнама жүргізу бағдарламасы әзірленді.

Қорғауға шығарылатын негізгі ережелер:

Кардиологиялық қызметтің құрылымы, кадрлық және материалдық-техникалық қамтамасыз етілу сипаттамасы және оның сақтау жүйесіндегі рөлі.

Мамандандырылған кардиологиялық бөлімше пациенттерінің медициналық-демографиялық сипаттамасы.

Мамандандырылған кардиологиялық бөлімшеде науқастарды емдеу сапасын сараптамалық бағалау әдістемесі.

Стационарлық және амбулаторлық кардиологиялық көмектің сапасы мен қол жетімділігі туралы пікірлерін зерттеу мақсатында пациенттерге әлеуметтік сауалнама жүргізу әдістемесі.

Қан айналымы жүйесі ауруларымен ауыратын науқастарға медициналық көмекті ұйымдастыруды жетілдіруге бағытталған ұсыныстар кешені.

Кардиологиялық бөлімше науқастарының медициналық-демографиялық сипаттамасы

Зерттеудің маңызды бөлімі мамандандырылған кардиологиялық бөлімшеде емделіп жатқан науқастардың медициналық-демографиялық құрамын зерттеу болып табылады.

Негізгі бөлім жедел медициналық жәрдем ауруханасының Кардиологиялық бөлімшесі болды.

2. ЖҮРЕКТІҢ ИШЕМИЯЛЫҚ АУРУЫЛАРЫ

Жүректің ишемиялық ауруының (ЖИА) түрлі аспектілерін зерттеу өзектілігін сақтауды жалғастыруда. Зерттеудің жаңа ақпараттық әдістерін енгізу ЖИА-ның жекелеген түрлерінің патогенезінің, клиникалық симптом-тологияның ерекшеліктерін неғұрлым терең анықтауға, емдеуді ұтымды етуге мүмкіндік берді (Чазов Е. И., Оганов Р. Г., Поздняков Ю. М.).

Алайда, бұрынғысынша, басқа органдар мен жүйелердің ауруларымен үйлескен ЖИА, ЖИА-ның ати-пиялық түрлеріне жеткіліксіз көңіл бөлінеді. Мысалы, қант диабеті, өкпенің созылмалы обструктивті ауруы, аяқ тамырларының окклюзиялық зақымдануы, созылмалы жүрек жеткіліксіздігі, арте-риалды гипертония және т.б. фондағы ЖИА әйелдерде, жас және қарт жастағы емделушілерде ЖИА клиникасының, диагностикасының және емдеудің бірқатар ерекшеліктері бар. ЖИА-ның атиптік түрлері жиі негізгі диагностикалық қателер болып табылады. ЖИА осындай формаларын зерттеу әсіресе жалпы практика дәрігерлеріне, учаскелік терапевтерге, жедел және шұғыл көмек дәрігерлеріне қажет.

Соңғы жылдары емдеу арсеналы көптеген ан-тиангиналды препараттармен толықты. Практикалық дәрігерге дәрілік заттардың алуан түрлілігіне назар аудару өте қиын. ЖИА кезінде олардың Рацио-налдық тағайындалуы, әсіресе аралас па-тологиясы бар науқастарға маңызды міндет береді. Оқу құралында бета-адреноблокаторлар, ангиотензинпреврулеуші ферменттің инги-биторлары, нитраттар, ан-титромботикалық қатардағы препараттар, кальций антагонистері және гиполипидемиялық құралдар туралы мәліметтер берілген. Көрсеткіштер, мөлшерлеу схемалары, ұтымды және нерационалды комбинациялар берілген, препараттардың әсер ету механизмдері, қарсы көрсетілімдер және жанама әсерлері түсіндірілген. Осы оқу құралының шығуы отбасылық дәрігерлерге, учаскелік терапевтерге, кардиологтарға, интерндерге жүректің ишемиялық ауруының клиникалық алуан түрлілігі туралы білімді кеңейтуге мүмкіндік береді.

Қазіргі уақытта жүрек-қан тамыр аурулары (СҚА) Ресейдегі жалпы өлім-жітімнің эволюциясында шешуші рөл атқарады. Ресей Федерациясында қан айналымы жүйесі ауруларынан өлім-жітім 2006 жылы барлық себептерден өлім-жітімнің 56,5% - ын құрады. Жүректің ишемиялық ауруы (ЖИА) көптеген жылдар бойы көптеген экономикалық дамыған елдерде халықтың өлім-жітімінің басты себебі болып табылады. Олардың жартысына жуығы ЖИА-дан өлім-жітімге келеді. Сонымен қатар Батыс Еуропа елдерінде, АҚШ-та, Канадада, Австралияда соңғы онжылдықтарда ЖИА-дан өлім-жітімнің төмендеуіне тұрақты беталыс байқалады. Ресейде жүрек-қан тамырлары өлімінің

көрсеткіші айтарлықтай жоғары, бірақ соңғы 2-3 жылда тұрақтандыруға тен-денция байқалды. ЖИА миокард инфарктісінің (оларға) жіті пайда болуымен немесе тіпті кенеттен өліммен дебюттей алады, бірақ жиі созылмалы түрге ауысады. Мұндай жағдайларда оның негізгі көріністерінің бірі кернеу стенокардиясы болып табылады. Осы РФемингемдік зерттеу бойынша кернеу стенокардиясы ерлерде 40,7%, әйелдерде 56,5% ЖИА алғашқы симптомы болып табылады.

Стенокардия жиілігі күрт ұлғаяды: әйелдерде 0,1-1%-дан 45-54 жастағы 10-15% - ға дейін 65-74 жастағы; күйеу-шиндерде 2-5% - дан 45-54 жастағы 10-20% - ға дейін 65-74 жастағы. Көптеген еуропалық елдерде стенокардияның таралуы 20 000 - 40 000 мың 1 мил. халықты.

Алдын алу медицинасының мемлекеттік ғылыми-зерттеу орталығының (ГНИЦ) деректері бойынша, Ресей Федерациясында 10 млн.еңбекке жарамды халықтың ЖИА зардап шегеді. Стенокардия ЖИА алғашқы манифестациясы сияқты науқастардың 50% - да кездеседі. Стенокардиямен ауыратын науқастардың өлім-жітімі жылына 2% - ға жуықты құрайды, науқастардың 2-3% - ы жыл сайын анамалды емес пайда болады. Популяцияда стенокардиямен ауыратын барлық науқастардың 40-50%-ға жуығы ғана оларда аурудың бар екендігі туралы біледі және тиісті ем алады, ал 50-60% жағдайда ауру танылмаған. Стенокардия-кардиологтар мен терапевттерге ғана емес, барлық мамандықтағы дәрігерлерге қарсы алынатын ауру.

Қазіргі уақытта ЖИА тәуекелінің 20-дан астам факторы (РФ) сәйкестендірілді. Стенокардия атеро-склероздың клиникалық көрінісі болып табылады. Атеросклероздың даму қаупі ер жынысы, егде жастағылар, дислипидемия (ДЛП), ар-териальды гипертония (АГ), темекі шегу, қант диабеті (СД), жүрек жиілігінің жоғарылауы, дене белсенділігінің төмендігі, артық дене салмағы (МТ), алкогольді асыра пайдалану, гемостаздың бұзылуы кезінде артады. Эпидемиологтар барлық белгілі қауіп факторларын модификацияланатын және модификацияланбайтын белсенді араласу кезінде популяцияда оларды түзету мүмкіндігі принципі бойынша бөледі. Генетикалық, жасы мен жынысы.

Ауқымды эпидемиологиялық зерттеулерде қан плазмасындағы жалпы холестериннің (ОХС), тығыздығы төмен липопротеидтердің холестеринінің (ХСЛПН) жоғары құрамы мен атеросклероздың даму тәуекелі арасында анық жолақтық байланыс бар, ал тығыздығы жоғары липопротеидтердің холестеринімен (ХСЛПВ) бұл байланыс кері сипатқа ие. Стенокардиясы бар науқастарда ДЛП түзету тіпті липидті спектрдегі шамалы өзгерістер кезінде де жүргізілуі тиіс.

Қазіргі уақытта гипертриглицеридтің маңыздылығы қайта қаралды, ол бұрын атерогенез қаупінің елеулі және маңызды факторы болып саналмаған. Енді плазмадағы

триглицеридтер деңгейінің 1,7 ммоль / л-ден жоғары артуы ЖИА тәуекелінің факторы болып табылады.

РФамингемдік зерттеуде плазмадағы лпвп холестерин деңгейі мен ЖИА даму тәуекелі арасындағы айқын жалпы тәуелділік көрсетілді. ЖИА дамуынан жоғары тығыздықтағы холестерин липопротеидтердің жоғары конус-цациясының сенімді қорғаныш әсері 80 жастан жоғары тұлғалар тобына дейін байқалды. Бұл ретте ЛПВП холестеринінің төменгі мәні жалпы холестериннің лю-бом деңгейінде, 5,0 ммоль/л төмен мәндерді қоса алғанда, ЖИА және коронарлық атеросклероздың даму тәуекелімен байланысты болды.

Жоғары және төмен тығыздықтағы липопротеидтер холестерин деңгейінің алдын ала құндылығы коронарлық атеросклероздың даму қаупін бағалау үшін әлемнің барлық елдерінің зерттеушілері қан плазмасының "атерогендігі" коэффициенттерін есептей отырып, жалпы холестериннің тығыздығы жоғары липопротеидтер холестериніне қатынасы; тығыздығы төмен липопротеидтер холестеринінің тығыздығы жоғары липопротеидтерде холестериннің концен-трация мөлшеріне қатынасы және т. б. сияқты коэффициенттерін қолданады.

Холестерин деңгейіне қарамастан артериялық гипертензия ЖИА даму қаупін 2 еседен астам арттырады. РФ ретінде жоғары АҚ мәні көптеген зерттеулермен дәлелденген. Ресей халқының шамамен 40%-ы ГНИЦ ПМ зерттеулерінің нәтижелері бойынша АГ зардап шегеді, бұл ретте 30-40% - ы өзінің ауруы туралы білмейді; пациенттердің тек оныншы бөлігі ғана осы РФ анықтау өте оңай екеніне қарамастан, өз АГ-ны бақылайды.

Темекі шегудің атеросклероздың дамуымен және өршуімен байланысы жақсы белгілі. Өкінішке орай, Темекі шегу ресейлік ерлер арасында жоғары ауытқушылықпен ерекшеленеді -63%. Әйелдер арасында темекі шегудің таралуының жылдам өсуі байқалады-30% - ға дейін (әсіресе жас).

Жүректің ишемиялық ауруының ерте дамуы шылым шегудің ең маңызды медициналық салдары болып табылады. АҚШ сияқты елде жылына 125 мыңнан астам өлім-жітім темекі шегумен байланысты, бұл миокард инфарктінен болатын өлім жағдайларының жалпы санының 25% - ға жуығын құрайды. Темекі шегу ЖИА және оның тәуекелінің тәуелсіз факторы болып табылады, мысалы, липидтік алмасудың бұзылуы, артериялық гипертензия, аз қозғалатын өмір салты және т.б. сияқты басқалардың қатарында ең маңыздысы темекі шегетін ерлерде коронарлық атеросклероздың даму қаупі темекі шекпейтіндерге қарағанда 60-70% жоғары. Темекі шегетін ерлердің 35-54 жастағы кенеттен өлім көрсеткіштері шамамен 2-3 айда жоғары. темекі емес. 55 жастан кейін

карқынды темекі шегу қаупі бар адамдармен салыстырғанда, неғұрлым жас жаста темекі шегуді бастаған адамдарда ЖИА-ның даму қаупі жоғары. Миокард инфарктінен кейін темекі шегуді жалғастырушы тұлғалар ЖИА асқынуынан екі есе көп болуы мүмкін.

Темекі шегудің атерогенезге әсері Барлық жүргізілген эпидемиологиялық зерттеулердің деректері бойынша елеулі және маңызды және оның тоқтатылуы коонарлық аурудың даму қаупін нақты төмендетеді.

Темекі шегетін және ұрықтануға қарсы құралдарды пайдаланатын әйелдерде ЖИА темекі шекпейтін және контрацептивті емес қарсы препараттармен салыстырғанда 10 есе жоғары.

Бірқатар эпидемиологиялық зерттеулерде алкогольді тұрақты қалыпты қолдану (күніне 15-30 мг дейін) атеро-склероздың асқынуларынан болатын өлім-жітімнің төмендеуімен ұштасады, әрі ЖИА тәуекелінің төмендеуі 40% (m. Gronbaer et.al., Ескерту. Ал-когольдің орташа дозаларының қолайлы әсері гемостазиологиялық параметрлердің жақсаруымен және лпвп холестеринінің ұлғаюымен байланыстырады. Алкоголь миокард инфарктісінің даму қаупін азайтады, бірақ стенокардияның даму қаупін төмендетпейді, сондықтан атеросклерозға қарағанда тромбоздың алдын алуда алкогольдің қорғаныш әсері көп болады. Екінші жағынан, жалпы және жүрек-қантамыр өлімі күніне 40 г алкогольден артық тұтынғанда және ішуге бейімділік артады. Алкоголь ішімдіктерін пайдалану олардың түріне қарамастан, ЖИА даму қаупін төмендетеді деп санауға негіз бар. Шамамен 50%-ға бұл жағдайларда алкогольді (P. Ridker et.al., Ескерту. Бұл ретте плазминогеннің тканьді активаторы деңгейі өсуде, оның нәтижесі тромбоз қаупі төмендейді. Зерттеу барысында (Даниядағы h.Hein 1996, 3000 ер адам) алкогольді қабылдау мен ЖИА арасындағы байланыс плазмадағы лпн холестериннің жоғары (5,25 ммоль/л-ден артық) құрамы болғанда ғана бақыланатыны атап өтілді.

Басқа да эпидемиологиялық зерттеулердің бірқатар деректері бойынша жоғары граациялардың семіздігі (те-ла мінсіз салмағына 50%-дан астам) ЖИА-ның туындауына да, қолда бар коронарлық атеросклероздың өршуіне де ықпал етеді. Семіздік, оның айқындылығы мен қандағы холестер деңгейінің арасындағы тікелей корреляциялық байланыс анықталды. Семіздік гипертриглицери-демиямен, базальды гиперинсулинемиямен, глюкоза концентрациясының жоғарылауымен және қант диабетінің даму қаупімен бірге жүреді. Семіздік кезінде тамыр ауруы мен липидтік бұзылыстардың даму қаупі оның дәрежесіне емес, сонымен қатар адам денесінде май шөгінділерінің таралу сипатына байланысты. Семіздіктің орталық түрі (ерлер типі, абдоминальді, жоғарғы семіздік) әйел түріне қарағанда коронарлық атеросклероздың даму қаупімен (жидектер мен жамбас шөгінділері-төменгі семіздік) байланысты. Семіздіктің

жоғарғы түрі, атап айтқанда іштің май жиналуы, көбінесе алиментарлық себептерге байланысты-көп тағам, көп мөлшерде жануар майы, қант, кондитерлік тағамдарды тұтыну.

Жалпы қауіп факторы метаболикалық синдром (МС) болып табылады. МС висцеральды май массасының ұлғаюымен, перифериялық тіндердің инс-Линге сезімталдығының төмендеуімен және гиперинсулинемиямен сипатталады, олар көмірсу, липидин, пулиндік алмасулар мен артериялық гипер-тонияның бұзылуын туындатады.

МС диагностикалау критерийлері:

Негізгі белгісі - семіздіктің орталық (Абдоминалдық) түрі (ақ), бұл кезде белдің шеңбері > 94 см ерлер, әйелдер > 80 см.

Қосымша өлшемдер:

Артериялық гипертонация (АГ)- ақ $\geq 140/90$ мм.рт.күжат;

Триглицерид деңгейінің артуы (ТГ) $\geq 1,7$ ммоль / л;

Ерлерде ЛПВП < 1,0 ммоль/л ХС концентрациясының төмендеуі;

Әйелдерде < 1,2 ммоль / л;

ЛПНП ХС деңгейін арттыру > 3,0 ммоль / л;

Аш қарынға арналған Гипергликемия-аш қарынға арналған қан плазмасындағы глюкоза

$\geq 6,1$ ммоль/л;

Қан плазмасындағы глюкоза-глюкоза төзімділігінің бұзылуы

$\geq 7,8$ ммоль/л және $\leq 11,1$ ммоль/л шегінде глюкоза жүктемесінен кейін 2 сағаттан соң.

Емделушілерде орталық семіздіктің және қосымша өлшемдердің 2-уі болуы МС диагностикасына негіз болып табылады.

Инсулинрезистенттілікті абдо-миналдық семіздікпен, дислипидемиямен, көмірсулардың, пу-рин алмасулардың және АГ-мен байланыстыратын маңызды фактор гиперинсулинемия (ГИ) болып табылады. Белгілі бір уақыт ГИ көмірсулар алмасуын өтейді және нор-могликемияны қолдайды, бұл сондай-ақ Ли-ПИД алмасуының бұзылу белгілерін "бүркей алады". Бұл бірқатар жағдайларда науқастарда аталған қосымша симптомдардың барлығының болмауы түсіндіріледі. Инсулинге сезімталдық және оның деңгейі жақсы жабдықталған клиникаларда ғана мүмкін. Зерттеу нәтижелері бұл көрсеткіштер шынайылығының жоғары дәрежесімен ТГ, ЛВП ХС, ЛНП ХС, зәр қышқылының және АҚ шамасымен өзара байланысты екенін анықтады. Гиперинсулинемияны АГ предикторы ретінде қарастыруға болады.

