

ҚОЖА АХМЕТ ЯСАУИ АТЫНДАҒЫ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ
ҚАЗАҚ-ТҮРІК УНИВЕРСИТЕТІ
ҚАЗТЕП ИНСТИТУТЫ
МАГИСТРАТУРА

МАГИСТІРЛІК ЖОБА

**Сарыағаш ауданы тұрғындары арасындағы жүрек ишемиясына
байланысты туындаған мүгедектіктің алдын алуды жетілдіру**

Орындаушы: _____ Заманбеков О. "____" _____ 2019 ж.
/қолы/ /А.Т.Ж./

Ғылыми жетекші: м.ғ.д. _____ Булешов М.А. "____" _____ 2019 ж.
/лауазымы/ /қолы/ /А.Т.Ж./

Түркістан 2019

МАЗМҰНЫ

	Шартты қысқартулар	3
	Кіріспе.Зерттеу өзектілігі.	4
1	Теориялық бөлігі	6
1.1	Тұрғындардың жүрек-қан айналымы жүйесі ауруларымен сырқаттануы, мүгедектікке және өлімге ұшырау мәселелері (әдеби шолу)	6
2	Аналитикалық бөлігі	22
2.1	Бағдарлама, материалдар әдістеме мен зерттеуді ұымдастыру	22
3	Ұсынымдық бөлігі	25
3.1	Жүрек-қан айналу жүйесі ауруларының таралу заңдылықтары	25
	Қорытынды	42
	Тұжырым	51
	Тәжірибелік ұсыныс	52
	Қолданылған әдебиеттер тізімі:	53

ШАРТТЫ ҚЫСҚАРТУЛАР

АЕҰ-амбулаторлық-емханалық ұйым

СҰ- стационарлық ұйым

ТЖЖС-түпкілікті жұмысқа жарамсыздықты сараптау

ЖМ – Жалпы мүгедектік

ДДСҰ – дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы

АСК – Біріншілік сырқаттылық көрсеткіші

ЖСК – жалпы сырқаттылық көрсеткіші

ЖӨМИ –жүректің өткір миокард инфарктысы

ЖҚАЖА – жүрек-қан айналу жүйесінің аурулары

КІРІСПЕ

Зерттеу өзектілігі. Еліміздегі саяси және медициналық-демографиялық жағдайды барынша арттыру және бейінді медициналық көмектің қолжетімділігі мен сапасын көтеру денсаулық сақтау жүйесінің алдында тұрған ең маңызды стратегиялық стратегиялық міндет болып табылады. Ірі қалаларда және ауылдық елді мекендерде тұрғындардың медициналық-демографиялық жағдайына жеке әлеуметтік маңызы үлкен аурулардан туындайтын мүгедектік және өлім оқиғаларының жылдан жылға арта түсуі байқалады.

Медициналық-демографиялық ақуалға теріс әсерін тигізіп отырған патологиялардың ең бастысы ретінде жүрек-қан айналу жүйесінің патологияларын айтуға болады. Амбулаторлық-емханалық ұйымдардың есебіне қарағанда жүрек-қан айналу жүйесінің аурулары тұрғындардың емханаға жиі қаралу себептері ретінде тек тыныс жүйесі ауруларын алдыңғы орынға жібереді.

Осы патологиялардың үлес салмағы сырқаттылық көрсеткіштерінің қалыптасуында 15,9 пайызға дейін жетеді. Соңғы 10 жылдың ішінде жүрек-қан айналу жүйесінің ауруларының таралу деңгейі екі есе жоғарылап, мүгедектік және өлім көрсеткішінің себебі ретінде бірінші рангалық орынды иеленіп тұр. Мүгедектік пен өлім көрсеткішінің құрамында оның үлес салмағы Республикада 51,2 пайызды құраса, Оңтүстік Қазақстан облысында 52,4 пайызға жетеді, ал өндірістік қалаларда оның үлес салмағы 54-55 пайызға дейін көтеріледі. Сонымен, жүрек-қан айналу жүйесінің аурулары аурушандық, мүгедектік, және өлім көрсеткіштерінің қалыптасуында негізгі рангалық орын алып отырса, аса үлкен әлеуметтік маңызы бар аурулардың ішінде бірінші рангалық орынды иеленіп отыр.

Зерттеу нәтижелеріне қарағанда, емдеу-профилактикалық ұйымдар жүйесі осы күнге дейін жүрек-қан айналу жүйесі ауруларына қажетті және сапалы көмекпен және оның қол жетімділігімен қамтамасыз ете алмай отыр. Бұл жағдай әсіресе алғашқы медициналық-санитарлық көмек беру жүйесінде нақты орын алған. Оның ішінде амбулаторлық-емханалық ұйымдарда жедел медициналық жәрдем беру жүйесінде және арнайы ұымдастырылған кардиологиялық орталықтарда көрсетілетін медициналық көмектің аталған кемшіліктердің кеңінен орын алғандығын көрсетеді. Сондықтан осы ауруларға байланысты мәселенің медициналық қырларын зерттеудің және кері медициналық-демографиялық әсерлерін шешудің маңыздылығы өте үлкен. Осыған бірінші кезекте қала тұрғындарының арасында аурушандық пен өлім көрсеткішінің тоқтаусыз өсуі дәлел бола алады [1,2,3].

Көптеген авторлардың еңбегінде жүрек-қан айналу жүйесі ауруларының тұрғындар арасында кеңінен таралу себептеріне арналған. Бұл еңбектерде ауруларға көрсетілетін кардиологиялық медициналық көмек сапасының және қол жетімділігі төмен дәрежеде екендігі нақты дәлелдермен көрсетілген [4,5,6,7].

Сонымен, осы күнге дейін жүрек-қан айналу жүйесі ауруларының таралуын және асқынуын төмендету, кардиологиялық көмектің сапасын арттыру шешу, стационарлық-кардиологиялық көмекті жетілдіру мәселесімен тұрақты айналысып, өлім және мүгедектік оқиғаларына элеуметтік-гигиеналық мониторинг орнатудың қажеттілігі жоғары болып отыр.

Зерттеудің мақсаты. Жүрек-қан айналу жүйесі ауруларымен сырқаттанған Сары-ағаш ауданы тұрғындарына кардиологиялық көмекті жетілдірудің ғылыми негіздерін жасау.

Зерттеудің міндеттері.

1. Сары-ағаш ауданы тұрғындары арасында жүрек-қан айналу жүйесі ауруларымен сырқаттану, мүгедектікке ұшырау және өлім көрсеткіштерінің даму бағытын зерттеу. Бұл аурулардың жалпы өлім көрсеткіштеріне қосатын үлесін динамикалық тұрғыда бағалау.
2. Кардиологиялық ауруларға көрсетілетін медициналық көмектің сапасына, қол жетімділігіне және бейінді медициналық-стационарлық көмекті ұйымдастыру сапасына социологиялық баға беру.
3. Сары-ағаш ауданы тұрғындары арасында қалыптасқан кардиологиялық аурулардың негізгі түрлері, қатерлі себептердің эпидемиологиясын анықтау және олардың байланыс тығыздығын сараптау.
4. Кардиологиялық медициналық көмекті ұйымдастыруды жетілдірудің ғылыми негіздерін жасау.

Жұмыстың ғылыми жаңалығы:

Сары-ағаш ауданында алғаш рет кардиологиялық қызметтің жұмыс көрсеткіштері және ұйымдастыру ерекшеліктері зерттелді. Сары-ағаш ауданы тұрғындарына көрсетілетін кардиологиялық-медициналық көмекті жетілдіру бағдарламасы жасалып, тәжірибеге ұсынылды.

Зерттеудің тәжірибелік құндылығы: Зерттеу материалдары жеке ауданындағы кардиологиялық-медициналық көмекті жетілдіруге бағытталған жүйелі бағдарламаның негізі болып табылады. Алғашқы медициналық санитарлық көмекке кардиологиялық ауруларға көрсетілетін біріңғай қызметтік ұйымдастырушылық модель ұсынылып, жалпы дәрігерлік қызметтегі мамандардың осы саладағы көрсететін көмегін арттыру жолдары ұсынылды.

Қорғауға ұсынылған негізгі қағидалар.

1. Сары-ағаш ауданы тұрғындарының арасындағы таралған жүрек-қан айналу жүйесі ауруларынан туындайтын сырқаттылық, мүгедектік және өлім көрсеткіштерінің медициналық-демографиялық сипаттамасы анықталды.
2. Тұрғындардың арасында таралған кардиологиялық ауруларға жүйелі медициналық көмекті ұйымдастыру сапасын бағалау.
3. Осы ауруларға ауылдық жағдайында көрсетілетін медициналық көмекті дамыту бағдарламасы ұсынылды.

1.0 ТҰРҒЫНДАРДЫҢ ЖҮРЕК-ҚАН АЙНАЛУ ЖҮЙЕСІ АУРУЛАРЫМЕН МҮГЕДЕККЕ ҰШЫРАУДЫҢ АЛДЫН АЛУ МӘСЕЛЕЛЕРІ (ӘДЕБИ ШОЛУ)

Көптеген дамыған елдерде денсаулық деңгейін жоғалтудың негізгі себебі жүрек-қан айналымы аурулары болып табылады. 2000 жылдары барлық инфекциялық емес сырқаттардың ішіндегі Еуропа аймақтарындағы үлес салмағы – 21,8%-ды құраса, Оңтүстік-Шығыс аймақтарындағы үлесі – 25% DALY1 жоғалтуларын құраған болатын. Ресей үшін де жүрек-қан айналымы аурулары өзекті мәселе болып табылады, өйткені ересек тұрғындардың өлім және мүгедектігінің 50% артығын қамтып отыр.

Бұдан бөлек, Ресейде қан-айналым жүйесінің сырқаттарынан туындайтын өлім жас тұрғындарды да қамтылғандықтан қосымша шығындарға әкеліп соғып отыр.

Қан айналымы жүйесінің сырқаттарын зерттеу барысында шетелде де, біздің елде де, әсіресе соңғы онжылдықта негізінен қауіпті себептерді анықтау жүзеге асырылды. Оның барысында эпидемиологиялық жағдайлардың талдауына аз көңіл бөлініп, негізгі назар өлім көрсеткіштерін зерттеуге аударылған [8,9,10,11,12].

Еуропа елдерінде Эпидемиологиялық жағдайларды бағалау барысында өлім көрсеткіштерін анықтайды. Біздің мемлекетте сырқаттанушылық статистикасы мықты болып келеді және оның мағлұматтарын жоққа шығару статистиканың жеткіліксіз деректеріне байланысты әрдайым ақтала бермейді. Осыған байланысты жүрек-қан айналым ауруларының эпидемиологиялық жағдайларына байланысты туындаған мәселелерді кешенді түрде сараптала бермейді.

Біздің елдегі эпидемиологиялық зерттеулер жалпы денсаулық көрсеткіштерінің жағдайы мен тенденцияларын зерттеуге арналған, ал аймақтық деңгейдегі осындай жұмыстар жиі төмен немесе жоғары деңгейдегі территория тұрғындарының денсаулығын анықтаумен ғана шектеліп отыр. Негізгі қауіп топтарының және өлім себептерінің ерекшеліктері, сонымен қатар аймақтық топтардағы тұрғындардың сырқаттанушылығы өзгермеген күйде сипатталуда.

DALY көрсеткіші уақытынан бұрын өлім себебінен жоғалтылған және мүгедектікпен өмір сүрген жылдар санын сипаттайды. DALY-дің бір бірлігі дені сау өмірдің бір жылына тең деп есептеледі. 1990-шы жылдары жүргізілген зерттеулер бойынша жүрек-қан айналымы жүйесінің патологияларының аймақтық талдауларының қорытындысы жеке публикацияларда ғана кездеседі. Осыған қарамастан 70-80 жылдары осы мәселеге арналған классикалық монографиялар жарық көрді [13,14,15,16].

90-шы жылдары жүрек-қан айналымы патологияларына байланысты жағдайлардың нашарлауымен бірге осы мәселелердің алдын алуға арналған бағдарламаларіске асырылды. Ресей территориясындағы қауіп себептері мен қатерлілік топтарды, оның таралуының ерекшеліктерін есептемеген жағдайда

жүрек-қан айналымы патологияларының алдын-алуда бірыңғайбағдарламаларды – бұл жұмыстардың ерекшелігі болып келеді. Қан-айналым жүйесінің ауруларымен байланысты жүргізілетін терең кешенді аймақтық зерттеу жұмысы оларға байланысты денсалық сақтау саясатын нығайтуға және едәуір тиімді нәтижеге қол жеткізуге мүмкіндік береді.

Осылайша, тақырыптың өзектілігін есепке ала отырып, оның ғылыми әдебиеттерде ашып көрсетілу деңгейін және оның ғылыми нәтижелерін тәжірибеде пайдалануға үлкен сұранысын есепке ала отырып зерттеуді ұйымдастырудың. Осы зерттеудің мақсаты, Қазақстан Республикасындағы жүрек-қан айналым жүйесі ауруларының қауіптілігі жоғары аймақтарын белгілеу және олардың жастық, тендерлік, нозологиялық ерекшеліктерін тұрғындардың өлім көрсеткіштері мен сырқаттанушылық көрсеткіштерін кешенді талдау негізінде анықталады.

Көптеген еңбектерде Қазақстан республикасы аумағында жүрек-қан айналу жүйесі сырқаттарына байланысты эпидемиологиялық жағдайлардың түзілуіндегі тұрғындардың сырқаттанушылық көрсеткіштерінің рөлін бағалау жұмыстары жүргізілді [17,18,19,20].

Зерттеу жұмысының аясында қан айналу жүйесі ауруларынан болатын жоғары өлімгеушырау себептері мен аймақтарын анықтау жұмыстары да қолға алынған.

90-шы жылдардағы тұрғындардың жүрек-қан айналу жүйесі сырқаттарынан туындайтын өлімнің аймақтық қауіптіжерлерін анықтауға мүмкіндік туды.

Қолда бар статистиканың мүмкіндіктерін пайдалана отырып, есепке алынбаған қосымша сырқаттанушылықты бағалау әдістемесін құрастыру және зерттеу есепке алынбаған патологияларды анықтауға арналған әдістемені жасауға көмектесті.

Зерттеу нысаны ретінде Қазақстан Республикасының әртүрлі аймағының балалары мен ересек тұрғындарының денсаулығы, жүрек-қан айналу жүйесі сырқаттарынан туындайтын аурушаңдық, мүгедектік және өлім оқиғаларының қалыптасу заңдылықтары қарастырылды [21,22,23,24].

1992-2014 жылдар аралығындағы балалар, ересектер мен жасөспірімдер арасындағы жүрек-қан айналу жүйесі ауруларының қалыптасуы жаңа жағдайлары туралы мәліметтері бар 12-ші есеп формасы бойынша жүргізілді.

Өлім көрсеткіштерін кешенді тексеру барысында мемлекеттік статистикалық есеп мәліметтерінің FAISS жүйесі мағлұматтары пайдаланылды. 1992-2001 жылдар аралығында қанайналу жүйесі сырқаттарының тізіміне енген жалпы аурулар класының және жеке негізгі себептерінің жастық, стандартталған және жалпы көрсеткіштері есепке алынды.

Қан айналу жүйесінің ауруларына байланысты эпидемиологиялық жағдайлардың 4 зерттеу негізгі кезеңі және нақты кезеңнің сапалық сипаттамасындағы аурушаңдық критерийінің рөлі негізделді. Эпидемиологиялық жағдайларды болжаудағы негізгі көрсеткіш ретінде:

АҚШ - та, Еуропалық мемлекеттерде қалыптасқан –науқастанғандарды дұрыс емдеу және патологияларды толық анықтау индикаторы қарастырылды. Австралия мен ресейлік тұрмыс жағдайы жақсы аймақтардағы топтар арасындағы науқастарды анықтау және оларды ары қарай емдеу арасындағы ауытқулардың болуының себептері де зерттеуден өтті. Көптеген ресейлік аймақтар – ауруды анықтау және көмек көрсету барысындағы денсаулық сақтау жүйесінің нашар жұмысының кесірінен болатын өлім көрсеткіштерінің жоғары қауіп анықталды. Ресейдің тұрмыс жағдайлары нашар аймақтарында [25,26,27,28] жүрек-қан айналу жүйесі ауруларының таралу заңдылықтары да кешенді түрде зеріттелді.

Қан айналу жүйесі ауруларының себебінен туындайтын өлімнің қауіп топтарын және себептерінің ерекшеліктерін, деңгейлерін ескеретін ресей территорияларының ұқсас аймақтарының картасы құрастырылды. Оның ішінде Оңтүстік және Приволжск аймақтарына жататын 12 % территория - жағымды (өлім көрсеткіштері негізгі себептерімен есептегенде әйелдер мен ер адамдардың барлық жас топтарында орташа ресейлік өлім көрсеткіштерінен төмен) және Орталық, Солтүстік-Батыс аймақтарында орналасқан 17% - жағымсыз (дәл сол топтардағы өлім деңгейі орташа ресейлік көрсеткіштерден жоғары), өлім себептерінің негізгі құрылымы бойынша: Уралдың, Сібір және Алыс Шығыстың бір бөлігі немесе ерте еңбекке қабілетті жастағы және жеткіншек кездегі жоғары өлім бойынша, соның ішінде ерлерде (Орталық аймақ) немесе әйелдерде (Алыс Шығыс) – таңдамалы жағымсыз аумақтағы өлім ерекшеліктері бойынша жіктелді [29,30,31].

90-шы жылдары жүрек-қан айналу жүйесі аурулары әлеуметтік-экономикалық тоқырау себептерінің жағымсыз маркері ретіндегі рөлі негізделді. Ол мына жағдайларда көрініс берді: өлімнің аймақтық қалыптасу ерекшеліктерінде (аймақтық экономикалық жағымсыз себептердің қуатты әсеріне сәйкес жағымсыз аймақтардың Шығыс Сібір және Алыс Шығыс аймақтардан Солтүстік-Батыс және Оңтүстік аймақтарға ауысуы), жастың ұлғаю себебі (жас, еңбекке қабілетті жастағы тұрғындардың, әсіресе әйелдер арасында өлімі едәуір жоғарылады), нозологиялар рагасындағы өзгерістер (өлім себептерінің басқа да жүрек аурулары есесінен жазылуы арқылы маңыздылықтарының ығысуы, ол өз кезегінде денсаулық сақтау қызметінің экономикалық реформалардың негізгі қысымына іліккен тұрғындар топтарында есепке алдмағандығына куә бола алады) [32,33,34,35].

