

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

**ҚАЗТЕП ИНСТИТУТЫ
МАГИСТРАТУРА**

6M050700-ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНДАҒЫ МЕНЕДЖМЕНТ

МАГИСТРЛІК ЖОБА

Жүрек-қан тамырлары ауруларына байланысты аурулардан болатын өлім-жітімді азайту жөніндегі шараларды жасына байланысты іс-шараларда бағалау.

Орындаушы _____ Тастемір Ғ.Қ. " ____ " _____ 2019 г.

/қолы/

/Ф.А.Ә./

Ғылыми жетекші доктор PhD _____ Ботабаева Р.Е.

/регалии/

/қолы//Ф.А.Ә./

" ____ " _____ 2019 г.

МАЗМҰНЫ

	НОРМАТИВТІК СІЛТЕМЕЛЕР	3
	АНЫҚТАМАЛАР	4
	БЕЛГІЛЕУЛЕР МЕН ҚЫСҚАРТУЛАР	7
	КІРІСПЕ	9
1	ХАЛЫҚТЫҢ ЖҮРЕК-ҚАН ТАМЫРЛАРЫ ПАТОЛОГИЯСЫНАН АУРУШАҢДЫҒЫ ЖӘНЕ ӨЛІМ- ЖІТІМІ	14
2	ҚАН АЙНАЛЫМЫ ЖҮЙЕСІ АУРУЛАРЫ КЛАСЫ БОЙЫНША ТҮРКІСТАН ОБЛЫСЫ МЕН ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ХАЛҚЫНЫҢ СЫРҚАТТАНУШЫЛЫҒЫН ТАЛДАУ	19
3	ТҮРКІСТАН ОБЛЫСЫ МЕН ҚАЗАҚСТАН ХАЛҚЫНЫҢ ӨЛІМІН ТАЛДАУ	22
4	ЖҮРЕК-ҚАНТАМЫР ПАТОЛОГИЯСЫНЫҢ АЛДЫН АЛУ БАҒДАРЛАМАСЫН ЕНГІЗУДІҢ ТИІМДІЛІГІ	26
	ҚОРЫТЫНДЫЛАР МЕН ҰСЫНЫСТАР	30
	ҚОРЫТЫНДЫ	34
	ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ	42
	ҚОСЫМША 1	52
	ҚОСЫМША 2	58

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- Система стандартов по информации ,библиотечному и издательскому делу. Библиографическая запись.Сокращение слов на русском языке. Общие требования и правила.

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

Инсульт-инфаркт немесе геморрагия ошағының қалыптасуымен 1 сағаттан астам сақталатын, немесе цереброваскулярлы патология салдарынан қысқа уақыт аралығында науқастың өліміне әкелетін ошақтық және/немесе жалпымемозгалық неврологиялық симптоматиканың кенеттен пайда болуымен сипатталатын ми қан айналымының жіті бұзылуы (ОНМК).

Ишемиялық инсульт – (ИИ) - ми тінінің некрозы (ми инфарктісі) ошағының дамуымен ми қан айналымының кенеттен шектелуі нәтижесінде ми қан айналымының жіті бұзылуы.

Миішілік қан құйылу (МҚК) – ми затына (паренхиматозды) және/немесе ми қабығының астына қан құйылу, церебральды тамырлардың патологиялық өзгерген қабырғаларының үзілуімен немесе диапедезмен байланысты.

Субарахноидальды қан құйылу – СҚК) - бас миы тамырларының немесе оның қабығының үзілуімен байланысты мидың ұқсас кеңістігіне қан құйылу.

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

Халықтың жүрек-қан тамырлары ауруларынан (ЖҚА) аурушандығы мен өлім-жітімінің төмендемейтін өсуі қоғамда едәуір адам шығыны мен экономикалық залал алып отырған елдегі ауыр демографиялық жағдайдың қалыптасуының маңызды факторларының бірі болып табылады.

ДДҰ мәліметтері бойынша, жүрек-қан тамыр аурулары Еуропалық аймақ халқының барлық өлімінің 49% - ын құрайды. ҚР үшін жүрек-қан тамыр жүйесінің патологиясы өте өзекті мәселе болып табылады, өйткені ересек тұрғындардың мүгедектігі мен өлім-жітімі жағдайларының жартысынан астамын анықтайды. ҚР-да жүрек-қан тамырлары ауруларынан еңбекке қабілетті халықтың өлімі қазіргі уақытта Еуроодақ бойынша ұқсас көрсеткіштен 4,5 есе артық.

Жүректің ишемиялық ауруының (ЖИА) әлеуметтік-гигиеналық зерттеулерінің өзектілігі оның таралуының, өлімінің, еңбекке қабілеттілігінің және мүгедектігінің уақытша жоғалуының жоғары деңгейімен анықталады, соның салдарынан қоғам үлкен экономикалық шығынға ұшырайды. Артериялық гипертензия бойынша емдеу-алдын алу мекемелерінде есепте науқастардың 4% - ға жуығы тұр, ал скринингтік зерттеулер мен репрезентативтік іріктеу деректері бойынша осы патологияның анықталуы шамамен 40% құрайды (В.П.Лупанов, Н.А.Павлов 2001; Р.Г. Оганов, 2002; И.В.Фомин, 2002; Е.А.Шарова, 2004; Л.В.Солохина, 2004).

Халықтың салауатты өмір салтын қалыптастыруға бағытталған жүрек-қан тамыр патологиясының алдын алу мәселелері үлкен маңызға ие. ЖҚА-дан аурушандық пен өлім-жітімді алдын алу іс-шараларын жүргізумен ұштастыра отырып емдеу әдістерін жақсарту жолымен төмендетуге болады (В.И.Стародубов, Н.П.Соболева, 2002; М.Ю.Потемкина, 2003).

Кейбір авторлардың зерттеулерінде аурудың пайда болу және оның шығу қаупін төмендетуде медициналық көмектің маңыздылығы мен алдын

алу және емдеу құралдарын пайдаланудың толықтығы ашылады.(Л.В.Чазова, 1984; И.Н.Денисов, 1995; Д.Ю.Платонов, 1995; В.А.Евдаков, 1995; А.М.Калинина и др., 1996; Ю.М.Поздняков, В.С.Волков и др., 2003).

90-жылдары жүргізілетін профилактикалық жұмыстың әлсіз тиімділігі бірнеше ұстанымдармен айқындалады: денсаулықты қорғау жөніндегі аумақтық бағдарламаларда алдын алуға жеткіліксіз көңіл бөлу, алдын алу бағдарламаларын бюджеттік қаржыландырудың төмендігі, алдын алу көмегінің ұйымдық құрылымының болмауы, медициналық алдын алу орталықтары мен емдеу-алдын алу мекемелерінің (ЕПМ) жұмысындағы өзара байланыстың нашарлығы, ЕПМ-де алдын алу жұмыстарының іс жүзінде болмауы, медициналық алдын алу мәселелері бойынша дәрігерлер мен орта медицина, сондай-ақ халықтың өз денсаулығын сақтауға ақпараттылығының төмендігі және мотивациясының жоқтығы.

Медициналық тексерулер арнайы патологияның 8-10% ғана анықтайды, санитарлық-ағарту жұмысының төмендігі адамдардың мінез-құлқын өзгертуге әкеп соқпайды. Сонымен қатар алдын алу үшін арнайы бөлінген дәрігерлік бару төмен деңгейде пайдаланылады. Қазіргі уақытта профилактикалық жұмысқа кедергі келтіретін маңызды факторлардың бірі осы жұмыс үшін экономикалық ынталандырудың болмауы болып табылады.

ҚР-да жүргізілген тәжірибелік алдын алу бағдарламаларының нәтижелері жүрек-қан тамырлары патологиясынан сырқаттанушылықты, өлім-жітімді және мүгедектікті табысты төмендету мүмкіндігін дәлелдеді. Профилактиканың кейбір ұйымдық компоненттерін жетілдіру қазіргі заманғы денсаулық сақтаудың өзекті медициналық-әлеуметтік проблемасы болып табылады. (Н.Г.Творогова, 1996; Л.В.Чазова, 1997).

Жоғарыда айтылғандарға байланысты зерттеудің мақсаты жүрек-қан тамыр патологиясының алдын алудың жаңа ұйымдастыру формаларын енгізу тиімділігін ғылыми негіздеу болып табылады.

Мақсатқа жету үшін келесі міндеттер қойылды:

1. Шымкент қаласы тұрғындарының 2010-2018 ж. ж. динамикасында алғаш анықталған аурушандықты және қаралу бойынша жүрек-қан тамыр патологиясымен аурушандығын зерттеу

2. 2010-2018 ж. ж. динамикадағы Шымкент қаласы халқының жүрек-қан тамырлары патологиясынан болатын өлім-жітім көрсеткіштерін талдау

3. Шымкент қаласы халқының жүрек-қан тамыр патологиясынан ерте өлім-жітімі салдарынан еңбек әлеуетінің шығындарына талдау жүргізу.

4. Эксперимент жағдайында жүрек-қан тамыр патологиясының алдын алу бағдарламасын іске асыру, жүрек-қан тамыр патологиясы бар науқастарға арналған оқыту мектептері жұмысының ұйымдастыру принциптерін апробациялау, оқыту мектептерінің медициналық-әлеуметтік тиімділігі мен экономикалық тиімділігін негіздеу.

Зерттеудің ғылыми жаңалығы алғаш рет: Шымкент қаласы тұрғындарының 8 жыл ішінде (2010- 2018 ж. Ж.) және жас-жыныстық жағынан алғашқы анықталған қан айналымы жүйесі ауруларымен сырқаттанушылықтың деңгейі мен ерекшеліктері зерттелді; Түркістан облысы мен ҚР халқының қан айналымы жүйесі ауруларынан өлім-жітім көрсеткіштері талданды, әр түрлі жас-жыныстық популяцияларда халықтың мезгілсіз өлуінен жүрек-қан тамырлары патологияларынан айырылуға есептелген:

- эксперимент жағдайында жүрек-қан тамырлары патологиясы бар халыққа алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсету бағдарламасы әзірленді және практикаға енгізілді;

-артериялық гипертензиясы және жүректің ишемиялық ауруы бар науқастарға арналған оқытатын мектептердің 4 ұйымдастырушылық-

функционалдық моделі сынақтан өткізілді. Олардың медициналық-әлеуметтік тиімділігі мен экономикалық тиімділігі негізделген.

Ғылыми-практикалық маңыздылығы зерттеу нәтижелері дайындықта қолданылған:

- Түркістан облысы Денсаулық сақтау министрлігінің 2003 жылғы 13 тамыздағы № 232 "Түркістан облысында артериялық гипертониясы бар науқастарға медициналық көмекті ұйымдастыруды жетілдіру жөніндегі шаралар туралы" бұйрығы.»;

- "Артериялық гипертониямен ауыратын науқастарға арналған Денсаулық Мектебі" дәрігерлеріне арналған ақпараттық-әдістемелік материалдар»;

-ҚР ДСМ 23.09.2002 ж. бекіткен "денсаулық сақтаудың бастапқы буынында артериялық гипертониясы бар пациенттерге арналған денсаулық мектептерін ұйымдастыру" ұйымдастыру-әдістемелік хаты.;

- Шымкент қ. ЕПМ денсаулық мектептері үшін дәрігерлерді тақырыптық даярлау және біліктілігін арттыру тьюторлық курстары.

Қорғауға шығарылатын негізгі ережелер:

1. Шымкент қаласындағы жүрек-қантамыр патологиясының эпидемиялық жағдайының критерийлері ретінде аурушандықтың деңгейі мен үрдістері.
2. Жүрек-қантамыр патологиясынан өлім-жітімнің жоғары көрсеткіштері және Түркістан облысы мен ҚР халқының уақытынан бұрын өлім-жітімі салдарынан еңбек әлеуетінің жоғалуы осы патологияның әлеуметтік маңыздылығын және осы науқастар контингентімен алдын алу жұмысын күшейту қажеттігін куәландырады.
3. Жүрек-қантамыр патологиясы бар науқастарға арналған оқыту мектептерінің түрлі ұйымдық үлгілерінің эксперимент жағдайында

апробацияны қамтитын қанайналым жүйесі ауруларының алдын алудың кешенді бағдарламасы.