АГ МС бастапқы сатыларында анықталмауы мүмкін; АГ болмауы абдоминальды семіздігі бар пациентте МС болуын жоққа шығармайды.

МС бар науқастарда қандай да бір қосымша симптомдардың болмауы оны "толық емес" деп түсіндіруге негіз бермейді немесе керісінше, көрсетілген симптомдардың барлығын "толық" МС деп бағалауға болмайды. Бұл тұжырымдамада ешқандай патогенетикалық және клиникалық негіздер жоқ. Сондай-ақ, қолайсыз анықтау "қалпына келтірілген" және "қалпына келтірілмейтін" МС, олар жауап береді және ешқандай мағыналық жүктеме.

МС біртіндеп дамиды және ұзақ уақыт анық клиникалық симптоматикасыз өтеді. МС болуы пациентті сырттай қарау және анамнез жинау кезінде ұсына алады. Ақ май тінінің қайта бөлінуін білуге болады. Бұл геноид ("алмұрт" түрі) қарағанда, жамбас және яго-диц аймағындағы май шөгіндісі бар жоғары иық белдеуінде ("алма" түрі) майдың басым бөлігі бар андро-идеялық семіздік түрі.

Семіздіктің осындай түрі бар науқастарда жиі (70% дейін) СОАС (ұйқының обструктивті апноэ синдромы) болуы мүмкін, ол туралы науқастар күдіктенбеуі мүмкін. Пациент тек қана Сали - Емхана дәрігері ұйқы кезінде тыныс алу бұзылыстарын науқасты қарапайым сұрастыру арқылы сезіне алады. АТЖ-ның негізгі клиникалық көріністеріне мыналар жатады: ұйқы кезінде демді тоқтатуға нұсқау; қатты немесе үзіксіз түнгі храп; түнгі жиі зәр шығару; түнгі ұйқының ұзақ (> 6 ай) бұзылуы; күндізгі ұйқышылдық; семіздік және АГ, әсіресе түнгі және таңертең сағат.

Қант диабеті (инсулинге тәуелді - 1 типті, инсулин-тәуелсіз - 2 типті) атеросклероздың даму қаупін арттырады, сонымен қатар әйелдерде ерлермен салыстырғанда үлкен дәрежеде. Глюкозаға төзімділігі бұзылған адамдардың да өлімінің салыстырмалы қаупі 30%-ға, ал 2 типті қант диабеті бар науқастарда 80% - ға артады. Қантамырлық асқынулар қаупін төмендету үшін көмірсулар алмасуын және басқа да РФ түзету қажет.

Ең РФ өмір салтына байланысты, маңызды компоненттердің бірі-тамақтану. Әсері тамақтану дамытуға атеросклероз көп түрлі: өзгерту липидтік спектрін қан, процестердің тромбообразования және т. б. Ауруларға стенокардией тәуекелі жоғары жүрек-қан тамыр асқынуларының керек ұсынылсын дие-ту, жоғары мазмұнымен тамақ талшықтарын, шектеуге упо-требления қаныққан май мен тұз.

ЖИА аз қозғалатын өмір салтын жүргізетін адамдарда физикалық белсенділерге қарағанда 1,5-2,4 есе жиі кездеседі. Дене жаттығуларын таңдау кезінде олардың түрін, ұзақтығын, ұзақтығы мен қарқындылығын ескеру қажет.

BEAUTIFUL (2008 ж) зерттеуінің нәтижелері бойынша сер-ірінді қысқартулар жиілігі ≥ 70 в мин.ЖИА науқастарында оларға және басқа да жүрек - тамыр асқынуларының тәуелсіз предикторы болып табылады.

Жүрек-қан тамырлары ауруларына отбасылық бейімділікті ескеру қажет (ерлер желісі бойынша 55 жасқа дейін, әйел бойынша 65 жасқа дейін). Миокардтың миокардты қоздыратын және қиындататын жай-күй:

* оттегі тұтынуды арттыру:

- жүрексіз: гипертермия, гипертиреоз, симпатомиме-тикамен улану, артериялық гипертония, козу, артериялық-венозды фи-нәжіс;

- жүрек: гипертрофиялық кардиомиопатия, қолқа стенозы, тахикардия;

* оттегінің түсуін төмендететін:

- жүрексіз: анемия, гипоксемия, пневмония, бронх демікпесі, СОӨА, өкпе гипертония, обструктивті ұйқы апноэ синдромы, ги-перкоагуляция, полицитемия, лейкопения, тромбоцитоз;

- жүрек: қолқа стенозы, гипертрофиялық кардио-миопатия.

ЖИА тәуекелінің қандай да бір факторының маңыздылығын тәуекел коэффициенті түрінде болжауға болады. ЖИА даму тәуекелінің коэффициенттері Денверлік зерттеу нәтижелері бойынша есептелген. Тәуекел коэффициенті ең жоғары-10,4 адамдар үшін, ЖИА-ның қан туысқандарында 55 жасқа дейін пайда болды; неғұрлым төмен - 7,1 ол ЖИА - ның қан туысқандарында 65 жасқа дейін дамыған адамдарда; ол холестерин деңгейі 7 ммоль/л - ден жоғары адамдарда 4,7-ге тең; 4,0-күніне сигарет қорабынан кем темекі шегу кезінде; 3,4-гиподинамия кезінде; 2,7-зерттелетін адамда қант диабеті кезінде; 1,8 - артериялық қысым 160/100 мм.с.1.8 - қан туыстары артериялық гипертензиямен зардап шеккен адамдарда; 1,6 - холестерин 5,7 ммоль/л-ден жоғары болғанда.

Әйелдерде коронарлық жеткіліксіздіктің дамуына уақытынан бұрын менопауза, контрацептивті гормоналды препараттарды қабылдауға қабілетті болуы мүмкін.

Соңғы жылдары ЖИА дамуының және оның психоәлеуметтік стресс, депрессия, С-реактивті ақуыздың қабынуы, гипергомоцистеинемия, ге-мостаз жүйесінің бұзылуы (фибриноген және т.б.), тамырлы эндотелийдің дисфункциясы сияқты асқынуларына көңіл бөлінеді.

Стенокардияның морфологиялық субстраты әрдайым коронарлық артериялардың атеросклеротикалық тарылуы болып табылады. Стено-кардия коронарлық артерия саңылауының 50-70% тарылуы болған кезде физикалық жүктеме немесе стресстік сия кезінде пайда болады. Коронарлық артериялар стенозының дәрежесі неғұрлым көп болған сайын, әдетте, стенокардия ауыр болады. Стенокардияның ауырлығы стеноздардың

орналасуы мен ұзындығына, олардың саны мен зақымданған артериялардың санына байланысты. Стеноз дәрежесі, әсіресе эксцентрикалық, Ате-росклеротикалық бляшка аймағындағы тегіс бұлшық ет тонусының өзгеруіне байланысты өзгеруі мүмкін, бұл физикалық жүктеменің өзгеруінде көрінеді. Сирек жағдайларда стенокардия коронарлық артериялардың көрінетін стенозы болмаған кезде дами алады, бірақ та-н жағдайларда әрдайым ангиоспазм немесе коронарлық тамырлардың эндотелий функциясының бұзылуы орын алады.

ЖИА патогенезіндегі эндотелий дисфункциясының рөлі зор. Қазіргі уақытта эндотелийдің дисфункциясы деп барлық эндотелийге тәуелді процестердің оңтайлы ағымын қалыпты түрде қамтамасыз ететін медиаторлар арасындағы теңгерімсіздік түсініледі.

Эндотелий қан ағынының ско-рына және тамырлы қабырғаға қан қысымына, осы тамырлы қанмен жабдықталған мата учаскесінің метабиялық қажеттіліктеріне байланысты ыдыс саңылауының жұқа реттелуін қамтамасыз ете отырып, тамыр тонусын бақылауда маңызды рөл атқарады. Тамырлы эндотелийге келесі функциялар тән:

1. Вазоактивті агенттерді босату:

- * азот тотығы (NO);
- * эндотелин;
- * ангиотензин I және мүмкін, ангиотензин II;
- * простаглицлин;
- * тромбоксана.

2. Коагуляцияға кедергі (қанның ұюы) және фиб-ринолизге қатысу:

- * эндотелийдің тромборезистентті беткейіндегі ыдыстың қабырғасына тромбоциттердің "жабысуына" кедергі (тромбоциттермен бірдей зарядқа ие));
- * простаглицлин және по-табиғи дезагреганттардың пайда болуы;
- * тромбомодулиннің және гепарин тәрізді гликоздар – тырнақандарды байланыстыруға қабілетті эндотелийдің бетінде пайда болуы.

3. Иммундық функциялар:

- * иммунокомпетентті жасушаларға антигендерді ұсыну;
- * интерлейкин-1 секрециясы (Т-лимфоциттердің стимуляторы) •

4. Ферментативті белсенділік:

- * эндотелиалды жасушалардың бетінде ангиотен-зинпревращающего фермента-АПФ пайда болуы (ангиотензиннің I ангиотензинге II айналуы) •

5. Тегіс бұлшықет жасушаларының өсуін реттеуге қатысу:

- * релаксацияның эндотелиалды факторының секрециясы (ЭФС);

* гепарин тәрізді өсу ингибиторларының секрециясы.

6. Тегіс бұлшықет жасушаларын вазонстрикторлы әсерден қорғау:

* ацетилхолина сияқты вазоди-латушы стимулдар қатары үшін эндотелийдің тұтастығын сақтаудың маңыздылығы.

Эндо-телией жасушаларын ынталандыратын үш негізгі фактор бар:

1. Қан ағу жылдамдығының өзгеруі-жылжу кернеуінің артуы, мысалы, артериялық гипертензия кезінде қан ағыны эндотелиальды төсеніштің тұтастығын бұзуы және эндотелиальды дисфункцияның пайда болуына әкелуі мүмкін.

2. Айналмалы және / немесе "Ішкі қабырғалық" нейрогормондар (ка-техоламиндер, вазопрессин, ацетилхолин, брадикинин, аденозин, гиста-мин және т. б.)

3. Тромбоциттерден оларды активтендіру кезінде бөлінетін тромбоциттік текті факторлар (серотонин, аденозиндифосфат, тром-бин).

АДАМДА белгілі бір жағдайларда эндо-телиальды дисфункция туындауы мүмкін.

Эндотелиальды дисфункция-негізгі көріністері келесідей көп қырлы процесс.

1. Биожетімділіктің бұзылуы NO. Азот оксиді АГ, темекі шегу, дислипидемия, қант диабеті сияқты белгілі тәуекел факторларының ықпалымен эндотелий дисфункциясының туындауында басты рөл атқарады деп саналады:

* экспрессияны басу / эндотелиалды NO-синтезаны (L-аргининининнен NO синтезіне жауапты ферментті) инактивациялау және NO синтезін төмендету;

* рецепторлардың (атап айтқанда, мускаринді) тығыз эндотелиалды жасушаларының бетінде азаю, олардың тітіркенуі қалыпты NO пайда болуына әкеледі;

* по тозуын арттыру • NO бұзылуы зат өз әсер ету орнына дейін орын алады (мысалы, супероксиді анион-оксидативті стресс өнімдерінің бірі).

2. Эндотелиалды жасушалардың бетінде АПФ белсенділігінің жоғарылауы.

3. Эндотелий жасушаларының эндотелин-1 және басқа да вазонстрикторлы субстанциялардың өндірісін арттыру.

4. Эндотелий тұтастығының бұзылуы, оның ауыр зақымдануы кезінде және интима учаскелерінің пайда болуы, эндотелиалды төсеуден айырылған (деэндотелизация). Бұл нейрогормондар эндотелийден өтіп, тегіс-мойын жасушаларымен тікелей өзара әрекеттесіп, олардың қысқаруын тудырады.

Жалпы эндотелиальды дисфункцияның мәнін мынадай түрде тұжырымдауға болады: қалыпты жағдайда вазодилататор болған заттар, эндотелийдің дисфункциясы кезінде релаксациялаушы әсер ете алмайды және тіпті керісінше спазм тудыруы мүмкін. Осылайша, эндотелийдің компенсаторлық "дилатациялаушы" қабілетінің әлсіреуі және эндотелиалдық жасушалардың әдеттегі стимулдарға басым "жауаппен" бұзылуы бірте-

бірте пайда болады вазонстрикция және пролиферация болады, бұл миокардтың оттегімен және клиникалық құбылыстарға жеткіліксіз жабдықталуына әкеледі.

Стенокардия-кеуденің артынан жиі оқшауланатын және сол қолға, мойынға, төменгі жаққа, эпигастральдық облысқа таралуы мүмкін қысылатын, қысатын сипаттағы кеуде қуысында қысылу қаруымен немесе ауырумен көрінетін клиникалық синдром. Ауырсыну дене жүктемесімен, суыққа шығумен, тамақты көп ішумен, эмоционалды стресспен, тыныштықта өтеді, нитроглицери қабылдаумен-бірнеше секунд немесе минут бойы жойылады. Миокардтың өтпелі ишемиясы қызметтерінің стенокардиясы оттегідегі миокардтың қажеттілігі мен оны коронарлық артериялар бойынша жеткізу арасындағы сәйкессіздік кезінде дамиды.

Жүректің коронарлық ауруы туралы ілімнің тарихы Геберден (W.Heberden – ағылшын дәрігері, 1710 - 1801), мысық алғаш рет стенокардияның типтік ұстамасын сипаттады, "негізінен жүктеме кезінде пайда болатын және тыныштық жағдайында тез өтетін кеуденің ауыруы ерекше түрі ретінде" (Heberden W. Some account of the breast. Medical Transactions of the Royal College of Physi-cians of London. 1772; 2-59.).

Бұл Ағылшын-орыс медициналық энциклопедическом сөздікте (бейімделген аударма 26 басылымдар Stedman's) көрсетілген: angina pector-is – кеуде жиі, Гебердена ауруы (устар.), стенокардия-кеудедегі ауыр ауырсыну, жиі егде тартқан аймақтан сол иыққа және қолмен төмен қарай (миокард ишемиясының салдары).

Клиника

1. Кеуде қуысындағы ауырсыну синдромының немесе басқа да сезімдердің сипаты: ұстама тәрізді жайсыздық немесе қысатын, қысатын, терең саңырау ауырсыну, өмірге қауіп пен қауіп тудыратын, сирек - кесетін, кеудені жаратын, тамақты қысатын. Ұстама ауырсыну ретінде емес, кеудедегі қысым, ауырлық, ауаның жетіспеушілігін сезіну ретінде сипатталуы мүмкін.

2. Түйсіктердің локализациясы және иррадиациясы: кеуденің артындағы немесе кеуденің сол жақ шетінде орналасуы ең тән. Жиі ауру кеуденің жоғарғы жағында болады, бірақ оның төменгі үштен бір бөлігінде де болуы мүмкін, бұл пациенттер эпигастральды аймақтағы немесе жауырынаралық кеңістіктегі ауырсыну ретінде қабылданады.

Науқастардың едәуір бөлігінде ауырсыну иррадиациясы жоқ. Мойынға иррадиация, төменгі жақ, тістер, жатыраралық кеңістік, сирек-шынтақ немесе сәуле - білезік буындарына, сос-цевидті өскіндерге тән.

3. Ұстама ұзақтығы: әрдайым минуттан көп және әдетте 15 минуттан аз.

4. Физикалық немесе эмоциялық жүктемемен және басқа да арандатушы факторлармен байланыс: кеудедегі жайсыздық физикалық жүктеме кезінде пайда болады және оның өсуінен немесе азаюынан кейін 1-2 минуттан кейін жоғалады. Кейбір науқастарда физикалық жүктеме стенокардия ұстамасын эмоциялық кернеумен бір мезгілде тудырады.

5. Ұстаманы жеңілдететін немесе жоятын факторлар: НИТ-роглицерин қабылдау - стенокардия кезінде оның әсері алғашқы 1-3 минут ішінде басталады, бұл ретте басым көпшілікте жағымсыз әсерлер жоқ; жүктеменің тоқтатылуы немесе оның қарқындылығының төмендеуі; науқас отырса немесе тұрса, ауырсыну тез жоғалады. Қалыпты стенокардия ұстамалары, айқын өткізгіш фактор жоқ кезде физикалық жүктемеге қарағанда неғұрлым ұзақ болады, нитроглицериннің әсері кернеудің қабырға-кардиясына қарағанда жиі аз көрінеді. Стенокардия ұстамалары түнде пайда болуы мүмкін, жиі үрей немесе қорқынышты армандар аясында алдын ала сағаттарда.

Кейбір науқастарда стенокардия көлденең жағдайда пайда болады, ол кезде жүрек қанының көктамырлық қайтарылуы артады, оның көлемінің ұлғаюына байланысты сол қарыншаның кернеуі артады және миокардтың оттегіге қажеттілігі артады. Кейде ауырсыну болмайды, ал ауа жетіспеушілігінің қысқа мерзімді сезімі - сол қарынша жетіспеушілігімен байланысты пароксизмальді түнгі еңтігу.