Соңғы жылдары ересек және егде тұрғындардың арасында қалыптасқан жүрек-қан айналу жүйесі патологияларына байланысты шынайы сырқаттанушылығының есепке алынбаған бөліктерін бағалауға мүмкіндік беретін әдістеме құрастырылды. Ол осы себепті нақты өлім деңгейлерінің қалыптасу ерекшеліктерін анықтауға жол ашты. Бұл әдістемеге негіз ретінде Ресейлік аймақтарды осы көрсеткіштер бойынша топтастыру және қарастырылған критерийлер мен ең алғашқы байланыстардың моделдерін

қолдана отырып, Іаquo-эталонды аймақтарды анықтау негізінде іске асырылады.

Қол жеткізген статистикалық материалдар негізінде кешенді аймақтық талдау жүргізе отырып, нақты жастық және нозологиялық қауіптілігі жоғары топтарға бағытталған профилактикалық іс-шаралардың басым бағыттары жүргізетін аумақтарды анықтау мүмкін екендігі көрсетілді. Сондықтан да бұл жұмыстың нәтижелері аймақтардың әр түрлі денсаулық көрсеткіштеріне байланысты арнайы аймақтық бағдарламаларды құрау мақсатында әкімшілік аудандарды классификациялау үшін ақпараттық қамтамасыз ету және әдістемелік нұсқау ретінде қолданылуы мүмкін [36,37,38,39,40].

Жүргізілген зерттеу жұмыстары қазіргі уақытта жүрек-қан айналу жүйесі сырқаттарының статистикасында едәуір айырмашылықтар бар екендігін көрсетті. Олар түзетулер енгізу мен жою қажеттігін талап етеді. Зерттеу нәтижелері бойынша бастапқыда сырқаттанушылық статистикасына байланысты нақты ұсыныстар ендірілді.

Алайда, жүргізілген зерттеулер нақты статистикалық жұмыстарды орындаудың шектеулеріне қарамастан, оның жұмысын тоқтату қажеттілігі туындамайды. Осы ережелер жайлы алдыңғы қатарлы ресейлік ғалымдар ескертіп отыр. Алынған нәтижелер медициналық статистиканың (ең алдымен сырқаттанушылық статистикасы) денсаулық сақтау жүйесі аясындағы барлық деңгейлерде шешім қабылдау үшін өте қажетті құрал болып қалатындығы ескертілген [41,42,43,44,45].

Алынған негізгі нәтижелер ғылыми – тәжірибелік конференцияларда қарастырылды, сонымен бірге салауатты өмір салтын насихаттау және инфекциялық емес аурулар бойынша семинарларда да талқыланды. Ал жүрек-қан тамыр ауруларына туындайтын сырқаттанушылықтарды төмендету бойынша ғылыми-тәжірибелік конференциялардың жұмысы барысында өте кеңінен баяндалған болатын. [46,47,48,49,50].

1992-2017 жылдар аралығында қанайналу жүйесінің аурулары барлық тұрғындар топтарының арасында біріншілік аурушандықтың өсуімен, әсіресе балалар мен жасөспірімдер арасындағы қалыптасқан көрсеткіштердің өсуімен сипатталады. Бұл өсімнің туындауына алып келетін себептердің қатары сол анықталмаған күйінде қалды. Оның негізгі себебі нозологиялық бірліктер қатарында көрсетілгендей, ересектерде – шамамен 70%-ға дейін кездесетін, ал балалар арасында тек – 5%-ға дейін анықталатын аурулардың жаңа нозологиялары аурудың барлық класстарының даму бағытына сай келмейтін ерекшеліктерді анықтап отыр (ересектер мен егде жастағыларда – өсу жылдамдығы бойынша, балаларда – көп жылдық бағыттылығы бойынша ерекшеліктер бар) [51,52,53,54].

Қан айналу жүйесі патологияларына байланысты сырқаттанушылықтың едәуір аймақтық қалыптасу ерекшеліктері бар. Олардың жалпы құрамы мен даму бағыттары негізгі қауіп-қатер туғызатын себептердің таралуына тәуелділік танытады. Осымен қоса жеке аумақтарда шынайы қатынастарды бұзатын сырқаттанушылықтың едәуір бөлігі есепке алынбайтындығы

байқалады, Олар мынандай ерекшеліктермен сипатталады: а) есепке алынған аурушандық көрсеткішінің аймақтық вариацияларының айырмашылықтары мен негізгі қауіпті себептерінің қалыптасуында; б) балалар мен ересектердің аймақтық аурушандық көрсеткішінің таралуларының арасындағы нақты тәуелділіктің болуынан; в) қауіпті себептері жоғары деңгейде таралған аумақтардағы өзгерістерге сәйкес келмейтін, тұрғындар сырқаттанушылығының жоғары және төмен зоналарындағы өзгерістеріне әкеліп соққан 1992-2001 жылдар аралығында төмен көрсеткішті аймақтарда сырқаттанушылықтың максималды өсу жылдамдығын тіркеуде [55,56,57,58] жіберілген қателіктер. 1992-2001 жылдар аралығында барлық тұрғындар арасында қан айналу жүйесі ауруларынан болған өлімнің жоғарылауы байқалады. Ал ер адамдардың сырқаттанушылық көрсеткішінің өсімі ерекше назар аударды. Жалпы және стандартталған өлім көрсеткіштерінің 2 есе айырмашылықтарының анықталуы өлімнің жастық қауіптілігін ғана көрсетіп қоймай, осы қауіптіліктің арқасында туындаған жастық топтардың үлесінің жоғарылауын да көрсетеді. Өлімнің ақырындап жасарып келе жатқандығын еңбекке қабілетті жастағы тұрғындардың арасындағы өлім санының жоғарылауының максималды жылдамдығынан байқауға болады. Бұл жағдай әсіресе өлім саны жағынан ер кісілерге қарағанда 3 есе жоғары егде әйелдер арасында көптеп белең алуға [59,6,61,62,63].

90-шы жылдары орын алған әлеуметтік-экономикалық тоқырау негізгі қауіп туғызатын топтарды өзгертіп, өлімнің аймақтық таралуында айтарлықтай өзгерістер туындатты. Ал ол өз кезегінде елде болып жатқан әлеуметтік-экономикалық құбылыстарға байланысты өзгерді және мынандай денсаулық көрсеткіштерімен сипатталды: а) әлеуметтік-экономикалық қайта құрудың нәтижесінде жағымсыз полюстардың, іаquo-жеңгендерден гаquo-жеңілгендерге ауысуларынан, яғни Шығыс Сібір және Алыс Шығыстан Солтүстік Батыс пен Орталық аймақтарға; б) Қайта құру орталығында қалуына байланысты, тұрғындар топтарында максималды өсу жылдамдығының болуы: еңбекке қабілетті жастағы ерлер мен әйелдердің үлес салмағының жоғары болуы; в) еңбекке қабілетті жастағы тұрғындардың арасында алдын алуға мүмкіндігі бар өлім себептерінің үлесінің жоғарылауынан: жүректің ишемиялық ауруларының қысқаруы және сырқаттанушылықтың нозологиялық құрылымындағы цереброваскулярлы сырқаттар фондында жүректің басқа да ауруларының жоғарылауы [64,65,66,67,68] байқалады.

Өлімнің аймақтық таралуының негізі патологиялары және негізгі қауіп қатерлілік топтары елдің дамуының алдыңғы тоқырауға дейінгі кезеңін мыналарға байланысты сақтайды: а) өлім көрсеткіштерінің аймақтық айырмашылықтары бірегей сапалық классификациялар шегінде орналасқан: Жасөспірімдік жастан жоғары барлық жастағы адамдарда вариация коэффициентінің деңгейі 30%-дан аспайды; б) Жасөспірімдік жастан жоғары барлық жастағы ерлер мен әйелдер өлімінің аймақтық таралуларының арасында жоғары тәуелділік анықталады, ол ерлер мен әйелдердің негізгі

өлім себептері мен қауіп қатерлік себептерінің сәйкес келу жағдайларын көрсетіп отыр. Қан айлу жүйесі ауруларына тендерлік, жастық және нозологиялық негізгі қауіп топтарына бөлінуіне байланысты және де жеке топтардың әкімшілік аудандарға жіктеліп таралуына байланысты да жағымды және жағымсыз әмбебап әсерлері болуы тән [69,70,71,72].

Жағымды көрсеткіштер аумағы ретінде ретінде Оңтүстік және Приволжск аймақтарына жататын 12% территория аумағын айтуға болады. Бұл аумақта барлық жастық-жыныстық топтарда және негізгі қатерлі себептердің таралуы бойынша себептері бойынша орташа ресейлік көрсеткіштерден төмен деңгейдегі көрсеткіштер орын алған. Жоғары деңгейдегі көрсеткіштер орын алған территорияларға Россияның Орталық және Солтүстік-Батыс аймақтары жатады. Өлімнің аймаққа тән емес құрылымдары Россияның Урал, Сібір және Алыс Шығыс сияқты аймақтарында, ал жасөсірімдер және ерте еңбекке қабілетті жастағы адамдардың арасындағы жоғары өлім көрсеткіштері Орталық аймақтың үлкен бөлігі мен Алыс Шығыстың кейбір аудандарына кездесіп отыр. Осылайша, әрбір аймақтық топтарда әлеуметтік маңызы үлкен аурулар бойынша қауіп қатері бар топтар белгіленеді және сәйкесінше өлім көрсеткішінің төмендеуіне бағытталған жеке стратегиялық шаралар жазылады [73,74,75].

Егде және Ересек тұрғындар арасындағы сырқаттанушылық көрсеткіштерінің *laquo*-шынайы деңгейлері белгіленген төрт кезеңді қосатын өлім көрсеткіштері туралы қолда бар ақпараттық мүмкіндіктер негізінде қайталай құрастырылды. **Оның кезеңдері:** (1) зерттеу аймақтарын сырқаттанушылық және өлім көрсеткіштерінің деңгейлері бойынша топтастыру, (2) Берілген көрсеткіштер негізінде жағымды және жағымсыз себептердің түрлерін анықтау, (3) тұрғындардың жастық-гендерлік құрылымдарын есепке ала отырып өлім және сырқаттанушылық көрсеткіштері аралығындағы ең оңтайлы байланыс критерийі бойынша *laquo*-эталонды аймақты қалыптастыру (4) өлім көрсеткіштерінің берілген ресми деңгейі бойынша сырқаттанушылық көрсеткішінің деңгейлерін моделдеу.

Есепке дер кезінде алынбаған сырқаттанушылық оқиғалары, аурудың жаңа оқиғалары, ерте жастағы өлім жағдайлары, қателіктердің алдын алу және мәліметтерді толықтай тіркеуге алу үшін негіз болуы тиіс. Бұл жер көлемі ауқымды елдердің эпидемиологиялық жағдайларына қарап үшінші кезеңнен немесе екінші кезеңіне өтуге мүмкіндік береді. Ал жеке аймақтағы жағдай – бірінші кезеңге жақындауы тиіс. Қазіргі уақытта қауіпті кезеңде тұрған елдегі эпидемиологиялық жағдайды назарға алуға бағытталған профилактикаға көңіл бөлсек, онда жалпы елдегі қанайналу жүйесінің ауруларынан туындайтын өлімнің едәуір төмендеуін болжауға болады [76,77,78,79].

Қанайналу жүйесі ауруларынан туындайтын сырқаттанушылық пен өлімінің кешенді талдауын жүргізу қажеттілігі қанайналу жүйесі ауруларына

жататын сырқаттанушылық және өлім көрсеткіштерін нозологиялық бірліктерге сай бірегей классификацияға келтіру; сырқаттанушылық көрсеткішін өлім көрсеткіштерімен байланыстыру қажет. Басқаша айтқанда жас және егде жастағы еңбекке қабілетті адамдарды, міндетті түрде жыныстық сипаты бойынша топтастыру керек.

Жүрек-қантамыры аурулары (СГЗ) бар науқастарды емдеу және диагностикалау әдістерінің үздіксіз жетілдірілулеріне қарамай 21 ғасырда дүние жүзі бойынша көптеген елдердің өзекті мәселесі болып қала беруде [80,81,82,83].

Патологияның әрбір түрін медициналық көмек көрсету жағынан да, әлеуметтік маңыздылығы жағынан да қарастыруға болады. Осыған байланысты, жүрек-қан айналымы ауруларын өлімнің негізгі себептеріне және де әлеуметтік маңызы жоғары сырқаттар қатарына жатқыза аламыз [84,85,86,87,88].

Қанайналу жүйесінің аса қауіп қатер туғызатын себептеріне дислиппротеидемия (ДЛП), артық дене салмағы, төмен физикалық белсенділік, стресс және тұлғаның мінездік ерекшеліктері, жүрек-қантамыры аурулары бойынша ауыр тұқымқуалаушылық, гиперуремия, ішімдікті, кофені шектен тыс пайдалану жатады. Ауыл тұрғындары арасындағы таралған қанайналу жүйесі ауруларының қауіпті себептері қала тұрғындарының арасындағы осындай себептерге қарағанда өмір сүру салттарына байланысты өзгеше келеді [89,90,91,92,93].

Ауыл тұрғындарына кезеңдете көрсетілетін медициналық көмек алады. Олардың қатарына дәрігерге дейінгі фельдшерлік, дәрігерлік және мамандандырылған дәрігерлік, сонымен қатар жоғары технологиялық медициналық көмек түрлері жатады. Жеке авторлардың зерттеулеріне қарағанда ФАП-ке медициналық көмекке қаралғандардың 54,4%-ы сырқаттар мен жарақаттарға байланысты, ал 45,9%-ы қан айналу жүйесінің ауруларына шағымданып келгендерін көрсетіп отыр [94,95].

Осы мәселемен айналысқан авторлардың мәліметтері бойынша ауылдық әкімшілік аймақ тұрғындарының біріншілік сырқаттанушылық деңгейлері 2002-2007 жылдардағы қанайналу жүйесінің аурулары бойынша - 100 мың ересек тұрғындарға балап есептегенде - 4764,7 оқиғадан 10725,8 оқиғаға дейін өсіп отыр және ол жағдай жоғары қан қысымы, жүректің ишемиялық аурулары (ЖИА), цереброваскулярлы аурулар есебінен туындағандығы дәлелденген. Қанайналу жүйесі ауруларына байланысты қаралған ер адамдардың орташа жасы $60,8 \pm 0,3$ жылды құраса, әйелдердің жасы - $62,9 \pm 0,2$ жыл болып шықты, ($p < 0,001$), ал жалпы көрсеткіштің деңгейі ортаесеппен - $62,2 \pm 0,2$ жылды құрады.

Қазіргі талаптар бойынша медициналық көмек көрсетудің тиімділігін бағалау үшін тұрғындардың медициналық көмекке қанағаттанушылығын зерттеуді де қарастыруды керек. Осы жағдай денсаулық сақтау жүйесін ұйымдастырудың кез-келген кезеңінің негізгі міндеттердің бірі болып есептеледі [96,97,98,99,100].

Қанайналу жүйесі ауруларының медициналық-әлеуметтік қырларының жеткіліксіз зерттелуі ауыл тұрғындарына медициналық көмекті ұйымдастыру және тиімді алдын-алу шараларын жүзеге асыруға және ұйымдастыруға мүмкіндік бермей отыр. Айтылған мәселелерге байланысты зерттеудің мақсаты мен міндеттері де түзеледі.

Қазіргі уақытта Ресейдегі және шетелдегі тұрғындардың жүрек-қантaмыр ауруларының эпидемиологиялық ерекшеліктеріне байланысты әдеби көздердің мәліметтері өте көп. Оларды талдау нәтижесінде төмендегідей қорытынды шығаруға жол ашты.

Қазақстан республикасында және шетелдерде жүрек-қантaмыры ауруларына байланысты жүргізілген көптеген зерттеулер арасында осы патологияның дамуы мен пайда болуына әсер ететін себептерге, оның тұрғындар арасында таралуына, ерекше назар аударылады.

Өлім көрсеткіштерінің жастық, гендерлік, нозологиялық ерекшеліктеріне байланысты сырқаттанушылық пен өлім деңгейлерінің қалыптасуын анықтауға эпидемиологиялық зерттеулерде едәуір аз уақыт және орын бөлінеді [101,102,103,104,105].

Сырқаттанушылық пен өлім көрсеткіштерінің мәліметтерін тіркеу және статистикалық есепке алу ісін жүргізудің бірегей формасының жоқтығына байланысты көптеген елдерге олардың деңгейлері бір-бірімен тура келмейді. Өз кезегінде оларды зерттеу әдістерінің әртүрлілігіне себеп болуда.

Сырқаттанушылық көрсеткішін есептеу әдістерінің өзгешілігі бұл айырмашылықтар халықаралық мәліметтердің шартты түрде теңеспеуіне әкеледі, оған ДДҰ мен БҰҰ-ның жарияланымдарында бұл мәліметтердің жоқтығы куә болып отыр.

Медициналық-демографиялық зерттеулерде кеңінен қолданылатын өлім көрсеткіштеріне келетін болсақ бұл айырмашылықтар бар, алайда халықаралық классификацияны жасауда аса үлкен кедергілерді тудырмайды. Сондықтан да, өлім туралы мәліметтер толық саналады және кең түрде қолданылады [106,107,108,109].

Қазақстан республикасында қанайналу жүйесі ауруларынан туындайтын сырқаттанушылық және өлім көрсеткіштерін зерттеу халықаралық талаптарға сай жүргізіледі. Сондықтан аталмыш патологияның аймақтық эпидемиологиялық тұрғыдағы зерттеулері өте сирек. Олардың қалыптасуын зерттеген аймақтарда біркелкі таралуына бағытталған мақсатты бағдарламаларды мемлекеттік деңгейде қабылдау жүйесі де осымен түсіндіріледі.

Өлімге алып келетін аурулар бойынша әрбір аумаққа қажетті шараларды анықтау және жеке шешімдерді құрастыру тек қана аймақтық жеке стратегияларды жасаған жағдайда ғана болмаса, өзгеше іске аспай жатыр. 90-шы жылдардың зерттеу жұмыстарының нәтижелері көрсеткендей, бұл тек жеке экономикалық субъектілердің қолынан келетін іс, алайда бұған көптеген үлкен аймақтар қажеттілік сезініп отыр [110,111,112,113,114,115].

тұрғындардың жүрек-қан айналу жүйесі патологияларының аймақтық қауіпті әкімшілік аудандарын және олардың тұрақтылығын анықтау өзекті ғылыми мәселе болып келеді.