1. ХАЛЫҚТЫҢ ЖҮРЕК-ҚАН ТАМЫРЛАРЫ ПАТОЛОГИЯСЫНАН АУРУШАҢДЫҒЫ ЖӘНЕ ӨЛІМ- ЖІТІМІ

Халықтың денсаулық жағдайы елдің экономикалық даму деңгейіне байланысты. Көптеген денсаулық проблемалары әлеуметтік тамырларға ие. 90-шы жылдары Қазақстан халқының сырқаттанушылығы мен өлім-жітімін арттыруға бейім факторлар, бірінші кезекте, экономикалық дағдарысты, халықтың өмір сүру деңгейінің төмендеуін, экологиялық қолайсыздық, халықтың үдемелі пісуін, қоғамның әлеуметтік бөлінуін, жұмыссыздықты, теңгерілмеген тамақтануды және оның сапасының нашарлауын және т.б. (О. П. Щепин, В. С. Нечаев, 1994, 1997; В. В. Гришин, А. А. Киселев және т. б.) деп санаған жөн.

Жүрек-қан тамырлары ауруларының едәуір таралуы, олардан жоғары өлім-жітім еңбекке қабілеттілікті уақытша жоғалтумен және мүгедектікпен байланысты орасан зор экономикалық шығындарды анықтайды (И. К. Швацабая, В. И. Метелица, 1971, И. К. Швацабая, 1976, 1986; Ю. П. Лисицын, 1973, В. А. Евдаков, 1983; 1995; 1996; А. Н. Ескерту.)

Көптеген жылдар бойы еңбекке қабілетті жастағы халықтың өлім-жітімі құрылымында бірінші орында жүрек-тамыр патологиясы тұр. ДДҰ бағалауы бойынша қан айналымы жүйесінің аурулары (1993 ж.) 10 млн. адамның (әлемдегі барлық өлім жағдайларының 19% - ға жуығы) өлімінің себебі болып табылады. Дамыған елдерде бұл аурулар шамамен 5,4 млн. адам (өлімнің барлық жағдайларының 4,7%), дамушы елдерде 4,2 млн. адам (өлімнің барлық жағдайларының 11%) (ДДҰ, Женева, 1995) өмір сүрді.

ЖИА - дан өлім-жітім көрсеткіштері әртүрлі елдерде кең көлемде- Жапонияда 100 000 адамға шаққанда 39,8-ден, Швецияда 367,3-ке дейін (В. К. Овчаров және т.б., 1982) ауытқиды. ДДҰ мәліметтері бойынша, жүрек-қан тамыр аурулары (СҚА) Еуропалық аймақтың барлық өлімдерінің 49% - ын құрайды. 1994-95 жылдары 65 жасқа дейінгі 100 000 тұрғынға шаққанда жүрек-қан тамырлары ауруларынан болатын өлім - жітімнің орташа көрсеткіштері Батыс Еуропада - 55, орталық және Шығыс Еуропа елдерінде - 144 және ТМД елдерінде-233 болды (ДДҰ. Копенгаген, 1992).

Қазақстанда жүрек-тамыр ауруларынан еңбекке қабілетті халықтың өлімі қазіргі уақытта Еуроодақ бойынша ұқсас көрсеткіштен 4,5 есе артық (Т. И. Стуколова, Г. П. Сквирская, 2001).

Бірақатар авторлардың деректері бойынша Қазақстанда жүрек-қан тамырлары ауруларынан болатын өлім-жітім көрсеткіші әлемнің басқа дамыған елдерінде осындай көрсеткіштерден едәуір асып түседі. Қазақстан Денсаулық сақтау реформаларының дамуымен ерекшеленетін 90-шы жылдардағы осы үдерістің серпіні туралы айтатын болсақ, Қазақстанда ҚҚА-дан өлім-жітім өсе берді, ал Батыс Еуропа мен АҚШ-тың көптеген елдерінде ол төмендеуде. Мәселен, АҚШ-та 70-ші жылдардың ортасынан 90 — шы жылдардың ортасына дейінгі кезеңде ЖИА мен мидан өлім тиісінше 51 және 60% - ға, ал барлық ЖҚА - 46% - ға, ал Қазақстанда керісінше, сол кезеңде ЖҚА-дан өлім-жітім 26% - ға, жүректің ишемиялық ауруынан (ЖИА) - 17% - ға, ал ми инсультінен (МИ) - 27% - ға (I. R.Bata, R. D. Gregor, 2000; r. Cifkova, Z. Skoda, et al., 2000; s. Giampoli, l. Palmieri, l. Pilotto et al., 2001; m. Madsen, et al., 2000; P. Marques-Vidal, 2000)

Батыс елдерінде ЖҚА-дан өлім-жітім деңгейінің төмендеуі ең алдымен аурулардың жаңа жағдайларының туындауының алдын алу салдарынан болды (I. R.Bata, 2000; P. Marques-Vidal, 2000). Бұл оң

өзгерістер батыс және Шығыс Еуропада жиілігі айтарлықтай ерекшеленетін (E. Ginter, 1998) халық арасында ССЗ тәуекелінің негізгі факторларының таралуының төмендеуімен байланысты. ЖИА тәуекелінің классикалық факторлары деңгейінің төмендеуі аурудың өзінің тәуекелін төмендетуге сенімді ықпал етеді (W.B. Kannel et al, 1976, 1990; h. r. Superco, R. M. Krauss, 1994).

Халықтың Бүкілодақтық санағына байланысты халықтың денсаулығын кешенді зерттеу материалдары бойынша (1979) ел қалаларында жүректің ишемиялық ауруының (ЖИА) таралу көрсеткіші 1000 халыққа шаққанда 106,9 құрады (В. К. Овчаров, В. А. Быстрова, 1982).

Жалпы аурушандық құрылымында медициналық тексерулердің деректерін есепке ала отырып, ЖИА барлық аурулардың 4,6% - ын құрады (А. А. Роменский және т. б., 1982). Артериялық гипертензияның (АГ) 140/90 мм-ден жоғары таралуы. Қазақстан халқының арасында эпидемиологиялық зерттеулердің деректері бойынша, айтарлықтай жоғары және 18-74 жастағы ерлерде 31-ден 39,2% - ға дейін және әйелдерде 37-ден 41,1% - ға дейін (В.С. Волков, Д. Ю. Платонов, 2001; В. В. Константинов, Г. С. Жуковский және т. б., 1991, 1994, 1997, 2001; С. А. Шальнова, А. Д. Деев және т. б. 1998, И. С. Фомин, В. Ю. Мореев және т. б., 2000).

Бұл ретте 40-60 жастағы жас топтарында айтарлықтай өсу байқалады, бұл жас құрамына ерекше назар аударуды талап етеді (В.С. Волков, И. С. Петрухин және т. б. 1999).

Шығыс Еуропа елдерінде АГ таралуы Қазақстандық деректерден ерекшеленеді (I. Comran Vasco, J.Vioque et al.- Алматы: "Мектеп" баспасы, 2007.К. Wolf et al, 1997; A. D. Stein et al, 2000).

Мысалы, көптеген отандық авторлардың мәліметтері бойынша (В. А. Нестеров, 1977; Ю. П. Лисицын, 1973, 1992; И. К. Шхвацабая және т.б., 1971, 1973, 1976) жүрек-тамыр аурулары 4-5, ал бірқатар қалаларда аурушаңдық құрылымында 2-3 орынды алады.

Жүрек-қантамыр ауруларымен сырқаттанушылық өсіп келеді және соңғы 5 жылда 22% - ға өсті, 1999 жылы 100 мың тұрғынға 13164,0 жағдайды құрады, 1995 жылы 100 мың тұрғынға 10632,9 қарсы. Бұл ретте өлім құрылымында СҚА үлесіне 54% келеді. Қан айналымы жүйесі ауруларынан болатын өлім себептерінің арасында оның құрылымын қалыптастыратын ЖИА (46,8%) және ОӘО (38,9%) (1999, 2000 жылдары Қазақстан Республикасы халқының денсаулық жағдайы туралы Мемлекеттік баяндама) басым.

Әйелдерде артериялық гипертонияның таралуы ерлерге қарағанда айтарлықтай жоғары (Т. Gordon et al., 1974; E. Agner, 1985; E. Vartiainen, P. Puska et al., 1994; C. Trenkwalder, J. H. Schwarz et al. 1995; U. Goldbourt, J. H. Medalie, 1997)

Елдің жасынан, жынысынан және географиялық орналасуынан, оның экономикалық дамуынан басқа, АГ-ның таралуына елді мекендер ТРІП әсер етуі мүмкін. Бірнеше зерттеушілердің қатарында ауылдық жерлерде АГ таралуы қалалық жерлерде тұратын (а. Kagan et al, 1974, 1980) тұрғындардан төмен (ерлер арасында да, әйелдер арасында да).

Алтай өлкесінің ауыл халқы арасында жүргізілген эпидемиологиялық зерттеулер ауылда артериялық гипертониямен тиімді емделген науқастар мүлдем жоқ екенін көрсетті (А. Н. Ұстара., 1996). Сонымен қатар зерттеушілер АГ мен білімнің таралу деңгейлері арасында тығыз тәуелділікті анықтаған жоқ (М. Miller, K. Konkell et al.(1995; J. Merlo, J. Ranstam et al, 1996).

Артериялық гипертония болып табылады маңызды жұқпалы емес эндемией айқындайтын құрылымын жүрек-қан тамырлары сырқаттанушылық пен өлім-жітімнің ретінде бірінші кезекте түрлерінің арасында аурушаңдық әлемнің көптеген елдерінде (Ю. Лисицын А., 1996; А. Н.Бритов, 1985; О. П. Щепин, А. Л. Линденбратен және т. б., 1996; С. Ж. Жуковский, В. В. Константинов және т. б. 1997, А. М. Калинин, Л. В. Чазова, 1998; Е. В. Ощепкова, 2002).

2. ҚАН АЙНАЛЫМЫ ЖҮЙЕСІ АУРУЛАРЫ КЛАСЫ БОЙЫНША ТҮРКІСТАН ОБЛЫСЫ МЕН ҚАЗАҚСТАНРЕСПУБЛИКАСЫ ХАЛҚЫНЫҢ СЫРҚАТТАНУШЫЛЫҒЫН ТАЛДАУ

Қанайналым жүйесінің аурулары халықтың мүгедектігі мен өлім-жітімінде, қоғамдық денсаулыққа зиян келтіретін елеулі рөл атқарады.

Түркістан облысы мен ҚР-ның барлық халқының өтініші бойынша соңғы 8 жылдағы (2010-2018 ж.ж.) динамикадағы сырқаттанушылық көрсеткіштерінің серпінін талдау халықтың жалпы сырқаттанушылығының өскенін куәландырады, бұл ретте Түркістан облысындағы көрсеткіштердің өсу қарқыны жалпы жас топтары бойынша ҚР-ға қарағанда төмен.

Түркістан облысы мен ҚР ересек халқының жалпы аурушаңдығын талдау (жүгінуі бойынша) соңғы 4 жылдағы динамикада (2010-2018 ж.ж.) Түркістан облысында да, сондай-ақ жалпы ҚР-да көрсеткіштердің өсуін куәландырады. Бұл ретте Түркістан облысында аурушаңдық талдаудың барлық жылдары жалпы Қазақстанге қарағанда төмен болып қалуда және (2018 жылы) 1000 тұрғынға шаққанда 951,0 құрады (ҚР - 1227,1).

Қанайналым жүйесінің аурулары барлық қалған аурулар сыныптарының арасында талдаудың барлық жылдарында ересек тұрғындардың науқастану құрылымында 2-ші дәрежелі орынды тұрақты алды. Олардың Түркістан облысындағы үлесіне (2018 ж.) аурушаңдықтың жалпы санының 15,1% келеді, ҚР-да бұл үлес 15,7% құрады.