Анамнестикалық деректер негізінде кернеу стенокардиясымен ауыратын науқастардың үштен біріне дерлік патогенетикалық терімен байланысты аурудың клиникалық көріністерінің ерекшеліктері-динамикалық коронарлық стеноздың болуы: жүктемеге төзімділіктің спонтанды тербелісі, тыныштықта немесе таңертеңгі немесе тәулік алдындағы сағаттарға жүктеме кезінде ұстамалардың пайда болуы, жүктеме басталуының нашар переносі болуы мүмкін. - бастапқы немесе инициальды стенокардия, хо-қайықтық тәуелділік, "ауырсыну арқылы өту" феномені, сезім ауырғанда жүктеменің ең басында пайда болады және оның жалғасуы бойынша жоғалады. Ең жиі мұндай ерекшеліктер алғаш пайда болған стенокардия кезінде және кернеу стенокардиясы мен тыныштықта ұстамалары үйлескен адамдарда кездеседі.

Стенокардияның тұрақты ағымы бар бірқатар науқастарда жүктемені орындау қабілеті қысқа уақыт ішінде-тіпті тәулік ішінде (ишемияның вариабельді шегі бар стенокардия) өзгергенде, жүктемеге төзімділіктің айқын спонтанды ауытқуы байқалуы мүмкін екенін ескеру қажет. Бұл стенокардияның функционалдық класын бағалауды қиындатады, бірақ күндізгі тәжірибеде төзімділік көрсеткіші ретінде пациент орындай алатын жүктеменің ең төменгі деңгейі қабылдануы тиіс. Миокард инфарктісінің және кенеттен өлімнің даму қаупі күрт жоғарылаған кезде коронарлық жеткіліксіздіктің

жылдам өсуімен байқалатын ЖИА ағымындағы кезең тұрақты стенокардия деп аталады. Бұл кезең әрбір науқас үшін міндетті емес, және бірқатар емделушілерде өмір бойы стенокардия тұрақты ағымы болуы мүмкін.

Стенокардияның тұрақсыздануының негізгі себебі "осал" атеросклеротикалық бляшаның үзілу орнында пайда болатын тромбоциттік тромбтың қалыптасуы болып табылады. Бляшка зақымдануының тереңдігіне және тромбаның көлеміне байланысты клиникалық көрініс ерекшеленеді. Тромб тамырдың тамырын ішінара жабатын жағдайда стенокардияның үдеуі орын алады немесе Q тісінсіз миокард инфарктісі дамиды (отандық терминологияға сәйкес миокардтың ұсақ ошақты инфаргі). Егер тромбаның бітелуі тән болса, Q им тісімен инфаркт пайда болады (трансмуральды миокард инфарктісі) немесе кенеттен қайтыс болады. Соңғы жылдары тұрақсыз стенокардияны және Q жоқ миокард инфарктісін біріктіріп, "жіті коронарлық синдромдардың" бірыңғай тобы ретінде қарастырады.

Жіті коронарлық бұзылулар кезінде (ЖКБ) ауырсыну ұстамалары ұзақ (15-20 минуттан артық), оларды тоқтату үшін әдетте анальгетиктерді, жиі есірткіні парентеральды енгізу, ұстама кезінде пайда болатын ЭКГ қарыншалық кешенінің соңғы бөлігінің өзгеруі 24 сағатқа дейін сақталуы және трансаминаз (қалыпты деңгейге қатысты 50% дейін) және креатинфосфокин-зы белсенділігінің қысқа мерзімді (бір тәуліктен кем) жоғарылауымен қатар жүруі мүмкін (2 есе жоғарылауға жол беріледі). ЖКБ-да Q тісінсіз миокард инфарктінен ЭКГ өзгеруінің қысқа мерзімділігімен және ферменттер белсенділігінің жоғарылау дәрежесімен ерекшеленеді.

Тұрақсыз стенокардия диагнозы мынадай клиникалық критерийлердің негізінде қойылады (тұрақсыз стенокардия: диагностика және емдеу. клиникалық практикалық басшылық. АҚШ Денсаулық сақтау және әлеуметтік қамтамасыз ету министрлігі. 10 саны. 1994 жылғы мамыр):

- жақын арада пайда болған (1 айға дейін) кем дегенде III функционалдық кластағы (канадалық сыныптама бойынша) кернеу стенокардиясы немесе құрастырылған ұстамалар;

- екі ай бойы үдемелі стенокардия-ұстамалардың ұзақтығы мен жиілігінің өсуі, III ф.қол жеткізе отырып, бір функционалдық сыныпқа жүктемеге төзімділіктің төмендеуі. к. калық жіктеме бойынша (қосымша белгі - ұстамалар сағаты мен нитроглицеринге қажеттіліктің екі есе ұлғаюы). Өтініш бергенге дейін бір апта ішінде туындаған тыныштықтағы стенокардия ұстамалары (20 минутқа дейін және одан да көп);

- дамығаннан кейін 1-2 тәуліктен соң тыныштықта стенокардия ұстамаларының жаңаруы.

Вариантты стенокардия. ЖИА науқастарының бөлігінде айқын атеросклеротикалық зақымданулар болмаған кезде коронарлық артериялардың жергілікті спазмасының эпизодтары пайда болады; бұл ауырсыну синдромы ва-риантты стенокардия немесе ханзада деп аталады. Бұл жағдайда миокардқа оттегіні жеткізу қарқынды вазоспазм салдарынан төмендейді, оның механизмі қазіргі уақытта белгісіз. Мұндай науқастардың көпшілігі бастапқы атеросклерозға ие, тек эндотелийдің дисфункциясы болып табылады, өйткені. бұл емделушілерде көптеген эндотелийге тәуелді вазодилатирлеуші агенттерге (мысалы, ацетилхолин және серотонин) ре-акция қалыпты емес. Вариантты қабырға-кардия жиі тыныштықта дамиды, ишемия себебі бұл жағдайда миокардқа қажеттілік жүктемесінің артуымен емес, оттегіні жеткізудің айқын транзиторлы төмендеуі болып табылады.

Вазоспастикалық стенокардияның клиникалық және ЭКГ диагностикасының критерийлері:

- ангинозды ұстамалар ЭКГ-да ST сегментінің өтпелі көтерілуімен (төмендеумен емес) сүйемелденеді;

- * ангинозды ұстамалар кейде дене жүктемесінің орындалуы аясында пайда болуы мүмкін, ол басқа уақытта әдетте стенокардияның пайда болу шегі деп аталады. Бұл ұстамалар таңғы сағаттарда орындалатын дене жүктемесінен кейін дамиды, бірақ күндізгі және кешкі уақытта емес;

- * ангинозды ұстамалардың алдын алуға және кальций антагонисттерімен және нитраттармен тоқтатуға болады, бета-блокаторлардың әсері азырақ; ангиоспастикалық стенокардиясы бар кейбір науқастарда бета-блокаторлар проишемиялық әсерді тудыруы мүмкін •

Стенокардияның атиптік көріністері

Ауру ұстамасы қорқыныш сезімімен, енгігу, жүректің айнуы, құсу, тер бөлінуінің күшеюімен, кейде жүрек-және бас айналуы (Метелица В. И., 1999) ілесе алады. GRACE (The Global Registry of Acute Coronary Events 14 елдің 95 госпиталі) мульти-ұлттық зерттеу деректері бойынша жіті коронарлық синдром (ЖКС) бойынша емдеуге жатқызылған 20881 пациенттің ішінен 1 763 (8,4%) кеуде қуысында ауырсынуды белгілемеген.

ЖКС атипті белгілері бар науқастар арасында:

- басым симптоммен ауыратын науқастардың 49,3% енгігу болды;
- 26,2% - тершеңдік;
- 24,3% - жүрек айнуы және құсу;
- 19,1% - синкопальды және пресинкопальды жағдайлар.

Жүрек іркілісі бар науқастар саны көп болды.

Стенокардия сияқты кеуде қуысының ауыруы тек кейбір СҚА (ЖИА басқа) кезінде ғана емес, сонымен қатар өкпе, өңеш, сүйек-бұлшықет және кеуде қуысының жүйке аппаратының ауруларында да пайда болуы мүмкін. Сирек жағдайларда кеуде ауыруы құрсақ қуысынан иррадия жасайды.

Стенокардияны верификациялау мақсатында Роуздың (Rose g. a.):

* Ауыр жасушада ауырсыну немесе басқа жағымсыз сезім бар ма? Иә Жоқ

* Алғаш рет қашан пайда болды? (Күні) _____ жыл _____ ай

• Егер алаңдатпаса, қай уақыттан бастап? (Күні) _____ жыл _____ ай

* Ауырсыну пайда болғанда не істейсіз?

- тоқтаңыз немесе қозғалысты баяулатасыз

- жүруді жалғастырыңыз

* Егер сіз ауырсынуды тоқтатсаңыз, не болады?

Жойылып кетпесе

Қалай тез?

10 минуттан кейін және 10 минуттан аз

* Сіз отырып немесе төсекте ауырсыну сезінесіз бе • Иә Жоқ

* Кеуде қуысында ауырсынудың пайда болуы ендігу пайда болады ма? Иә Жоқ

* Сізде стенокардия бар екенін дәрігер айтқан ба? Иә Жоқ

* Қазіргі уақытта егде тартқан аймақта ауырсынуды белгілейсіз бе? Иә Жоқ

Орналасуы _____

Иррадиация _____

* Қазір тәулігіне стенокардия ұстамаларының саны _____

* Қазір тәулігіне нитроглицерин таблеткаларының саны _____

Науқастарды қарықаралық кезеңде тексеру кезінде кеуде қуысындағы ауырсынудың өзге де себептерін алып тастау, сондай-ақ стенокардия симптоматикалық сипатқа ие (жүрек ақаулары, гипертрофиялық кардиомиопатия және т.б.) жай-күйін анықтау қажет. Перифериялық артериялардың атеросклеротикалық зақымдануының түсуі коронарлық арнаның ұқсас зақымдану ықтималдығын тудырады.

Бұдан басқа, қабырға-кардиясын болдырмайтын белгілерді ескеру қажет:

* Тыныс алу (әсіресе жиі немесе терен) және жөтел кезінде пайда болатын өткір немесе кесетін ауырсыну •

- * Іштің ортаңғы немесе төменгі бөлігінде ғана оқшаулау.
- * Қолмен, корпуспен қозғалғанда, бастың бұрылуында немесе кеуде қуысының пальпациясы кезінде пайда болатын үстіңгі ауырсыну.
- * Күнделікті тұрақты ауырсыну.
- * Ауырудың өте қысқа эпизодтары - бірнеше секунд ішінде •
- Ауырсыну, иррадиирующие да аяқтар.
- * Антацид немесе тамақ ішумен басылатын ауырсыну.

Диагностика

Тұрақты стенокардияны диагностикалаудың аспаптық әдістері:

- Электрокардиография (ЭКГ);
- * Эхокардиография (Эхо КГ);
- * Жүктеме тесттері;
- * Стресс-визуализациялық зерттеулер;
- Коронароангиография (КАГ);
- * Миокард сцинтиграфиясы;
- * Миокардтың бір фотонды позитронды-эмиссионды компьютерлік томографиясы);
- * Компьютерлік томография •

Электрокардиография

Тыныштықта ЭКГ. 12 бұрылыста стенокардия кезінде миокард ишемиясының ди-агностикасының міндетті әдісі болып табылады. ЭКГ-ға және басқа да өзгерістер жиі жок. Ауырсыну оқиғасы кезінде тіркелген ЭКГ ерекше құндылыққа ие. Әдетте, бұл науқасты стационарлық бақылау кезінде орындалады. Өткір ишемия әдетте ST сегментінің транзиторлық көлденең немесе қисық төмендеуге және тістің сіңірілуіне немесе инверсиясына әкеледі. Кейде ST сегментінің көтерілуі байқалады, бұл миокардтың ауыр ишемиясы туралы куәландырады. Ауырсыну ұстамасы кезінде ЭКГ тіркеу ға спазмасының болуы туралы болжамда ерекше құнды. Жедел оларға қарағанда, стенокардия кезінде ST сегментінің барлық ауытқулары симптомдарды тоқтатқаннан кейін тез нор-малданады. ЭКГ және тыныштықта жүректің коронарлық ауруының (КБС) белгілері, мысалы, ол бастан кешкен. Q патологиялық тістері өкпе артериясының тромбоэмболиясы, сол және оң қарыншалардың гипертрофиясы (ГЛЖ және ГПЖ), ГИС

шоғырының сол аяғы тармақтарының блокадасы, жүректің ісіктері мен жарақаттары кезінде орын алуы мүмкін.

Бұл жай-күйлердің дифференциалды диагностикасы динамикада ЭКГ-ның типтік эволюциясы бар кезде, оның жіті кезеңі кезінде ЭКГ-ның бағасына негізделеді: монофазалы ЭКГ-дан жедел және тыртықты кезеңдерде екі фазаға дейін. ГТС, жүректің ісіктері мен жарақаттарымен байланысты ЭКГ өзгерген кезде қарыншалық кешеннің бастапқы және соңғы бөліктерінің динамикасы жоқ.

Физикалық жүктемемен ЭКГ. Тыныштықта тіркелген ЭКГ, ауырсынудан тыс, анамнезі жоқ науқаста қалыпты болуы мүмкін. Алайда бастапқы тексеру кезінде стенокардия ұстамасы кезінде және мерзімдік бақылау кезінде, бірақ кейінгі сапарлар уақыты ЭКГ-ны тіркеу ұсынылады. Физикалық жүктемемен (ФЖ) сынама кезінде пациент тред-милде немесе велоэргометрде (ВЭМ) өспелі ФЖ орындайды, бұл ретте науқастың өзін-өзі сезінуін бақылайды, ТЖС және ЭКГ тұрақты уақыт аралығынан кейін (1-3 мин) АҚ өлшенеді. ФЖ бар сынама тыныштықтағы ЭКГ - дан миокард ишемиясын диагностикалаудың аса сезімтал және ерекше әдісі болып табылады және тұрақты стенокардияға күдікті науқастарды тексеру кезінде таңдау әдісі болып саналады.

Көптеген зерттеулер мен мета-талдауларға сәйкес ST сегментінің депрессиясының оң сынамасы мен КБС диагностикасында сезімталдығы мен ерекшелігі: тиісінше 23-100 % (орта есеппен 68 %) және 17-100 % (орта есеппен 77%) құрайды.

ФЖ-мен сынаманы симп-томдарды мұқият талдағаннан және физикалық тексеруден, ЭКГ-ны тыныштықта тіркегеннен кейін, айғақтар мен қарсы көрсетілімдерді ескере отырып жүргізген жөн.

Жүктемелі_проб жүргізудің негізгі көрсеткіштері:

- * ЖИА және оның жекелеген түрлерінің дифференциалды диагностикасы;
- * ЖИА қойылған диагнозы бар науқастарда ФЖ (ТФН) жеке төзімділігін анықтау және стенокардияның ФК анықтау;
- * емдеу, оның ішінде хирургиялық және оңалту іс-шараларының тиімділігін бағалау;
- * жүрек-қан тамыр ауруларымен ауыратын науқастардың еңбекке қабілеттілігін сараптау;
- * болжамның бағасы;
- * антиангинальді препараттардың тиімділігін бағалау.

ФЖ-мен тест жүргізуге абсолюттік қарсы көрсетімдер олардың жіті сатысы (оның басынан 7 күн ішінде), тұрақсыз стенокардия, ми қан айналымының жіті бұзылуы, қалыпты тромбофлебит, өкпе артериясының тромбоэмболиясы, Нью-Йорк жүрек

қауымдастығының (НҮНА) жіктемесіне сәйкес III-IV ФС СН, айқын өкпе жеткіліксіздігі, қызба болып табылады.

Тахиаритмия кезінде, ГИС шоғырының сол аяқшасының толық блокадасында, синоатриялық және атриовентрикулярлы блокадалардың жоғары дәрежелерінде, сондай-ақ айқын остеоартрозда, аяқ-қол тамырларының облитерациялаушы ауруларында жүктеме сынағын орындау орынды емес. Сынама нәтижелері сол жақ қарыншаның гипертрофиясы (ГЛИКОЗИДПЕН), электролиттік құрамның бұзылуы, қарыншаішілік өткізгіштігінің бұзылуы бар науқастарда және жүрек гликозидтерімен емдегенде жиі жалған оң болады. ФН сынамасы сезімтал емес және әйелдерде ерекше: сезімталдық орташа 65-75% құрайды, ерекшелігі 50-70 %.

ФН-дан сынама нәтижелерін тек ЭКГ өзгеруінің негізінде ғана емес, сонымен қатар тасымалданатын ФН деңгейінің, ТЖС, АҚ ұлғаю дәрежесінің, жүктеме мен клиникалық көріністерден кейін ТЖС қалпына келтіру жылдамдығының негізінде бағалайды. Осы сәтте орын алған сынамалар мен симптомдардың тоқтау себептерін белгілеу, сондай-ақ ЭКГ-да және/немесе симптомдар пайда болғанға дейінгі уақытты, ФН жалпы ұзақтығын, АҚ және ТЖС өзгеруін, ЭКГ-да өзгерістердің таралуы мен айқындығын, ФН тоқтағаннан кейінгі олардың динамикасын өлшеу қажет.