Сырқаттанушылық пен өлім көрсеткіштері деңгейінің динамикасына байланысты әлемде болып жатқан жағдайларды зерттеу, олардың мемлекетте қалыптасқан әлеуметтік-экономикалық ерекшеліктерінен туындайтын түрліліктерін көрсетті. Өлім көрсеткіштерінің динамикасындағы ауытқулар әртүрлі болып қалыптасқан.

Егер де өлімнің жоғарылауы сырқаттанушылық көрсеткішінің жоғарылауымен қатар жүрсе, онда профилактикалық шаралар да тиімді болар еді. Оңтүстік Азия еліндегі сырқаттанушылықтың өсуі диагностикалық қызмет көрсетудің жақсаруымен түсіндіріледі. Ал экономикасы дамыған елдердегі жаңа сырқат санының азаюы жүргізілген профилактикалық шаралардың өте жақсы нәтижесі ретінде қарастырылды [116,117,118,119,120].

Осылайша, дамыған елдердегі зерттеулерден байқағандай қан айналу жүйесі ауруларының деңгейін төмендету туралы саясаттың қалыптасуына сырқаттанушылық себептерінің қуатын анықтау болашағы бар ғылыми міндет болып табылады [121].

1992-2017 жылдар аралығында қанайналу жүйесі ауруларынан біріншілік сырқаттанушылық көрсеткішінің өсуі анықталып отыр. Әсіресе балалар мен жасөспірімдер арасында қалыптасқан өлім көрсеткішінің өсу қарқыны жоғары екендігі байқалады. Алайда оның не себептен өсіп жатқанын анықтау мүмкін болмады. Оның басты себебі, есепте көрсетілген нозологиялық формалар жаңа жағдайлардың тек болмашы бөлігін бөлігін ғана қамтиды. Ересек адамдардың арасында жүрек-қан айналу жүйесі ауруларының 30%-ына дейін анықталмай қалса, балалар мен жасөспірімдер арасында оның үлес салмағы 95%-ға жетіп отыр.

Бұл жағдай статистикалық есепке ендірілген нозологиялық формалардың тұрғындардың барлығында кездесе бермейтіндігін, әсіресе жас адамдарға сай еместігін көрсетеді. Классификация құрамында нозологиялар қатарының өзгерістері немесе осы класстағы сырқаттардың негізгі жиі кездесетіндерін толықтай өзгертулерді талап етеді. Бұл жағдай өз кезегінде тұрғындардың жасаралық сырқаттылық бейнесін анығырақ көруге, сәйкесінше олардың алдын алу жолдарын дұрыс анықтауға мүмкіндік береді.

Қан айналу жүйесі ауруларына байланысты жалпы масштабтары негізгі қауіпті себептерінің таралу ерекшеліктерін сипаттайтын сырқаттанушылықтың едәуір аймақтық қауіп қатерлері бар [122,123,124,125,126] екендігін көрсетеді.

Сонымен қоса Ресей федерациясы аумағында сырқаттанушылық деңгейінің дұрыс есептелінбегендігі және оның денсаулық сақтау қызметінің даму кезеңдеріне байланысты тіркелген деңгейлеріне тәуелділігі кездеседі.

Біріншіден, есепке алынған сырқаттанушылықтың аймақтық вариациясы негізгі қауіп қатерлерінің аймақтық вариацияларымен салыстырғанда өзгеше

сипатқа ие. Осылай, қан айналу жүйесі ауруларынан туындаған сырқаттанушылығы мен күшті алкогольді сусындарды пайдаланудың таралу деңгейі арасындағы тәуелділік өте аз (сырқаттанушылық деңгейі мен күшті алкогольді сусындарды пайдаланудың орташа жылдық деңгейі арасындағы корреляциялық коэффициент 0,12-ге ғана тең) [127,128,129].

Бұдан басқа, 1992-2017 жылдар аралығында ересек тұрғындардың сырқаттанушылығының аймақтық вариацияларының 3,5-тен 5-ке дейін жоғарылау сипатында алкоголь және шылым шегу секілді негізгі қауіп қатерлердің арасындағы корреляциялық байланыстың таралу деңгейі өзгерген жоқ: алкоголь бойынша 5 вариацияға, ал шылым шегу бойынша 5-тен 3 вариацияға дейін әйелдерде, 4-тен 3 есеге дейін ер адамдарда төмендеді [130,131,132,133].

Екіншіден, балалар мен ересектердің сырқаттанушылықтарының арасында анық айырмашылықтар бар екендігіне қарамастан ресейдің әртүрлі территорияларында аймақтық сырқаттанушылықтың таралуы арасында кішігірім тәуелділік кездеседі: 2015 жылы балалар мен ересектер арасындағы сырқаттанушылық деңгейлерін салыстырған кезде корреляция коэффициенті 0,3-ке тең болды. Корреляция коэффициентінің анықталған мөлшері 1992-2015 жылдар аралығында балалар және ересек тұрғындар сырқаттанушылық көрсеткіштерінің даму бағытын зерттеу кезінде алынған болатын (72 әкімшілік аумақта өсудің түрлі жылдамдығы анықталса, алайда өзгерістердің біркелкі бағыттылығын көрсетті).

Үшіншіден, 1992-2017 жылдар аралығында балалар мен ересектер арасындағы сырқаттанушылығының ең жоғарғы өсу жылдамдығы 1992 жылы оның ең төменгі деңгейдегі аумақтарда тіркелді. Оның қорытындысында сырқаттанушылықтың жоғары және төмен аймақтары өзгерді.

Осы жағдай қауіп қатерлердің өзгерістеріне тек кейбір аймақтағы өзгерістер сәйкес келеді. Егер 1992 жылы жоғары сырқаттанушылық аймақтары Оңтүстік, Приволжск және Сібір округтерінің жекелеген территорияларында кездессе, 2015 жылға қарай Ресейдің Оңтүстік және Солтүстік-Батыс бөлігі және Батыс Сібір, сонымен қатар Урал мен Алыс Шығыстың бір бөлігі кірді. Анықталған жағдай балаларда байқалды [134,135].

Осылайша, аймақтық деңгейде эпидемиологиялық жағдайды бағалау үшін сырқаттанушылық туралы мәліметтерді тар ауқымда пайдалану күтілмеген нәтижелерге әкеліп соғуы мүмкін, өйткені шынайы қатынастар есепке алынбаған мәліметтер ішінде көрінбеуі мүмкін. Сырқаттанушылық көрсеткішінің «шынайы» деңгейін бағалау үшін бұл мәліметтерді өлім көрсеткіштерінің деректеріне ауыстыру қажет. Сонымен қоса ол шынайы үрдістердің анықтығын бейнелеу үшін сырқаттанушылық көрсеткіштеріне байланысты статистикасының өзіне де өзгерістер енгізу қажет. Сонымен қатар жастық, гендерлік және аймақтық ерекшеліктерді назарға ала отырып,

қан айналу жүйесі ауруларынан туындаған өлім көрсеткішінің қалыптасу заңдылықтары талданады [136,137].

1992-2017 жылдар аралығында медициналық және әлеуметтік-экономикалық себептер қатерінен туындаған өлімнің жергілікті төмендеуіне қарамастан, әсіресе, ер адамдарда анықталған қан айналу жүйесі ауруларынан өлімге ұшырау санының айтарлықтай жоғарылауы туралы айтуға болады. Өлімнің жалпы және стандартталған көрсеткіштерінің 2 есеге дейін өзгерісі тек қана жастар арасындағы өлім қаупінің жоғарылауынан ғана емес, сонымен қатар осы қауіптен жастық топтардың үлесінің артуын да көрсетеді.

Жүрек-қан тамыры ауруларынан туындайтын өлімнің өсу жылдамдығының әркелкілігі жастық топтарға байланысты анықталады. Егде адамдардан 3есеге артық, өсудің ең жоғарғы жылдамдығы еңбекке қабілетті жаста байқалады (кіші – 20-39 жас, үлкен – 40-59 жас). Осы жағдай көптеген авторлар мән беріп отырған нақты патологиядан болатын өлімнің бірте-бірте жасару себептерін көрсетеді.

Еңбекке қабілетті жастардан басқа барлық жастық топтарда ерлердің өлімге ұшырау жиілігі әйелдерге қарағанда жоғары болып шықты: 0-19 жаста 31 және 21%, ал 40-59 жаста 24 және 15%, 60 жастан жоғары 28 және 12% тура келеді[138,139].

Жастық тобы ұлғайған сайын әйелдер мен ерлердің өлімінің өсу жылдамдығы арасында үлкен айырмашылық бола түседі: егер жас балалар мен жасөспірімдерде жас қыздарға қарағанда өлім саны үштің екі бөлігіне ғана жоғары болса, еңбекке қабілетті үлкен жастағы ерлерде әйелдерге қарағанда өлім көрсеткіші 2-3 есе жоғары жылдамдықта өсіп отырды. Жас, еңбекке қабілетті топ абсолютті түрде ол қатарға енген жоқ. Барлық тұрғыдан қарағанда бұл айтарлықтай белсенді кезеңде әйелдердің өлім деңгейі ерлермен салыстырғанда едәуір жылдам түрде өсті. Жас әйелдерді өлімге әкеліп соқтыратын, жыл сайын өсіп келе жатқан 90-шы жылдардағы бұл жаңа құбылыс, оның себептерін анықтау мақсатына ерекше назар аударуды талап етеді [140,141,142].

Популяцияның жасы мен жынысы бойынша қан айналу жүйесі ауруларынан туындайтын өлім себептерінің құрылымын анықталды. Жүректің ишемиялық аурулары және цереброваскулярлы сырқаттарының үлесінің азаюы қарамастан, жүректің басқа да ауруларының үлес салмағының олардың деңгейіне дейін жоғарылауы арқылы еңбекке қабілетті жастардың өлім көрсеткішінің деңгейі айтарлықтай өзгерістерге ұшырады. Бір жағынан балалар мен жасөспірімдердің, екінші жағынан егде адамдардың өлімінің құрылымы бұрынғысынша өзгеріссіз қалды.

Егер де егде адамдарда әлі күнге дейін жалпыға тән анық нақты себептер басым болса: жүректің ишемиялық аурулары және цереброваскулярлы сырқаттары, ал балалар мен жасөспірімдерде барлық жағдайлардың жартысынан көбінде жүректің ескерілмеген басқа да сырқаттары анық

анықталып отыр. Бұл жағдай өз кезегінде оларды осы жастағы негізгі себептерге жатқызуға мүмкіндік береді.

Жүректің басқа да сырқаттарынан болатын өлімнің оқиғаларының өсуі осы топқа енетін жеке себептерді байыппен қарастыру қажеттігін тудырады. Осы жағдай өлімнің төмендеуіне ықпал етіп, олардың жоғарылау себептерін түсіндіруге жол ашуы ықтимал [143,144,145].

Жүректің басқа да сырқаттарынан қалыптасатын негізгі нозологияларын тереңірек қарастыру мүмкін болмағандықтан, бұл жағдайдың адамдардың өмір сүруіне немқұрайды қарым-қатынасының өзгеруі және тым кеш қаралулары салдарлары екендігін немесе денсаулық сақтау қызметінің осы тұрғындар топтарына басым көңіл қою керектігін және бұл сырқаттардан өлімнің алдын алын арттыру қажеттігін айту керек. Арнайы зерттеулердің нәтижелері жүрек-қан айналу патологияларының дамуында осы және басқа да себептер маңызды екендігін көрсетіп отыр [146,147,148].

Бұл патологиядан болған өлім көрсеткішінің аймақтық таралуы 90-шы жылдары едәуір өзгерді. Қазақстан республикасының әлеуметтік-экономикалық қиыншылықтарына сипатына байланысты жағымды және жағымсыз өлім деңгейлерінде бірқатар өзгерістер жүрді. Алыс Шығыстағы жағдай 1992 жылмен салыстырғанда айтарлықтай жақсарды. Солтүстік-Батыс аймақтағы, Орталық және Алыс Шығысқа жетпей Уралдың Шығысында тұрғындар денсаулығында жағымсыз жағдай едәуір өзгерістерге ұшырады. Егер де 1992 жылы сібір аумақтарының көптеген бөлігі денсаулық көрсеткіштері бойынша жағымсыз аймақтар қатарында болса, 2001 жылға қарай олар төмен өлім көрсеткіштерімен Оңтүстік аймақ республикаларының қатарына қосылды. Осылайша, 1992 жылдың өлім деңгейі мен 90-шы жылдардағы оның өсу жылдамдығы арасында теріс тәуелділік байқалады. Басқаша айтқанда өлімнің аз деңгейлі аймақтарында өлім көрсеткішінің жоғары жылдамдықпен өсім беріп отыр [149,150,151,152].

Осылайша қан айналу жүйесі ауруларынан туындаған өлімнің жастық, тендерлік, нозологиялық және аймақтық ерекшеліктері 90-шы жылдарда орын алған өзгерістердің әлеуметтік жағымсыз қауіп қатерлері доминантты мәнін көрсетеді. Статистикалық зерттеулердің нәтижесінде алынған бұл қорытынды 90-шы жылдары қан айналу жүйесі ауруларынан болатын тұрғындардың сырқаттанушылығына әлеуметтің жағымсыз жағдайлардың ықпал ету механизмдерін, ашатын эпидемиологиялық зерттеулердің мәліметтерімен дәлелденді.

Өлімнің аймақтық ерекшеліктерін зерттеу және алынған нәтижелерді талдау ересек тұрғындардың, оның ішінде ер адамдар мен әйелдерде де қан айналу жүйесі ауруларынан болатын өлімді детерминациялайтын себептерінің кешенін сақтау кезінде айтарлықтай оң өзгерістер барын көрсетті. Бірақ әлі жүрек-қан айналу жүйесі аурулары себебінен болатын өлімнің төмендеуі туралы айтылмағанымен, оның өсу жылдамдығы жеке аймақтарда ресейлік орта көрсеткіштермен салыстырғанда едәуір төмен

болып табылады. Мұндай болжамдар бойынша осындай топтардың болуы басқа да ресей аймақтарына оңды үлгі болып келеді [153,154].

Өзгерістерге қарамастан өлімнің аймақтық таралу негіздері мен қауіп катері бар топтардың ерекшеліктері әлі де болса ел дамуындағы тоқырауға дейінгі кезеңдегі бағамдарын сақтап келеді. Біріншіден, өлімнің аймақтық айырмашылықтары соңғы онжылдықта жоғарылағанымен, орташа деңгейдің шегінде қалып отыр: 20 жастан жоғары жастардың барлығының вариация коэффициенті 30% -ды құрайды.

Өлім көрсеткішін төмендету бағдарламаларында көптеген аймақтар бастан кешіп отырған эпидемиологиялық өзгерістерді, бағыттарды және міндеттердің бірлігін ескеретін ауқымды профилактикалық шаралар қарастырылуы қажет. Сонымен қатар нақты аумақтарда қауіп топтарының таралуы мен өткірлігін назарға алатын аймақтық профилактикалық бағдарламалар болуы тиіс. Екіншіден, ерлер мен әйелдердің негізгі өлім себептері мен қауіп қатрлерінің сақталуын көрсететін 20 жастан жоғары барлық жастағы ерлер мен әйелдер өлімінің арасындағы аймақтық таралуындағы жоғары тәуелділігі сақталды және күшейе түсті [155,156].

Анықталған өзгерістердің нәтижесінде қан айналу жүйесі ауруларынан болатын өлімнің жоғары қауіптілігінің гендерлік, жастық және нозологиялық топтарының спецификалық типологиясы пайда болды. Негізгі себептері бойынша ерлер мен әйелдердің барлық жастық топтарында өлімнің орташа көрсеткіштерінен төмен көрсеткіштер тіркелген Оңтүстік (басым түрде республика) және Приволжск округінде салыстырмалы түрде жағымды жағдай байқалады.

Орталық және Солтүстік-Батыс және бірқатар солтүстік аймақтары дәл осы топтарда орташа ресейлік көрсеткіштермен салыстырғанда жоғары көрсеткіштерді байқатты. Осылайша, олар жағымсыз аймақтарды құрады. Қалған аймақтар тандамалы жағымсыз аймақтарға жатады. Өлімнің жастық құрылымы мен деңгейі жағынан әбден жағымды болып санала алатын Урал, Сібір және Алыс Шығыстың бір бөлігі шындығында өлімнің тән емес құрылымы әсерінен (цереброваскулярлы аурулардың жоғары үлесі – әсіресе Уралда немесе басқа да жүрек аурулары – Сібірде) бұл категориядан шығып қалып отыр. Бұл жағдай өз кезегінде диагностика сапасына арналған сұрақтар туындатып отыр [157].

Орталық аймақтың айтарлықтай бөлігінде және Алыс Шығыстың кішігірім бөлігінде балалар мен ерте еңбекке қабілетті жастағы адамдардың өлімінің өсуі келелі мәселе болып табылады. Осындай ақуал ер адамдарда (Орталық аймақ), немесе әйелдерде (Алыс Шығыс) айқындалды. Сонымен қоса Чукотский АҚ, Тыва секілді бірқатар аймақтар өте жоғары көрсеткіштер (статистиканың ақауларына да байланысты болуы мүмкін) анықталып, жеке зерттеулерді талап етуде. Осылайша әрбір тұрғын аумақтағы халық топтарына өзіне тән қауіп топтары белгіленеді. Сондықтан өлімді төмендетудің жеке стратегиялары қолға алынуы тиіс. Жеке аймақтарда өлім

мәліметтері бойынша сырқаттанушылықты есепке алмаудың с ебептері зерттелді.

Жүрек-қантамыр ауруларының нозологиялық және жастық ерекшеліктері бойынша сырқаттанушылық құрылымы мен өлімін жеке-жеке талдауларына сүйене отырып, эпидемиологиялық жағдайлардың жеке қырлары қарастырылды [158].

1992-2017 жылы тұрғындардың біріншілік сырқаттанушылықтары мен өлімінің арасында ешқандай байланыс жоқ екендігін зерттеулер көрсетті, корреляция коэффициенті – 0-ге тең. Осыған байланысты біз тұрғындарда жүрек-қантамыр ауруларын ерте анықтауға және одан болатын өлімнің алдын-алуға бағытталған денсаулық сақтау жүйесінің кардиологиялық қызметінің нашар жұмысы жайлы болжам жасауға негіз болды. Осыған байланысты және қосымша зерттеулер кардиологиялық қызметтердің нәтижесінде тұрғындар сырқаттанушылығының жаңа жағдайларын есепке алмауы, сәйкесінше қажетті деңгейде медициналық көмектің уақытылы көрсетілмеуі жайлы айтуға болады.