Ересек тұрғындардың аурушаңдығы құрылымында бірінші орынды Түркістан облысында 22,2%, ҚР - 17,2% үлеске келген тыныс алу органдарының аурулары класы тұрақты алды.

Бұл көрсеткіштерден халық аурушаңдығы құрылымында келесі орындарды алатын аурулар кластары едәуір төмен: сүйек-бұлшық ет және дәнекер тіндерінің аурулары (Түркістан облысы мен ҚР тиісінше 6,9 және 8,5%).

8 жыл ішіндегі (2010-2018 ж.ж.) динамикадағы қан айналымы жүйесінің (барлық халық) сырқаттанушылық көрсеткіштерін талдау көрсеткіштердің Түркістан облысында да, жалпы ҚР да тұрақты өсуін куәландырады. Бұл ретте Түркістан облысындағы көрсеткіштердің өсу қарқыны жалпы ҚР-ға қарағанда төмен. Түркістан облысындағы көрсеткіштер ҚР-ға қарағанда біршама төмен және (2018 ж.) 1000 адамға шаққанда тиісінше 120,9 және 156,2 құрады.

Ересек тұрғындардың қан айналымы жүйесінің ауруларымен ауыруы Түркістан облысында 8 жыл ішіндегі динамикада, сонымен қатар жалпы ҚР-дағы сияқты өсті, бұл ретте көрсеткіштер Түркістан облысында талдаудың барлық жылдарында төмен қалды және 2018 жылы Түркістан облысында 143,4, ҚР 1000 ересек адамға шаққанда 193,0 құрады. Талдау кезеңіндегі көрсеткіштердің өсу қарқыны (2010-2018 ж.ж.) Түркістан облысында жалпы ҚР-ға қарағанда төмен (тиісінше 115,5 және 139,1).

Жасөспірімдерде қан айналымы жүйесі аурушаңдығы көрсеткіштерінің белсенді өсуін атап өткен жөн. Сонымен қатар, Түркістан облысында көрсеткіштердің өсу қарқыны (201-2017) ҚР-ға қарағанда біршама төмен (тиісінше 165 және 166,1%).

Балаларда (0-ден 14 жасқа дейін) сырқаттанушылық көрсеткіштерінің өсуі байқалды, бұл ретте жалпы ҚР бойынша бұл көрсеткіштер талдаудың барлық 8 жылы ішінде жоғары болды.

Қан айналымы жүйесі аурулары сыныбының ішінде ересек халықтың сырқаттанушылығы көрсеткіштерінің тереңдетілген талдауы бірінші орын жоғары қан қысымымен сипатталатын ауруларға жататынын көрсетті (Түркістан облысында 1000 ересек адамға шаққанда 43,8; ҚР - 55,8). Екінші орында жүректің ишемиялық ауруы (тиісінше 41,6 және 51,4% о); үшінші орында жүректің цереброваскулярлық аурулары (тиісінше 32,0 және 48,4% о). Төртінші орында эндартериит, тромбангиит (тиісінше 3,1 және 3,7%).

Түркістан облысының ересек халқының алғаш анықталған ауруы (2018 ж.) 1000 адамға шаққанда 460,3 құрады (ҚР-да бұл көрсеткіш 548,99 құрады).

Түркістан облысының және ҚР - ның ересек халқының алғаш анықталған сырқаттанушылығы құрылымында тыныс алу органдары ауруларының бірінші орнында 1000 адамға 177,1 (ҚР - 160,7), екінші орында жарақаттар, улану және сыртқы себептердің әсер етуінің басқа да салдары (Түркістан облысында-1000 адамға 66,9, ҚР-87,3).

Қанайналым жүйесінің аурулары Түркістан облысында (2018 ж.) ересек тұрғындардың алғаш анықталған аурушаңдығы құрылымында 8 рангалық орын алып, тиісті 1000 адамға 16,7 құрады (ҚР-да бұл аурулар да 8 рангтік орын алып, 22,3% құрады).

ТҮРКІСТАН ОБЛЫСЫ МЕН ҚАЗАҚСТАН ХАЛҚЫНЫҢ ӨЛІМІН ТАЛДАУ

Қазақстан Республикасының қазіргі демографиялық жағдайы халықтың азаюының тұрақты процесімен сипатталады және Түркістан облысы бұл тұрғыдан ерекшелік болып табылмайды.

Түркістан облысы халқының жалпы саны, Жалпы Қазақстан сияқты (абсолюттік мәндерде) 2010 ж. деңгейіне қатысты жыл сайын төмендеуде. 2018 ж. Түркістан облысында халық саны 6 млн. 410 мың адам деңгейіне жетті, Қазақстан бойынша - 145,2 млн. адам.

2010 жылғы деңгейге пайызбен көрсетілген 2010-2018 жылғы динамикадағы халық санының талдауы Түркістан облысы мен Қазақстандағы халық санының жыл сайынғы төмендеу үрдісін айқын растайды. Мысалы, 2018 жылы Түркістан облысы халқының саны 2010 жылмен салыстырғанда 97,4% - ды, Қазақстанда-98,2% - ды құрады, бұл біздің ойымызша, айтарлықтай дабыл сигналы болып табылады.

Түркістан облысының Денсаулық сақтау органдары үшін ең өткір проблема, тұтастай алғанда Қазақстан сияқты халықтың өлім-жітімі болып табылады. Мәселен, 2018 жылы Қазақстанда 2332 мың адам, Түркістан облысында 118,5 мың адам қайтыс болды.

Өлім шегінің жоғары деңгейі аясында халықтың өлім - жітімінің жыл сайынғы өсуінің жоғары қарқыны-бұл демографиялық жай-күй ғана емес, сонымен қатар Қазақстан мен Түркістан облысының Денсаулық сақтаудың қазіргі жай-күйінің ең маңызды проблемаларының бірі.

Жалпы өлім көрсеткіштерінің динамикасын талдау және бірқатар авторлардың іріктеп зерттеу нәтижелері психоәлеуметтік факторларды Қазақстандагі өлім-жітімнің күрт ауытқуының негізгі себептерінің бірі деп есептеуге негіз болады. Осы факторлардың жоғары деңгейімен өлім-жітімнің жоғары шегін түсіндіруге болады, оның аясында қоғамдағы әлеуметтік-экономикалық реформалардың салдары ретінде психоэмоционалдық факторлардан туындаған ауытқулар күрт бөлінеді. Алайда, бұл дәстүрлі қауіп факторлары (темекі шегу, алкогольді, есірткіні тұтыну, гиперхолестеринемия, артық дене салмағы, СҚА және т. б.) дегенді білдірмейді. БҒМ Халықаралық бағдарламасы шеңберінде зерттелетін факторлар) өлім-жітім көрсеткіштеріне әсер етпейді.

Жалпы мемлекеттік деңгейде өлім - жітім деңгейін төмендету проблемасын шешу жолдарының бірі елдің еңбекке жарамды халқының өмір сүру ұзақтығын арттыру проблемасы болып табылады, ал денсаулық сақтау жүйесі деңгейінде-өлім-жітімнің алдын алуға болатын себептері есебінен өлім-жітімді төмендету проблемасы болып табылады.

"Қазақстан статистикалық жылнамасы" (2018) деректері бойынша, Қазақстан халқының өмір сүру ұзақтығының динамикасы тұрақты төмендеу үрдісіне ие. 2018 ж. ерлердің орташа өмір сүру ұзақтығы 58,47 жасты (2010 ж. 58,27 жасқа қарсы), әйелдер -72,04 жасты (2010 ж. 71,7 жасқа қарсы) құрады.

2040 жылға қарай күтілетін өмір сүру ұзақтығының барынша ықтимал көрсеткіштерін анықтайтын Қазақстандагі демографиялық жағдайдың даму болжамының деректері бойынша (К. Д. Данишевский, А. В. Бобрик, 2003) қорытынды жасауға болады: біріншісі - күтілетін өмір сүру ұзақтығының болжамды деңгейі іс жүзінде 1991 жылғы деңгеймен салыстыруға болады, екіншісі-бұл деңгейге жетуге 30 жылдан астам уақыт қажет. Осыдан өлім себептерін зерттеу проблемасының, атап айтқанда,

Денсаулық сақтау үшін маңыздылығы туындайды - бұл халықтың өмір сүру ұзақтығын қысқартуға, оның ішінде өлім-жітімнің алдын алуға болатын себептердің төмендеуі есебінен әкелетін себептерді зерттеу.

Еуропа елдерінде әзірленген әдістемеге сәйкес алдын алуға болатын өлім-жітімге алдын алу деңгейіне байланысты 3 негізгі топқа бөлінген 24 себептен болатын өлім-жітім жатады (В. И. Стародубов, Ю. В. Михайлова, А. Е. Иванова және т.б., 2003).

Бірінші топқа бастапқы профилактикамен алдын алуға болатын өлім себептері жатады: өмір сүру салтының өзгеруі, әсіресе алкоголь мен темекіні тұтынуға қатысты; өмір сүру деңгейі мен сапасының артуы, жол қауіпсіздігін қамтамасыз ету және т. б.

Екінші топқа қайталама алдын алу, яғни ауруларды ерте диагностикалау және емдеу мүмкін болатын себептер жатады.

Үшінші топқа заманауи медициналық технологияларды пайдалана отырып, емдеу сапасын арттыра отырып, төмендетуге болатын себептер жатады

60 жасқа дейінгі жастағы өмір сүру ұзақтығын қысқартуға әкелетін өлім себептерінің басым бөлігін сарапшылар денсаулық сақтау күш-жігерінің алдын алуға болатын ретінде қарайды, бұл ретте медициналық көмекті жақсарту есебінен ғана емес, бірінші кезекте мінез-құлықтық қауіп факторларының алдын алу есебінен. Сондықтан осы өмір кезеңіндегі өлім-жітімнің осы себептерін жоюдың ықтимал ұтысын өмір сүру ұзақтығының өсу резервтері ретінде қарауға болады.

Алдын алуға болатын өлім-жітім тек әлеуметтік-экономикалық жағдайларға ғана емес, сонымен қатар алдын алуға, оның ішінде бастапқы және қайталама жағдайларға байланысты себептермен анықталады.

Халықтың алдын алуға болатын өлім-жітімі денсаулықты қорғаудың негізгі бағыттарын айқындау үшін бағдар болып табылады. 4.2. Түркістан облысы мен Қазақстан халқының жалпы өлім-жітімінің құрылымында қан айналымы жүйесі ауруларынан халықтың өлім-жітімі.

Өлім-жітімнің негізгі себептері бойынша халықтың жалпы өлім-жітімінің көрсеткіштерін талдау халық көп шығын әкелетін бағыттарды анықтауға мүмкіндік берді.

Зерттеу көрсеткендей, Түркістан облысындағы өлім-жітім себептерінің барлық сыныптары бойынша өлім-жітімнің жиынтық көрсеткіші (2018 ж.) 100 мың тұрғынға шаққанда 1850,5 құрады, сол көрсеткіш Қазақстан бойынша біршама төмен болды (1632,1).

Мәселен, Түркістан облысының 100 мың ер адамдарына (2018 ж.) 2152,2 өлім, Қазақстан бойынша 1872,1 өлім келді. Әйелдердің популяциясы бойынша көрсеткіштер төмен және тиісінше Түркістан облысы бойынша 1597,7 өлімді және Қазақстан бойынша 1421,7 өлімді құрады.