Жүктемемен сынаманы тоқтату себептері:

- симптомдардың пайда болуы, мысалы, кеуденің ауыруы, шаршау, енгігу, аяқтың ауыруы, бас айналуы, бас ауруы, Қозғалыс үйлесімінің бұзылуы;

- ST сегментінің айқын өзгерістері бар симптомдардың (мысалы, ауырсыну) үйлесімі:

* ST сегментінің айқын депрессиясы ($ST > 2$ мм сегментінің депрессиясы салыстырмалы көрсеткіш болып табылады; егер ST сегментінің депрессиясы > 4 мм болса, онда бұл сынаманы тоқтатуға абсолютті көрсеткіш болып табылады);

* $st > 1$ мм сегментін көтеру;

- айқын аритмия;

- систолалық ақ (БАҚ) 10 мм рт-ден артық тұрақты төмендеуі . ст;

- жоғары АГ (БАҚ > 250 мм рт.немесе диастоликалық АҚ (ДАД) > 115 мм с.кұжат);

- субмаксимальды (ең жоғары жас ерекшелігінен 75%) СБЖ-ға қол жеткізу;

Егер пациенттің типтік күні ауырсыну немесе кеудедегі қысу көрсетілсе және ЭКГ-да ишемияға тән өзгерістер пайда болса, ФН-мен сынама ЖИА диагностикасының жоспарында "оң" болып саналады. Әрқашан ауырсыну ST сегментінің төмендеуімен бірге

жүреді. Егер төмендеу ауырсынусыз пайда болса немесе стенокардияның типтік ұстамасы ST сегментін төмендетпей Дамса, сынама оң болып саналады.

Егер науқаста ең жоғары ТЖС-ның 75%-на ишемия симптомдары болмаған жағдайда, егер ол ортопедиялық проблемаларға немесе басқа ағзалар ауруларына байланысты адекватты жүктемені орындай алмаса, сондай-ақ ЭКГ-да спецификалық емес өзгерістер болған кезде қол жеткізбесе, ФН-дан сынама нәтижелері жеңіл болмауы мүмкін. КБС ықтималдығы өте төмен болған жағдайларды қоспағанда, науқастарға балама инвазивті емес зерттеу жүргізу керек. Ан-тиангинальды препараттарды алатын науқастардағы сынаманың " қалыпты " нәтижелері ға айқын қабырғасының болуын жоққа шығармайды.

ФН-мен тесттің ақпараттылығы дәрі-дәрмектерді қабылдағанда азайуы мүмкін. Бета-адреноблокаторлар немесе кейбір кальций антагани-сталары, тамыр соғуын шектейтін, мақсатты ТЖС-ға қол жеткізуге мүмкіндік бермеуі мүмкін. Бұл жағдайларда жүктеме сынамасы не үшін орындалатынын ескеру қажет. Егер ол пациентте ЖИА болуын анықтау үшін жүргізілсе, онда бұл препараттар ФН бар тест алдында 24-48 сағат бұрын жойылуы тиіс. Қажет болған жағдайда диагностикаланған ЖИА бар емделушілерде тандалған емдеу схемасының тиімділігін бағалау препаратты қабылдау аясында жүргізіледі.

Бұл ақпараттың үлкен маңыздылығын ескере отырып, барлық жағдайларда (қарсы көрсетілімдер болмаған жағдайда) тұрақты стенокардиямен ауыратын науқастарда жүктеме сынамаларын орындауға ұмтылу қажет. ЭКГ с ФН таңдау әдісі болып табылады:

- * алғашқы тексеруде, егер науқас ҚН орындай алса және ЭКГ түсіндіруі мүмкін болса;
- * ЖИА науқаста симптомдары нашарлаған кезде;
- * динамикадағы зерттеу кезінде, егер стено-кардия бақылауына қол жеткізілсе.

ЭКГ амбулаториялық мониторинг. Бұл әдіс күнделікті белсенділігі кезінде миокард ишемиясының белгілерін анықтау үшін, соның ішінде миокардтың (ББИМ) ауырмайтын ишемиясын диагностикалау үшін. ЭКГ тәуліктік мониторинг кезінде миокард ишемиясының өлшемі $S' T > 2$ мм сегментінің депрессиясы болып табылады. Егер ST сегментінің төмендеуінің жалпы ұзақтығы 60 минутқа жетсе, онда оны КБС тарту көріністері ретінде бағалауға болады және миокард ревазуляризациясы көрсеткіштерінің бірі болып табылады. ЖИА диагностикасындағы ЭКГ СМ сезімталдығы 44-81% құрайды, ерекшелігі - 61-85 %. ЭКГ СМ ФН сынамасымен салыстырғанда өтетін ишемияны анықтауда аз ақпарат бар.

ЭКГ амбулаториялық мониторинг Вазоспастикалық стенокардияны немесе ханзада-талдың стенокардиясын анықтау үшін, әдетте, ЭКГ ST сегментінің көтерілуімен, синустық тахикардиямен және жүрек ырғағының қарыншалық бұзылуымен қатар жүреді. Бұл эпизодтар өте қысқа мерзімді және олардың аяқталған соң ST сегменті бастапқы жағдайға оралады.

ЭКГ СМ, сондай-ақ ЖИА жиі еріп жүретін ырғақтың ауыр бұзылыстарын диагностикалау үшін қажет. ЭКГ амбулаториялық мониторинг ФН-мен қалыпты сынама кезінде болжамды стенокардия жағдайында жүргізіледі.

Эхокардиография

Эхокардиография (ЭхоКГ) тыныштықта. Негізгі мақсаты-қолқа қақпақшасының, ГКМП және т.б. ақаулары кезінде көтерілетін кеуденің коронарогенді емес ауыруымен дифференциалды диагностика.

Тіндік доплер-ЭхоКГ енгізу миокардтың диастолалық функциясын шығару мүмкіндігін кеңейтті.

Тыныштықтағы ЭхоКГ-ның ерекше құндылығы тұрақты стенокардиямен ауыратын науқастардың қатерін стратификациялау үшін бар.

Стресс-ЭхоКГ. Стресс-ЭхоКГ қазіргі уақытта жасырын коронарлық жеткіліксіздіктің инвазиялық емес диагностикасының ең қажетті және жоғары ақпараттық әдістерінің бірі болып табылады. Әдістің негізінде жатқан басты алғышарт ишемиялық Каскад феномені болып табылады, ол миокард жиырылуының өзгеруі қан ағынының төмендеуінің, метаболизмнің және диастоликалық функцияның бұзылуының алдында болады. ЭКГ-дағы өзгерістер және стенокардия ұстамалары каскадтың соңғы компоненттері болып табылады. Стресс-ЭхоКГ пре - болжамдық құндылығы бойынша жүктеме ЭКГ жоғарылайды,КБС диагностикасындағы аса сезімталдық (80-85%) және ерекшелігі (84-86%) бар.

Стресс-ЭхоКГ әдістемесін орындау кезінде қолданылатын жүктемелер ишемияны индуцирлеудің түрлі механизмдеріне негізделген:

- физикалық-тік және көлденең велоэргометрия (ВЭМ), тредмилде жүгіру, қолмен эргометрия және т. б.;
- * жүректің электрлік стимуляциясы-ЧПЭС;
- * фармакологиялық - добутаминмен, дипиридамоммен, аденозинмен, эргоновичпен, комбиниронанды сынамалар •

Миокардты қысқартудың өңірлік жылдамдығын сандық бағалауға мүмкіндік беретін маталы доплер-ЭхоКГ перспективалы әдіс болып табылады. Әдістің сандық сипаты нәтижелердің вариабелділігін және оларды интерпретациялаудың субъективтілік дәрежесін төмендетеді. Маталық доплер-ЭхоКГ стресс-тестінің болжамды мәнін арттыруы мүмкін деген деректер бар. Алайда бұл әдіс миокард локациясының бұрышымен байланысты рутинді доплер-ЭхоКГ әдістеріне тән шектеулерге ие.

Миокардтың жүктемемен перфузиялық сцинтиграфиясы

Әдістің негізінде sapirstein РФакциялық принципі жатыр, оған сәйкес радионуклид бірінші айналым процесінде миокардте жүрек шығарындысының коронарлық РФакциясына пропорционалды мөлшерде бөлінеді және перфузияның өңірлік бөлінуін көрсетеді. СФН тесті миокард ишемиясын қалпына келтірудің физиологиялық және қолайлы әдісі болып табылады, бірақ фармакологиялық сынамалар қолданылуы мүмкін.

Миокардтың перфузиялық сцинтиграфиясының нұсқалары:

- миокардтың екі өлшемді перфузиялық сцинтиграфиясы.
- * миокардтың бірфотонды позитронды-эмиссиялық компьютерлік томографиясы(ОЭКТ) •

Миокард тостағанның перфузиялық сцинтиграфиясы үшін-ют таллий-201 және технеций-99-м.

Сцинтиграфияның сезімталдығы мен ерекшелігі орташа есеппен 85-90% және 70-75% құрайды.

Стресс-ЭхоКГ және стресс-сцинтиграфияға ұқсас көрсеткіштер. Әдісті таңдау оның қол жетімділігі мен зерттеушілердің тәжірибесіне байланысты. Миокардтың перфузиялық сцинтиграфиясы алдындағы стресс-ЭхоКГ артықшылығы жоғары ерекшелігі, жүрек анатомиясы мен қызметін дәлірек зерттеу мүмкіндігі, жоғары қолжетімділік және төмен құны, сондай-ақ сәулеленудің болмауы болып табылады. Алайда, науқастардың 5-10% - да барабар сурет ала алмайды.

Стресс-ЭхоКГ және миокардтың перфузиялық сцинтиграфиясы ЭКГ-мен салыстырғанда ФН сынамасының анағұрлым шығын бола отырып, КБС болуы ықтималдығы төмен науқастарды, ең алдымен әйелдерді тексеру кезінде, жүктемесімен ЭКГ-ның бірдей емес нәтижелері кезінде, миокард ревазуляризациясы үшін артерияны таңдау және ревазуляризациядан кейін ишемияны бағалау кезінде үлкен маңызға ие.

Мультиспиральды компьютерлік томография
жүрек және коронарлық тамырлар

Жүректің мультиспиральді компьютерлік томографиясын (МСКТ) қолдану үшін көрсеткіштер болып табылады:

- * коронарлық кальцинозды анықтау және сандық бағалау негізінде коронарлық атеросклерозды анықтау;

- * инвазивті емес коронарография;

- * инвазивті емес шунтография (артериялық және толық емес шунттар);

- * туа біткен және жүре пайда болған жүрек аурулары кезінде жүрек камераларының анатомиясы мен қызметін бағалау;

- * Қолқаның КТ, өкпе артериясы, перифериялық артериялар және веналар •

КА кальцинозын анықтау мақсатында КБЖ және электронды-сәулелі томография жүргізу мынадай жағдайларда ақталды:

- * 45-65 жастағы ерлер мен жүкті әйелдерді тексеру кезінде

55-75 жыл;

- * коронарлық атеросклероздың бастапқы белгілерін ерте анықтау мақсатында;

- * ЖИА диагнозы болмаған кезде кеуде қуысында атипті аурулары бар < 65 жастағы емделушілерде амбулаториялық жағдайда бастапқы диагностикалық тест ретінде;

- * жүктемелердің күмәнді нәтижелері бар немесе ЖИА қойылған диагнозы болмаған кезде дәстүрлі коронарлық РФ бар емделушілерде қосымша диагностикалық тест ретінде;

- * ишемиялық және ишемиялық емес генездің (кардиопатия, миокардиттер) созылмалы жүрек жеткіліксіздігі (ССН) арасында дифференциалды диагноз жүргізу үшін.

Коронарлық артериялардың анатомиясын зерттеудің инвазивті әдістері

Коронарлық ангиография

Коронарлық ангиография (КАГ) қазіргі уақытта коронарлық арнаның жағдайын диагностикалаудың негізгі әдісі болып табылады. Зерттеудің инвазивті емес әдістерінің қарқынды дамуына қарамастан КАГ емдеудің оңтайлы тәсілін таңдауға мүмкіндік береді: дәрі-дәрмектік немесе реваскуляризацияны.

Ыдыстың тарылу дәрежесі қажеттімен салыстырғанда оның саңылауының диаметрінің азаюымен анықталады және % - Бен көрсетіледі. Қазіргі уақытқа дейін визуалды бағалау пайдаланылды:

- * қалыпты коронарлық артерия, стеноз дәрежесін анықтаусыз артерияның өзгерген контуры;

* тарылуы < 50 %;

• 51-75 %, 76-95 %, 95-99 % (субтотальді), 100 % (окклюзия) тарылуы.

Артерияның тарылуы > 50 %, ал гемодиндермен-чески елеусіз - тамырдың саңылауының тарылуы < 50% маңызды деп саналады.

КАГ анықтауға мүмкіндік береді:

* миокардтың қанмен жабдықтау түрі және ға шығу нұсқалары;

* коронарлық арнаның атеро-склеротикалық зақымдануының болуы, орналасуы, ұзақтығы, дәрежесі және сипаты;

* асқынған зақымдану белгілері (тромбоз, жара, каль-циноз және т. б. •);

* спазм ға;

* миокардиалды көпір;

* коллатеральды қан ағынының дәрежесі;

* ға аномальды анатомиясы.

КАГ шартты түрде орындау мерзімі бойынша ерекшеленеді:

Шұғыл КАГ (6 сағат ішінде):

* ОКС жағдайында (тұрақсыз стенокардия, ИМ), қайталанатын-жас ауырсыну синдромында, барабар емге реРФактерлік.

Шұғыл КАГ (6-12 сағ ішінде):

* стационарда емделіп жатқан науқас жағдайының нашарлауы, бірақ кернеу стенокардиясының үдеуі;

* тыныштық стенокардиясы ұстамаларының қосылуы;

* ең жоғары антиангиналды терапиядан әсердің болмауы;

* эндоваскулярлы операция немесе коронарлық шунттау (КШ) жүргізілгеннен кейін науқастың жай-күйінің нашарлауы: АН-гинозды синдромның, ЭКГ-да теріс динамиканың болуы, миокард зақымдануының маркерлерінің артуы •

Жоспарлы КАГ:

* миокард ишемиясының объективті белгілері;

* ЭКГ-ға немесе ЭКГ СМ деректері бойынша тіркелген ишемиялық сипаттағы өтпелі өзгерістер;

* ФН-мен оң сынама (ВЭМ, тредмил-тест, ЧПЭС, стресс-ЭхоКГ, миокард скинтиграфиясы); антиангиналды терапия аясында қатпарлы стенокардия ұстамалары;

* инфарктіден кейінгі ерте стенокардия (оның басынан 4 апта); инвазивті емес жүру нәтижелері бойынша ЖИА жоғары тәуекелінің критерийлері;

* анамнезінде клиникалық өлім қаупі жоғары қарыншалық ырғақтың қауіпті бұзылуының болуы, клиникалық ЭК-ге нұсқау; 40 жастан кейін жүректің клапанды аппаратында операция жасау алдында;

• миокардтың неконарогенді емес ауруларымен дифференциалды диагностика, оның ішінде атиптік ауырсыну синдромы, ГКМП, ди-латациялық кардиомиопатия (ДКМП) және т.б.; науқастың кәсібі басқа адамдардың өмірі үшін қауіппен байланысты болған жағдайда миокард ишемиясының ең аз айқын және айқын белгілері кезіндегі әлеуметтік көрсеткіштер (ұшқыштар, жүргізушілер); жүрек транспланттаудан кейін жалпы қабылданған бақылау ХАТТАМАСЫ КАГ жыл сайын, көбінесе миокардтың ішкіші ультрадыбыстық белгілермен үйлесе отырып жүргізіледі. зерттеу.

Қазіргі уақытта КАГ тағайындау үшін абсолютті қарсы көрсеткіштер жоқ.

КАГ-ға қатысты қарсы көрсеткіштер:

- * Жіті бүйрек жеткіліксіздігі;
- * Созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі (қан креатинин деңгейі 160-180 ммоль / л);
- * Контрасты затқа аллергиялық реакциялар және йодтың көтере алмауы;
- * Белсенді асқазан-ішектен қан кету, жара ауруының өршуі;
- * Айқын коагулопатиялар;
- * Ауыр анемия;
- * Ми қан айналымының жіті бұзылуы;
- * Науқастың психикалық жағдайының айқын бұзылуы;
- * Науқастың өмірін едәуір қысқартатын немесе соңғы емдік араласу қаупін күрт арттыратын Елеулі ілеспелі аурулар;
- * Емделуден кейін (эндоваскулярлық араласудан, КШ);
- * Шеткі артериялардың айқын зақымдануы, артериялық қол жетімділікті шектейтін;
- * Декомпенсирленген СН немесе өкпенің жедел ісінуі;
- * Дәрі-дәрмекпен емдеуге нашар әсер ететін қатерлі АГ;
- * Жүрек гликозидтерімен улану;
- * Электролит алмасуының айқын бұзылуы;
- * Этиологиясы белгісіз қызба және жіті жұқпалы аурулар;
- * Жұқпалы эндокардит;
- Ауыр пардиологиялық емес созылмалы асқынудың асқынуы.

ҚАГ негізгі міндеттері:

* Инвазивті емес зерттеу әдістемелерінің нәтижелері жеткіліксіз ақпараттандырылған жағдайда диагнозды нақтылау;

* Миокард және араласу харак-терінің реваскуляризациясы мүмкіндігін анықтау-ҚШ немесе ҚШ.