Шамадан тыс жоғары көрсеткішті аймақтарда сырқаттанушылықтың есепке алынбауын оқиғаларын бағалау үшін қолда бар ақпараттық мүмкіндіктерге негізделген өлім туралы мәліметтер арқылы сырқаттанушылық деңгейлерін қалпына келтіру әдістемесі жасалды [159].

Әдістеме бірнеше кезеңдерден тұрады. Бірінші кезеңде тәуелсіз тарату жолымен екі критерий бойынша аумақтарды топтастырдық: (сырқаттанушылық және өлім деңгейлері бойынша). Екінші кезеңде тұрғындардың жастық құрылымдарының ерекшеліктерін есепке ала отырып жағымды және жағымсыз сипаттағы аумақтарға жіктелді.

Үшінші кезеңде тұрғындардың жастық құрылымы бойынша орташа көрсеткіштерге жақын, сырқаттанушылық пен өлім арасында орын алған қатынасы жағынан алып қарағанда «эталон» қызметін атқара алатын аумақ іріктеліп алынды. Негізінен төрт территория іріктелінді, олардың мәліметтері бойынша регрессионды теңдеулер сериясы тұрғызы және төрт ресейлік үлгіге сәйкес жағымсыз территориялардың тұрғындардың «шынайы» сырқаттанушылықтар деңгейлерінің реконструкциясы жүгізілді.

Бірінші кезеңде зерттеу аумақтарын бөлу үшін шекараларды таңдау сырқаттанушылық деңгейіне байланысты және топтардың өлім деңгейлеріне байланысты (жоғары, орта және төмен көрсеткішті) таратулар мөлшерінің ауқымдылығына байланысты формальді бөлу критерийлерін пайдалану мүмкін болмағандықтан сараптау жолымен өткізілді. Бұл жерде топтар саны жеткілікті және біркелкі болулары тиіс, яғни статистикалық мәнді болу және орта көрсеткіштер емес, көрсеткіштері шынайы жоғары немесе шынайы төмен аумақтардан тұру қажет.

Екінші кезеңде жасалған топтастыру нәтижесінде түзілген 9 топтың ішінен жағымды тип іріктеліп алынды, оған сырқаттанушылықтың жоғары деңгейлі және өлімнің орта немесе төмен көрсеткішті, сонымен қатар

сырқаттанушылық көрсеткіштерінің деңгейлері бойынша орташа және төмен өлім көрсеткіштері байқалған тұрғын аумақ енді [160].

Тұрғындардың денсаулығын қорғау тұрғысынан алып қарағанда бұл қатынастар өте ыңғайлы болып табылады және қан айналу жүйесі ауруларын толық және ерте кезеңде анықтауға болатынын көрсетеді, ол уақытылы және дұрыс емдеуге, өлім жағдайларының төмендеуіне алып келеді және денсаулық сақтау тармақтары ресурстарын салыстырмалы түрде толық пайдаланумен, осы патологиямен ауыратын науқастарға көмек көрсетуді ұйымдастырудың жетістігімен сипатталады.

Қан айналу жүйесі ауруларынан тұрғындарда өлім көрсеткіштерінің төмендеуі денсаулық сақтау жүйесінің дұрыс жұмыс атқаруы арқасында ғана емес, тұрғындардың жастық құрылымының салдары болғандықтан, бұл қауіті себеп ретінде де есепке алынды. Өлім көрсеткішінің деңгейі Орташа көрсеткіштен төмен болмауы қажет қарт адамдардың үлесін қоса есептегенде «жағымды типке» жататын 22 территориядан сырқаттанушылық/өлім критерийлері бойынша тек 8 нысан ғана ерекшеленді: Алтай өлкесі, Башқұртстан, Татарстан, Чувашия, Қорған, Орынбор, Пенза және Ростов облыстары.

Денсаулық көрсеткіштері бойынша топтастыру кезінде жағымды аумақтардан бөлек олардың жағымсыз топтары да анықталған болатын. Оған сырқаттанушылығы төмен және өлім деңгейі орташа немесе жоғары, сонымен қатар сырқаттанушылықтың орташа деңгейлі және жоғары өлім көрсеткіші анықталған аумақтары енген болатын. Қарттардың үлесін қоса есептегенде Ресейдің Еуропалық бөлігінде орналасқан 27 нысанның ішінен 23 нысаны қалдырылды.

Қалған территориялар қосымша зерттеулерсіз, тек сырқаттанушылық пен өлімнің статистикалық көрсеткіштерін салыстыру негізінде ғана қан айналу жүйесі ауруларына байланысты жағдайдың жағымды немесе жағымсыз деңгейін және олардың шығынын бағалау мүмкін еместігін көрсететін шекаралық аумақтар болып табылады [161].

Тұрғындар өлімінің төмен болуы жүрек-қан айналу жүйесі ауруларымен сырқаттанатын науқастарды емдеу және уақытылы анықтау бойынша денсаулық сақтау қызметінің сапасымен түсіндіріледі. Осындай аумақтық топтардың болуы, бұл көрсеткіштер бойынша жағымсыз өзіндік бағдары ретінде қарастыруға мүмкіндік береді. Басқаша айтқанда, жағымды территориялардағы тұрғындардың жүрек-қанайналу жүйесі ауруларымен сырқаттанушылық және өлім көрсеткіштерінің қатынастарына сүйене отырып біз ондағы тұрғындардың өлім деңгейін қарастырып, жағымсыз аумақтағы сырқаттанушылықтың қандай болуы қажеттігін бағалауға мүмкіндік аламыз.

Таңдалған үлгіге байланысты әрбір сынақталған аумақ тұрғындар арасындағы сырқаттанушылықтың қайта қалпына келтірілген мәндері 10-нан 30%-ға дейінгі өте тар диапазон аралығында жатыр, ол алынған нәтижелердің беріктігін жоғарылатады [162]. Стандарттық

сырқаттанушылық деңгейі себептік сырқаттанушылық деңгейінен негізінен 2-3 есе асып түсті. Мұндай жоғары деңгей сынақталған аумақтағы сырқаттанушылықтың шынайы деңгейіне де, өзіндік сырқаттанушылық деңгейі мен өлім қатынасына да тәуелді болуы мүмкін. Дәл осындай сырқаттанушылық пен өлім деңгейінің 1,5 есе айырмашылығы Нижне Новгород облысында, ал 0,9 есе төмен деңгейдегі айырмашылығы Псков облысында байқалады.

Біздің зерттеудің нәтижелері жүрек-қанайналым жүйесі науқастарынан туындайтын біріншілік сырқаттанушылықтың шынайы деңгейін анықталмау, жеке аймақтық денсаулық сақтау басқармаларында болып жатқан есепсіздікті көрсетеді. Алайда бұл оның нақты деңгейлері жаңа әдістеменің көмегімен қайта қалпына келтірілген мәндеріне толықтай сәйкес келу керек екендігін білдірмейді. Бұл жаңа анықталған жүрек-қан тамыр патологияларын салыстырмалы түрде толық анықтау кезінде байқалатын жаңа сырқат оқиғалары мен олардан туындайтын өлім жағдайлары және осы аумақтағы өлім деңгейінің жобасы ретінде қабылдауымыз қажет.

Қазіргі уақытта бірқатар аумақтарда анықталатын болғандықтан бұл сандар адам сенгісіз деуге келмейді. Әлемдік үлгіге анықталған біріншілік сырқаттанушылықтың көрсеткіштің жақындауына байланысты қан айналу жүйесі ауруларынан туындайтын өлім деңгейі ақырындап төмендей түседі [163].

Жалпы қан айналу жүйесі ауруларының жоғары деңгейде таралуы мүмкін аумақтар негізгі нозологиялар бойынша да (жүректің ишемиялық аурулары және цереброваскулярлы аурулар) көрсеткіштердің солай қалыптасуын күтуге болады. Алайда олардың толық сай келу жағдайы аймақтың тек 70% ғана байқалды.

Бұдан бөлек, жалпы қан айналу жүйесі аурулары бойынша денсаулыққа жайсыз, алайда жүректің ишемиялық және цереброваскулярлық аурулары бойынша қауіпсіз аурулар болуы мүмкін. Алынған нәтижелерді талдау, моделдердің жергілікті жағдайға сай келмеуі негізгі екі мәселеге байланысты қалыптасатындығын көрсетеді [164].

2.0 Бағдарлама, материалдар, әдістеме мен зерттеуді ұымдастыру

Жұмыстың алдына қойған мақсаттарына байланысты оның міндеттері анықталып, арнайы зерттеу бағдарламасын түзеуге жол ашты. Оның негізі ретінде зерттеу нысандары мен оның негізгі кезеңдері анықталды. Сонымен қатар зерттеудің бақылау сандары, оның әдістері мен қолданылатын тәсілдері, қол жеткізген деректердің статистикалық жиынтықтарын өңдеу, материалдарды өңдеу мен сараптау жұмыстары жүзеге асырылды.

Ғылыми зерттеу жұмысының негізгі міндеттеріне мыналар жатқызылды: арнайы кардиологиялық қызметтің және алғашқы медициналық санитарлық көмек жүйесінің жүрек-қан айналу саласында ауруы бар тұрғындарға көрсететін кардиологиялық медициналық көмектің жағдайы мен оның эпидемиологиясын анықтап, социологиялық әдіспен жүрек-қан айналу жүйесінің аурулары бар тұрғындардың емдеу-профилактикалық ұйымдардың беретін көмек сапасын бағалау нәтижесі қарастырылды.

Сонымен қатар, кардиологиялық медициналық көмектің қол жетімділігі мен сапасы анықталып, осы саланы жетілдіруді ұымдастыру мәселелері қарастырылды. Жүрек-қан айналу жүйесінде ауруы бар тұрғындардың арасында көрсетілетін медициналық көмекті ұымдастыру деңгейі мен оның технологиялық қырлары бағаланды. Медициналық-профилактикалық жұмыстырадың әлеуметтік-экономикалық тиімділігі анықталды. Зерттеу мақсаты мен міндеттеріне сай, зерттеу нысаны ретінде жүрек-қан айналу жүйесінде әлеуметтік маңызы бар аурулары бар науқастар алынды және оларға алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсететін медициналық ұйымдардың жұмыс сапасы бағаланды.

Алдымызға қойған міндеттерді жүзеге асыру үшін эпидемиологиялық, медициналық-статистикалық және социологиялық әдістер қолданылды. Оның барысында медициналық-демографиялық әдістер мен эпидемиологиялық сараптама жасау арқылы жүрек қан айналу жүйесі ауруларының құрамы және деңгейі бағаланды. Медициналық-статистикалық, социологиялық-ұымдастырушылық әдістемелерді қолданып, диспансерлік ұйымдардың басқару және ұымдастыру жұмыстары зерттелді. Сонымен қатар медициналық-ақпараттық сараптау, статистикалық-сараптамалық бағалау, кластерлік және салыстырмалы көрсеткіштер жүйесі және болжамдау әдістері қолданылып, мүгедектік көрсеткіштері мен қатерлі себептеріне баға берілді.

Бұл зерттеудің негізгі әдістемелік жолдары социологиялық, медициналық-статистикалық және қоғамдық денсаулық сақтау саласында жүргізген зерттеу жұмыстары деп қарастырылды. Кешенді эпидемиологиялық және социологиялық зерттеу жұмыстары бірінші кезекте кардиологиялық аурулардың таралу заңдылықтарын, кардиологиялық қызметтің қол жетімділігі мен сапасын және оларға көрсетілетін медициналық көмектің технологиясын анықтау үшін Шымкент қаласында орналасқан денсаулық сақтау ұйымдары зерттелді.

Шымкент қаласы Оңтүстік Қазақстан облысының орталығы және ірі мегаполис болып табылады. Оның тұрақты халқының саны 1 млн. 200 мыңнан астам. Оның құрамындағы ер кісілердің үлес салмағы 47,5 пайыз болса, әйелдердің үлес салмасы 52,5 пайызға дейін жетеді. Тұрғындар құрамындағы балалардың үлес салмағы 21,2 пайызға жетсе, жасөспірімдердің үлес салмағы 7,2 % түзеді. Ал оның 71,6 % 18 жастан жоғары тұрғындар болып шықты.

Тұрғындарға амбулаторлық-емханалық көмек 28 емханалық ұйымда көрсетіледі және кардиологиялық орталық жұмыс істейді. Емханалық ұйымдардағы учаскелік дәрігер мамандарымен қамтамасыз етілу деңгейі 10000 тұрғынға балап есептегенде 52,1‰ құрады. Ал емханалық-амбулаторлық ұйымдардың қажетті штаттық дәрігерлермен қамтамасыз етілу деңгейі 91,7 пайыз болып шықты. Кешенді эпидемиологиялық және медициналық-әлеуметтік зерттеу жұмыстары бірінші кезекте кардиологиялық аурулардың арнайы медициналық көмекке қол жетімділігі, медициналық көмектің сапасын есепке алу, әлеуметтік-гигиеналық зерттеу қортындылары бойынша жүзеге асырылды. Осы жұмыстарды зерттеуге алынған нысандар репрезентативті тұрғыда қалыптастырылған статистикалық жиынтық ретінде тартылды.

Статистикалық зерттеуді ұйымдастыру барысында жүзеге асырылған бақылау бір мезетте ағымды жиынтықтардың бірліктерін толығынан қамту арқылы және таңдамалы статистикалық жиынтықтар әдістерін қолдану арқылы іске асырылды. Зерттеу барысында есепке алынған статистикалық деректерді және анамнестикалық құжаттарды зерттеу жүзеге асырылды. Статистикалық материалдар негізі ретінде денсаулық сақтау ұйымдарының жылдық есептері, оның ішінде медициналық ұйымдардың жұмысы мен оның негізгі мекемелері туралы есеп, емдеу профилактика ұйымының есебі және емдеу ұйымының қызмет көрсету аумағындағы тіркелген аурулар туралы мәліметтер қарастырылды. Сонымен қатар облыстық кардиологиялық орталықтың қызметтік көрсеткіштері де зерттеуге алынды. Статистикалық бақылау бірлігі ретінде жүрек-қан айналу жүйесінің аурулары бойынша анықталған әрбір нозология есептелінді. Тұрғындардың сырқаттылығы мен мүгедектігін сараптау үшін экстенсивтік және интензивтік көрсеткіштер жүйесі қолданылды.

Ал әрбір әкімшілік аумақтағы денсаулық көрсеткіштерін салыстыру үшін қалалық, ауылдық және облыстық денсаулық сақтау жүйесінің қызметтік көрсеткіштері туралы медициналық-статистикалық деректер алынды. Жүрек-қан айналу жүйесі ауруларының эпидемиологиясын зерттеу үшін келесі көрсеткіштермен өлшем бірліктері алынды. Оның ішінде сырқаттылық, алғашқы аурушаңдық көрсеткіштерінің 1000 және 100000 тұрғынға балап есептелінген деңгейлері алынды. Тұрғындардың жүрек-қан айналу жүйесі аурулары бойынша жалпы сырқаттылықтың деңгейі мен біріншілік деңгейі де сараптамадан өтті. Бұл көрсеткіш те 10000 және 100000 тұрғынға балап есептелінді.

Жұмыстың сараптамалық кезеңіне материалдарды статистикалық өңдеу жұмысы кірді. Жиналған статистикалық материалдардың репрезентативтігі мен оны жинақтау дұрыстығы тексеріліп, топтастырылып, арнайы заманауи технологиялар қолдана отырып өңделді. Медициналық әлеуметтік және статистикалық бақылау материалдарының жеткіліктілік дәрежелері жоғары болды.

Статистикалық материалдарды бағалау және сараптау барысында заманауи математикалық-статистикалық әдістер қолданылды. Оның ішінде жұпталған корреляция әдісі, регрессиялық сараптау әдісі, салыстырмалы шамалар мен орта шамалар көрсеткіші және олардың шынайылығын анықтау жолдары қолданылды.

Сонымен, зерттеуді ұйымдастыру барысында қоғамдық денсаулық пен денсаулық сақтау жүйесін ұйымдастыру әдістері қолданылды және социологиялық, медициналық-статистика мен кардиологиялық-медицина әдістері де пайданыланылды.

3.0 Жүрек-қан айналу жүйесі ауруларының таралу заңдылықтары

Қазіргі таңда денсаулық сақтау саласын ұйымдастыру жұмыстары жылдам дамып, оның қызметтері аса жоғары тиімділікте жұмыс атқара бастады. Медицина қызметкерлерінің біліктілігі артып, денсаулық сақтау ұйымдарының қызмет сапасы мен қол жетімділігі жоғарлап, жеке әлеуметтік маңызы үлкен аурулар бойынша бейіндік медициналық көмектің сапасы барынша жоғарлады. Қол жеткізген нәтижелердің арқасында тұрғындардың арасында әлеуметтік маңызы үлкен аурулардың таралу деңгейі төмендеп, одан туындайтын мүгедектік және өлім оқиғаларының біртіндеп төмендеуі байқалады. Әсіресе өлім көрсеткішінің төмендеуі аса маңызды тұрғындар өмірінің ұзаруын қамтамасыз ете бастады. Алайда Қазақстан республикасында қалыптасқан әлеуметтік-экономикалық тоқырау медицина саласының тұрғындарға көрсететін жекелей қызметтерінің тиімділігін айтарлықтай төмендетіп, сырқаттылық және өлім көрсеткіштерінің жоғарлауына себеп болатын қатерлі себептердің деңгейін арттырды. Аталмыш жағдай біздің Республикадағы кардиологиялық медициналық көмекті де қамтып отыр. Сары-ағаш ауданы тұрғындарының жүрек-қан айналу жүйесі ауруларына байланысты біріншілік және жалпы сырқаттылық көрсеткіштерінің динамикасының жоғарлағанын анықтадық. Егер 2013-2014 жылдардағы қан-айналу жүйесі аурулары бойынша біріншілік сырқаттылықтың деңгейі 26268,9-26269,6‰ ді түзегенін көрсетсе, 2015-2017 жылдары оның деңгейі 27782,3-28432,9‰ ге дейін артқандығын көрсетті. Сонымен экономикалық-әлеуметтік тоқырау 2015-2017 жылдардағы қан айналу жүйесі ауруларының күрт жоғарылауына себеп болды. Біріншілік сырқаттылықтың құрамындағы нозологиялар бойынша да дәл осындай ақуал анықталды. Гипертониялық аурудың 2013-2014 жылдардағы орташа деңгейі 8611,8‰ ден 8748,4‰ дейін жоғарлағанын көрсетті. Жүректің ишемиялық ауруы зерттелген жылдары 3127,4‰ ден 3372,8‰ ге дейін жоғарлаған. Әсіресе тұрғындардың өлімін арттыратын миокардтың өткір инфарктісі (3,4%) және инсультпен (15,9 %) айтарлықтай жоғарлаған.