4. ЖҮРЕК-ҚАНТАМЫР ПАТОЛОГИЯСЫНЫҢ АЛДЫН АЛУ БАҒДАРЛАМАСЫН ЕНГІЗУДІҢ ТИІМДІЛІГІ

Тек науқасты емдеу арқылы ғана денсаулыққа қол жеткізу тұжырымдамасы өзін ақтамады және соңғы жылдары халықтың денсаулық жағдайының айтарлықтай нашарлауы-оның дәлелі. Практикалық медицинаның басты назарында тек науқас қана емес, сау адам болуы керек. Біздің елімізде аурушаңдық пен өлім-жітімнің қазіргі заманғы құрылымының ерекшеліктері дені сау адамдардың денсаулығын сақтауға басымдық береді. Денсаулық сақтаудың осы проблемасын шешудің нақты жолы — бұл профилактикалық бағыттылықты іске асыру, бұл учаскелік дәрігерлердің, жалпы практика дәрігерлері мен жалпы практика мейірбикелерінің ажырамас және басым бөлігі болып табылады.

Жүрек-қан тамырлары ауруларының медициналық-әлеуметтік маңыздылығын ескере отырып, Қазақстан Республикасының 2001 жылғы 17 шілдедегі № 540 "Қазақстанғы артериялық гипертонияның алдын алу және емдеу" федералдық мақсатты бағдарламасын бекітті.

Бағдарламаны федералдық және аймақтық деңгейде іске асырудың тиімділігі мыналарға байланысты: - артериялық қысымы жоғары адамдарды анықтаудың белсенді нысандарын (оқушыларды, халықтың ұйымдастырылған топтарын тексеру және т.б.) пайдалануға; - осы жұмысқа фельдшерлер мен медбикелерді тарта отырып, жүрек-қан тамырлары патологиясы жоғары қаупі бар науқастарды диспансерлік бақылауды ұйымдастыруға; - жүрек-қан тамырлары ауруларының алдын алу мәселелері бойынша фельдшерлер мен мейірбикелердің барлық деңгейлерінде дайындығын жақсартуға.

Осы мақсатта біз базалық аумақтардың ЕПМ-де жүрек-тамыр ауруларының бірқатар мақсатты алдын алу бағдарламаларын әзірледік.

Базалық ЕПМ-де жүрек-қантамыр жүйесі аурулары бар пациенттерді уақтылы анықтау және барабар бақылау үшін біз "гипертензиялық аурудың алдын алу бағдарламасы және ЖИА" практикасына енгіздік, ол негізінен еңбекке қабілетті жастағы адамдарға жергілікті скрининг жүргізу, қауіп топтарын бөлу, жаңадан анықталған пациенттерді ұтымды емдеу және алдын алу.

Біздің қатысуымен әзірленген бағдарлама шеңберінде өлім-жітім деңгейін, мүгедектікті, уақытша еңбекке жарамсыздық мерзімін, қан айналымы органдары ауруларының себептері бойынша емдеуге жатқызу жиілігін төмендетуге бағытталған іс-шаралар кешені жүзеге асырылды. Гипертензиялық аурудың алдын алу бағдарламасы мен ЖИА мыналарды қамтиды: қауіп тобындағы адамдарды анықтау және динамикалық бақылау; жалпы практика дәрігері мен емхананың кардиолог дәрігері АГ және ЖИА науқастарына арналған оңалту жоспары мен бағдарламасын әзірлеу және жүзеге асыру; қанайналым жүйесінің созылмалы аурулары бар пациенттерді "Гипертензивтік ауру" және "жүректің ишемиялық ауруы" мектептерінде оқыту; диагнозды верификациялау үшін қазіргі заманғы диагностикалық технологияларды (СМАД, ЭХО-КГ, ЭКГ, ВЭМ, ЧПЭС холтерлік мониторингілеу) уақтылы пайдалану; ЖИА, ГБ-пен ауыратын науқастарды қадағалауда учаскелік дәрігерлер, жалпы практика дәрігерлері, кардиолог және күндізгі стационар дәрігері арасында сабақтастық қағидаттарын сақтау; стационарды алмастыратын технологиялардың мүмкіндіктерін кеңейту; бекітілген халықпен белсенді санитариялық-ағарту жұмысы. Осы бағдарламаны іске асыру кезеңдері ретінде: сауалнама жүргізу арқылы еңбекке қабілетті халықтың бастапқы скринингі; бақылау топтарын қалыптастыру (ЖИА, артериялық гипертензия - АГ науқастар, қауіп факторлары бар пациенттер); ЖИА, АГ

науқастары мен қауіп тобындағы пациенттерді Жалпы клиникалық және арнайы тексеру; бақылаудың әрбір тобы үшін бастапқы, екінші, үшінші алдын алу іс-шараларын жүзеге асыру; алынған деректерді мерзімді талдау және ЖИА, АГ науқастарын емдеу мен бақылаудың тиімділігін бақылау жүзеге асырылды.

Осы бағдарламаны іске асыруға базалық ЕАМ-ге жалпы практика дәрігерлері (ЖТД) тартылды, бұл ретте бастапқы скринингті жалпы практика медбикелері жүргізеді. Патология анықталған жағдайда науқас диагнозды верификациялау немесе қауіп факторларының болуын растау үшін ЖТД-ға қарауға шақырылды. Қажет болған жағдайда кеңесші ретінде емхананың кардиологы тартылды.

Зерттелетін контингент ретінде 35-60 жастағы ерлер тобы анықталды. Бұл 2010 жылғы деректер бойынша еңбекке қабілетті жастағы жүрек — қан тамырлары жүйесі ауруларынан қайтыс болғандардың арасында ерлердің басым бөлігін-83% құрағанына, ал әйелдермен салыстырғанда ерлер өлім-жітімінің деңгейі 4,9 есе жоғары болуына байланысты.

2000-2018 ж. ж. ішінде базалық ЕПМ-де осы бағдарлама бойынша 1852 адам тексерілді. Тексерілген пациенттердің 42,3%-ы екінші алдын алудың белсенді іс-шараларын талап ететін жүрек-қан тамырлары жүйесінің патологиясына ие болды, бұл ретте олардың шамамен жартысы ешқашан дәрігерге ешқандай шағым берген жоқ. Тәуекел тобында ең үлкен үлесті 45-54 жастағы тұлғалар (30,5% о), 40-44 жастағы топта - 25,7%), 50-54 жастағы тұлғалар - 23,4% құрады; тәуекел тобындағы тұлғалардың ең аз үлесі 55-59 жастағы (17,8%) және 35 40 жастағы (21,6%) болды. Дені сау балалар 35-40 жас тобында (55,3%) басым болды. Тәуекел тобымен диагностиканың қосымша зертханалық және аспаптық әдістерін жүргізгеннен кейін динамикалық бақылау арқылы учаскелік дәрігерлер

мен жалпы практика дәрігерлері жұмыс істеді. Бұл топты, негізінен, жұмыс істейтін ер адамдар құрады, олар маңызды түсіндіру жұмыстарын және тұрақты профилактикалық іс-шаралардың қажеттілігіне сенуді талап етті. Тұрақты динамикалық бақылау (2001-2018 ж.ж.) 254 пациентке жүзеге асырылды. Пациенттердің осы тобы үшін біз арнайы бақылау төлқұжатын әзірледік, онда гемодинамика, дене салмағы, липид алмасуы, қауіп факторларының айқындылығы (темекі шегу, гиподинамия, ұтымсыз тамақтану және т.б.) ескерілді. Қауіп факторлары паспортының динамикасын жалпы практика мейірбикелері қадағалады, ал жағдай нашарлаған жағдайда пациенттер ЖТД-ға жіберілді. Тәуекел тобына кіретін пациенттердің шамамен 35% - ы профилактикалық дәрі-дәрмектік ем алды (дезагреганттар, гиполипидемиялық препараттар).

ҚОРЫТЫНДЫЛАР МЕН ҰСЫНЫСТАР

1. Соңғы 8 жылда (2010-2018 ж.ж.) Түркістан облысында қан айналымы жүйесі аурулары сыныбы бойынша халықтың сырқаттануы өсу үрдісі болды, бұл ретте Түркістан облысында көрсеткіштердің өсу қарқыны жалпы ҚР-ға қарағанда төмен. Қанайналым жүйесінің аурулары Түркістан облысы мен ҚР жалпы аурушаңдық құрылымында 2-ші дәрежелі орынға ие болды және тиісінше (2018 ж.) Түркістан облысында 1000 халыққа шаққанда 120,9 (ҚР - 156,2) құрады; ересек тұрғындар үшін бұл көрсеткіштер тиісінше 143,4 және 193,0% құрады. Түркістан облысында қанайналым жүйесінің алғаш анықталған аурушаңдығының көрсеткіштері ҚР-ға қарағанда төмен және 2018 жылы 1000 ересек адамға шаққанда тиісінше 16,7 және 22,3 құрады.

2. Түркістан облысындағы халықтың жалпы өлім-жітімі (2018 ж.) ҚР халқының жалпы өлім-жітімінен жоғары. Түркістан облысында ол 1000 адамға шаққанда 18,5, ҚР - да-16,5 құрады. Түркістан облысының 100 мың тұрғынына (2018 ж.) 1850,5 өлім, ҚР бойынша-1632,1 өлім келді.

Түркістан облысы мен ҚР халқының жалпы өлім-жітімінің құрылымында (2018 ж.) бірінші дәрежелі орын қан айналымы жүйесі ауруларынан болатын өлім-жітім болды. Өлімнің стандартталған көрсеткіштері Түркістан облысында 100 мың халыққа шаққанда 904,0 құрады (ҚР -831,9). Бұл ретте ерлерде бұл көрсеткіштер әйелдерге қарағанда 1,7 есе жоғары және Түркістан облысында тиісті 100 мың адамға шаққанда 1186,6 және 710,1 құрады (ҚР - 1098,1 және 649,4).

3. Қан айналымы жүйесі ауруларынан еңбек қабылеттілігін жоғалту жарақаттан, уланудан және сыртқы себептердің әсер етуінің басқа да салдарынан кейін ерлер мен әйелдер арасында екінші дәрежелі орынға ие. Әйелдер популяциясындағы қан айналымы органдары аурулары класында (2018 ж.) 20-54 жас аралығындағы топта Түркістан облысында тиісті жастағы 1000 әйелге шаққанда 26,9 жасты құрады (ҚР - 26,6). 20-59 жас

аралығындағы ерлер популяциясында тиісті көрсеткіштер 4 есе дерлік жоғары және тиісінше 105,2 және 94,5 жылды құрады.

Түркістан облысында ерлер популяциясындағы ӨСҰЖЖ көрсеткіштері жалпы ҚР-ға қарағанда, барлық жас топтарында және әсіресе жұмысқа қабілетті жастағы (20-59 жас) ерлерде жоғары болды.

Қан айналымы жүйесінің ауруларына байланысты мерзімінен бұрын өлім-жітімнен еңбек қабілеттілігін жоғалуын төмендету үшін бірқатар мемлекеттік міндеттерді шешу қажет, сонымен қатар денсаулық сақтаудың алдын алу бағыттылығы сөзсіз міндеті болуы тиіс медициналық құрамдауыш маңызды.

4. Негізгі ЕПМ-де артериялық гипертензияның бастапқы алдын алу бағдарламасын іске асыру 5 жыл ішінде (1998-2018 ж.ж.) еңбекке қабілетті жастағы адамдар арасында қан айналымы органдары ауруларынан болатын өлім-жітім көрсеткішін 5,2% - ға азайтуға мүмкіндік берді. Талдау кезеңінде еңбекке уақытша жарамсыздық жағдайларының саны 12,0%-ға төмендеді, жүрек-қантамыр патологиясы бойынша еңбекке жарамсыздық орташа мерзімдері қысқарды (20,9-дан 17,6 күнге дейін), еңбекке жарамды жастағы адамдардың мүгедектікке алғашқы шығуы азайды (10 мың адамға 15,7-ден 14,7-ге дейін).