ТКК немесе КШ орындау мүмкіндігі туралы мәселені шешу кезінде тұрақты стенокардиялық науқасқа КАГ тағайындау үшін көрсеткіштер:

- * ауыр стенокардия III-IV ФС, оңтайлы ангиналды терапияда сақталатын;
- * инвазивті емес әдістердің нәтижелері бойынша айқын миокард ишемиясының белгілері;
- * анамнезінде науқаста ЭК эпизодтарының болуы;
- * инвазивті емес тесттер динамикасының деректері бойынша аурудың өршуі;
- ауыр стенокардияның (III ФК) ерте дамуы және миокард рева-скуляризациясынан кейін (1 айға дейін));
- * әлеуметтік маңызды мамандықтары бар адамдардың инвазивті емес тесттерінің күмәнді нәтижелері (қоғамдық көлік жүргізушілері, ұшқыштар және т.б.) •

Осылайша, клиникалық симптоматика неғұрлым көп болған сайын, клиникалық белгілері бойынша болжамнан нашар болса, КАГ науқасқа тағайындау және миокард реваскуляризациясы туралы мәселені шешу үшін негіздер соғұрлым көп болады.

Диагностикалық катетеризация кезінде ауыр асқынулардың жиілігі 1-2 % құрайды, өлімнің жалпы жиілігі, миокард инфарктісі немесе ми инсульті 0,1-0,2%.

Соңғы жылдары ға мерзімінің сипатын неғұрлым толық бағалау мақсатында тамыр ішілік ультрадыбыстық зерттеу орындалады. Бұл әдіс атеро-склеротикалық құтының құрылымын, атеротромбоз ықтималдығын, ТКК асқынуын және т.б. неғұрлым егжей-тегжейлі бағалауға мүмкіндік береді.

Диарея алдындағы электрлік стимуляция. Жасырын коронарлық жеткіліксіздікті диагностикалау үшін өңеш алдында жүрекше электр стимуляциясын (ТЖПЭС) орындау мүмкін. Осы әдістің негізінде АҚ Елеулі өзгертусіз ТЖС арттыру есебінен ЖАО-кардтың оттегіге қажеттілігін арттыру жатыр.

ТЖЭЖ көрсеткіштері:

-ФН-мен (ВЭМ-тест, тредмил) сынамаларды орындаудың мүмкін еместігі және қосымша аурулардың немесе жүктеме тестілеріне қарсы көрсетілімдердің болуына байланысты.

-ЭКГ бойынша диагностикалық критерийлерге дейін немесе субмаксимальды жас ШСС дейін жеткізілмеуі салдарынан ФН сынамасының ақпаратсыздығы. ТЖЭС кезінде ЭКГ-да ишемия белгілері ФН-мен сынау кезіндегі сияқты, тек жүректің стимуляциясын

тоқтатқаннан кейін алғашқы спонтанды кешендерде ST сегментінің төмендеуі назарға алынады.

Аурудың тұрақты ағымында коронарлық жеткіліксіздіктің ауырлығы стенокардияның функционалдық класын сипаттайды (кесте. 5).

Емделген науқастардың құрамын және олардың түсу жолдарын кешенді талдау бірқатар міндеттерді шешуге мүмкіндік береді. Біріншіден, пациенттердің стационарға түсу жолдарын талдау емдеуге дейінгі кезеңде сапасыз медициналық көмек көрсетуге шынайы кінәлілерді анықтауға мүмкіндік береді. Екіншіден, пациенттерді емдеуге жатқызу сипатын зерттеу, оның ішінде жылдың әр айларында, аптаның әр күндері мен тәуліктің әр түрлі сағаттарында медициналық персоналдың жүктемесін оңтайландыру және шұғыл көрсеткіштер бойынша келіп түсетін науқастарға уақытылы көмек көрсету үшін кезекшілік кестесі мен кезекші бригадалардың құрамын түзетуге мүмкіндік береді. Үшіншіден, мамандандырылған стационарлық бөлімшелердегі науқастардың нозологиялық құрамын зерттеу "бейінді емес пациенттер" тобын, сондай-ақ көмек жалпы терапиялық бөлімшелерде көрсетілуі мүмкін пациенттерді анықтауға мүмкіндік береді.

2005 жылы Петрозаводск қаласы жедел медициналық жәрдем ауруханасының Кардиологиялық бөлімшесінде емделіп жатқан науқастардың құрамын зерттеу оның 2/3 - ін (66,0%) ерлер және 1/3 - ін (34,0%) әйелдер құрағанын көрсетті.

Ауруханаға жатқызылған науқастардың жас құрылымы ерекше назар аударуға тұрарлық. Әрбір бесінші пациент (19,6%) ауруханаға жатқызу кезінде 30 жастан кіші болған, ал әрбір төртінші (25,0%) қарт және егде жастағы (70 және одан жоғары) тұлғалар тобына кірген. 50-59 жастағы және 60-69 жастағы пациенттер (тиісінше 20,4% және 21,5%) тең үлесті құрады. 40-49 жастағы пациенттер 10,5% және ең аз үлесі - 3,0% - 30-39 жастағы науқастар. (%) Нозологиялық құрамды талдау көптеген пациенттер жүректің ишемиялық ауруы (73,5%) бойынша ауруханаға жатқызылғандығын көрсетті, екінші орынды жоғары қысыммен сипатталатын аурулармен ауыратын науқастар - 10,0% алды. Жүректің басқа аурулары бар (4,1%), қан айналымы жүйесінің туа біткен ауытқулары бар (5,0%) және басқа ағзалар мен жүйелердің басқа да аурулары бар (6,3%) пациенттер дерлік тең үлесті құрады. Жүректің созылмалы ревматикалық аурулары (0,4%), артерия, артерия және капиллярлар аурулары (0,3%), цереброваскулярлы аурулары, веналар, лимфа тамырлары және лимфа түйіндері аурулары (0,1% - дан) бар емделушілер болмашы үлесті құрады. Бұдан басқа, тексерілуге жіберілген шақыру жасына дейінгілердің 0,2% - ын құрады.

Әртүрлі жастағы пациенттердің нозологиялық құрамының елеулі айырмашылықтарын атап өткен жөн. Мәселен, жоғары қысыммен сипатталатын

аурулармен ауыратын ерлердің үлесі ұқсас аурулармен ауыратын әйелдердің үлесінен 3 есе артық болды (13,0% және 4,1%; $t=2,9$). Сонымен қатар, жүректің ишемиялық ауруы себебінен ауруханаға жатқызылған әйелдердің үлесі жүректің ишемиялық ауруының әртүрлі нысандары бар ерлердің үлесінен 1,5 есе көп (90,0% және 65,0%, $t= 13,1$). Қан айналымы жүйесінің туа біткен ауытқулары бар (7,4% және 0,4%), сондай-ақ басқа органдар мен жүйелердің аурулары бар (9,2% және 0,6%) ерлер үлесі мен әйелдердің үлесі ерекшеленді, бірақ көрсеткіштердің айырмашылығы дәлелденбеген ($t_1=1,74$, $t_2=1,71$).

Осылайша, мамандандырылған кардиологиялық бөлімшеде емделіп жатқан барлық науқастардың 83,5% - ын құрайтын пациенттердің екі тобы барынша қызығушылық танытады: жоғары қысыммен сипатталатын аурулары бар науқастар және жүректің ишемиялық ауруы бар науқастар.

Пациенттердің осы топтарын тереңдетіп зерттеу келесі ерекшеліктерді анықтауға мүмкіндік берді.

Пациенттердің бірінші тобында көпшілік эссенциальді (бастапқы) гипертензиясы бар пациенттер - 73,3%, әрбір бесінші жүрек жеткіліксіздігімен жүректі басым зақымдайтын гипертониялық ауру (20,4%) зардап шекті. Гипертониялық ауру аясында жүрек-қан тамырларының жеткіліксіздігі (3,8%) дамыған науқастар, бүйректің басым зақымдалуы (0,6%) және екінші анықталмаған гипертензия (1,3%) гипертониялық ауру себебінен ауруханаға жатқызылған науқастар аз ғана үлесті құрады. Ерлер арасында да, әйелдер арасында эссенциальді гипертензиясы бар науқастар басым болды, бірақ олардың үлес салмағы айтарлықтай ерекшеленеді ($t=9,6$). Сонымен қатар, әйелдерде осындай патологиясы бар науқастардың үлесі жүрек жеткіліксіздігімен жүректі басым зақымдайтын гипертониялық ауруы бар науқастардың үлесіне тең болды.

Миокард инфаркты бар науқастарды стационарлық емдеу жағдайларын сараптамалық бағалау нәтижелері

Жіті миокард инфарктымен ауыратын науқастарды стационарлық емдеу жағдайларына сараптама жүргізу үшін "2005 жылы стационарда емделіп жатқан жіті миокард инфарктімен ауыратын науқасты зерттеу картасы" әзірленді. Екінші тарауда атап өтілгендей, сараптама барысында емдеуге дейінгі кезеңдегі диагностика сапасы, диагностикалық зерттеулер жүргізу көлемі мен еселігінің барабарлығы, дәрі-дәрмектік терапияның барабарлығы, емдік дене шынықтыру мен физиотерапияның емдік іс-шаралар кешеніне қосылуы, бөлімше меңгерушісінің науқастарды қарауының тұрақтылығы, хирургиялық емдеу бойынша ұсынымдардың болуы, емдеудің нәтижелері мен нәтижелері бағаланды.

Қан айналымы жүйесі ауруларымен ауыратын науқастарды емдеуге дейінгі кезеңнің маңызды міндеті ишемиялық және гипертониялық аурулардың асқынулары бар науқастарды уақтылы анықтау болып табылады. Амбулаторлық кезеңнің медициналық мекемелері әртүрлі диагностикалық мүмкіндіктерге ие. Бұдан басқа, жіті коронарлық патологиямен ауыратын науқастар ерте қараған кезде дәстүрлі электрокардиография миокардтың жіті инфарктінің белгілерін анықтауға мүмкіндік бермейді. Сондай-ақ, кейбір пациенттердің қабылдау бөлмесіне жүгінетінін атап өту маңызды. бөлімше жолдамасыз және тиісінше, мұндай емделушілерде емдеуге дейінгі кезеңнің диагнозы жоқ.

Сараптамалық бағалау нәтижелері ауруханаға дейінгі кезеңде пациенттердің 49,6% - да миокард инфарктісі диагностикаланғанын және емдеуге дейінгі кезеңде әрбір бесінші (21,2%) кезінде тұрақсыз стенокардия диагностикаланғанын көрсетті. Осындай үлесті жіті коронарлық синдромға байланысты емдеуге жатқызылған пациенттер құрады - 19,2% және 1,0% өкпе артериясының тромбоэмболиясына күдікті емдеуге жатқызылған пациенттер құрады. Айта кету керек, аталған нозологиялық топтарды емдеуге жатқызуға дейінгі кезеңде жүргізу тактикасы бойынша елеулі айырмашылықтар іс жүзінде жоқ және сондықтан емдеуге жатқызу кезінде пациенттердің осы тобындағы асқынулардың даму қаупі жіті миокард инфарктісі бар науқастарда тәуекелге ұқсас.

Шамалы үлес-6,0% - ды миокард инфарктісі тіпті мазасызданған емделушілер құрады,бірақ ауруханаға дейінгі кезеңнің диагноздары да шұғыл ауруханаға жатқызуды болжады. Осы топтағы емделушілердің 4,0%-да жүрек-тамыр жүйесінің басқа да аурулары (гипертониялық криз, инсульт, коронарлық артериялардың атеросклерозы), ал 2,0% - да басқа органдар мен жүйелердің аурулары (жіті іш, бронх демікпесі) диагностикаланды. Жіті миокард инфаркты диагнозы қойылмаған емделушілердің 16,7% - да емдеуге дейінгі кезеңде қан айналымы жүйесінің патологиясы мүлдем диагностикаланбағанын және ЭКГ жасалмағанын атап өткен жөн. Стационарлық емі сараптамалық бағалауға ұшыраған науқастар арасында 3,0% жолдамасыз, яғни диагнозсыз келіп түскен пациенттер құрады.

Айта кету керек, стационарда жиі науқастарға электрокардиография жүргізілді (науқасқа 5,7). Бұдан басқа, әрқайсысына 2 реттен артық қанның клиникалық талдауы, биохимиялық зерттеулер мен несептің талдауы орындалды. Әрбір пациентке эхокардиография және рентген жасалды. Ультрадыбыстық зерттеулер сирек жүргізілді.

Сур. 4.9. Диагностикалық зерттеулерді орындау жиілігі (миокард инфарктісі бар 1 науқасқа жұмыста). Көптеген жағдайларда (94,9%) барабар және дәрі-дәрмектік терапия болды. Алайда, емдеудің көмекші әдістерін пайдалану жеткіліксіз болды. Сонымен қатар, миокард инфарктісін бастан кешкен пациентті тиімді оңалту оны уақтылы жүргізген кезде

ғана мүмкін болады. Сараптамалық бағалау мәліметтері бойынша, емдік дене шынықтыру пациенттерге 78,9%, физиотерапия және психотерапия әрбір бесінші адамға (21,1%) тағайындалды.

Қайтыс болған пациенттерді есепке алмағанда, стационарлық емдеу мерзімін 89,5% - да тануға болады, ал әрбір оныншы емдеуге жатқызылғаннан кейін 15 күннен кем шығарылса, оның ішінде пациенттердің 5,3% стационардан өз бетімен кетті.

Стационарлық емдеу жағдайларын сараптамалық бағалау нәтижелері миокард инфарктінен кейін медициналық оңалту жүргізу үшін санаторийге әрбір оныншы пациент жіберілгенін көрсетті. Сараптамалық бағалауды жүргізу кезінде сондай-ақ ауру тарихында хирургиялық ем жүргізу ұсыныстарының болуы бағаланды. Мұндай ұсыныстар емдеу жағдайлары сараптамалық бағалауға ұшыраған науқастарға 39,4% берілді.

Қан айналымы жүйесі ауруларымен ауыратын науқастарға көмек көрсететін ЕПМ желісін, оларды кадрлық қамтамасыз етуді және жұмыс көрсеткіштерін зерттеу

Жүрек-қантамыр ауруларымен ауыратын науқастарға емдік-профилактикалық көмек тек мамандандырылған кардиологиялық бөлімшелерде ғана көрсетіледі. Науқастардың көпшілігіне амбулаториялық көмекті учаскелік дәрігерлер мен жалпы практика дәрігерлері көрсетеді, ал стационарлық көмекті кардиологиялық және терапевтік бөлімшелерде де көрсете алады. Майя және жедел медициналық көмек. Сондықтан жүрек-қантамыр ауруларымен ауыратын науқастарға медициналық көмек көрсететін емдеу-алдын алу мекемелерінің желісін зерттеуге үлкен көңіл бөлінді.

ЕПМ желісін және олардың жұмыс көрсеткіштерін терең талдау бастапқы медициналық-санитарлық және мамандандырылған қызметтерді табысты реформалау үшін қажетті резервтерді анықтау үшін де маңызды.

Жыл бойы болатын аурухана төсектері 63 емдеу-алдын алу мекемелерінде, оның ішінде 4 мамандандырылған диспансерлерде шоғырланған. Әрбір бесінші төсек (18,9%) ауылдық жерлерде орналасқан ауруханалық мекемелерде жұмыс істейді.

2005 жылдың соңында әрбір үшінші төсек (31,7%) орталық аудандық ауруханаларда ашылған. Республикалық аурухана мен ересектерге арналған психиатриялық аурухананың төсектері (тиісінше 10,1% және 11,6%) тең үлес салмағын құрады. Қалалық жедел жәрдем ауруханасы (7,4%), төрт қалалық аурухана (6,0%) және балалар республикалық ауруханасы (5,0%) (кесте. 6.1). Мамандандырылған диспансерлердің төсектері 6,6% - ды құрады. Салыстырмалы түрде аз үлес салмағы учаскелік ауруханалардың төсектері (4,0%), мейірбикелік күтім (3,5%), жұқпалы аурулар ауруханасы (3,5%), перзентханалар (2,5%), аудандық ауруханалар (2,4%), қалалық балалар ауруханасы (2,1%), соғыс ардагерлерінің

госпитальдары және туберкулез ауруханасы (1,3% - дан) құрады. Ең аз үлесті (1,1%) перинаталдық орталықтың төсектері құрады.

Мамандандырылған бөлімшелер (оның ішінде кардиологиялық) экономикалық орынсыздыққа байланысты ғана емес, сондай-ақ осындай бөлімшелердің жұмыс істеуі үшін тиісті жабдықтар мен кадрлар қажет болуына байланысты аз қуатты стационарларда тарала алмайды.

Ауыл тұрғындарын медициналық қамтамасыз етудегі кезеңділік принципі орталық аудандық аурухана құрылымында аудандық деңгейде, ал кейбіреулері тар мамандандырылған бөлімшелер облыстық және республикалық деңгейде құруды көздейді.

Айта кету керек, орталық аудандық ауруханаларының ішінен тек екі төсек саны 250-ден астам, ал қалғандары тіпті 200-ден кем. РҚН-ның бір-бірінен аумақтық алшақтығы Қазақстан кейбір субъектілерінде таратылған ауданаралық мамандандырылған бөлімшелер құру принципін пайдалануға мүмкіндік бермейді.