Біріншілік сырқаттылық деңгейінің жоғарлауы Сары-ағаш ауданы тұрғындарының жалпы сырқаттылық көрсеткішінің деңгейін де барынша жоғарлатқан. Егер 2013 жылы қан айналу жүйесі аурулары бойынша жалпы сырқаттылық 43349,3‰ болса, 2017 жылы оның деңгейі 44987,1‰ ге дейін жеткен. Ал 2016 жылы оның деңгейі одан да жоғары көтерілген (45379,7‰). Гипертониялық аурудың деңгейі бойынша 14358,8‰ ден 14892,7‰ - ге дейін көтерілген. Сары-ағаш тұрғындарының арасында жүректің ишемиялық ауруы зерттелген жылдары 5323,5‰ ден 5849,4‰ ге дейін артқан. Аталмыш жағдай тұрғындардың мүгедектікке ұшырауына жиі алып келетін миокардтың өткір инфарктісінде (298,4‰ ден 311,9‰ ге дейін) және инсульттарда да (379,7‰ ден 452,8‰ ге дейін) байқалды. Сары-ағаш ауданында

Кесте – 1. Жүрек-қан айналу жүйесі ауруларынан туындайтын сырқаттылық көрсеткіштерінің біріншілік және жалпы деңгейінің 100000 тұрғынға балап есептегендегі 2013-2017 жылдардағы динамикасы

к/с	Нозологиялардың атауы	Біріншілік сырқаттылық					Жалпы сырқаттылық				
		2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
1	Қан айналу жүйесінің аурулары	26268,9	26269,6	27782,3	28432,9	27736,6	43349,3	42908,3	43621,4	45379,7	44987,1
2	Гипертониялық ауру (барлық түрлері)	8611,8	8592,0	8738,6	8749,3	8748,4	14358,8	13951,8	14799,8	15326,5	14892,7
3	Жүректің ишемиялық ауруы	3127,4	3149,2	3312,5	3438,3	3372,8	5323,5	5082,5	5647,9	5973,8	5849,4
4	Миокардтың өткір инфарктісі	248,7	252,9	260,3	257,4	258,3	298,4	301,7	312,3	309,7	311,9
5	Цереброваскулярлық аурулар	2671,3	2649,9	2718,5	2685,3	2692,1	4901,3	4835,3	4912,6	4894,8	4874,3
6	Инсульттар (барлық түрлері)	350,1	348,7	452,2	459,7	457,4	379,7	365,3	499,7	443,7	452,8
7	Ревматизм	310,6	315,2	325,4	348,3	336,2	529,9	528,9	579,1	629,3	598,7
8	Қан айналу жүйесінің өзге аурулары	10969,0	10967,7	11968,3	12490,5	11984,3	17567,0	17843,6	16870,0	17704,5	17582,5

элеуметтік-экономикалық тоқырау кезеңінде тұрғындардың арасындағы қан айналу жүйесі ауруларының біріншілік және жалпы сырқаттылық көрсеткіштері күрт өсім бергендігін көрсетті (**1 кесте**).

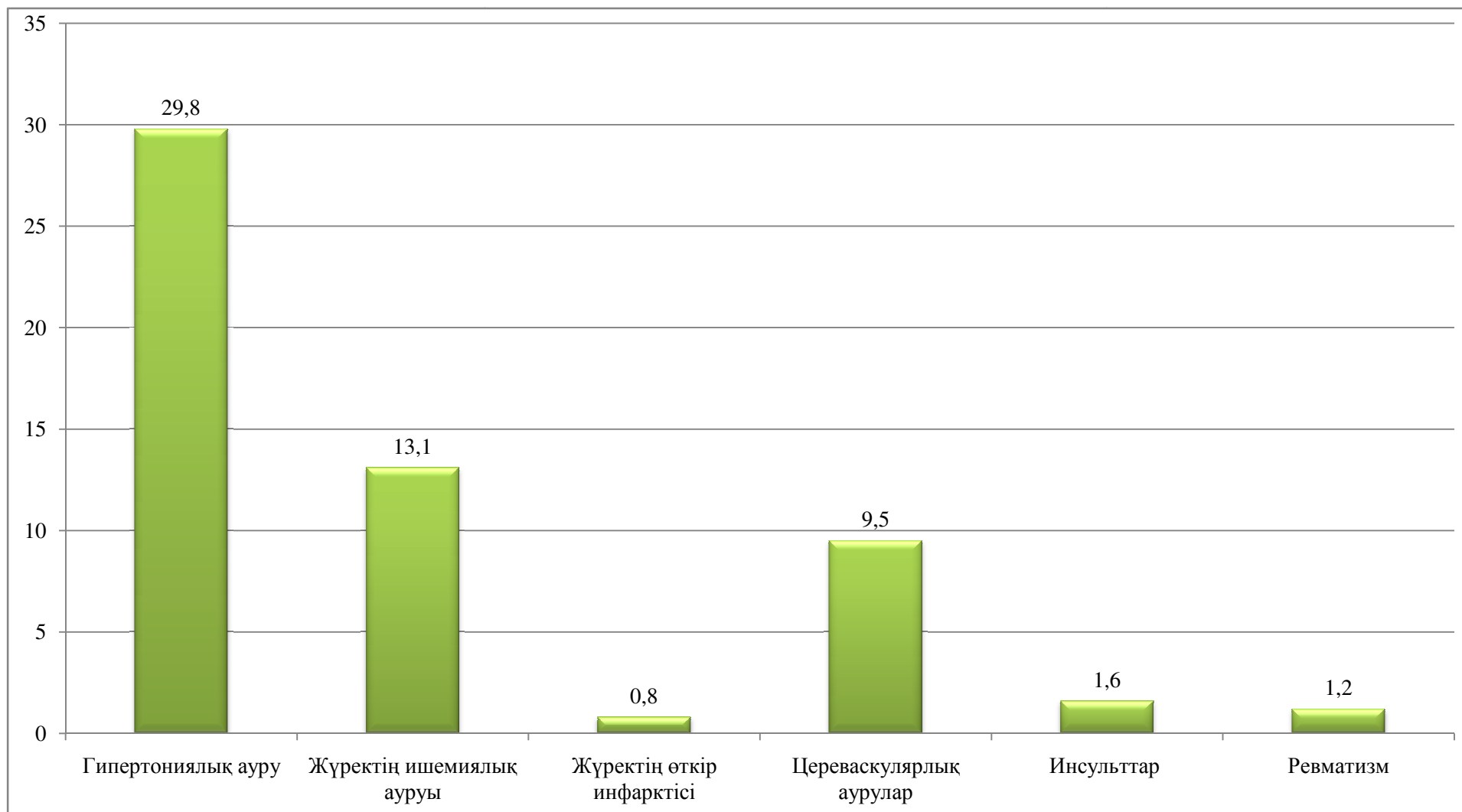
Қан айналу жүйесі ауруларының құрамында элеуметтік маңызы үлкен патологиялардың алатын үлес салмағы да айтарлықтай жоғары десе болады (56%). Оның ішінде гипертониялық аурудың үлес салмағы 29,8 пайызды құраса, жүректің ишемиялық ауруы 13,1 пайызды түзеді. Цереброваскулярлық аурулар үлес салмағы 9,5 пайызға дейін жетті. Ал жүректің өткір инфарктісі (0,8 пайыз), инсульттар (1,6 пайыз) және ревматизм аурулары (1,2 пайыз) айтарлықтай орын алды (**1 сурет**).

Қан айналу жүйесі аурулары мен жүректің ишемиялық ауруларынан туындайтын мүгедектік көрсеткішінің деңгейі де 2015-2017 жылдары айтарлықтай өсім берді. Қан айналу жүйесі ауруларынан туындайтын мүгедектіктің ең төменгі деңгейі (122,6‰₀₀₀) 2012 жылы қалыптасса, 2017 жылы 167,4‰₀₀₀ болып түзелген. Ал жүректің ишемиялық ауруларынан туындаған мүгедектіктің деңгейі 2010 жылы 42,8‰₀₀₀ ді құраса, 2017 жылы 46,9‰₀₀₀ ге дейін артқан (**2 сурет**).

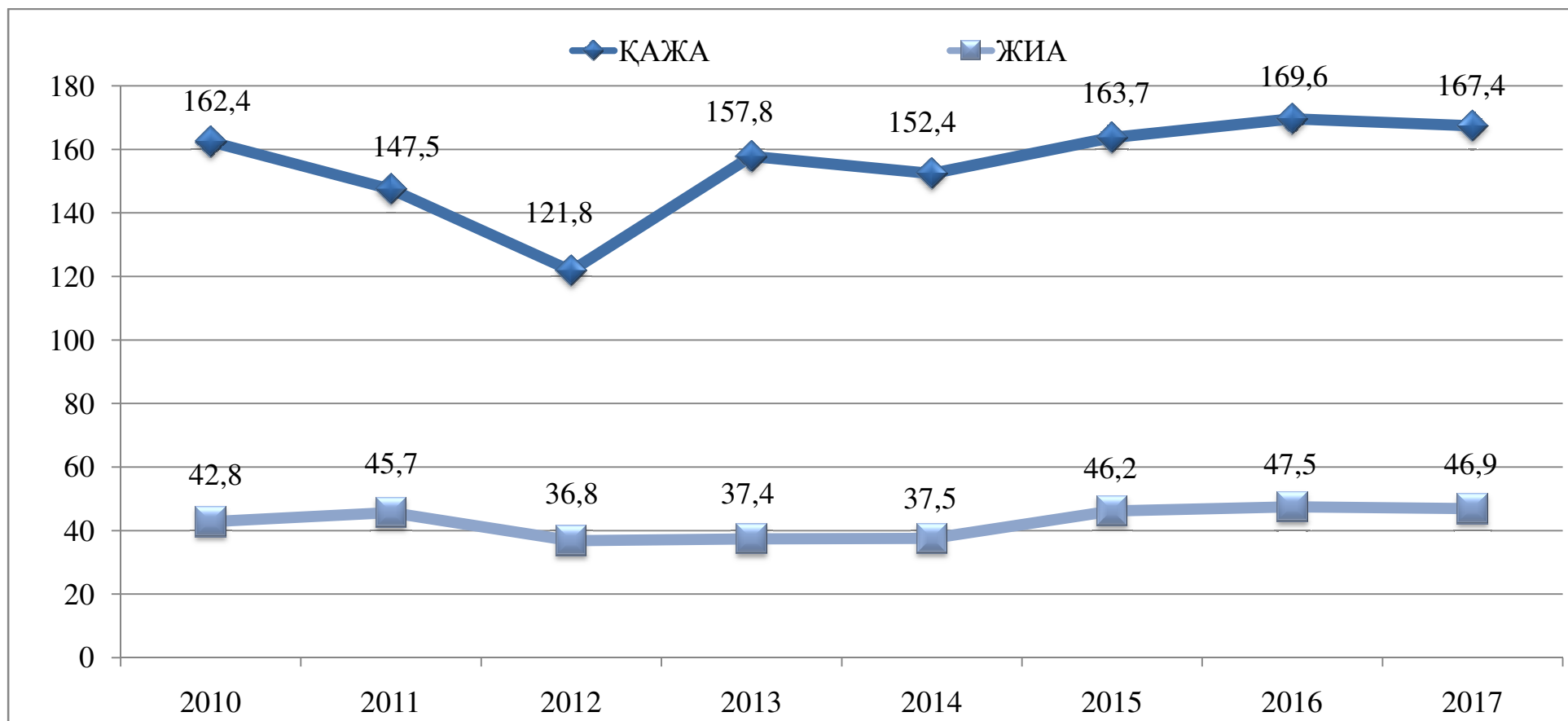
Қол жеткізген нәтижелерге қарағанда мүгедектік көрсеткішінің қалыптасуына жоғары дәрежеде ықпал ететін себептердің қатарына элеуметтік-экономикалық тоқырау себептерін қосу қажет екендігін көрсетеді. Айта кететін жағдай 2015-2017 жылдардағы элеуметтік-экономикалық тоқырау аурушандық көрсеткіші деңгейінің жоғарлауына айтарлықтай ықпалын тигізді. Осыдан қан айналу жүйесі ауруларының деңгейі аталған жылдары 2013-2014 жылдарға қарағанда (2015-2017 жылдар) осы аурулар бойынша біріншілік сырқаттылық 8,2 пайызға артса, жалпы сырқаттылық 4,6 пайызға жоғарлаған.

Ал гипертониялық аурулар бойынша біріншілік сырқаттылық деңгейі 1,4 пайызға артса, жалпы аурушандықтың деңгейі 6,7 пайызға өскен. Миокардтың өткір инфарктісі бойынша біріншілік сырқаттылықтың деңгейі 3,4 пайызға артқан болса, жалпы сырқаттылық көрсеткішінің деңгейі 3,6 пайызға артқан. Элеуметтік-экономикалық тоқырау әсіресе инсульт ауруының деңгейіне үлкен ықпалын тигізген. Осы аурудан біріншілік сырқаттылық көрсеткішінің деңгейі 8,3 пайызға жоғарласа, ал жалпы сырқаттылық деңгейінің 16,4 пайызға дейін өскендігін көрсетті (**3 сурет**). қан айналу жүйесі ауруларынан туындайтын мүгедектік оқиғаларының бірінші кезекте аурулардың жасына қарай қалыптасу заңдылықтары қатаң сақталады. Ал жеке жағдайларда, оның ішінде элеуметтік-экономикалық тоқырау жағдайында бұл көрсеткіштердің деңгейі айтарлықтай өседі. Қан айналу жүйесі ауруларынан туындайтын мүгедектік оқиғаларының 0-14 жастағылардың арасында кездесу жиілігі 100000 тұрғынға балап есептегенде 3,7 оқиғаны құраса, келесі жастық топтарда, оның ішінде 15-49 ға дейінгі жаста 6,3 оқиғадан 124,9 оқиғаға дейін өскен. Осы аурулардан туындайтын мүгедектіктің ең жоғары деңгейі 70 жастан жоғары тұлғалардың арасында өте жиі кездеседі (276,5‰₀₀₀).

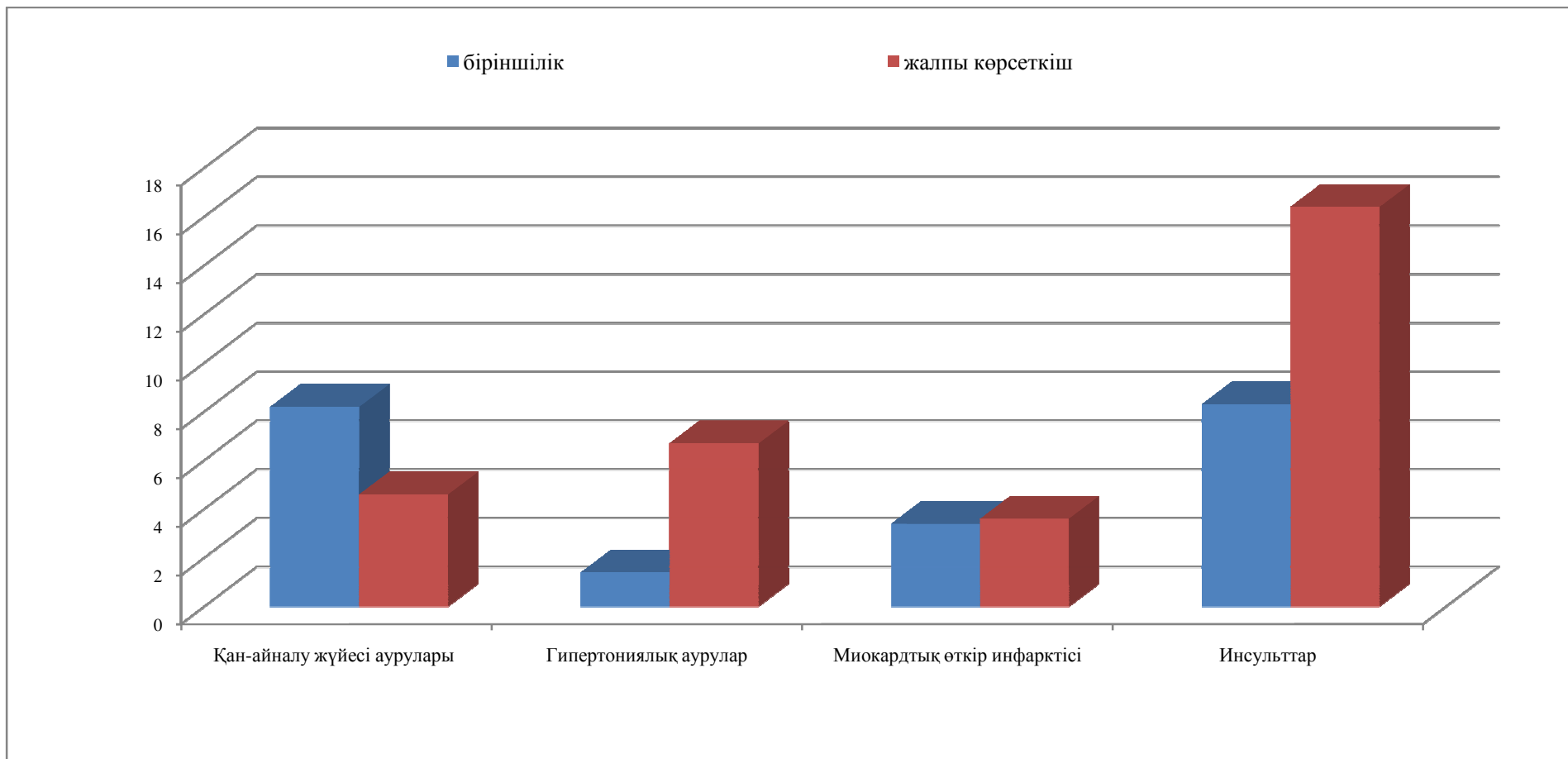
Еңбек ету жасындағы тұрғындардың арасында мүгедектік көрсеткішінің деңгейі 102,8‰₀₀₀ ге дейін жетті. Бұл әлеуметтік топтың қан айналу жүйесі