5. Тыңдаушылардың әлеуметтік сауалнамасы емделушілердің 98,3% - ы өз денсаулығына оң баға бергенін көрсетті. Алкогольді сусындарға деген өз көзқарасын негізгі топта 8,1% - ға және бақылау топтарында 3,6% - ға қайта қарады; ас тұзын тұтынуды қысқартты (тиісінше 34,6 және 9,1%); дене белсенділігін арттырды (23 және 4,4%), дене салмағын төмендетті, бұл ретте Кетле индексі 30-дан төмен болды (негізгі топта 5,7% - ға, бақылау 1,7% - ға). Емделушілердің 91,6% - ы адымда оқығаннан кейін күн сайын АҚ деңгейін бақылайды; Науқастардың 85,3% гипотензивті препараттарды тұрақты қабылдай бастады, бұл ретте бір қадамға

оқытылған науқастардың 75,3% - ы ұзақ әсерлі дәрілік препараттарды тұрақты қабылдай бастады.

6. АГМде оқыған пациенттердің негізгі тобында жүргізілген клиникалық-функционалдық зерттеулер АГМде оқығаннан кейін 12 айдан кейін сол қарынша миокардының тіркелетін гипертензиясы бар науқастардың үлесі 9,7% - ға азайғанын көрсетті, бұл "жаңа буын" гипотензиялық препараттарын қабылдаумен байланысты; науқастардың 11,4% - ында көз түбіндегі қан тамырларының жай-күйі жақсарғанын; холестерин деңгейі жоғары науқастардың саны 4% - ға қысқарғанын; науқастардың 7,3% - ында микроальбинурия төмендегенін көрсетті. Бақылау тобында осы көрсеткіштердің оң серпіні өте аз немесе олардың нашарлауы орын алды.

7. Жалпы дәрігерлік практика жағдайында мектеп қызметінің ұйымдастыру-функционалдық моделінің эксперимент жағдайында жұмыс істеу кезінде мектептер жұмыс істеген кезеңде (1999-2018 ж.ж.) күндер санын және уақытша еңбекке жарамсыздық жағдайларын азайтуға (тиісінше 16,5% және 14,0% - ға) мүмкіндік берді. Жүрек-қан тамыр патологиясы бойынша науқастарды емдеуге жатқызу жиілігі 73,3% - ға төмендеді; экономикалық әсер 888,1 мың теңгені құрады. Жедел медициналық жәрдем шақыруларының саны 12,7% - ға қысқарды; экономикалық нәтиже 222,2 мың теңгені құрады.

8. ЖҚА алдын алу бағдарламаларын іске асыру үшін профилактикалық жұмыстың ұйымдық нысандарын жетілдіру қажет: медициналық алдын алу орталығын (бөлімшесін) құру; ЖҚА бар науқастарға арналған мектептерді енгізуді жандандыру. АПМ, өнеркәсіптік кәсіпорындардың МСБ, ауруханалық мекемелердің КС базаларында мектептерді ұйымдастыру орынды.

9. Мектеп қызметінің тиімділігін арттыру дәрігерлер мен орта медициналық қызметкерлерді кәсіби даярлауды талап етеді. Мектептер жұмысында жалпы практика дәрігерлері мен мейірбикелерін пайдалану орынды.

10. Профилактикалық бағдарламаларды дамыту мақсатында мыналарды қамтамасыз ету қажет: АГ және ЖИА-мен тәуекел тобындағы адамдарды ерте анықтауды ұйымдастыру; профилактикалық, диагностикалық, оқыту және емдеу технологияларын жүргізуге жүйелі көзқарас; профилактикалық іс-шараларды енгізудің медициналық-әлеуметтік және клиникалық тиімділігіне мониторинг жүргізу.

ҚОРЫТЫНДЫ

ДДҰ мәліметтері бойынша, жүрек-қан тамыр аурулары Еуропалық аймақ халқының барлық өлімінің 49% - ын құрайды. ҚР үшін жүрек-қан тамыр жүйесінің патологиясы өте өзекті мәселе болып табылады, өйткені ересек тұрғындардың мүгедектігі мен өлім-жітімі жағдайларының жартысынан астамын анықтайды.

ҚР-да жүрек-қан тамырлары ауруларынан еңбекке қабілетті халықтың өлімі қазіргі уақытта Еуроодақ бойынша ұқсас көрсеткіштен 4,5 есе артық.

Артериялық гипертензия (АГ) мен жүректің ишемиялық ауруы (ЖИА) әлеуметтік-гигиеналық зерттеулерінің өзектілігі кең таралудың, өлім-жітімнің, еңбекке қабілеттіліктің уақытша жоғалуының және мүгедектіктің жоғары деңгейімен анықталады, соның салдарынан қоғам үлкен экономикалық шығынға ұшырайды.

Халықтың салауатты өмір салтын қалыптастыруға бағытталған жүрек-қан тамыр патологиясының алдын алу мәселелері үлкен маңызға ие. ЖҚА-дан аурушандық пен өлім-жітімді емдеу әдістерін жақсарту, алдын алу іс-шараларын жүргізумен үйлесімде қауіп факторларын түзету жолымен төмендетуге болады.

ҚР-да орындалған тәжірибелік алдын алу бағдарламаларының нәтижелері коронарлық патологиядан сырқаттанушылық, өлім-жітім және мүгедектік деңгейін табысты төмендету мүмкіндігін дәлелдеді. Профилактиканың кейбір ұйымдық компоненттерін жетілдіру қазіргі заманғы денсаулық сақтаудың өзекті медициналық-әлеуметтік проблемасы болып табылады.

Біз Шымкент қаласындағы жүрек-қан тамыр патологиясының эпидемиялық жағдайының критерийлері ретінде аурушандық деңгейі мен тенденциясын зерделедік.

Түркістан облысы мен ҚР барлық халқының соңғы 8 жылдағы (2010-2018 ж.ж.) динамикадағы жүгінуі бойынша аурушандық көрсеткіштерін

талдау халықтың жалпы аурушандығының өсуін көрсетті, бұл ретте Түркістан облысындағы көрсеткіштердің өсу қарқыны жалпы жас топтары бойынша ҚР-ға қарағанда төмен.

Бұл ретте, Түркістан облысында аурушандық талдаудың барлық жылдарында ҚР - ға қарағанда жалпы төмен болып қалып отыр және 2018 жылы 1000 адамға шаққанда 951,0 құрады (ҚР-1227,1).

Қанайналым жүйесінің аурулары барлық қалған аурулар сыныптарының арасында талдаудың барлық жылдарында ересек тұрғындардың науқастану құрылымында 2-ші дәрежелі орынды тұрақты алды. Олардың үлесіне Түркістан облысында (2018 ж.) сырқаттанушылықтың жалпы санының 15,1% - ы, ҚР-да-15,7% - ы келді.

Қан айналымы жүйесі аурулары сыныбының ішінде ересек халықтың сырқаттанушылығы көрсеткіштерінің тереңдетілген талдауы бірінші орын қан қысымының жоғарылауымен сипатталатын ауруларға жататынын көрсетті (Түркістан облысында 1000 ересек адамға шаққанда 43,8; ҚР-55,8). Екінші орында жүректің ишемиялық ауруы (тиісінше 41,6 және 51,4% о); үшінші орында жүректің цереброваскулярлық аурулары (тиісінше 32,0 және 48,4% о). Төртінші орында эндартериит, тромбангиит (тиісінше 3,1 және 3,7%).

Алғаш рет анықталған Түркістан облысының ересек халқының науқастануы (2018 ж.) тиісті 1000 адамға шаққанда 460,3 құрады (ҚР бұл көрсеткіш 548,99 құрады). Қанайналым жүйесінің аурулары Түркістан облысында (2018 ж.) ересек тұрғындардың алғаш анықталған аурушандығы құрылымында 8 дәрежелік орынға ие болды және 1000 адамға шаққанда 16,7 құрады (ҚР-да бұл аурулар да 8 дәрежелік орынға ие болды және 22,3% құрады).

Жалпы ҚР көрсеткіштерімен салыстырғанда, Түркістан облысы халқының қан айналымы жүйесі аурушандығының (жүгінуі бойынша және алғаш анықталған) төмен көрсеткішін атап өткен жөн. Бұл белгілі бір

шамада осы патологияның төмендігі мен анықталмауымен, сондай-ақ облыс тұрғындарына медициналық қызметтердің нашар қол жетімділігімен түсіндіруге болады.

Зерттеу барысында жүрек-қан тамыр патологиясынан өлім-жітімнің және Түркістан облысы мен ҚР халқының уақытынан бұрын қайтыс болуы салдарынан еңбек әлеуетінің жоғалуының жоғары көрсеткіштері анықталды.

Талдау көрсеткендей, халықтың жалпы санының төмендеуінің тұрақты серпіні аясында Түркістан облысында да, тұтастай алғанда ҚР-да өлім-жітімнің өсу үрдісі байқалады. 2018 жылы Түркістан облысында өлім - жітім көрсеткіші 1000 адамға шаққанда 18,5 құрады, бұл ҚР бойынша өлім-жітім деңгейінен 1000 адамға шаққанда 16,3 жоғары.

Түркістан облысы бойынша барлық аурулар сыныптары бойынша өлім себептерінің жиынтық көрсеткіші (2018 ж.) ҚР бойынша осы көрсеткіштен біршама асып түсті.

Өлім-жітім құрылымында бірінші дәрежелі орынды Түркістан облысында да, ҚР-да да қан айналымы жүйесі аурулары алады. 2018 жылы Түркістан облысында қан айналымы жүйесі ауруларынан болатын өлім — жітімнің стандартталған көрсеткіштері 1000 адамға шаққанда 904,0 құрады (ҚР-831,9). Ерлерде бұл көрсеткіш әйелдерге қарағанда 1,7 есе жоғары және Түркістан облысында тиісті 100 мың адамға шаққанда 1186,6 және 710,1 құрады (ҚР - 1098,1 және 649,4).

Біз еңбек қабылеттілігін жоғалтуға және халықтың уақытынан бұрын өлім-жітімі салдарынан болатын шығындарға талдау жүргіздік.

Еңбек әлеуетінің жоғалуын бағалау үшін әлеуетті өмірдің жоғалған жылдарының көрсеткіші қолданылды. Ерлер мен әйелдердің популяциялары бойынша, жас топтары бойынша (15 жасқа дейін, 15-19 жасқа дейін), сондай-ақ ерлер (20-59 Жас) мен әйелдер (20-54 жас)

Айта кету керек, "тірі қалудан" үлкен шығын барлық аурулар сыныптары бойынша өлім себептері бойынша ерлер популяциясы әкеледі.

Қан айналымы жүйесі ауруларының класы жарақат, улану сыныбынан кейінгі еңбек әлеуетінің жоғалу құрылымында екінші дәрежелі орынға ие және сыртқы себептердің әсер етуінің басқа да салдары. Екінші дәрежелі орын балалардан басқа, барлық жас топтарында ерлер мен әйелдер популяцияларында байқалады.

Қанайналым жүйесі ауруларының класында ерлерде барлық жас тобындағы әйелдерге қарағанда 3-4 есе жоғары. 2018 ж. 20-54 жас аралығындағы қан айналымы жүйесі ауруларының класында ШГПЖ әйелдер популяциясында Түркістан облысында тиісті жастағы 1000 әйелге шаққанда 26,9 жасты құрады (ҚР - 26,6). 2018 ж. 20-59 жас аралығында Түркістан облысында тиісті жастағы 1000 ер адамға шаққанда 105,2 құрады (ҚР — 94,5).

Жалпы өлім-жітімнің жоғары деңгейі (1-ші дәрежелі орын) аясында қанайналым жүйесі ауруларына байланысты "өмір сүрмеу" бойынша шығындар осы себептер сыныбы бойынша халықтың қанайналым органдары ауруларынан болатын шығынының қысқаруы - бұл мемлекеттік маңызы бар бірінші кезектегі бағыт екенін куәландырады.

Қан айналымы жүйесінің ауруларына байланысты ерте өлім-жітім салдарынан халықтың шығындарын төмендету үшін бірқатар мемлекеттік міндеттерді шешу қажет, сонымен қатар денсаулық сақтаудың алдын алу бағыты сөзсіз міндеті болуы тиіс медициналық құрамдауыш маңызды.