Үлкендерге арналған 4 қалалық аурухана да жеткілікті аз қуатты болып табылады, олардың үшеуі - 200 төсек (соның ішінде екі-100-ден кем).

Осыған байланысты стационарлық мамандандырылған медициналық көмектің, оның ішінде кардиологиялық "орталықтандыру" жүйесі әбден негізді болып қалыптасты.

Сондай-ақ, ауылдық учаскелік ауруханалардың төсек қорының қысқаруына және олардың кейбіреулерінің мейірбикелік күтім ауруханаларына қайта бейіндеуіне байланысты ауылдық денсаулық сақтаудың I кезеңінде мамандандырылмаған терапевтік және хирургиялық төсектердің саны қысқарды, ол аудандық деңгейде олардың санының біршама ұлғаюын талап етті. Бұл жағдай сондай-ақ орталық аудандық ауруханалардың мамандандырылған бөлімшелерді қалыптастыру бойынша мүмкіндіктерін қысқартты.

Бұдан басқа, тек ауылдық елді мекендерде ғана емес, орталықтарда да халық санының қысқаруына байланысты соңғы бес жылда республикадағы ауруханалық төсектердің жалпы саны мен кейбір стационарлардың қуаты азайды.

Мәселен, стационарларындағы төсектер саны (нақты өрістетілген және жөндеуге бүктелген) 2001 жылы 8496 төсектен 2005 жылы 7587 төсекке дейін (-10,7%), ал ауылдық ауруханалардағы төсектер саны 1736-дан 1471 төсекке дейін (-15,3%) қысқарды. Сонымен қатар, 2004-2005 жж. ең жоғарғы қарқыны да болды.

Ересек тұрғындарға кардиологиялық көмекті жетілдірудің негізгі бағыттары

Қан айналымы жүйесі ауруларының медициналық-әлеуметтік және экономикалық маңыздылығы (1-тарауды қараңыз) жүрек-қантамыр жүйесі ауруларымен ауыратын науқастарға медициналық көмекті ұйымдастыруды жетілдіру проблемасына ерекше көңіл

бөледі. Шетелдік және отандық тәжірибе көрсетіп отырғандай, осындай проблемаларды шешу үшін бағдарламалық-мақсатты басқару қағидаттарын пайдалану қажет.

Қазіргі уақытта Республикада 2005-2008 жылдарға арналған әлеуметтік маңызы бар аурулардың алдын алу және оларға қарсы күрес "республикалық мақсатты бағдарламасы іске асырылуда. Осы бағдарлама аясында "артериялық гипертонияның алдын алу және емдеу" және "жүрек-қан тамырлары хирургиясын дамыту" кіші бағдарламасы әзірленді. Екі кіші бағдарлама үш негізгі бөлімнен тұрады: I-алдын алу, диагностика және емдеу. II - кардиологиялық қызметтің материалдық-техникалық базасын нығайту. III - медицина кадрларын даярлау және біліктілігін арттыру.

"Артериялық гипертонияның алдын алу және емдеу" кіші бағдарламасының іс-шараларын іске асыруға 4 жыл ішінде 27149,0 мың рубль жұмсауға жоспарланды.

"Жүрек-қан тамыр хирургиясын дамыту" кіші бағдарламасын іске асыруға жоспарланған шығыстар 90629,5 мың руб. құрады.

Республикалық мақсатты бағдарлама және оған кіретін кіші бағдарламалар мыналарды қамтитын маңызды медициналық-әлеуметтік міндеттерді шешуге бағытталған денсаулық сақтау саласындағы ұлттық жоба әзірленгенге дейін әзірленді және бекітілді: туудың өсуі және халықтың өлім-жітімінің төмендеуі салдарынан, ең алдымен, алдын алуға болатын себептерден демографиялық жағдайды жақсарту; денсаулық сақтау мекемелері қызметінің алдын алу бағытын арттыру, оның ішінде қазіргі заманғы тиімді технологияларды енгізу есебінен медициналық көмектің сапасын арттыру.

Алғашқы медициналық көмекті дамытумен, алдын алу іс-шараларымен қатар, ұлттық жобада айқындалған саланың маңызды міндеті халықты 2008 жылға қарай орталықтар құрылысы, жоғары медициналық технологияларды көбейту есебінен оның көлемін 4 есе ұлғайта отырып, жоғары технологиялық медициналық көмекпен қамтамасыз ету болып табылады. Сонымен қатар, жоғары технологиялық көмекті дамытудың басым бағыттарына травматологиямен, нейрохирургиямен, эндокринологиямен, репродуктивті технологиялармен қатар жүрек-тамыр хирургиясы да жатқызылды.

Жүргізілген зерттеу нәтижелері қан айналымы жүйесі ауруларымен ауыратын науқастарға медициналық көмекті ұйымдастыруды жетілдірудің басым бағыттарын қалыптастыруға мүмкіндік береді (сурет. 6.7).

Қан айналымы жүйесі аурулары бар науқастарға медициналық көмек көрсетудің сапасы мен тиімділігін арттыруға бағытталған іс-шаралар кешені 5 іс-шаралар тобын қамтуы тиіс:

I. жүйе ауруларының алдын алуға бағытталған іс-шаралар

қан айналымы ауруларын ерте анықтау және есепке алу, ҚЖА. П.ҚЖА тиімді емдеу үшін жағдайларды қамтамасыз ету (кардиологиялық қызметтің инРФқа құрылымын жетілдіру,

оның материалдық-техникалық базасын жақсарту, кардиохирургиялық орталықтардың құрылысы, телемедициналық технологияларды енгізу, толыққанды дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету).

II. Қан айналымы жүйесі ауруларымен ауыратын науқастарды диспансерлеу және кешенді медициналық оңалту жүргізу.

IV. Кардиологиялық және кардиохирургиялық бөлімшелер үшін жоғары білікті медицина кадрларын даярлау және ҚЖА-мен ауыратын науқастарды алдын алу, диагностикалау, емдеу және оңалту мәселелері бойынша бірінші буын дәрігерлерінің біліктілігін арттыру.

V. диагностика мен емдеудің барлық кезендерінде көрсетілген қан айналымы жүйесі аурулары бар науқастарға медициналық көмектің сапасын бақылау.

Ұлттық жобаның аталған бағыттарын іске асыру жүйелі тәсілді, оның ішінде аймақтық медициналық-әлеуметтік бағдарламаларға тиісті толықтырулар мен нақтылауларды енгізуді талап етеді.

Мемлекеттік денсаулық сақтау жүйесінің жұмыс істеуінің көп жылдық тәжірибесі профилактиканың, оның ішінде әлеуметтік маңызы бар эпидемиялық емес созылмалы аурулардың алдын алу тұрғысынан да тиімділігін дәлелдеді. Профилактикалық іс-шаралар жүйесі салауатты өмір салтын насихаттауды, темекі шегуге, алкоголизмге, күйзеліске қарсы күресті, халықты санитарлық-гигиеналық тәрбиелеуді және т. б. қамтуы тиіс.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1. Аверков О.В., Качалков Д.В., Грацианский Н.А. Тұрақты емес стенокардия: емдеуге жатқызу кезеңінде түскен кездегі зерттеу деректерінің нәтижесімен байланысы. Гомеостаз көрсеткіштерінің мәні // Кардиология. — 1994. № 7-8.-С. 11-21.
2. Адамян К.Г., Айрапетян Г.Г., Тер-Григорян В.Р., Бадоян Н.Г. Безболевая Инфарктен кейінгі ерте кезеңдегі миокардтың ауырсынусыз ишемиясы: клиникалық және болжамдық маңызы // Кардиология. 1996. - № 11. - С. 22 - 25.
3. Алмазов В. А., Чавпецов В. Ф. кардиологиялық көмекті жедел бағалау, мамандандырылған медициналық қызметті қарқындалу тәсілі ретінде / / КСРО АМН хабаршысы. 1988. - № 8. - С. 38 - 43.
4. Антропов В. В. Швециядағы Денсаулық сақтау және медициналық сақтандыру / / денсаулық сақтауды басқару мәселелері. 2006. - № 1. - С. 43 - 48.
5. Атрощенко Е. СМ., Шагисултанов Э. Р., Карпова И. С. және т.б. радиоидентификация деректері бойынша стенокардиясы бар науқастардағы микроциркуляция жағдайына гемосорбцияның әсері // Кардиология. 1991.- № 10. - С. 25 - 26.
6. Бабий Л.Н., Сиренко Ю.Н., Сычев О.С. и др. Роль квантовой гемотерапии в коррекции нарушений гомеостаза и радиологических свойств крови у больных с нестабильной стенокардией // Врачебное дело. — 1994. № 1. - С. 1 -8.
7. Баевский Р.М., Берсенева А.П., Вакулин В.К. и др. Оценка эффективности профилактических мероприятий на основе измерений адаптационного потенциала системы кровообращения// Здравоохранение Российской Федерации. 1987. - № 9. - С. 6 - 10.
8. Баньковская М.П., Кузьмишин Л.Е., Бураева О.С. и др. Социально-гигиеническая характеристика выборочного контингента инвалидов вследствие ишемической болезни сердца // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2005. - № 2. - С. 29 - 31.
9. П.Барбараш Л.С., Гоман Н.П., Шарикова Т.М., Огарков М.Ю. Экономические подходы к обеспечению увеличения числа дорогостоящих видов хирургического лечения сердечно-сосудистых заболеваний // Экономика здравоохранения. 2001. - № 3. - С. 12 - 14.
10. Бацинский С.Е. Стресс эхокардиография: новые возможности в диагностике ишемической болезни сердца // Кардиология. - 1992.- № 9 - 10. - С. 64 - 69.
11. Бацинский С.Е., Осипов М.А. Диагностическая ценность изучения диастолической функции левого желудочка при проведении стресс -доплер эхокардиографии у больных ишемической болезни сердца // Кардиология. -1991.- №9. -С. 28-31.

12. Н.Беленков Ю.Н. Определение качества жизни у больных с хронической сердечной недостаточностью //Кардиология. 1993. - № 2. - С. 85 - 88.
13. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Орлова Я.А. и др. Магнито-резонансная томография в оценке ремоделирования левого желудочка у больных с сердечной недостаточностью // Кардиология. 1996. - № 4. - С. 15 -22.
14. Бобров В.А., Безюк П.И., Давыдова И.В. Безболевая ишемия миокарда // Врачебное дело. 1991. - № 2. - С. 16-21.
15. Бокерия Л.А. Об итогах научно-исследовательских работ за 2001 год // Бюллетень НЦССХ им. А.Н.Бакулева РАМН. 2002. - № 10. - С. 62- 63.
16. Бокерия Л.А., Елисеев М.Б. Высокие технологии в кардиохирургии: применение и оценка экономической эффективности // Экономика здравоохранения. 2001. - № 9. - С. 5 - 8.
17. Бокерия Л.А., Стожар В.Л., Ступаков И.Н. Телеобучение и телемедицинские консультации как средство снижения затрат в сердечно-сосудистой хирургии // Экономика здравоохранения. 2002. - № 1. - С. 32-35.
18. Бокерия Л.А., Ступаков И.Н., Самородская И.В. Проблемы развития и улучшения организации кардиохирургической помощи в условиях дефицита ресурсов // Проблемы управления здравоохранением. 2002. - № 4.- С. 23 -25.
19. Бондарева З.Г., Хроменков И.И. Метод экспертных оценок в прогнозировании инфаркта миокарда при нестабильной стенокардии // Кардиология. 1986. - № 7. - С. 27 - 31.
20. Букарев М.Г., Волкова Н.В., Городецкая В.Ф. и др. Медицинская информационная система в ЦРБ. Неопределенное будущее или реальность? // Здравоохранение. 2002. - № 1. - С. 155 - 158.
21. Вальденберг А.В. К характеристике больных острым инфарктом миокарда на догоспитальном и стационарном этапе// Проблемы городского здравоохранения: Сб. научных трудов. СПб., 2002. - вып. 7. - С. 129 - 133.
22. Ваулин Н.А., Грацианский Н.А., Славина Н.Н., Аверков О.В. Нестабильная стенокардия // Кардиология. 1999. - № 8. - С. 42 - 52.
23. Вишняков Н.И., Петрова Н.Г., Кудрявцев А.Б. Уровни и динамика смертности населения Санкт-Петербурга // Социальная медицина на рубеже XXI века. Краснодар, 1999. - С 47 - 50.
24. Власов В.В. Стандартизация оценки физической работоспособности при велоэргометрии // Кардиология. 1995. - № 11. - С 55.

25. Вялков В.А., Щепин В.О., Тишук Е.А., Проклова Т.Н. Лпу федерального подчинения: анализ и оценка деятельности. М.: ГЭОТАР МЕД, 2000. - 340 с.
26. Гагарина В.В., Филатов В.Н., Кузнецов О.Ю. Сравнительный анализ экономической эффективности отделений общей практики и поликлиник // Экономика здравоохранения. 2003. - № 4. - С. 32 - 37.
27. Галиуллин А.Н., Мурясова Э.Б. Распространенность артериальной гипертонии среди лиц трудоспособного возраста в г. Казани // Проблемы городского здравоохранения: Сб. научных трудов. СПб., 2002. - вып. 7. - С. 36.
28. Гасилин В.С., Сидоренко Б.А. Стенокардия. -М.: Медицина, 1987. -240 с.
29. Гиляровский С.Р., Орлов В.А. Использование анализа эффективности лечения для принятия клинического решения в кардиологии // Кардиология. -1997.-т. 9.-С. 70- 80.
30. Грацианский Н.А. Нестабильная стенокардия острый коронарный синдром. Некоторые новые факты о патогенезе и их значение для лечения // Кардиология. - 1996. - № 11. - С. 4 - 16.
31. Грацианский Н.А. Нестабильная стенокардия острый коронарный синдром. И. Современное состояние - проблемы лечения // Кардиология. — 1997. - № 1.- С. 8-23.
32. Гоман Н.П., Барбараш Л.С., Шарикова Т.М., Огарков М.Ю. Экономические подходы к обеспечению увеличения числа дорогостоящих видов хирургического лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы // Экономика здравоохранения. 2001. - № 9. - С. 12- 14.
33. Григорьев А.И., Орлов О.И., Логинов В.А. и др. Клиническая телемедицина. -М.: Изд-во «Слово», 2001. 144 с.
34. Гришина Л.П., Анисимов Ю.Л., Пустынкина Л.С. Возрастные особенности первичной инвалидности взрослого населения в Российской Федерации в динамике за 10 лет (1994 2003) // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2005. - № 1. - С. 27 - 30.
35. Гусев А.В., Романов В.Ф., Дуданов И.П. Опыт разработки медицинской информационной системы // Медицинский академический журнал. 2001. -№ 1.-С. 18.
36. Гусев А.В., Романов Ф.А., Дуданов И.П., Воронин А.В. Медицинские информационные системы. Петрозаводск: ПетрГУ, 2005. — 404 с.
37. Дементьева Н.Ф., Насыбуллина М.А. О некоторых болезнях системы кровообращения у лиц пожилого и старческого возраста, проживающих в домах-интернатах // Здравоохранение Российской Федерации. 1990. - № 12. -С. 4-7.
38. Денисов И.Н., Кучеренко В.З., Шамшурина Н.Г. Экономическое обоснование развития общей врачебной практики и семейной медицины // Экономика здравоохранения. 2002. - № 5 - 6. - С. 21 - 24.

39. Денисюк В.И., Иванов В.П. Клиническая фоно- и эхокардиография. -Винница: Логос, 2001. 204 с.
40. Денисок В.И., Серкова В.К., Малая Л.Т. Стенокардия (достижения, проблемы, перспективы). Винница-Харьков: ДП «Державна картографічна фабрика», 2002. - 512 с.
41. Дзизинский А.А., Пивень Д.В., Бойко Т.В. Экономическая оценка эффективности телемедицинского проекта в регионе при оказании кардиохирургической помощи детям // Экономика здравоохранения. — 2003. -№7.-С. 18-21.
42. Диагностическая технология при ведении больных с поражениями сердечнососудистой системы // Комитет экспертов ВОЗ: Серия технических докладов. - Женева, 1990.-45 с.
43. Добротворская Т.Е., Абдуллаева Т.И. Метод суточного мониторирования ЭКГ в диагностике аритмий и ишемической болезни сердца. М.: ЦИУВ, 1987.-240 с.
44. Дуданов И.П., Гусев А.В., Романов Ф.А. и др. Информационные системы в здравоохранении концептуальная модель // Сердечно-сосудистые заболевания. Бюллетень НЦССХ им. А.Н.Бакулева РАМН. 2002. - т.3, № 11.-С. 332-335.
45. Дуданов И.П., Гусев А.В., Романов Ф.А. и др. Создание паспорта здоровья больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Медицинский академический журнал. 2003. - т.34, № 3. - С. 125- 133.
46. Емельянов А.В., Меркушшева Е.В., Варшавский С.Ю. Этапы развития современной деятельности кардиологических бригад СМП и основные требования к ее интенсификации // Сб. научн. трудов ЛенНИИК МЗ РСФСР / под ред. В.А.Алмазова. СПб., 1988.-С.112- 116.
47. Иванов А.Н. Инфаркт миокарда: Диагностика и организации экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе: Автореф. дисс. . мед. наук. -Л., 1984.-22 с.
48. Иванов Г.Г., Сметнев А.С., Сыркин А.Л. и др. Основные механизмы, принципы прогноза и профилактики внезапной сердечной смерти // Кардиология. 1998. - № 12. - С. 64 - 73.
49. Иоселиани Д.Г., Ключников И.В., Смирнов М.Ю. и др. Ближайшие и отдаленные результаты консервативного и хирургического лечения больных с постинфарктной стенокардией // Вестн. АМН СССР. 1989. - № 12. - С. 29 -43.
50. Калакутский Л.И., Манелис Э.С. Аппаратура и методы клинического мониторинга. - М.: Высшая школа, 2004. 156 с.
51. Карпин В.А. Медико-экологический мониторинг заболеваний сердечнососудистой системы на урбанизированном Севере // Кардиология. 2003. - № 1. - С. 51 - 54.