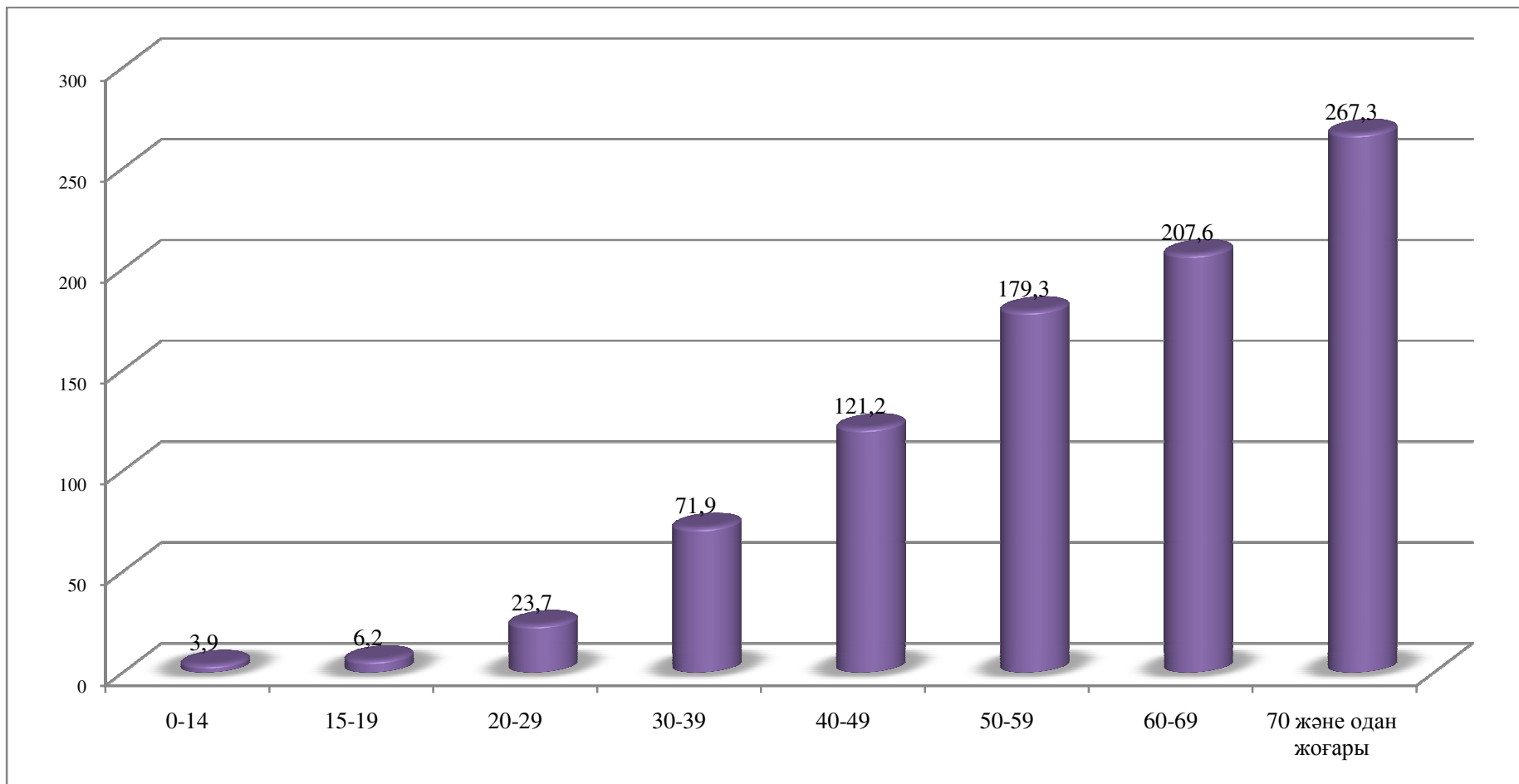
Сурет – 1. Қан-айналу жүйесі ауруларының құрамындағы әлеуметтік маңызы үлкен патологиялардың алатын үлес салмағы (% есептегенде)



Сурет – 2. Қан айналу жүйесі аурулары мен жүректің ишемиялық ауруларының асқынуынан туындаған мүгедектік көрсеткішінің 2010-2017 жылдардағы динамикасы



Сурет – 3. Әлеуметтік экономикалық (2015-2017 жылдары) тоқырау жылдары қалыптасқан мүгедектік көрсеткішінің 2013-2014 жылдардағы көрсеткіштер деңгейіне % салыстыра есептегендегі өсу деңгейі.



Сурет – 4.2015-2017 жылдардағы қан айналу жүйесі ауруларынан туындайтын мүгедектік оқиғаларының тұрғындардың жасына қарай таралу деңгейі (100000 тұрғынға балап есептегенде)

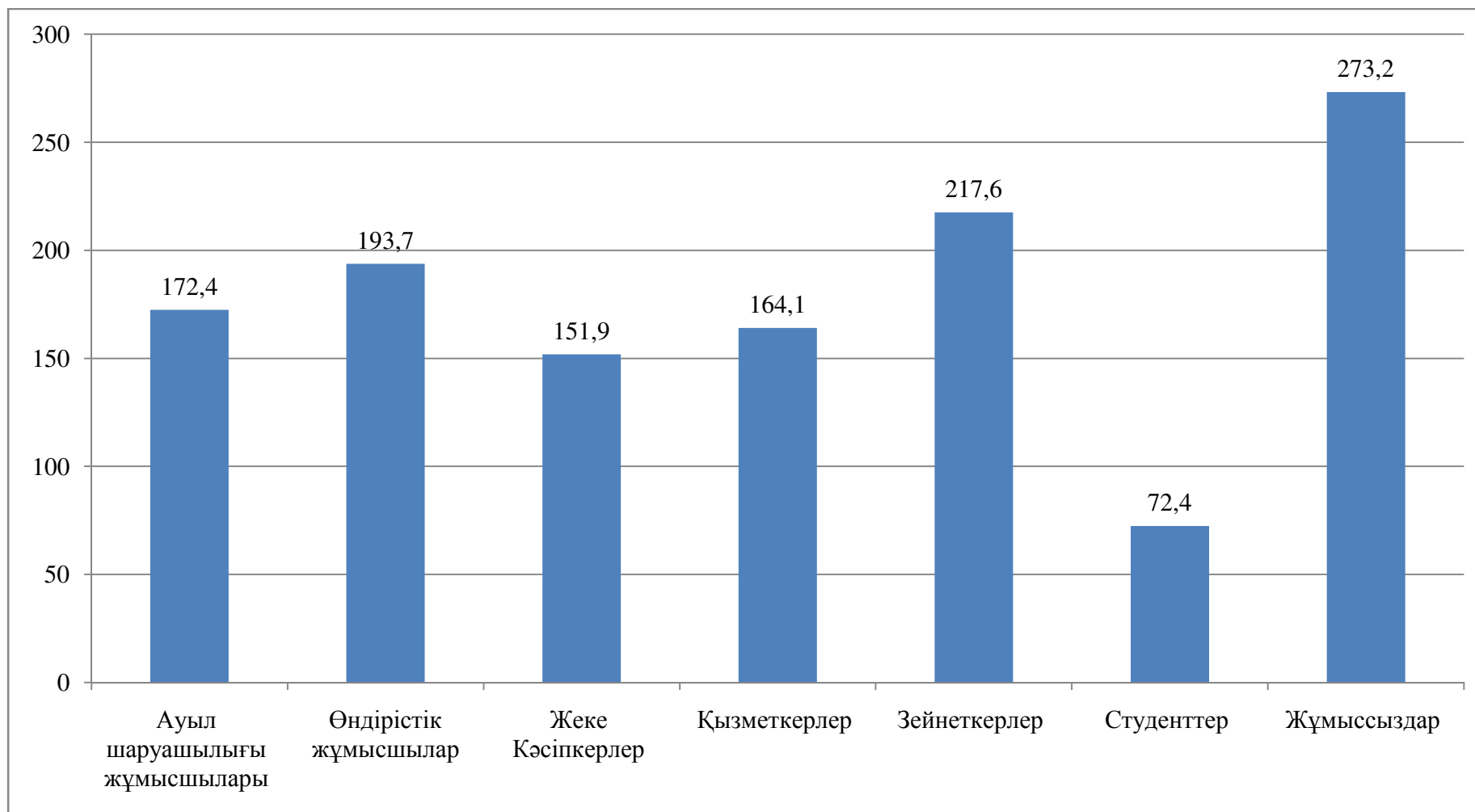
ауруларымен науқастануы өте жоғары болып шықты. Сондықтан одан туындаған мүгедектік көрсеткішінің деңгейі де жоғарылау үстінде деп айтуға болады. Сонымен тұрғындардың қан айналу жүйесі ауруларының асқынуынан туындайтын мүгедектік көрсеткіші оның жыныстық (гендерлік) және жастық заңдылықтарын қатаң сақтайтындығын байқатты. Алайда бұл көрсеткіштердің жеке әлеуметтік топтардың арасындағы қалыптасу заңдылықтары көптеген өзгерістерге ұшырады. Тұрғындардың арасындағы ауыл шаруашылығында істейтін жұмысшылардың мүгедектік көрсеткішінің деңгейі 171,9‰₀₀₀ ге жетсе, өндірістік жұмысшылардың арасында 192,3‰₀₀₀ қалыптасқан. Айта кететін жағдай өндіріс орындағы жүрек қан айналу жүйесі ауруларына алып келетін қатерлі себептердің қатар саны үлкен және қауіптілік дәрежелері өте жоғары болып қалыптасқан.

Сондықтан олардың арасындағы қан айналу жүйесі ауруларынан туындайтын мүгедектік оқиғаларының деңгейі ауыл шаруашылығы жұмысшыларының осы көрсеткішінен айтарлықтай жоғары болуы белгілі заңдылық. Қан айналу жүйесі ауруларынан туындайтын мүгедектік көрсеткішінің ең жоғары деңгейі еңбек ету жасындағы жұмыссыздардың арасында қалыптасқан (273,2‰₀₀₀). Себебі осы тұрғындардың денсаулығына әлеуметтік-экономикалық тоқырау себептерінің басым әсер ететіндігі көрсетті. Дәл осы жағдай зейнеткерлердің де денсаулығына қуатты әсерін тигізген. Осы әлеуметтік топтың арасындағы мүгедектік көрсеткішінің деңгейі 217,6‰₀₀₀ жетіп, екінші рангалық орынға жайғасты (**5 сурет**).

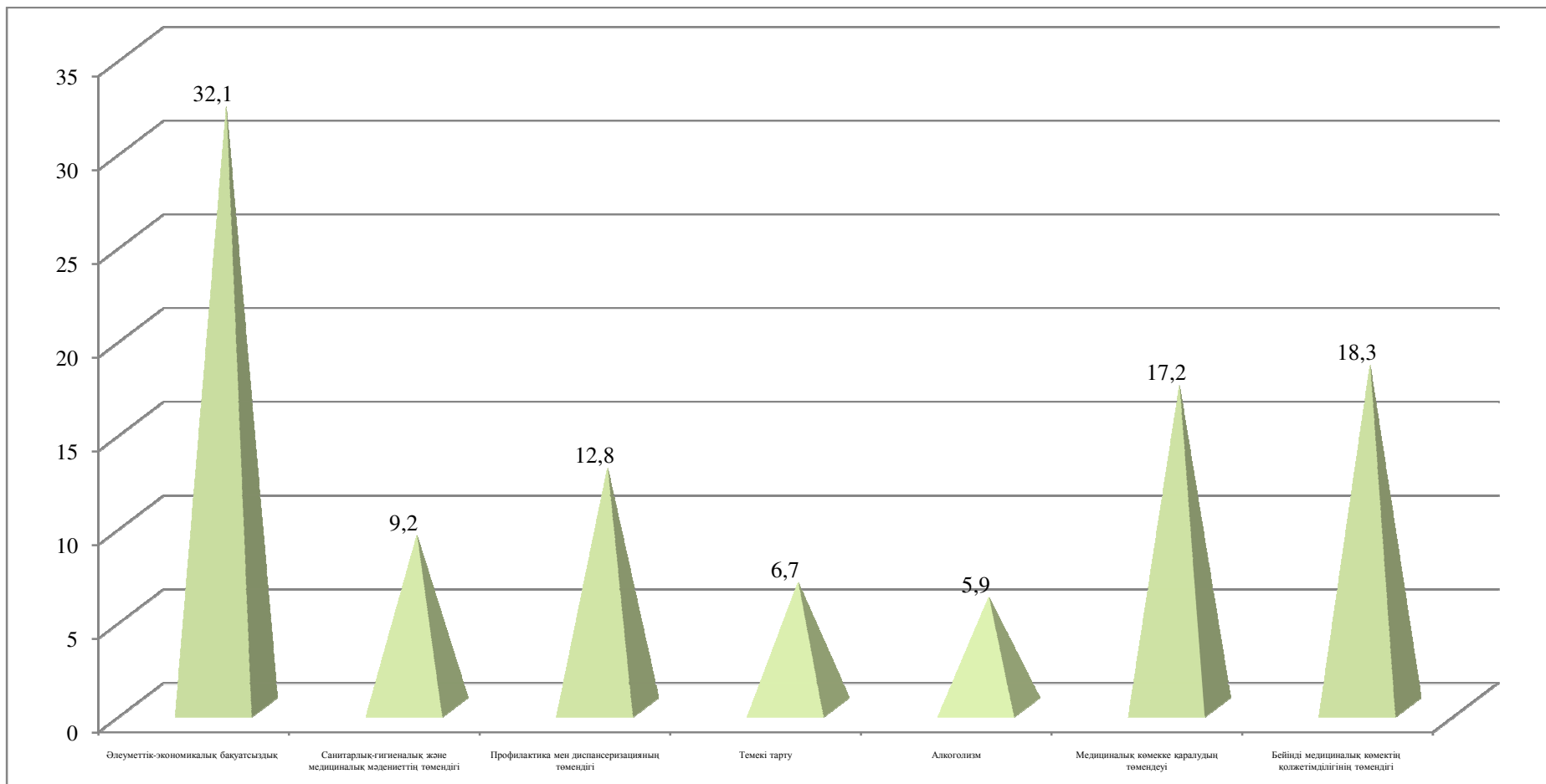
Қан айналу жүйесі ауруларынан туындайтын мүгедектіктің негізгі қатерлі себептерін зерттеу (**6 сурет**), әлеуметтік-экономикалық тоқырау себептерінің басым ролін байқатты. Олардың тұрғындардың арасындағы таралу деңгейі 32,1 пайызға дейін жетеді. Ал екінші рангалық орында бейінді медициналық көмектің қол жетімділік деңгейінің төмендігі болып табылады. Сұрақнамаға тартылғандардың арасындағы бейінді медициналық көмектің қол жетімсіздігін нұсқағандардың үлес салмағы 18,3 пайызды құрады. Соңғы кезде тұрғындардың осы аурулар бойынша медициналық көмекке қаралу деңгейі 17,2 пайызға төмендеді.

Сонымен қатар, тұрғындардың санитарлық-гигиеналық медициналық мәдениетінің төмендігінің әсері 9,2 пайызға жетсе, профилактикамен қамту деңгейі 12,8 пайызға дейін азайған. Олардың арасында темекі тарту (6,7 пайыз), және алкогольизм (5,9 пайыз), оқиғалары да жиі кездеседі. Сондықтан Шымкент қаласы тұрғындарының арасындағы қан айналу жүйесі ауруларынан туындайтын мүгедектіктің қатерлі себептері кеңінен таралған деп айтуға болады.

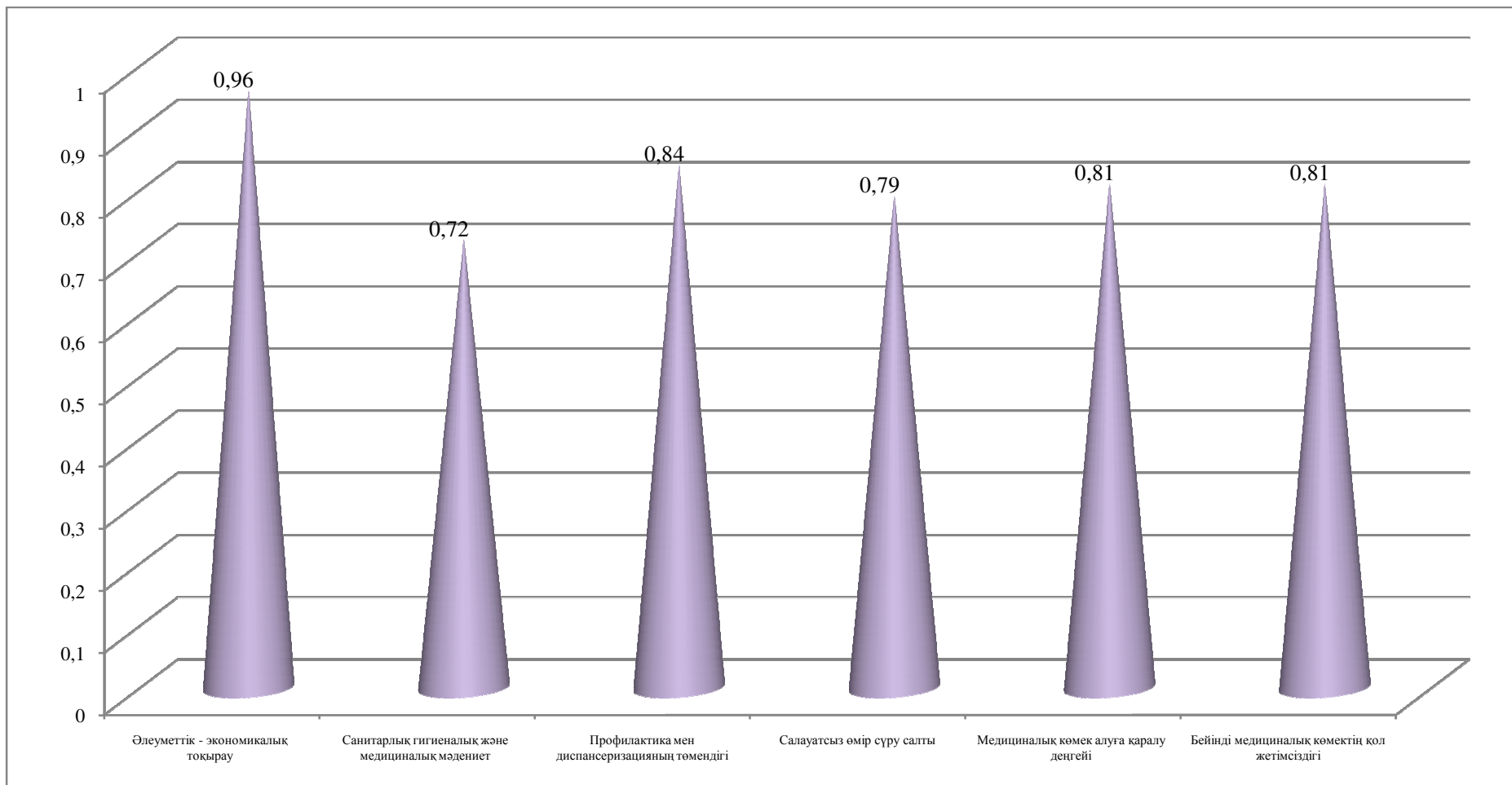
Мүгедектікке алып келетін қан айналу жүйесі аурулары мен олардың қатерлі себептері арасындағы байланысы корреляциялық сараптау жолымен анықталды. Осы себептердің ішінде мүгедектікке алып келетін қатерлілік қуаты жағынан әлеуметтік-экономикалық тоқырау бірінші рангалық орында