Зерттеу барысында жүрек-қан тамырлары ауруларымен ауыратын науқастарға арналған білім беретін мектептердің түрлі ұйымдық үлгілерінің эксперимент жағдайында апробацияны қамтитын қан айналымы жүйесі ауруларының алдын алудың кешенді бағдарламасы пысықталды.

Жүрек-қан тамыр жүйесі ауруларымен ауыратын науқастарды уақтылы анықтау және барабар бақылау үшін біздің қатысумен базалық ЕПМ-де негізінен еңбекке қабілетті жастағы адамдарға іріктемелі

скринингтік зерттеулер жүргізу, қауіп топтарын бөлу, жаңадан анықталған науқастарды тиімді емдеу және алдын алу кіретін "АГ және ЖИА алдын алу бағдарламасы" практикасына енгізілді.

Әзірленген бағдарлама шеңберінде өлім-жітім деңгейін, мүгедектікті, уақытша еңбекке жарамсыздық мерзімін, қан айналымы жүйесі ауруларының себептері бойынша емдеуге жатқызу жиілігін төмендетуге бағытталған іс-шаралар кешені жүзеге асырылды.

Профилактикалық іс-шаралар бағдарламасы:

- тәуекел тобындағы адамдарды анықтау және динамикалық бақылау;
- АГ және ЖИА науқастарына арналған оңалту жоспары мен бағдарламасын жалпы практика дәрігері және емхананың кардиологы әзірлеу және жүзеге асыру;
- "гипертензиялық ауру" және "жүректің ишемиялық ауруы" мектептерінде қанайналым жүйесінің созылмалы аурулары бар пациенттерді оқыту»;
- диагнозды верификациялау үшін заманауи диагностикалық технологияларды (СМАД, ЭХО-КГ, ЭКГ, ВЭМ, ЧПЭС холтеровтық мониторингілеу) қолдану;
- учаскелік дәрігерлер, жалпы практика дәрігерлері, кардиолог және күндізгі стационар дәрігері арасында ЖИА, АГ-мен ауыратын науқастарды бақылаудағы сабақтастық принциптерін сақтау;
- стационарды алмастыратын технологиялардың мүмкіндіктерін кеңейту;
- бекітілген халықпен белсенді санитариялық-ағарту жұмысы •

2000-2018 жылдары базалық ЕПМ - де осы бағдарлама бойынша 1852 адам тексерілді. ЖҚА-дан ерлердің өлім-жітімін ескере отырып (әйелдерге қарағанда 4,9 есе жоғары), зерттелетін контингент 35-60 жастағы ерлер тобын қамтыды. Зерттеу бағдарламасы сауалнамадан және

одан әрі белсенді тексерілуден тұрды. Тексерілген пациенттердің 42,3%-ы екінші алдын алудың белсенді іс-шараларын талап ететін жүрек-қан тамырлары жүйесінің патологиясына ие болды, бұл ретте олардың шамамен жартысы ешқашан дәрігерге ешқандай шағым берген жоқ. Тәуекел тобы 27,3% - ды, сау адамдардың үлесі-30,4% - ды құрады.

Базалық ЕПМ-де артериялық гипертензияның алдын алу бағдарламасын іске асыру 2 жыл ішінде (2001-2018 ж.ж.) еңбекке қабілетті жастағы адамдар арасында қан айналымы органдары ауруларынан болатын өлім-жітім көрсеткішін 5,2% - ға азайтуға мүмкіндік берді. Талдау кезеңінде еңбекке уақытша жарамсыздық жағдайларының саны 12,0%-ға төмендеді, жүрек-қан тамыр патологиясы бойынша еңбекке жарамсыздық орташа мерзімдері 20,9-дан 17,6 күнге дейін қысқарды, еңбекке жарамды жастағы адамдардың мүгедектікке алғашқы шығуы 10 мың адамға 15,7-ден 14,7-ге дейін азайды; ЖИА бойынша мүгедектерді оңалту үлесі 5,8-ден 6,6% - ға дейін өсті.

Зерттеу барысында біз эксперимент жағдайында жүрек-қан тамыр патологиясы бар науқастарға арналған оқыту мектептерінің: аумақтық желінің амбулаториялық-емханалық мекемелері (Түркістан облысы Щелково қ.), өнеркәсіптік кәсіпорындар (Түркістан облысы), күндізгі стационары бар ауруханалық мекемелер және жалпы дәрігерлік практикаға АПМ толық көшу жағдайында амбулаториялық-емханалық мекемелер базасында 4 ұйымдастыру-функционалдық моделдерін сынақтан өткіздік.

АГ мектеп дәрігерлеріне арналған оқыту арнайы әзірленген бағдарлама бойынша жүргізіледі. Терапевтер мен кардиолог Дәрігерлермен тақырыптық дәрістер мен практикалық сабақтар МОКЦ базасында 1999 жылдан бастап, ал 2018 жылдан бастап ҚР ДСМ ПМ ГНИЦ дәрігерлерінің біліктілігін арттыру тьюторлық курстарында өткізіледі.

АГМ тыңдаушыларының әлеуметтік сауалнамасы пациенттердің 98,3% өз денсаулығы үшін АГМ-нің қызметіне оң баға бергенін көрсетті.

Алкогольді сусындарға деген өз көзқарасын негізгі топта 8,1% - ға және бақылау топтарында 3,6% - ға қайта қарады; ас тұзын тұтынуды қысқартты (тиісінше 34,6 және 9,1%); дене белсенділігін арттырды (23 және 4,4%), дене салмағын төмендетті, бұл ретте Кетле индексі 30-дан төмен болды (негізгі топта 5,7% - ға, бақылауда 1,7% - ға). Емделушілердің 91,6% - ы адымда оқығаннан кейін күн сайын АҚ-ны бақылап отырды; Науқастардың 85,3% гипотензивті препараттарды тұрақты қабылдай бастады, бұл ретте бір қадамға оқытылған науқастардың 75,3% - ы ұзақ әсерлі дәрілік препараттарды тұрақты қабылдай бастады.

Клиникалық-функционалдық зерттеулер бір қадамға оқыған пациенттердің негізгі тобында жүргізілген клиникалық-функционалдық зерттеулер оқылғаннан кейін 12 айдан кейін бір қадамға тіркелген сол қарыншаның миокард гипертрофиясы бар науқастардың үлесі 9,7% - ға азайғанын көрсетті, бұл "жаңа буын" гипотензиялық препараттарын қабылдаумен байланысты; науқастардың 11,4% - ында көз түбіндегі қан тамырларының жағдайы жақсарғанын; холестерин деңгейі 4% - ға жоғары науқастардың саны қысқарғанын; науқастардың 7,3% - ында микроальбинурия төмендегенін көрсетті. Бақылау тобында осы көрсеткіштердің оң серпіні өте аз немесе олардың нашарлауы орын алды.

Жалпы дәрігерлік практика жағдайында оқыту мектептері қызметінің ұйымдастыру-функционалдық моделінің эксперимент жағдайында жұмыс істеуі мектептердің жұмыс істеген кезеңінде (2010-2018 ж.ж.) күндер санын және уақытша еңбекке жарамсыздық жағдайларын азайтуға (тиісінше 16,5% және 14,0% - ға) мүмкіндік берді. Жүрек-қан тамыр патологиясы бойынша науқастарды емдеуге жатқызу жиілігі 73,3% - ға төмендеді; экономикалық әсер (2018 жылды 1999 жылмен салыстырғанда) 888,1 мың **теңгені** құрады. Жедел медициналық жәрдем шақыруларының саны 12,7% - ға қысқарды; экономикалық нәтиже 222,2 мың руб. құрады.

Жүрек-қантамыр патологиясы бар науқастарға арналған мектептерді ұйымдастыру бастапқы буын қызметінің перспективалық бағыттарының бірі болып табылады және соңғы уақытта қалыптасқан денсаулықтың қанағаттанғысыз сапалық көрсеткіштеріне, ауру деңгейінің өсуіне, мүгедектік пен өлім-жітімге және сонымен бір мезгілде Денсаулық сақтау жүйесін қаржыландыру тапшылығына байланысты аса өзекті болып табылады.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1. Авраменко Т. В. 40-49 жастағы ер адамдардың ұйымдастырылмаған популяциясындағы артериялық гипертензия және 2 жыл бақылау кезінде оның амбулаториялық емінің тиімділігі: Автореф. дисс. . канд. бал. ғылымдар. Минск, 1985.- 24 б.
2. Созылмалы инфекциялық емес аурулардың қауіп факторлары. здравоохран. 1990. - № 4. -С. 23-27.
3. Аксель Е. М., Двойрин В. В. қатерлі ісіктерден өлімге байланысты "Жоғалған өмірлік әлеуетті" есептеу үшін стандарттау әдісін қолдану. здравоохран. - 1987. № 10. — С. 35-38.
4. Борисов А. И., Борисова С. М. социологиялық зерттеулер негізінде емхана жұмысын жетілдіру // практикалық жұмысқа Ғылыми жетістіктер / Сб. ғылым. құжат - М., 1998. - Вып. 9. -С. 15-17.
5. Борисов, А. И. Борисова Б. М., Савашинский С. И. Орын учаскелік дәрігердің жағдайында міндетті медициналық сақтандыру // Здравоохран. Рос. Фед. 1998. - № 4. - С. 31-33.
6. Мағлұмат Жаңа экономикалық жағдайда қалалық емхана қызметкерлерінің материалдық сыйақысын ұйымдастыру тәсілдері / / Экономика здравоохранение. 1999. - №9-10. — С. 1824.
7. Ботнар В. И. артериялық гипертонияны популяциялық зерттеу және оның халық арасында бастапқы және қайталама алдын алудың кейбір мәселелері: Автореф. дис. . доктор. бал. ғылымдар. -М., 1991. -38 Б.
8. Ботнар В. И., Мартынюк К. И. ұйымдастырылмаған ауылдық популяцияда қайталама алдын алу бағдарламасын өткізу нәтижесінде артериялық гипертония мәселесі бойынша халықтың хабардарлығын арттыру // Тер. Мұрағат. 1992. - № 1. - С. 19-21.
9. "Баян Сұлу" Ақ Ұйымдастырылған популяциядағы артериялық гипертонияның екінші алдын алу: Автореф. дис. . доктор. бал. ғылымдар. М., 1985. -35 Б.

10. "Баян Сұлу" Ақ Жүрек-қан тамырлары ауруларының алдын алудың заманауи мәселелері // Кардиология. 1996. - № 3. - С. 18-21.
11. Мағлұмат Мағлұмат Кошечкин В. А. және т.б. практикалық денсаулық сақтауға артериалды гипертонияның екінші алдын алу бағдарламасын енгізу // Сов. здравоохран. 1989. - № 1. — С. 23-29.
12. Мағлұмат В., Арабидзе Г. Г., Суслина З. А. артериалды гипертония және инсульттің алдын алу // дәрігерлерге арналған қысқаша басшылық. М., 1996.
13. Величковский Б. Т. ҚР халқының денсаулығын сақтау Стратегиясы // Медициналық және әлеуметтік басымдықтардың патогенетикалық негіздемесі / неск. Мем. мед. ҚР ДСМ ақпараты. -М., 2003. С. 16-20.
14. Вишневский А. В., Оқушылар В. С. Өлім-жітім: басты тәуекел тобы басымдықтары мен іс-әрекеттер // Ғыл. докл. Вып. 19. - Карнеги Түркістан орталығы. - М., 1997.
15. Волков В. С., Платонов Д. Ю. халық арасында артериялық гипертонияны бақылау: проблеманың жағдайы (эпидемиологиялық зерттеу нәтижелері бойынша) // Кардиология. 2001. - № 9. - С. 22-25.
16. В. с. Волков, И. С. Петрухин, В. Ф. Виноградов және т.б. халықтың негізгі созылмалы инфекциялық емес аурулардың даму қауіп факторлары туралы хабардар болуы // аурулардың алдын алу және денсаулықты нығайту. 1999. - № 2. - С. 18-21.
17. Войцехович Б. А., Редько А. Н. Тенденциялары өлім-жітім көрсеткіштерін, халықтың краснодар өлкесі // Здравоохран. . 2003. - № 1. -С. 23-25.
18. Вялков А. И. Қазақстан Республикасы халқының денсаулық жағдайының қазіргі мәселелері // денсаулық сақтауды басқару мәселелері. 2002. - № 1. - С. 10-12.
19. Глазунов И. С. жүрек-қан тамырлары және басқа да жұқпалы емес аурулардың алдын алу саясаты мен стратегиясын әзірлеу қажеттілігі // аурулардың алдын алу және денсаулықты нығайту. 1998. - № 1. — С. 4-12.