52. Карпов Ю.А., Померанцев Е.В., Шиблева В.В. и др. Сопоставление данных суточного мониторирования ЭКГ и состояния коронарного русла у больных различными вариантами течения нестабильной стенокардии // Кардиология. -1992.-№3.-С. 7-10.
53. Карпов Ю.А., Сетин В.Ф., Ноева Е.А. и др. Прогностическое значение данных велоэргометрии у больных нестабильной стенокардией // Кардиология. 1993. - № 10 . - С. 8 - 12.
54. Карпов Ю.А. Особенности течения и лечения ишемической болезни сердца у больных пожилого возраста // Международ, мед. журнал. 1999. - № 3-4. -С. 139- 143.
55. Кириллова А.В., Гусев А.В. Мониторинг больных ишемической болезнью сердца // Сердечно-сосудистые заболевания. Бюллетень НЦССХ им. А.Н.Бакулева РАМН. 2004. - т. 5, № 5. - С. 393.
56. Коваль С.Н., Чериков С.Н., Волков В.И. и др. Ультрафиолетовое облучение крови в лечении больных стабильной стенокардией // Врачебное дело. — 1991. № 3. - С. 17-19.
57. Коледенек В.И., Захаров В.П. Ультразвуковая диагностика в кардиологии (методическое пособие)- М., 1992. 170 с.
58. Королева О.М. Научное обоснование принципов и основных направлений работы врача общей практики по профилактике ЖИА у рабочих промышленных предприятий: Автореф. дисс. . канд. мед. наук. Тверь, 2001.- 24 с.
59. Кукушкин С.К., Кокурина Е.В., Метелица В.И. и др. Скрининг разовых доз нитратов, антагонистов кальция, бета -адреноблокаторов и их комбинаций у больных стенокардией напряжения с помощью парных велоэргометрий // Тер. архив. 1993. - № 4. - С. 43 - 49.
60. Кузнецова И.В. Особенности клинических проявлений цереброваскулярной патологии на фоне артериальной гипертензии у лиц, впервые признанных инвалидами // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. — 2003. № 3. -С. 18-21.
61. Кузько Н.В. Профилактика и лечение ишемической болезни сердца на врачебном участке. Киев: Здоров'я, 1981. - 168 с.
62. Куимов А.Д., Метелкина Н.В., Шершнева В.Н. и др. Влияние стационарной программы реабилитации на течение постинфарктного периода // Здоровоохранение Российской Федерации. 1989. - № 7. - С. 13 - 15.
63. Кучеренко В.З., Данишевский К. Д. Наиболее известные системы здравоохранения развитых стран // Экономика здравоохранения. — 2000.- № 7. -С. 5-12.
64. Лаврищева Г.А. Опыт внедрения врачебной (семейной) практики в учреждениях сельской местности // Проблемы управления здравоохранением. -2003. № 1.-С. 24-28.
65. Литвинов М.М., Митина И.Н., Чеканов В.С. Новые методы лучевой диагностики сердечно-сосудистых заболеваний (Обзор). М.: Союзмединформ, 1991. - 144 с.

66. Мапая Л.Т., Попов В.В., Капица Н.П. Внезапная сердечная смерть у больных ишемической болезнью сердца: Проблемы и перспективы // Международный медицинский журнал. 1997. - № 4. - С. 9 - 13.
67. Малышев Ю.И., Фокин А.А., Фиронов В.М. и др. Выявление и лечение хирургических заболеваний сердца и сосудов у работников крупного промышленного предприятия // Здравоохранение Российской Федерации. — 1990.-№ 12.-С. 28- 31.
68. Мартынов А.И., Остроумова О.Д., Гиляревский С.Р. и др. Методы фармакоэкономического анализа кардиохирургии и кардиологии // Экономика здравоохранения. 2001. - № 11 -12. - С. 50- 53.
69. Маскин С.С., Пономарев Э.А., Ганичкин С.А. и др. Экономические аспекты антибиотикопрофилактики и лечения осложнений в сосудистой хирургии // Экономика здравоохранения. 2001. - № 9. - С. 15-18.
70. Метелица В.И. Новое в лечении хронической ишемической болезни сердца. — М.: Инсайт, 1999.-210 с.
71. Метелица В.И., Мазур Н.А. Эпидемиология и профилактика ишемической болезни сердца. М.: Медицина, 1976. - 157 с.
72. Мурясова Э.Б. Медико-социальная характеристика артериальной гипертензии у взрослого населения, проживающего в условиях крупного промышленного города // Проблемы городского здравоохранения: Сб .научных трудов. -СПб., 2002. вып. 7. - С. 35 - 36.
73. Муряслва Э.Б. Оценка экономического ущерба, наносимого артериальной гипертензией здоровью населения, имеющего неблагоприятные факторы риска // Экономика здравоохранения. 2003. - № 2. - С. 20-21.
74. Мурясова Э.Б. Медико-социальная профилактика артериальной гипертензии городского населения с учетом типа семьи: Автореф. дисс. . канд. мед. наук.-Уфа, 2003. 23 с.
75. Мокеев А.Б. Применение телемедицинских технологий при оказании экстренной и планово-консультативной помощи в условиях Европейского. Севера: Автореф. дисс. . канд. мед. наук. СПб., 2003. — 19 с.
76. Намаков Б.А. Семейная артериальная гипертензия // Артериальная гипертензия.-2004.- т. 10, № 1.-С. 15- 18.
77. Намаков Б.А.,Расулов М.М. Доклиническая стадия семейной артериальной гипертензии // Проблемы управления здравоохранением. 2005. - № 5. - С. 45 -47.

78. Николаева Н.В., Федоров В.В., Танюхина Э.И., Толкунова Е.В. Интегрированная оценка качества врачебной экспертизы, перенесших инфаркт миокарда (Методические рекомендации). СПб., 1993. - 31 с.
79. Оганов Р.Г. Эпидемиология артериальной гипертонии в России и возможности ее профилактики // Терапевтический архив. — 1997. № 8. - С. 66 - 69.
80. Оглоблин Г.В. Научное обоснование совершенствования медицинской помощи населению в условиях реформирования здравоохранения (по материалам Республики Карелия) : Автореф. дисс. . канд. мед. наук. 22 с.
81. Панков П.М. Анализ качества кардиологической помощи по данным медико-социологического исследования // Гуманитарные методы исследований в медицине: состояние и перспективы: Материалы научн. -практ. конференции. Саратов, 2007. - С. 313 - 314.
82. Панков П.М. Научное обоснование организации амбулаторной помощи больным с заболеваниями системы кровообращения в современных условиях: Автореф. дисс. . канд. мед. наук. СПб., 2007. -17 с.
83. Пепайн К. Ишемическая болезнь сердца (Кардиология в таблицах и схемах) / под ред. М.Ф. РФида, С.Грайнс. М.: Практика, 1996. - 737 с.
84. Петров М.Н. Некоторые вопросы профилактики внезапной смерти // Здравоохранение Российской Федерации. 1986. - № 11. - С. 17-20.
85. Пивень Д.В., Купцевич А.С., Ушаков И.В. Региональные диагностические центры в системе оказания дорогостоящей и высокотехнологичной медицинской помощи // Здравоохранение. 2005. - № 6. -С. 25 - 29.
86. Писарев К.О., Кузьмишин Л.Е., Баньковская М.П. Социально -гигиеническая характеристика контингента инвалидов Белгородской области вследствие ишемической болезни сердца // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2005. - № 4. - С. 30 - 33.
87. Поляков С.В., Глезер М.Г., Пермьянов- Дубров И.В. и др. Экономическая эффективность введения в клиническую практику современных методов лабораторной диагностики при остром коронарном синдроме // Экономика здравоохранения. 2002. - № 2. - С. 18 - 20.
88. Пузин С.Н., Кузьмишин Л.Е., Бетремеев А.А. Потребность больных ишемической болезнью сердца в различных видах медико-социальной реабилитации // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. -2003. № 4. -С. 29-32.
89. Пузырев В.П. Генетика артериальной гипертензии // Клиническая медицина. 2003. -№ 1.-С. 12- 18.

90. Резков Г.И., Лебедев И.А. Анализ инвалидизации больных с цереброваскулярной патологией в городе Ханты-Мансийске и Ханты-Мансийском автономном округе // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2003. - № 3. - С. 45 - 46.
91. Руда М. Нестабильная стенокардия и инфаркт миокарда без подъема сегмента ST // Врач. 2001. - № 4. - С. 9 -11.
92. Сажин В.П., Федотов В.А., Беликова О.Д. и др. Клиническая и фармакоэкономическая эффективность лечения больных артериальной гипертензией врачами общей практики // Экономика здравоохранения. -2003.-№3.-С. 35 -37.
93. Седов В.П., Алехин Н.М., Морозова Ю.А., Сидоренко Б.А. Прогностическое значение стресс-эхокардиографии // Кардиология. 1998. -№7.-С. 88 -93.
94. Серкова В.К., Жебель В.Н., Филенко Л.В., Савицкая Е.А. Липиды крови, липопероксидация и влияние на них антиангинальных препаратов у больных ишемической болезнью сердца // Экспер. и клин, фармакология. 1998. -т. 61, №2.-С. 75-78.
95. Сидоренко Б.А., Преображенский Д.В., Озгюл С. и др. Современные подходы к лечению нестабильной стенокардии // Международный, мед. журнал. 1999.-№2.-С. 107-112.
96. Соколов А.М. Принципы интегрированной оценки уровнем медицинской помощи ССЗ // Врачебное дело. 1990. - № 3. - С. 190. - С. 117 - 119.
97. Соколов А.В., Кельман Е.Б., Перепеч Н.Б., Цай Н.В. Эффективность медикаментозной терапии и ее комбинации с курсом лечебного плазмофереза у больных стенокардией тяжелого течения // Клин, медицина. — 1998. -№ 10.-С. 31-33.
98. Соловьев Г.М., Михеев Н.А., Клембовский А.А. Хирургическое лечение нестабильной и ранней постинфарктной стенокардии // Кардиология. 1990. -№ 10.-С. 5-8.
99. Сорокин В.Е. Лечение сердечной недостаточности // Русский медицинский журнал. 1999. - № 15. - С. 754 - 755.
100. Стародубов В.И., Гончаренко В.Л., Яицкий Н.А., Дорофеев В.И. Концептуальные вопросы развития здравоохранения и фармацевтического сектора Российской Федерации / под ред. Ю.Л.Шевченко. СПб.: Издательство СПбГМУ. - 1999. - 160 с.
101. Стародубов В.И., Луговкина Т.К. Клиническое управление: теория и практика. М.: Медицина, 2003. - 192 с.
102. Стуколова Т.И., Венедиктов Д.Д., Путин М.Е. Современное состояние и перспективы развития телемедицины в России // Экономика здравоохранения. 2002. - № 3. - С. 19 - 22.
103. Сумароков А.Б. Риск- стратификация больных ишемической болезнью сердца // Русск. мед. журнал. 1998. - № 14. - С. 896 - 907.
104. Сыркин А.Л. Предынфарктное состояние: Диагностика и лечение // Кардиология. 1993. - № 1. - С. 74 - 77.

105. Сэвидж М.П., Фишман Д.Л., Рейк Р. и др. Эффективность коронарного стентирования по сравнению с баллонной ангиопластикой мелких коронарных артерий // *Международ. мед. журнал.* 1999. - № 7 - 8. - С. 391 -395.
106. Удрас А.В., Шипилова Т.В., Пшеничников И.Б., Лаане П.Г. Функциональное состояние миокарда у больных ишемической болезнью сердца с безболевым ишемией по данным эхокардиографии // *Кардиология.* -1995. -№ 1.-С. 14-17.
107. Флоря В.Г., Мареев В.Ю., Самко А.М. и др. Ремоделирование левого желудочка у пациентов с первичным поражением миокарда // *Кардиология.* — 1997.-№2.-С. 10-15.
108. РФолов Н.И. Остроумова Л.М. Высокотехнологичные методы исследований, применяемые в клиниках научных учреждений РАМН // *Здравоохранение.* 2005. - № 6. С. 135 - 148.
109. Чавпецов В.Ф., Бершадский Б.Г., Перепеч Н.Б., Шамешвили А.Р. Кардиологическая помощь: Проблемы качества /под ред.В. А. Алмазова. -Ставрополь, 1989. 188 с.
110. Чазов Е.И. Некоторые перспективы диагностики и лечения сердечнососудистых заболеваний // *Терапевтический архив.* 1991.- № 9. - С. 4 - 7.
111. Чазов Е.И. К вопросу об атеротромботической болезни // *Кардиология.* -2001. -№ 4.- С. 4-7.
112. Чигирева О.В. Научное обоснование организации и планирования внебольничной консультативной кардиологической помощи населению крупного города: Автореф. дисс. . канд. мед. наук. -М., 1987. 22 с.
113. Шевченко Ю.А. Качество жизни в кардиологии // *Вестник РВМА.* — 2000. -Т. 9.- С. 5-15.
114. Шестой доклад Объединенного национального комитета по предупреждению, распознаванию, оценке и лечению высокого артериального давления (США методические рекомендации) ИНС - 6. Изложение основных положений // *Кардиология.* - 1998. - № 3. - С. 80 - 84.
115. Шейман И.М. Конкурентная модель обязательного медицинского страхования: опыт Нидерландов и его значение для России // *Экономика здравоохранения.* 2006. - № 2. - С. 13-16.
116. Шиллер Н.Б. Клиническая эхокардиография.- М., 1993. 347 с.
117. Шхвацабая И.К., Аронов Д.М., Зайцев В.П. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца. М.: Медицина, 1978. - 268 с.
118. Шульман В.А., Никулина С.Ю., Матюшин Г.В., Кужель Д.А. Сердечная аритмия. Генеалогия и генетика. Ростов н/Д.: Феникс, 2006. - 114 с.

119. Элконин А.Б., Васягин А.И., Верткин А.И. Применение нагрузочных проб для выявления безболевого ишемии миокарда // Кардиология. 1992. - № 9 -10.-С. 34-36.
120. Abdemeguid A.E., Ellis S.G., Sapp S.K. et al. Directional coronary arterectomy in unstable angina // J. Amer. Coll. Cardiology. 1994. - vol. 24, N 1.-P. 46-54.
121. Ackerman S., Weith P. Knowing Your Pulse Oximetry Monitors // Med. Elect. 1995.-№ 1.- P. 21 -25.
122. Agati L., Penco M., Sciomer S. et al. Painless versus painful myocardial ischemia: different left ventricular dysfunction detected by echocardiography // Int. J. Cardiol. 1989. - vol. 22.- P. 321 - 328.
123. Ammenwerth E. Mobile information and communication tools in the hospital // Intern. J. of Medical informatics. 2000. - vol.57, № 1. - P. 21 - 40.
124. Andrews T., Raby K., Barry J. et al. Effect of cholesterol reduction on myocardial ischemia in patients with coronary disease // Circulation. 1997. -vol. 95.-P. 324-329.
125. Azizova J.A., Panasenko O.M., Volnova T.V. The role of lipid peroxidation in cholesterol accumulation in cells under atherosclerosis // Const Congress Internat. Soc. Pathophysiol.- Moscow, 1998. -P 224.
126. Bertolet B., Dinemrag J., Hartke R., Conti C. Unstable angina: relationship of clinical presentation, coronary artery pathology and clinical outcome // Clin. Cardiology. 1993. - vol. 16, N 2. - P. 116 - 122.
127. Beske F., Brecht J.G., Reinkenmeier A.M. Las Gesundheitswesen in Deutschland. Koln, 1993. - 223 s.
128. Bing M.L., Abel M.R., Sabharwal A. et.al. Implementing a clinical pathway for the treatment of Medicare patients with Cardiac chest pain // Best. Pract. Benchmarking Health Care.- 1999.- vol. 40. P. 286- 292.
129. Blankenhorn D.H., Azen S.P., Krams D.M. et al. Coronary angiographic changes with lovastatin therapy: the Monitored Atherosclerosis Regression Study (MARS) // Ann. Intern. Med.- 1993.- vol. 119. P. 969. - 976.
130. Bounnano C., Dander B., Variola A. et al. Coronary angioplasty in postinfarction angina // J. Ital. Cardiology. 1992. - vol. 22, N 6. - P. 671 - 681.
131. Brismar B. Hospital without borders-visions of telemedicine//Nord. Med.- 1995.-vol. 110.- P. 209-210.
132. Brown E.R. National health program for the United States // J. Amer. Med. Ass.- 1992. vol. 267. - P. 552 - 558.
133. CABRI Trial Participants. First-year results of CABRI (Coronary Angioplasty versus Bypass Revascularisation Investigation). Lancet. - 1995. - vol. 346. - P. 1179-1184.