Сурет – 5. Жеке әлеуметтік топтар арасында жүрек-қан айналу жүйесі ауруларынан туындайтын мүгедектік көрсеткіші деңгейінің қалыптасу ерекшеліктері(100000 тұрғынға балап есептегенде)



Сурет – 6. Қан айналу жүйесі ауруларынан туындайтын мүгедектіктің негізгі қатерлі себептерінің таралуы (%)

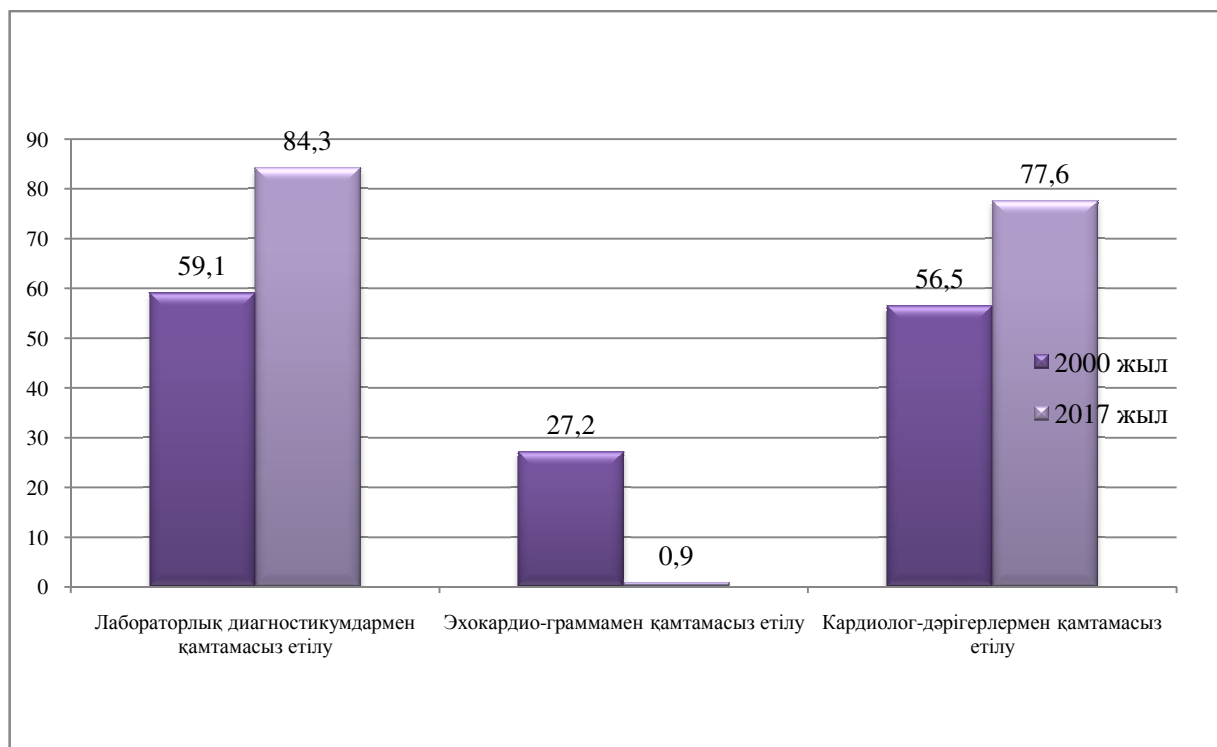


Сурет – 7. Қан айналу жүйесі ауруларынан туындайтын мүгедектік пен оның қатерлі себептері арасындағы корреляциялық байланыс дәрежесі

түр ($r=0,96$), ал бейінді медициналық көмектің жетімсіздігі мен мүгедектік оқиғалары арасында аса жоғары дәрежедегі байланыс бар екендігін көрсетті ($r=0,81$).

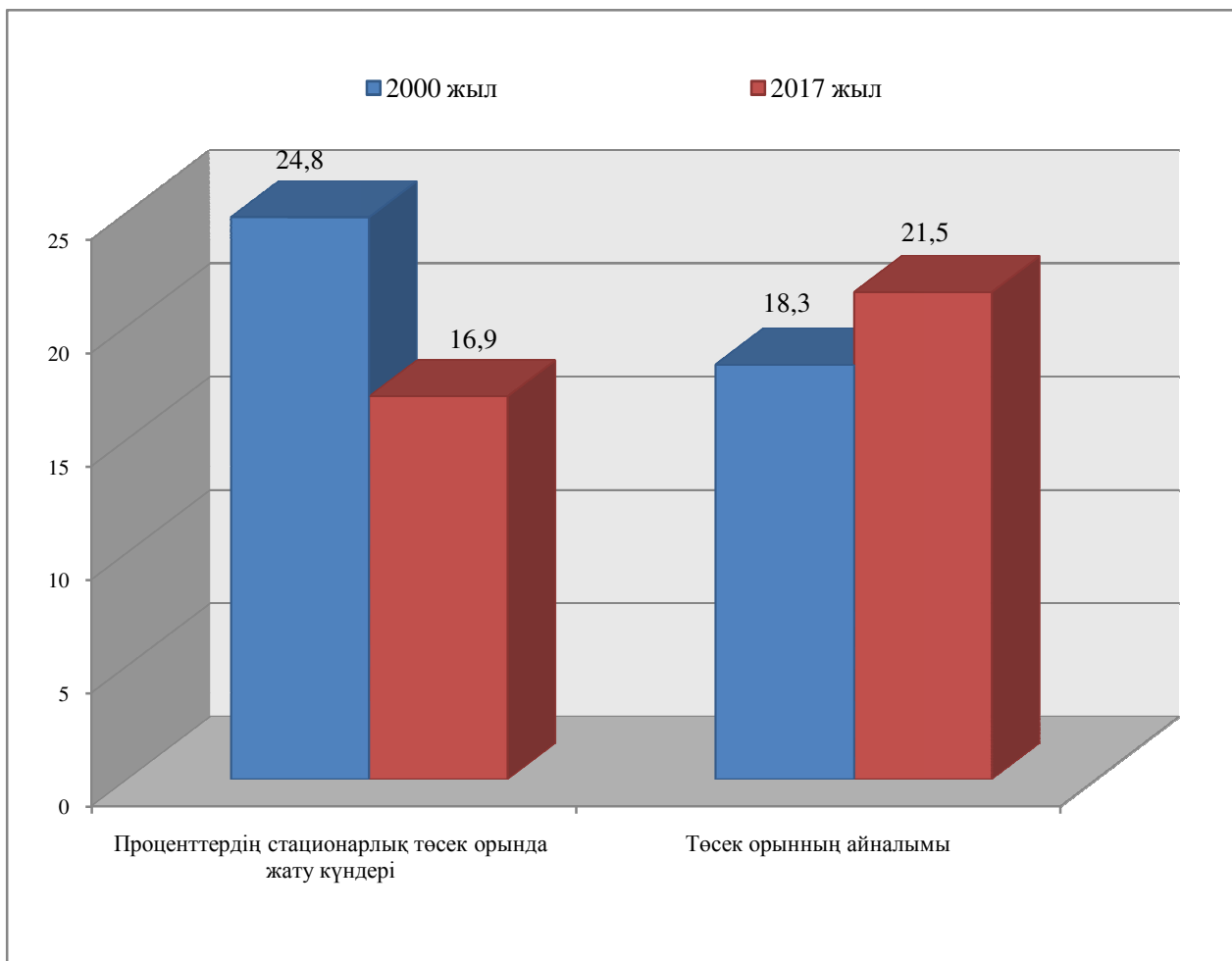
Профилактикалық шаралар мен диспансеризацияның нашар жүзеге асырылуы мүгедектік көрсеткішінің негізгі себептерінің бірі болып табылатындығы корреляциялық сараптау барысында байқалды ($r=0,84$), салауатсыз өмір сүру салты ($r=0,79$), медициналық көмекке дер кезінде жүгінбеу ($r=0,81$) және санитарлық-гигиеналық медициналық мәдениеттің төмендігі ($r=0,72$), айтарлықтай мүгедектіктің жоғарлауына себеп болады.

Кардиологиялық көмектерді емханалық ұйымдарда сапалы ұйымдастыру үшін дәрігерлер мен қажетті диагностикалық құралдармен қамтамасыз етілу деңгейі маңызды роль атқарады. Біздің зерттеуімізде осы мәселеге айтарлықтай көңіл бөлді. Сараптама жүргізу барысында қалалық емханаладың кардиологиялық лабораторлық диагностикалармен қамтамасыз етілу деңгейі 2000 жылы 58,7 пайыз болса, 2017 жылы 84,3 пайызға дейін артқандығын көрсетті. Емханаларды эхокардиографтармен қамтамасыз ету осы жылдары 27,2 пайыздан 48,9 пайызға дейін артты. Ал кардиолог дәрігерлермен қамтамасыз ету деңгейі 56,5 пайыздан 77,6 пайызға дейін жоғарлады. Келтірілген деректерге қарағанда осы күнге дейін емханалық ұйымдардың қажетті кардиолог дәрігерлермен және диагностикалық құралдармен қамтамасыз етілу деңгейі толыққанды емес (8 сурет).



Сурет – 8. Емханалық ұйымдардың кардиологиялық қызметінің дәрігерлер мен қажетті диагностикалық құралдармен қамтамасыз етілу деңгейі (% есептегенде)

Сонымен қатар біз стационарлық жүйеде пациенттерді төсек орын қорымен қамтамасыз ету дәрежесінің төмен екендігін айқындадық. Бұл мәселе пациенттердің төсек орында жату күндері мен төсек орны айналымымен тікелей байланысты болып отыр. Егер пациенттердің төсек орындарда жату күндері 2000 жылы 24,8 күнге тең болса, 2017 жылы 16,9 күнге дейін қысқарды. Ал төсек орынның айналымы 18,3 реттен 21,5 ретке дейін жоғарлады. Алайда пациенттердің көпшілігі осындай төсек орын қорын пайдалану көрсеткіштері бойынша толыққанды және сапалы емге қол жеткізе алмайтындығын көрсетті. Осыған мысал ретінде стационарлық бөлімшеде емделген аурулардың арасындағы асқынулардың 23,4 жоғарлап, олардың арасындағы стационардан кейінгі өлім көрсеткішінің деңгейі 2000 жылдағы 100000 адамға балап есептегенде 1362,7 оқиғадан, 2016 жылы 1398,4 оқиғаға дейін артқандығынан байқауға болады. Сондықтан кардиологиялық қызметті жетілдіру үшін емханалық және ауруханалық кардиологиялық қызметтерді барынша өзгерту қажет (**9 сурет**).



Сурет – 9. Кардиологиялық орталықтағы төсек-орын қорының көрсеткіштерінің 2000 және 2017 жылдардағы динамикасы

Қазіргі таңда медициналық көмектің тұрғындардың өмір сүру ұзақтығына өте жоғары деңгейде әсер тететіндігі көптеген ғылыми еңбектерде дәлелді әдістермен жан-жақты көрсетілген.

Профилактика мен диагностианың жақсаруы, жетік инновациялық емдеу әдістері, тұрғындардың ерте өлу оқиғаларын азайтып, олардың мүгедектікке шығуын төмендетуде. Сондықтан кардиологиялық көмекті жетілдіру мәселесі осы әлеуметтік маңызы үлкен аурулардың азаюына және тұрғындардың өлімінің төмендеуіне бағытталған негізгі шараның бірі деп есептеу керек.

Сондықтан, осы қызметтің жұмысын жақсартуға бағытталған алғашқы және екіншілік профилактика шараларын жақсарту модельін құрастырдық. Көптеген зерттеулердің нәтижесіне қарағанда кардиологиялық ауруларға көбінесе біліктілігі төмен жалпы тәжірибелік дәрігерлер көмек береді. Сондықтан олардың арасында жүрек қан айналу жүйесі ауруларын тудыратын себептер дұрыс анықталмайды және олардың қатерлілік қуаты қажетті деңгейде бағаланбайды.

Амбулаторлық-емханалық ұйымдарда кардиологиялық ауруларды міндетті түрде кардиологтар қарауы тиіс және аурулардың диагнозын дұрыс қойып, оларды дер кезінде зерттеулерге алу тиіс. Сондықтан кардиологтарды амбулаторлық-емханалық ұйымдарда тұрақтандыру үшін олардың еңбек ақысын жоғарландырып, олардың жұмысына қажетті аппараттар мен жабдықтармен қамтамсыз ету қажет.

Себебі бұл врачтар аурулардың арасында эхокардиография, ЭКГ ның тәуліктік мониторингісін жүргізу және артериалдық қан қысымын тәуліктік бақылауын қамтамсыз етуі тиіс. Сонымен қатар олар қанның құрамындағы тропониндерді, фиброгенді, қышқылдық сілтілік тепетеңдікті, қанның газдық құрамын дер кезінде жіті белгіленген уақытында анықтауы тиіс. Сонымен қатар қанның ұюының белсендік уақытын дер кезінде анықтауы тиіс.

Егер ауруларда миокардтың инфарктісі белгі берсе немесе оны бастапқы кезеңінде анықталса, ауруларды кардиологиялық орталықтарға госпитализация жасауы қажет. Кардиологиялық орталықтарда арнайы қызметтік төсек орындармен жабдықталған бөлімшелер жұмыс істеуі керек. Бұл бөлімде шұғыл жүректің ауруын тоқтатуға бағытталған терапия жүзеге асырылуы керек. Бейінді кардиологиялық көмек берілуі тиіс.

Оның құрамында міндетті түрде тромболизистік терапия болуы қажет. Ал қажетті жағдайда эндоваскулярлық емдеу шаралары жүзеге асырылуы тиіс. Оның қатарында жүрек қан тамырларына стенттер қою және қан тамырларына шунттар жалғастыру шаралары жүзеге асырылуы тиіс. Стационарлық емдеу барысында аурулар кардиологтардың тоқтаусыз бақылауында болады. Ал стационарлық ем аяталғанан кейін екіншілік профилактика және реабилитация шаралары жүзеге асырылады. Емханалық кардиологтардың бақылауы мен пациенттердің тамақтану ережесі қалыптастырылады. Дене тәрбиесі жаттықтырулары жүзеге асырылады.

Диспансерлік бақылау орнатылады. Салауатты өмір сүру салты насихатталады және тромболитикалық емдік шаралар тоқтаусыз жүзеге асырылады. Осындай профилактикалық және реабилитациялық шаралар амбулаторлық емханалық кардиологтардың ең маңызды жұмысы деп есептеу қажет.

Басқаша айтқанда кардиологиялық аурулардың арасындағы өлім оқиғаларын азайту үшін міндетті түрде бейінді медициналық көмекті жоғары дәрежеде қамтамасыз ету қажет. Ал кардиологиялық медициналық көмектің қол жетімділігін және жоғары сапасын қамтамасыз ету үшін мынандай ұйымдастырушылық шараларды жүзеге асыру қажет.