20. Гипертониялық аурумен ауыратын науқастарда мүгедектіктің алдын алуды ұйымдастыру // Тер. Мұрағат. 1992. - № 1. - С. 22-24.
21. ҚР Мемстаткомы. Демографиялық жылнамасы. М., 1997.
22. 1999 ж.М., 2000 Қазақстан Республикасы халқының денсаулық жағдайы туралы Мемлекеттік баяндама.
23. 2001 ж. Қазақстан Республикасы халқының денсаулық жағдайы туралы Мемлекеттік баяндама // Денсаулық сақтау. . 2003. - № 2. - С. 11-34.
24. 2002 ж. Қазақстан Республикасы халқының денсаулық жағдайы туралы Мемлекеттік баяндама // Денсаулық сақтау. . 2004. - № 1. - С. 3-18.
25. Гришин в. В., Киселев а. А. Кардашев В. Л., Федонюк Л.С., Семенов В. Ю. әлемнің жетекші елдерінде медициналық сақтандыру жағдайында медициналық көмек көрсету сапасын бақылау (шетелдік ақпарат деректері бойынша талдамалық шолу). М., 1995. - 62 б.
26. Данишевский К. Д. Әлеуметтік-экономикалық және медициналық-ұйымдастырушылық әсер етуші факторлар тұрғындардың денсаулығы: Автореф. дисс. . канд. бал. ғылымдар. -М., 2003. 23 б.
27. Данишевский К. Д., Бобрик А. В. 2003-2010 жылдары Қазақстан ғы жұқпалы және жұқпалы емес аурулардың демографиялық жағдайы мен эпидемиологиясы дамуының болжамы / / денсаулық сақтауды басқару мәселелері. 2003. - № 1. — С. 72-76 хабарласуға болады.
28. "Баян Сұлу" Ақ А., Архангельская Е. Ф. емдеу-алдын алу мекемелерінің басшыларын бағалаудағы медициналық сақтандыру / / практикалық жұмысқа Ғылыми жетістіктер / Сб. ғылым. тр. — Вып. 9. — М.: № 119 ОМСЧ клиникалық ауруханасы. - 1998. - С. 38-41.
29. ҚР демографиялық жылнамасы. Ресми басылым. -М.: Мемстатком, 2003. 150 Б.
30. Демченкова Г. З., Полонский М. Л. Халықты диспансерлеудің теориялық және ұйымдастырушылық негіздері. М.: Медицина, 1987. — 288 б.

31. Демченкова Г. З. Диспансеризация профилактиканың негізгі әдісі. -М.: ЦНИИСП, 1984. - 42 б.
32. "Баян Сұлу" Ақ Денсаулық сақтау реформасы жолында / / Әлеуметтік мәселелер. гигиена және медицина тарихы. 1995. - № 6. — С. 36-38.
33. Е. Д. Докина емхана жағдайында жүрек-қан тамырлары ауруларының клиникаға дейінгі түрлерін анықтау үшін диагностиканың функционалдық әдістерін қолданудың көпжылдық тәжірибесі: Автореф. дис. . канд. бал. ғылымдар. М., 1999. - 21 Б.
34. ДДҰ сарапшыларының баяндамасы. Жүректің коронарлық ауруының алдын алу. Женева, 1982.
35. Евдаков В. А. өнеркәсіптік кәсіпорындардағы АГ қарсы күрестің әлеуметтік және экономикалық тиімділігін бағалау / / ССЗ алдын алудың әдістемелік мәселелері. М., 1983. - С. 10.
36. Евдаков В. А. жүрек-қан тамырлары ауруларының қайталама профилактикасының медициналық-әлеуметтік және экономикалық тиімділігі (көп орталықты профилактикалық бағдарламалар мысалында әдіснамалық зерттеу): Автореф. дис. . доктор. бал. ғылымдар. М., 1995. -52 Б.
37. Евдаков В. А. артериялық гипертонияның екіншілік алдын алу әсерімен ми инсультінен өлімді төмендетудің әлеуметтік-экономикалық аспектілері // Кардиология. 1996. - № 3. - С. 39-44.
38. Еганян Р. А., Калинина А. М. Түркістандің бір ауданы халқының тамақтану құрылымы және оның созылмалы инфекциялық емес аурулардың қауіп факторларымен медициналық алдын алу аспектісінде байланысы // Вопр. ИТП. 1997. - № 3. - С. 3-7.
39. Ермаков С. П. медициналық-демографиялық үдерістерді интегралдық бағалаудың заманауи мүмкіндіктері. М.: Медицина, 1996. - 61 б.
40. Толығырақ Оқу А. Емханадағы жұқпалы емес аурулардың алдын алудың ұйымдастырушылық аспектілері туралы / / Бюлл. Әлеуметтік

- зерттеулер ҒЗИ денсаулық сақтауды басқару және үнемдеу. Н.А. Семашко. 2000. - Вып. 3.-С. 106-110.
41. Артериялық гипертония: ҚР және басқа елдердегі эпидемиологиялық жағдай // орысша. бал. жұрн. — 1997. 5, № 9.
42. Забина Е. Ю., Мурахов И. О. Әсері дене белсенділігі денсаулық шолу ғылыми зерттеулер // аурудың Алдын алу және денсаулығын нығайту. — 1998. № 4. - С. 7-14.
43. Забина Е. Ю., Мурахов О. И. CINDI сауалнамасының физикалық белсенділігі бойынша валидизациясының нәтижелері // аурулардың алдын алу және денсаулықты нығайту. 1998. -№ 6.-С. 31-35.
44. Барлығы үшін денсаулыққа жету бойынша міндеттер. Еуропалық Денсаулық сақтау саясаты.
45. Зарицкая Л.М. халықтың профилактикалық тексерулерге қатысуының психологиялық алғышарттары және оларды психологиялық түзету мүмкіндіктері: Автореф. дис. . канд. психол. ғылымдар. -М., 1988. - 24 б.
46. ҚР халқының денсаулығы және денсаулық сақтау мекемелерінің қызметі 1999. М.: ҚР Денсаулық сақтау министрлігі, 2000. - 210 б.
47. Калинина А. М. жүректің ишемиялық ауруының көпфакторлы алдын алудың денсаулықтың кейбір көрсеткіштеріне және өмірдің болжамына әсері (10 жылдық бақылау): Автореф. дис. . доктор. бал. ғылымдар. -М., 1993.
48. Калинина А. М., Чазова Л.В., Павлова Л. И. жүректің ишемиялық ауруының көпфакторлы профилактикасының өмір болжамына әсері (10-жылдық бақылау) // Кардиология. 1996. - № 3. - С. 22-27.
49. Калинина А. М., Чазова Л. В. өмір болжамына жүрек-қан тамырлары ауруларының көпфакторлы профилактикасының әсері (10 жылдық бақылау) // Тер. Мұрағат. 1998. № 1. - С. 8-12.
50. А. А. Калининская, Н. Балюх В., Гурова В. С.қалалық емхананың алдын алу бөлімшесінің жұмысын ұйымдастыру. здравоохр. 1985. -№6.-С. 10-12.

51. Кича Д. И., Гудрус В. О., Юойко Ю. П., Ликстанов М. И. қалада емдеу-алдын алу көмегін дамытудың келешегі / / қалалық денсаулық сақтау мәселелері. Вып. 5 / ред.Н. Және. Шие. -СПб., 2000.-С. 19-22.
52. Колинко А. а. аурулардың медициналық-әлеуметтік профилактикасының аумақтық деңгейде ғылыми негіздемесі: Автореф. дисс. . канд. бал. ғылымдар. М., 2003. - 24 б.
53. 1985-1995 жж.аралығында Түркістандің ер халқы арасындағы тәуекел факторларының және ЖИА динамикасы. Мұрағат. 1997. - № 1. - С. 12-14.
54. Константинов В. в. жүректің ишемиялық ауруы эпидемиологиясының ерекшеліктері және әртүрлі аймақтардағы ер адамдар арасындағы қауіп факторлары: Автореф. дис. . доктор. бал. ғылымдар. — М., 1995.
55. - Алматы: Баспагерлер Мен Кітап Таратушылар Ассоциациясы, 2015. артериялық гипертонияның таралуы және оның әртүрлі аймақтардың қалаларында ер адамдар арасында қауіп-қатер ифакторларымен байланысы // Кардиология. 2001. - № 4. - С. 39-43.
56. В. в. Константинов, Г. С. Жуковский, Д. Б. Шестов және т.б. жүректің ишемиялық ауруының эпидемиологиясы және оның КСРО-ның кейбір қалаларында ер адамдар арасындағы негізгі қауіп факторларымен байланысы (кооперативтік зерттеу) // Тер. Мұрағат. 1991. - № 1. — С. 11-16.
57. "Вологодская область здоровье 21"тұжырымдамасы. Вологод облысы халқының денсаулығын сақтау және нығайтудың ұзақ мерзімді саясаты. - Вологда, 2000. - 24 б.
58. Корчагин, В. П. Нарожная В. Л. Төтенше жағдайлардың медициналық-санитарлық салдарларынан экономикалық залалды анықтау (адам шығыны): әдістемелік ұсынымдар. М., 1999. - 43 б.
59. Толығырақ Оқу А., Сүт а.Л. Батыс Сібір халқының ұйымдасқан тобындағы созылмалы инфекциялық емес аурулардың даму қауіп факторларын анықтау және таралуы. Мұрағат.2001. -№ 1.-С. 8-12.

60. Линденбратен А. Л. және т. б. амбулаториялық-емханалық мекеменің медициналық қызметкерлерін экономикалық ынталандыру: әдіс, жәрдемақы. -М., 1999. 44 б.
61. Әлеуметтік гигиена және денсаулық сақтауды ұйымдастыру. Проблемалық дәрістер. М.: Медицина, 1992. - 512 с.
62. Лисицын Ю. П. Проблемы инфекциялық емес аурулардың алдын алу // Рос. бал. журнал. 1996. - № 1. - С. 11-14.
63. Әлеуметтік гигиена және денсаулық сақтауды ұйымдастыру. Дәріс-М.: Медицина, 1973. - 456 б.
64. Лукьяненко П. И., Брюханова А. Г. артериалды гипертонияның бастапқы сатылары бар науқастарда диеталық араласуда оқыту бағдарламаларын қолдану // Бюлл. РАМН. 1998. - № 4. - С. 27-30.
65. Мағлұмат А. Жүректің атеросклеротикалық ауруы. Алдын алу, диагностика, емдеу. М.: Принт-Ателье, 2001. - 92 с
66. Макаров А. И., Тавровский В. М. медициналық сақтандыру жағдайында емхананың медициналық қызметінің соңғы нәтижелерін төлеу туралы // Денсаулық сақтау экономикасы. 1998. - № 1. - С. 24-26.
67. Максимова Т. М. ҚР халқының денсаулығын әлеуметтік-гигиеналық бағалау және оны сақтау және нығайту саясатын әзірлеу негіздері // аурулардың алдын алу және денсаулықты нығайту. — 1999. № 5.-С. 27-34.
68. Мамлеева Ф. Р., Кылбанова Е. С., Малютина С. К. және т.б. Новосібір тұрғындарындағы нақты тамақтану және артық дене салмағы / аурулардың алдын алу және денсаулықты нығайту. — 1998. № 6. - С. 21-25.
69. Медик, В. А. Токмачев М. С., Фицман б. Б. медицинадағы Статистика және биология. Екі томдық басшылық. 2 том. М.: Медицина, 2001.-С. 214-221.
70. Қазақ Тілінің Аймақтық Сөздігі А., О. В. Касимов, О. Н. Рылова Емдеуге дейінгі кезеңде жүректің ишемиялық ауруын ерте анықтау мәселесіне // кардиологияның өзекті мәселелері / СН. ғылым. тр. -Саратов, 2000.-С. 112-113.