134. Carlos M.E., Smart S.C., Stoiber S.C. et al. Dobutamine stress echocardiography for risk stratification following acute myocardial infarction // *J. Am. Coll. Cardiol.* 1994. - vol. 2. - P. 770 - 776.
135. Chabaut F., Danna M., Beny J.L. A vascular smooth muscles nitric oxide relaxation by a mechanism distinct of calcium changes // *Life Sci.* 1994. - vol. 54, N 19.-P. 1449- 1458.
136. Chandra M., Chandra N., Agrawal R. et al. The free radical system in ischemic heart disease // *Intern. J. Cardiology.* 1994. - vol. 43. - P. 121 - 126.
137. Cohn P.F. Silent myocardial ischemia: to treat or not to treat? (Review) // *Hospital Practice (Office Editor).* 1994. - vol. 26. - P. 107 - 112.
138. Colombo A., Anzuni A. Intravascular ultrasound guided elective stent implantation in calcified coronary lesions. A picture is worth more than a thousand words (sometimes!) // *Eur. Heart J.* - 1998. - vol. 19. - P. 1127 - 1129.
139. Connor W.E., Connor S.L. Key role nutritional factors in the prevention of coronary heart disease // *Prev. Med.* 1972. - vol. 1. - P. 49 - 83.
140. Constanzo M.R., Augustine S., Buorge R. et al. Selection and treatment of candidates for heart transplantation // *Circulation.* 1995. - vol. 92. - P. 3593 -3612.
141. Currie P., Ashby D., Satissi S. Prognostic significance of transient myocardial ischemia on ambulatory monitoring after acute myocardial infarction // *Amer. J. Cardiol.* 1993. - vol. 71. - P. 773- 777.
142. Davis T., Delafuete J. Ortostatic hypertension: therapeutic alternatives for geriatric patients // *DICP.* 1985. - P. 750 - 756.
143. Deedwania P.C., Carbajal E.V. Silent ischemia during daily life is an independent predictor of mortality in stable angina // *Circulation.* 1990. - vol. 81.-P. 748-756.
144. Deedwania P.C., Carbajal E.V. Ambulatory electrocardiography evaluation of asymptomatic, unstable and stable coronary artery disease patients for myocardial ischemia // *Cardiol. Clinics.* 1992. - vol. 10. -P. 417 - 430.
145. Engstrom S. , Foldevi M., Borgquist L. Is general practice effective? A systematic literature review // *Scand. J. Primary Health Care.* 2001. - vol. 19. -P. 131 - 144.
146. Fazzini P.F., Profi P.L., Rovelli F. et al. Epidemiology of silent myocardial ischemia in asymptomatic middle aged men (the ECCIS Project) // *Amer. J. Cardiol.* - 1993. - vol. 72. - P. 1383 - 1388.
147. Flack J.M., Novicov S.V., Ferrario C.M. Benefits of adherence to antihypertensive drug therapy // *Europ. Heart J.* -1996. vol.17.-P. 16 -20.
148. Fox K., Mulcachy D. Silent ischemia to treat or not to treat? (review) // *Arch. Malad. Coeur. Vaiss.* - 1993. - vol. 86. - P. 41-44.

149. Fridsma D., Ford P., Altman R. A survey of patient access to electronic mail: attitudes, barriers and opportunities // Proc. Annu. Symp. Comput App. Med. Care. 1994. - № 2. - P. 9 - 15.
150. Frischman D.L., Leon M.B., Balm D. et al. A randomized comparison of coronary stent placement and balloon angioplasty in the treatment of coronary disease // New. Engl. J. Med.-1994. vol. 331. - P. 496 - 501.
151. Fuster V., Badimon L., Badimon J.J., Chesebro J. Mechanisms of disease: The pathogenesis of coronary artery disease and the acute coronary syndromes // New. Engl. J Med. 1992. - vol. 326. - P. 310 - 318.
152. Galjee M., Visser F., DeCock C., Eenige V.M. The prognostic value, clinical and angiographic characteristics of patients with early postinfarction angina after first myocardial infarction // Amer. Heart J. 1993. - vol. 125. - P. 48 - 51.
153. Garrard C.L., Manord J.D., Ballinger B.A. et al. Cost saving associated with the nonroutine use of carotid angiography // Am. J. Surg. 1997. - vol. 174. — P. 650-654.
154. Gaspoz J.M. Coûts et bénéfices du traitement de l'insuffisance cardiaque // SchweizMed. Wochenschr. 1999. - vol. 83. - P. 131 - 137.
155. Gould K. Dynamic coronary stenosis // Amer. J. Cardiol.- 1980. vol. 45. - P. 286 - 292.
156. Grewal J., Chan S., Frohlich J. et al. Assessment of novel risk factors in patients at low risk for cardiovascular events based on Framingham risk stratification // Clin. Invest. Med. 2003. - vol. 26, № 4. - P. 158 - 165.
157. Guidelines for the medical treatment for stroke prevention // Ann. Intern. Med. -1994.-vol. 121.-P. 41-53.
158. Guidelines Subcommittee. 1999 World Health Organization International Society of Hypertension guidelines for the management of hypertension // J. Hypertension. - 1999. - vol. 17, № 2. - P. 151 - 183.
159. Hakamada Tagushi R., Imamura A., Nagahara M. et. al. Microcirculatory hemodynamic change in normotensive offspring of essential hypertensive parents // J. of Hypertension. - 2002. - vol. 20 (suppl. 4). - P. 211 -213
160. Hamm C.W. Progress in the diagnosis of unstable angina and perspectives for treatment // Eur. Heart J. 1998. - vol. 19. - P. 48 - 50.
161. Hornig B., Maier V., Drexler H. Physical training improves endothelial function in patients with chronic heart failure // Circulation. 1996. - vol. 93. - P. 210-214.
162. Iglehart J.K. The American Health Care System. // The New Engl. J. Med., 1992, April 2, 962-967.

163. Inomata H., Nabica T., Ikeda K. et al. Evaluation of genetic susceptibility for cardiac hypertrophy in relation to hypertension, sexual dimorphism and genetic make up // *J. of Hypertension*. - 2002. - vol. 20 (suppl. 4). - P. 260 -263.
164. Iskandrian A.S., Heo J., Segal B.L., Askenase A. Left ventricular diastolic function: evaluation by radionuclide angiography // *Amer. Heart J.* 1988. - vol. 115.-P. 924-929.
165. Jespersen C.M. Postinfarctial myocardia ischemia. Clinical significance and relation to onther risk markeris//Kopenngagen: Kobenhaus Universitet, 1995.— 386 p.
166. Jespersen C.M. The prognostics significance of angina, pectoris experienced during the first month following acute myocardial infarction // *Clin. Cardiology*. -1997.-vol. 20.-P. 623-626.
167. Jollis J.G., Peterson E.D., Nelson C.L. et al. Relationship between, physician and hospital coronary angioplasty volume and outcome in elderly patients // *Circulation*. 1997. - vol. 95. - P. 2485-2491.
168. Jonsson B. Measurement of health outcome and associated costs in cardiovascular disease // *Europ. Heart J.* 1996. - vol. 17. - P. 2 - 7.
169. Kaati P. Sweden' s Health Care System // *Handbook of International Health Care Systems/* New York. 2002. - p. 299.
170. Kannel W.B., Ho K., Thom T. Changing epidemiological features of cardiac failure // *Brit. Heart J.* -1994. vol. 72. - P. 3 - 9.
171. Kazzaz Y., Levey S., Mcknight M., Schnitzler M.F. Opportunities for potential cost saving in the management of acute myocardial infarction // *Best Pract. Benchmarking Health*. 1997. - Vol. 2. - P. 178 - 182.
172. Keavney B., Haider M.A., McCance A., Skehan J.D. What is the cost of a normal coronary anioram? // *Europ. Heart J.* 1995. - vol. 16. - P. 102.
173. Kenney R.E. Evolution and Revolution in the Practice of Medicine//*Health Managemant Technology* 2001.- vol. 22. P. 68.
174. Kloner R.A., Muller J., Davis V. Effect of previons angina pectoris in patients with first acute myocardial infarction not receiving thrombolytics // *Am. J. Cardiol.* 1995. - vol. 75. - P. 615 - 617.
175. Kohn B. Patient Monitors // *Med. Elect.* 1996. - vol. 26, № 5. - P. 149 - 156.
176. Kwok Y., Kim C., Grady D. et al. Meta-analysis of exercise testing to detect coronary artery disease in women // *Am. J. Cardiology*. 1994. - vol. 83. - P. 660 -666.
177. Kuppermann M., Luce B.R., McGovern B. et al. An analysis of the effectiveness of the implantable defibrillator // *Circulation*. 1990. - vol. 81. - P. 91 - 100.

178. Lacoste L., Lam J.Y.T., Hung J. et al. Hyperlipidemia and coronary disease: Correction of the increased thrombogenic partial with cholesterol reduction // *Circulation*. 1995. - vol. 92.-P. 3172-3174.
179. Lopes H.F., Stojiljkovic M.P., Ihang D., Egan B.M. Cardiovascular response to salt in subjects with family history of hypertension // *J. of Hypertension*. 2002. -vol. 20 (suppl. 4). - P. 336- 338.
180. Luscher T.F., Tanner F.C., Tschudi M.R. et al. Endothelial dysfunction in coronary artery disease // *Ann. Rev. Med*. 1993. - vol. 44. - P 395 - 418.
181. Luscher T.F., Yang Z., Tschudi M.R. et al. Interaction between endothelin- 1 and endothelium derived relaxing factor in human arteries and veins // *Circulat. Res.* - 1990. - vol. 66. - P. 1088 - 1094.
182. Malley W. Noninvasive Blood Gas Monitoring // *Clinical Blood Gases*. 1990. - № 5. - P. 281-301.
183. Management of stable angina pectoriz. Recommendations of the Task Force of the European Society of Cardiology // *Europ. Heart J*. 1997. - vol. 18. - P. 394 — 413.
184. Mark D.B., Simons T. A. Fundamentals of economic analysis // *Am. Heart J*. — 1999.-vol. 137.-P. 38-40.
185. Masseri A., Grea F., Kaski J.C., Davies G. Mechanisms and significance of cardiac ischemic pain // *Prog. Cardiovasc. Dis*. 1992. - Vol. 35 .- P. 1- 18.

КОСЫМША 1

ОПРОСНИК SF-36 (русскоязычная версия, созданная и рекомендованная МЦИКЖ).

Ф. и. о.

Дата заполнения _____

1. В целом Вы бы оценили состояние Вашего здоровья

(обведите одну цифру)

- Отличное 1
- Очень хорошее 2
- Хорошее 3
- Посредственное 4
- Плохое 5

2. Как бы Вы в целом оценили свое здоровье *сейчас* по сравнению с тем, что было *год назад*.

(обведите одну цифру)

- Значительно лучше, чем год назад 1
- Несколько лучше, чем год назад 2
- Примерно так же, как год назад 3
- Несколько хуже, чем год назад 4
- Гораздо хуже, чем год назад 5

3. Следующие вопросы касаются физических нагрузок, с которыми Вы, возможно, сталкиваетесь в течение своего обычного дня. Ограничивает ли Вас состояние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? Если да, то в какой степени?

(обведите одну цифру в каждой строке)

	Да, значительно ограничивает	Да, немного ограничивает	Нет, совсем не ограни- чивает
А. Тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятие силовыми видами спорта.	1	2	3
Б. Умеренные физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом, собирать грибы или ягоды.	1	2	3
В. Поднять или нести сумку с продуктами.	1	2	3
Г. Подняться пешком по лестнице на несколько пролетов.	1	2	3
Д. Подняться пешком по лестнице на один	1	2	3

пролет.

Е. Наклониться, встать на колени, присесть на корточки.	1	2	3
Ж. Пройти расстояние более одного километра.	1	2	3
З. Пройти расстояние в несколько кварталов.	1	2	3
И. Пройти расстояние в один квартал.	1	2	3
К. Самостоятельно вымыться, одеться.	1	2	3

4. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше физическое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего:
(обведите одну цифру в каждой строке)

	Да	Нет
А. Пришлось сократить <i>количество времени</i> , затрачиваемое на работу или другие дела.	1	2
Б. <i>Выполнили меньше</i> , чем хотели.	1	2
В. Вы были ограничены в выполнении <i>какого-либо определенного вида</i> работы или другой деятельности.	1	2
Г. Были <i>трудности</i> при выполнении своей работы или других дел (например, они потребовали дополнительных усилий).	1	2

5. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше эмоциональное состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего
(обведите одну цифру в каждой строке)

	Да	Нет
А. Пришлось сократить <i>количество времени</i> , затрачиваемого на работу или другие дела.	1	2
Б. <i>Выполнили меньше</i> , чем хотели.	1	2
В. Выполняли свою работу или другие дела не так <i>аккуратно</i> , как обычно	1	2

6. Насколько Ваше физическое и эмоциональное состояние в течение *последних 4 недель* мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе?

(обведите одну цифру)

Совсем не мешало 1
Немного 2

- Умеренно 3
- Сильно 4
- Очень сильно..... 5

7.Насколько сильную физическую боль Вы испытывали за последние 4 недели?

(обведите одну цифру)

- Совсем не испытывал(а) 1
- Очень слабую 2
- Слабую 3
- Умеренную 4
- Сильную 5
- Очень сильную..... 6

8.В какой степени боль в течение последних 4 недель мешала Вам заниматься Вашей нормальной работой (включая работу вне дома или по дому)?

(обведите одну цифру)

- Совсем не мешала 1
- Немного..... 2
- Умеренно 3
- Сильно..... 4
- Очень сильно 5

9.Следующие вопросы касаются того, как Вы себя чувствовали и каким было Ваше настроение в течение последних 4 недель. Пожалуйста, на каждый вопрос дайте один ответ, который наиболее соответствует Вашим ощущениям.

(обведите одну цифру)

	Все время	Большую часть времени	Часто	Иногда	Редко	Ни разу
А. Вы чувствовали себя бодрым (ой)?	1	2	3	4	5	6
Б. Вы сильнонервничали?	1	2	3	4	5	6
В. Вы чувствовали себя таким(ой) подавленным (ой)что ничто немогло Вас	1	2	3	4	5	6

взбодрить?

Г. Вы чувствовали себя спокойным(ой) и умиротворенным (ой)?	1	2	3	4	5	6
Д. Вы чувствовали себя полным (ой) сил и энергии?	1	2	3	4	5	6
Е. Вы чувствовали себя упавшим(ой) духом и печальным(ой)?	1	2	3	4	5	6
Ж. Вы чувствовали себя измученным(ой)?	1	2	3	4	5	6
З. Вы чувствовали себя счастливым(ой)?	1	2	3	4	5	6
И. Вы чувствовали себя уставшим(ей)?	1	2	3	4	5	6

10. Как часто за последние 4 недели Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с людьми (навещать друзей, родственников и т. п.)?

(обведите одну цифру)

- Все время 1
- Большую часть времени..... 2
- Иногда..... 3
- Редко..... 4
- Ни разу..... 5

11. Насколько **ВЕРНЫМ** или **НЕВЕРНЫМ** представляются по отношению к Вам каждое из ниже перечисленных утверждений?

(обведите одну цифру в каждой строке)

	Определенно верно	В основном верно	Не знаю	В основном неверно	Определенно неверно
а. Мне кажется, что я более склонен к болезням, чем другие	1	2	3	4	5
б. Мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых	1	2	3	4	5

в. Я ожидаю, что мое здоровье ухудшится	1	2	3	4	5
г. У меня отличное здоровье	1	2	3	4	5

Опросник имеет следующие шкалы:

1. Физическое функционирование (PF).
2. Ролевое (физическое) функционирование (RP).
3. Боль (P).
4. Общее здоровье (GH).
5. Жизнеспособность (VT).
6. Социальное функционирование (SF).
7. Эмоциональное функционирование (RE).
8. Психологическое здоровье (MH).

Все шкалы опросника объединены в 2 суммарных измерения – физический компонент здоровья (1 – 4 шкалы) и психический (5 – 8 шкалы).

Методика вычисления основных показателей по опроснику SF-36.

Показатели	Вопросы	Минимальное и максимальное значения	Возможный диапазон значений
Физическое функционирование (PF).	3а, 3б, 3в, 3г, 3д, 3е, 3ж, 3з, 3и, 3к.	10 – 30	20
Ролевое (физическое) функционирование (RP).	4а, 4б, 4в, 4г.	4 – 8	4

Показатели	Вопросы	Минимальное и максимальное значения	Возможный диапазон значений
Боль (P)	7, 8.	2 – 12	10
Общее здоровье (GH)	1, 11а, 11б, 11в, 11г.	5 – 25	20
Жизнеспособность (VT)	9а, 9д, 9ж, 9и.	4 – 24	20
Социальное функционирование (SF)	6, 10.	2 – 10	8

Эмоциональное функциональное (RE)	5а, 5б, 5в.	3 - 6	3
Психологическое здоровье (MH)	9б, 9в, 9г, 9е, 9з.	5 – 30	25