71. Нестеров В. А. мүгедектік статистикасы. — М.: Медицина, 1977.- 166 б.
72. Денсаулық сақтаудың бастапқы буынындағы артериялық гипертонияның екінші алдын алу мәселелері // Тер. Мұрағат. 1998. - № 1. — С. 12-14.
73. - Алматы: Баспагерлер Мен Кітап Таратушылар Ассоциациясы, 2015. Новосібірдің ұйымдастырылмаған популяциясындағы жүректің ишемиялық ауруы бойынша тұқым қуалайтын кереғарлықтың таралуы және оның осы аурумен байланысы // Кардиология. 2001. - № 4. - С. 20-22.
74. Никитин Ю. П., Казека Ж. т., Панфилов В. П., Малютин С. К. Таралуы жүректің ишемиялық ауруы адамдарда гиперинсулинемией (популяционное зерттеу) // Кардиология. 2001. -№ 1.-С. 12-15.
75. Никитин Ю. П., Казека Г. Р., Симонова Г. И. ұйымдастырылмаған қалалық популяциядағы Х метаболикалық синдромының компоненттерінің таралуы (эпидемиологиялық зерттеу) // Кардиология. 2001. - № 9. -С. 37-40.
76. Новгородцев Г. А., Демченкова Г. З., Полонский М. Л. КСРО-да халықты диспансерлеу. М.: Медицина, 1984. - 336 б.
77. Инфекциялық емес аурулардың біріктірілген алдын алудың жалпыұлттық бағдарламасы (СИНДИ). СИНДИ в бағдарламасын өткізу стратегиясын әзірлеу және дамыту жөніндегі Консультативтік Кеңес туралы есеп
78. Қазақстан Республикасының. Түркістан, 16-18 наурыз 1992 ж. ДДҰ: Еуропалық аймақтық бюро, 1992. — 21с.
79. Оганов Р. Г. жүректің ишемиялық ауруының алғашқы алдын алу. -М.: Медицина, 1990. 160 с.
80. Оганов Р. Г., Глазунов И. С. жаппай алдын алуды жүзеге асырудағы амбулаториялық-емханалық мекемелердің рөлі // Тер. Мұрағат. - 1985. -№ 1. — С. 6-9.

81. Оганов Р. Г. жүрек-қан тамырлары ауруларының алдын алу: алдын алу денсаулық сақтау мүмкіндіктері // кардиоваскулярлық терапия және алдын алу. 2002. - № 1. — С. 5-9.
82. Оганов Р. Г., Калинин А. М. Поздняков Ю. М. Профилактикалық кардиология. М., 2003. 187. с.
83. Оганов Р. Г., Масленникова Г. Я. Қазақстан ғы жүрек-қан тамырлары ауруларының мәселелері және оларды шешу мүмкіндіктері / / Рос. кардиологиялық журнал. 2000. - № 4. - С. 7-11.
84. Оганов Р. Г., Поздняков Ю. М., Волков В. С. жүректің Ишемиялық ауруы. М., 2002. - 301 Б.
85. Артериялық гипертония және оның жүрек-қан тамырлары ауруларынан болатын өлім-жітімге қосқан үлесі // аурулардың алдын алу және денсаулықты нығайту. 2001. - № 4. - С. 11-15.
86. Овчаров В. К., Быстрова В. А. әлем елдеріндегі қан айналымы жүйесі ауруларынан болатын өлім-жітімнің заңдылықтары мен үрдістері. здравохр. 1982. - № 5. - С. 33-40.
87. 2002 жылғы бүкілҚазақстандық халық санағының негізгі қорытындылары // статистика мәселелері. 2004. - № 1. — С. 5-11.
88. 2001-2002 ж.ж. Түркістан облысы халқының денсаулық жағдайының негізгі көрсеткіштері //МОНИКИ 230 лет. -М., 2003. - 150 Б.
89. ДДСҰ кеңесі туралы есеп: CINDI бағдарламасы шеңберіндегі жалпы практикалы дәрігердің рөлі. ДДҰ, Еуропалық өңірлік бюро. -Копенгаген, 1993.
90. CINDI бағдарламасы шеңберіндегі жалпы практикалы дәрігердің рөлі туралы есеп. ДДҰ, Еуропалық өңірлік бюро. - Копенгаген, 1995.
91. 1995 ж. әлемдегі денсаулық сақтау жағдайы туралы есеп. Женева: ДДҰ, 1995. - 139 Б.
92. Медициналық көмектің сапасы мен тиімділігін бағалау (әдістемелік материалдар) / / құраст.: Линденбратен А. Л., сырылған шалбар Т. М., Васюкова В. С. / Под ред. акад. РМФА О. П. Щепина. М., 1999. - 79 б.

93. Ощепкова Е. В. "Қазақстан ғы артериялық гипертонияның алдын алу және емдеу" Федералдық мақсатты бағдарламасы туралы // аурулардың алдын алу және денсаулықты нығайту. 2002. - № 1.-С. 3-6.
94. Павлов А. А. емханадағы асқынбаған гипертониялық ауруды ерте диагностикалау және емдеу // Мед. көмек. 2000. - № 4. - С. 11-14.
95. Мағлұмат Инфекциялық емес аурулардың алдын алуда және денсаулықты нығайтуда медицина қызметкерлерін оқыту тәжірибесі мен мәселелері // аурулардың алдын алу Рі денсаулықты нығайту. — 1998. -№ 5. -С. 42-48.
96. CINDI Евротық бағдарламасы бойынша іс-қимыл жоспары. - ДДҰ, Еуропалық өңірлік бюро. - Копенгаген, 1995.
97. Платонов Д. Ю. қалалық терапевтік учаскеде жүрек-қан тамырлары ауруларының бастапқы және қайталама алдын алу: Автореф. дис. . канд. бал. ғылымдар. Қатты, 1995. - 24 б.
98. Поздняков Ю. М., Волков В. С. жүректің ишемиялық ауруымен ауыратын науқастарды емдеу және оңалтудың Сүтқорексіз әдістері. — М., 1998. -201 Б.
99. Поздняков Ю. М., Волков В. С. жүрек-тамыр жүйесі ауруларының алдын алу. - М.: Отан Әлемі, 1997. — 254 Б.
100. Поздняков Ю. М., Волков В. С. школьник, Бувальцев В. И. артериялдық гипертензияны Емдеу: Монография — М., 2003. - 263.

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. Рольное (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
Рольное (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	6, 10.	2 – 10	8

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

КОСЫМША 2

ОПРОСНИК GSRS (русскоязычная версия, созданная и рекомендованная МЦИКЖ).

Прочтите перед заполнением.

Предложенные вопросы касаются Вашего самочувствия в течение прошлой недели. На каждый вопрос предлагается несколько вариантов ответов. Выберите тот ответ, который кажется Вам наиболее подходящим, и отметьте его крестиком в соответствующем квадрате.

1. Беспokoила ли Вас боль в верхней части живота или под ложечкой в течение прошедшей недели? (подразумеваются все виды болей).

- не беспокоили
- почти не беспокоили
- немного беспокоили
- беспокоили умеренно
- беспокоили значительно
- беспокоили сильно
- беспокоили очень сильно

2. Беспokoила ли Вас изжога в течение прошедшей недели? (Под изжогой подразумевается ощущение жжения в груди).

- не беспокоила
- почти не беспокоила
- немного беспокоила
- беспокоила умеренно
- беспокоила значительно
- беспокоила сильно
- беспокоила очень сильно

3. Беспokoила ли Вас отрыжка с кислым или горьким привкусом в течение прошедшей недели?

- не беспокоила
- почти не беспокоила
- немного беспокоила
- беспокоила умеренно
- беспокоила значительно
- беспокоила сильно
- беспокоила очень сильно

4. Беспокоили ли Вас за прошедшую неделю боли в животе натошак, сопровождающиеся желанием поестъ?

- не беспокоили
- почти не беспокоили
- немного беспокоили
- беспокоили умеренно

- беспокоили значительно
- беспокоили сильно
- беспокоили очень сильно

5. Беспокоила ли Вас за прошедшую неделю тошнота? (Под тошнотой понимается неприятное ощущение, которое может привести к рвоте).

- не беспокоила
- почти не беспокоила
- немного беспокоила
- беспокоила умеренно
- беспокоила значительно
- беспокоила сильно
- беспокоила очень сильно

6. Беспокоило ли Вас в течение последней недели урчание в животе?

- не беспокоило
- почти не беспокоило
- немного беспокоило
- беспокоило умеренно
- беспокоило значительно
- беспокоило сильно
- беспокоило очень сильно

7. Беспокоило ли Вас чувство распирания, переполнения, вздутие живота за прошедшую неделю?

- не беспокоило
- почти не беспокоило
- немного беспокоило
- беспокоило умеренно
- беспокоило значительно
- беспокоило сильно
- беспокоило очень сильно

8. Беспокоила ли Вас за прошедшую неделю отрыжка воздухом? (Эта отрыжка часто сочетается с уменьшением чувства вздутия, переполнения в животе).

- не беспокоила
- почти не беспокоила
- немного беспокоила
- беспокоила умеренно
- беспокоила значительно
- беспокоила сильно
- беспокоила очень сильно

9. Беспокоило ли Вас в течение прошедшей недели отхождение газов через кишечник, которое сопровождается уменьшением чувства вздутия живота?

- не беспокоило
- почти не беспокоило
- немного беспокоило
- беспокоило умеренно
- беспокоило значительно
- беспокоило сильно
- беспокоило очень сильно

10. Беспокоили ли Вас запоры в течение прошедшей недели (затруднение при попытках опорожнить кишечник)?

- не беспокоили
- почти не беспокоили
- немного беспокоили
- беспокоили умеренно
- беспокоили значительно
- беспокоили сильно
- беспокоили очень сильно

11. Беспокоило ли Вас учащение стула за прошедшую неделю?

- не беспокоило
- почти не беспокоило
- немного беспокоило
- беспокоило умеренно
- беспокоило значительно
- беспокоило сильно
- беспокоило очень сильно

12. Беспокоил ли Вас в течение прошедшей недели неоформленный (кашицеобразный, размягченный, разжиженный) стул? Если у Вас бывает чередование неоформленного и жесткого стула, то при ответе на этот вопрос оцените только то, насколько Вас беспокоил неоформленный стул.

- не беспокоил
- почти не беспокоил
- немного беспокоил
- беспокоил умеренно
- беспокоил значительно
- беспокоил сильно
- беспокоил очень сильно

13. Беспокоил ли Вас в течение прошедшей недели жесткий (крепкий, твердый) стул? Если у Вас бывает чередование неоформленного и жесткого стула, то при ответе на этот вопрос оцените только то, насколько Вас беспокоил жесткий стул.

- не беспокоил
- почти не беспокоил

- немного беспокоил
- беспокоил умеренно
- беспокоил значительно
- беспокоил сильно
- беспокоил очень сильно

14. Беспокоила ли Вас за прошедшую неделю потребность безотлагательно опорожнить кишечник (желание немедленно сходить в туалет, которым Вам трудно управлять)?

- не беспокоила
- почти не беспокоила
- немного беспокоила
- беспокоила умеренно
- беспокоила значительно
- беспокоила сильно
- беспокоила очень сильно

15. Беспокоило ли Вас в течение прошедшей недели ощущение того, что Вы не можете полностью опорожнить кишечник? (Ощущение того, что после окончания дефекации кишечник не полностью пустой, несмотря на все усилия).

- не беспокоило
- почти не беспокоило
- немного беспокоило
- беспокоило умеренно
- беспокоило значительно
- беспокоило сильно
- беспокоило очень сильно