- Миокард инфарктісі анықталған ауруларды міндетті түрде өте жылдам арнайы кардиологиялық орталықтарға жеткізіп, дер кезінде білікті медициналық көмекпен қамтамасыз етудің керек;

- Кардиологиялық аурулардың арасында патронаждық және реабилитациялық қызметті кеңінен таратып, үй жағдайда стационарларды дамыту керек;

- Кардиологиялық пациенттердің арасында салауатты өмір сүру салтын насихаттауды күшейту керек;

- Өлімге алып келетін себептері бар кардиологиялық аурулардың арасында диспансеризация шараларын ұйымдастырып, әр ауруға жекелей профилактикалық бағдарлама қалыптастыру қажет;

- Кардиологиялық аурулардың өлімін азайтуға бағытталған инновациялық технологияларды қолдану қажет. Оның ішінде стенттеу және шунттар қою керек;

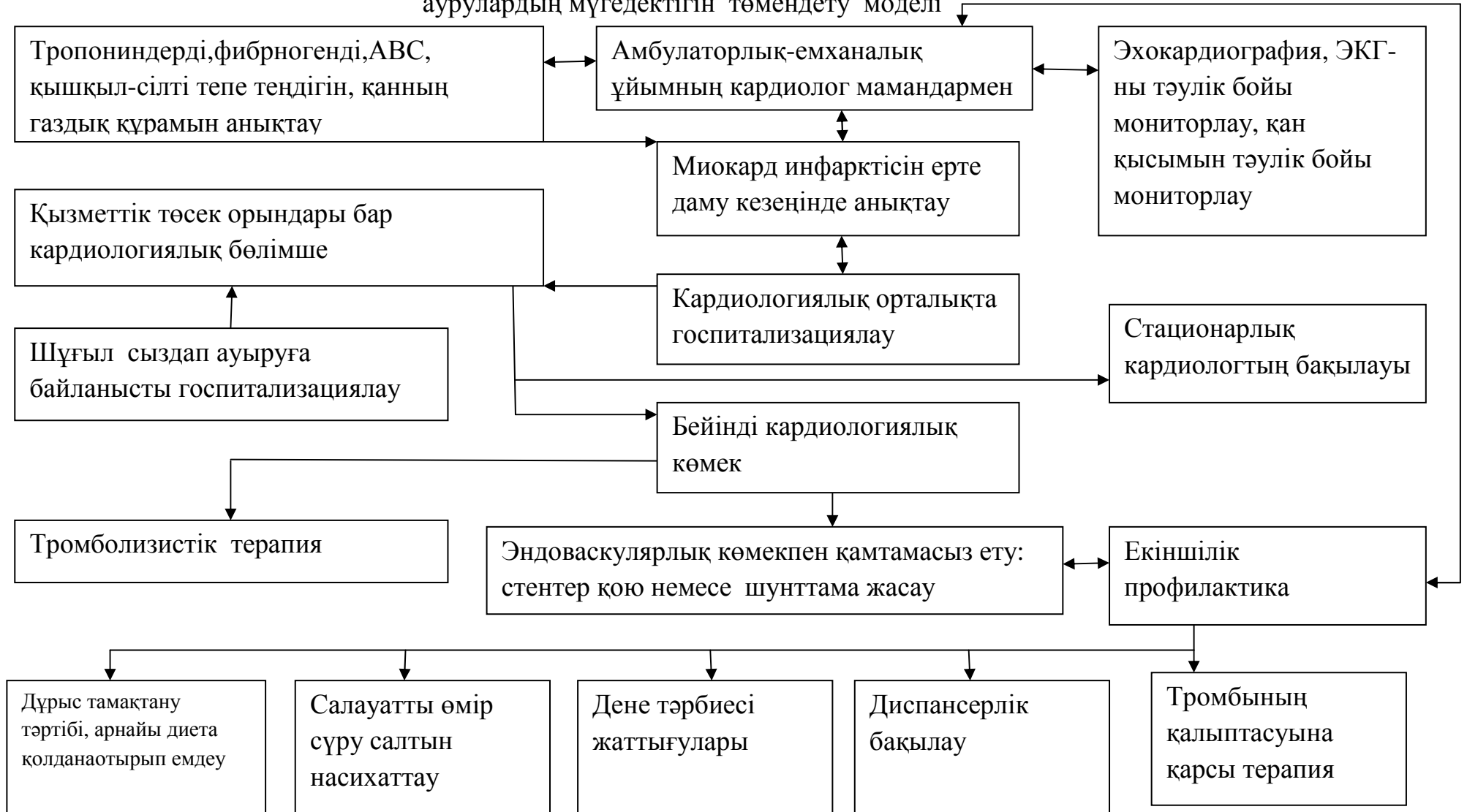
- Пациенттердің арасында алкогольизмде, наркоманияға, темекі шегуге қарсы насихаттарды ұлғайту керек;

- Ауруларды ерте диагностикалау міндетті түрде пациенттерді жыл сайын бірнеше рет кешенді медициналық кардиологиялық тексерулерден өткізіп тұру қажет;

- Кардиологиялық аурулардың мүгедектік және өлім көрсеткіштерінің деңгейін азайту мақсатында олардың арнайы стационарда ұзақ мерзім сапалы ем қабылдауына жағдай жасау қажет;

Жоғары технологиялық кардиология, жүрек қан айналу жүйесі ауруларының кешенді әдісі ретінде міндетті түрде мынандай шаралары болуы тиіс. Оның ішінде: ауруды алдын алу, оны ерте кезеңнен диагностикалау, жоғары емдеу технологияларын қолдану, екіншілік профилактика мен реабилитация шаралары болуы тиіс. Осы жерде екіншілік профилактика мен реабилитацияның маңызын атап өткен жөн. Бірінші кезекте ол пациенттердің реабилитациясына байланысты болып отыр. Олар физикалық психологиялық тұрғыда бейімделуі және ауруға дейінгі өмір сүру ережелері мүлдем өзгертуі тиіс. Себебі, стационарда алған қысқа емдеу курсынан кейін олар үйге оралып, медициналық бақылаудан арылады. Дер

Сурет - 10. Алғашқы және екіншілік профилактикалық шаралар сапасын арттыру арқылы кардиологиялық аурулардың мүгедектігін төмендету моделі



кезінде кардиологиялық көмекті ала алмайды. Сондықтан аурулар мен кардиологтардың тұрақты байланысын қамтамасыз етіп, олардың екіншілік профилактикасын үнемі бақылауға алып отырудың денсаулыққа пайдасы өте үлкен. Сонымен жоғары технологиялық, кардиологиялық көмек пациенттердің өмір сүру ұзақтығын арттырып, қоғамдық пайдасын жоғарлатады **(10 сурет)**.

ҚОРЫТЫНДЫ

Зерттеу өзектілігі. Республикадағы медициналық-демографиялық жағдайды барынша жақсарту және бейінді медициналық көмектің қолжетімділігі мен сапасын арттыру денсаулық сақтау жүйесінің алдында тұрған стратегиялық міндет болып табылады. Ірі қалаларда және ауылдық елді мекендерде тұрғындардың медициналық-демографиялық жағдайына жеке әлеуметтік маңызы үлкен аурулардан туындайтын мүгедектік және өлім оқиғаларының жылдан жылға арта түсуі байқалады.

Біздің еліміздегі медициналық-демографиялық ақуалға теріс әсерін тигізіп отырған аурулардың бірі ретінде жүрек-қан айналу жүйесінің патологияларын айтып кетуге болады. Көптеген ғылыми зерттеу жұмыстарының нәтижелеріне қарағанда жүрек-қан айналу жүйесінің аурулары тұрғындардың амбулаторлық-емханалық мекемелерге қаралу себептері ретінде екінші рангалық орынды иеленіп отыр.

Осы патологиялардың үлес салмағы сырқаттылық көрсеткіштерінің қалыптасуында 15,9 пайызға дейін жетеді. Соңғы 10 жылдың ішінде жүрек-қан айналу жүйесінің ауруларының таралу деңгейі екі есе жоғарылап, мүгедектік және өлім көрсеткішінің себебі ретінде бірінші рангалық орынды иеленіп тұр. Мүгедектік пен өлім көрсеткішінің құрамында оның үлес салмағы Республикада 51,2 пайызды құраса, Оңтүстік Қазақстан облысында 52,4 пайызға жетеді, ал өндірістік қалаларда оның үлес салмағы 54-55 пайызға дейін көтеріледі. Сонымен, жүрек-қан айналу жүйесінің аурулары аурушандық, мүгедектік, және өлім көрсеткіштерінің қалыптасуында негізгі рангалық орын алып отырса, аса үлкен әлеуметтік маңызы бар аурулардың ішінде бірінші рангалық орынды иеленіп отыр.

Зерттеу нәтижелеріне қарағанда, емдеу-профилактикалық ұйымдар жүйесі осы күнге дейін жүрек-қан айналу жүйесі ауруларына қажетті және сапалы көмекпен және оның қол жетімділігімен қамтамасыз ете алмай отыр. Бұл жағдай әсіресе алғашқы медициналық-санитарлық көмек беру жүйесінде нақты орын алған. Оның ішінде амбулаторлық-емханалық ұйымдарда жедел медициналық жәрдем беру жүйесінде және арнайы ұымдастырылған кардиологиялық орталықтарда көрсетілетін медициналық көмектің аталған кемшіліктердің кеңінен орын алғандығын көрсетеді. Сондықтан осы ауруларға байланысты мәселенің медициналық қырларын зерттеудің және кері медициналық-демографиялық әсерлерін шешудің маңыздылығы өте үлкен. Осыған бірінші кезекте қала тұрғындарының арасында аурушандық пен өлім көрсеткішінің тоқтаусыз өсуі дәлел бола алады [1,2,3].

Көптеген авторлардың еңбегінде жүрек-қан айналу жүйесі ауруларының тұрғындар арасында кеңінен таралу себептеріне арналған. Бұл еңбектерде ауруларға көрсетілетін кардиологиялық медициналық көмек сапасының және қол жетімділігі төмен дәрежеде екендігі нақты дәлелдермен көрсетілген [4,5,6,7].

Сонымен, осы күнге дейін жүрек-қан айналу жүйесі ауруларының таралуын және асқынуын төмендету, кардиологиялық көмектің сапасын арттыру шешу, стационарлық-кардиологиялық көмекті жетілдіру мәселесімен тұрақты айналысып, өлім және мүгедектік оқиғаларына әлеуметтік-гигиеналық мониторинг орнатудың қажеттілігі жоғары болып отыр.

Зерттеудің мақсаты. Жүрек-қан айналу жүйесі ауруларымен сырқаттанған Сары-ағаш ауданы тұрғындарына кардиологиялық көмекті жетілдірудің ғылыми негіздерін жасау.

Жұмыстың алдына қойған мақсаттарына байланысты оның міндеттері анықталып, арнайы зерттеу бағдарламасын түзеуге жол ашты. Оның негізі ретінде зерттеу нысандары мен оның негізгі кезеңдері анықталды. Сонымен қатар зерттеудің бақылау сандары, оның әдістері мен қолданылатын тәсілдері, қол жеткізген деректердің статистикалық жиынтықтарын өңдеу, материалдарды өңдеу мен сараптау жұмыстары жүзеге асырылды.

Ғылыми зерттеу жұмысының негізгі міндеттеріне мыналар жатқызылды: арнайы кардиологиялық қызметтің және алғашқы медициналық санитарлық көмек жүйесінің жүрек-қан айналу саласында ауруы бар тұрғындарға көрсететін кардиологиялық медициналық көмектің жағдайы мен оның эпидемиологиясын анықтап, социологиялық әдіспен жүрек-қан айналу жүйесінің аурулары бар тұрғындардың емдеу-профилактикалық ұйымдардың беретін көмек сапасын бағалау нәтижесі қарастырылды.

Сонымен қатар, кардиологиялық медициналық көмектің қол жетімділігі мен сапасы анықталып, осы саланы жетілдіруді ұйымдастыру мәселелері қарастырылды. Жүрек-қан айналу жүйесінде ауруы бар тұрғындардың арасында көрсетілетін медициналық көмекті ұйымдастыру деңгейі мен оның технологиялық қырлары бағаланды. Медициналық-профилактикалық жұмыстырадың әлеуметтік-экономикалық тиімділігі анықталды. Зерттеу мақсаты мен міндеттеріне сай, зерттеу нысаны ретінде жүрек-қан айналу жүйесінде әлеуметтік маңызы бар аурулары бар науқастар алынды және оларға алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсететін медициналық ұйымдардың жұмыс сапасы бағаланды.

Алдымызға қойған міндеттерді жүзеге асыру үшін эпидемиологиялық, медициналық-статистикалық және социологиялық әдістер қолданылды. Оның барысында медициналық-демографиялық әдістер мен эпидемиологиялық сараптама жасау арқылы жүрек қан айналу жүйесі ауруларының құрамы, таралу деңгейі бағаланды. Медициналық-статистикалық, социологиялық-ұйымдастырушылық әдістемелерді қолданып, диспансерлік ұйымдардың басқару және ұйымдастыру жұмыстары зерттелді. Сонымен қатар медициналық-ақпараттық сараптау, статистикалық-сараптамалық бағалау, кластерлік және салыстырмалы көрсеткіштер жүйесі және болжамдау әдістері қолданылып, негізгі өлім көрсеткіштері мен қатерлі себептеріне баға берілді.

Бұл зерттеудің негізгі әдістемелік жолдары социологиялық, медициналық-статистикалық және қоғамдық денсаулық сақтау саласында жүргізген зерттеу жұмыстары деп қарастырылды. Кешенді эпидемиологиялық және социологиялық зерттеу жұмыстары бірінші кезекте кардиологиялық аурулардың таралу заңдылықтарын, кардиологиялық қызметтің қол жетімділігі мен сапасын және оларға көрсетілетін медициналық көмектің технологиясын анықтау үшін Шымкент қаласында орналасқан денсаулық сақтау ұйымдары зерттелді.

Шымкент қаласы Оңтүстік Қазақстан облысының орталығы және ірі мегаполис болып табылады. Оның тұрақты халқының саны 1 млн. 200 мыңнан астам. Оның құрамындағы ер кісілердің үлес салмағы 47,5 пайыз болса, әйелдердің үлес салмасы 52,5 пайызға дейін жетеді. Тұрғындар құрамындағы балалардың үлес салмағы 21,2 пайызға жетсе, жасөспірімдердің үлес салмағы 7,2 % түзеді. Ал оның 71,6 % 18 жастан жоғары тұрғындар болып шықты.

Тұрғындарға амбулаторлық-емханалық көмек 28 емханалық ұйымда көрсетіледі және кардиологиялық орталық жұмыс істейді. Емханалық ұйымдардағы учаскелік дәрігер мамандарымен қамтамасыз етілу деңгейі 10000 тұрғынға балап есептегенде 52,1% құрады. Ал емханалық-амбулаторлық ұйымдардың қажетті штаттық дәрігерлермен қамтамасыз етілу деңгейі 91,7 пайыз болып шықты. Кешенді эпидемиологиялық және медициналық-әлеуметтік зерттеу жұмыстары бірінші кезекте кардиологиялық аурулардың арнайы медициналық көмекке қол жетімділігі, медициналық көмектің сапасын есепке алу, әлеуметтік-гигиеналық зерттеу қортындылары бойынша жүзеге асырылды. Осы жұмыстарды зерттеуге алынған нысандар репрезентативті тұрғыда қалыптастырылған статистикалық жиынтық ретінде тартылды.

Статистикалық зерттеуді ұйымдастыру барысында жүзеге асырылған бақылау бір мезетте ағымды жиынтықтардың бірліктерін толығынан қамту арқылы және таңдамалы статистикалық жиынтықтар әдістерін қолдану арқылы іске асырылды. Зерттеу барысында есепке алынған статистикалық деректерді және анамнестикалық құжаттарды зерттеу жүзеге асырылды. Статистикалық материалдар негізі ретінде денсаулық сақтау ұйымдарының жылдық есептері, оның ішінде медициналық ұйымдардың жұмысы мен оның негізгі мекемелері туралы есеп, емдеу профилактика ұйымының есебі және емдеу ұйымының қызмет көрсету аумағындағы тіркелген аурулар туралы мәліметтер қарастырылды. Сонымен қатар облыстық кардиологиялық орталықтың қызметтік көрсеткіштері де зерттеуге алынды. Статистикалық бақылау бірлігі ретінде жүрек-қан айналу жүйесінің аурулары бойынша анықталған әрбір нозология есептелінді. Тұрғындардың сырқаттылығын сараптау үшін экстенсивтік және интенсивтік көрсеткіштер жүйесі қолданылды.

Қазіргі таңда денсаулық сақтау саласын ұйымдастыру жұмыстары жылдам дамып, оның қызметтері аса жоғары тиімділікте жұмыс атқара бастады. Медицина қызметкерлерінің біліктілігі артып, денсаулық сақтау ұйымдарының қызмет сапасы мен қол жетімділігі жоғарлап, жеке әлеуметтік маңызы үлкен аурулар бойынша бейіндік медициналық көмектің сапасы барынша жоғарлады. Қол жеткізген нәтижелердің арқасында тұрғындардың арасында әлеуметтік маңызы үлкен аурулардың таралу деңгейі төмендеп, одан туындайтын мүгедектік және өлім оқиғаларының біртіндеп төмендеуі байқалады. Әсіресе өлім көрсеткішінің төмендеуі аса маңызды тұрғындар өмірінің ұзаруын қамтамасыз ете бастады. Алайда Қазақстан республикасында қалыптасқан әлеуметтік-экономикалық тоқырау медицина саласының тұрғындарға көрсететін жекелей қызметтерінің тиімділігін айтарлықтай төмендетіп, сырқаттылық және өлім көрсеткіштерінің жоғарлауына себеп болатын қатерліліктердің деңгейін арттырды. Аталмыш жағдай біздің Республикадағы кардиологиялық медициналық көмекті де қамтып отыр.

Сары-ағаш ауданы тұрғындарының жүрек-қан айналу жүйесі ауруларына байланысты біріншілік және жалпы сырқаттылық көрсеткіштерінің динамикасының жоғарлағанын анықтадық. Егер 2013-2014 жылдардағы қан-айналу жүйесі аурулары бойынша біріншілік сырқаттылықтың деңгейі 26268,9-26269,6‰ ді түзегенін көрсетсе, 2015-2017 жылдары оның деңгейі 27782,3-28432,9‰ ге дейін артқандығын көрсетті. Сонымен экономикалық-әлеуметтік тоқырау 2015-2017 жылдардағы қан айналу жүйесі ауруларының күрт жоғарылауына себеп болды. Біріншілік сырқаттылықтың құрамындағы нозологиялар бойынша да дәл осындай ақуал анықталды. Гипертониялық аурудың 2013-2014 жылдардағы орташа деңгейі 8611,8‰ ден 8748,4‰ дейін жоғарлағанын көрсетті. Жүректің ишемиялық ауруы зерттелген жылдары 3127,4‰ ден 3372,8‰ ге дейін жоғарлаған. Әсіресе тұрғындардың өлімін арттыратын миокардтың өткір инфарктісі (3,4%) және инсультпен (15,9 %) айтарлықтай жоғарлаған.

Біріншілік сырқаттылық деңгейінің жоғарлауы Сары-ағаш ауданы тұрғындарының жалпы сырқаттылық көрсеткішінің деңгейін де барынша жоғарлатқан. Егер 2013 жылы қан айналу жүйесі аурулары бойынша жалпы сырқаттылық 43349,3‰ болса, 2017 жылы оның деңгейі 44987,1‰ ге дейін жеткен. Ал 2016 жылы оның деңгейі одан да жоғары көтерілген (45379,7‰). Гипертониялық аурудың деңгейі бойынша 14358,8‰ ден 14892,7‰ ге дейін көтерілген. Сары-ағаш тұрғындарының арасында жүректің ишемиялық ауруы зерттелген жылдары 5323,5‰ ден 5849,4‰ ге дейін артқан. Аталмыш жағдай тұрғындардың өліміне жиі алып келетін миокардтың өткір инфарктісінде (298,4‰ ден 311,9‰ ге дейін) және инсульттарда да (379,7‰ ден 452,8‰ ге дейін) байқалды. Сары-ағаш ауданында әлеуметтік-экономикалық тоқырау кезеңінде тұрғындардың

арасындағы қан айналу жүйесі ауруларының біріншілік және жалпы сырқаттылық көрсеткіштері күрт өсім бергендігін көрсетті.

Қан айналу жүйесі ауруларының құрамында әлеуметтік маңызы үлкен патологиялардың алатын үлес салмағы да айтарлықтай жоғары десе болады (56%). Оның ішінде гипертониялық аурудың үлес салмағы 29,8 пайызды құраса, жүректің ишемиялық ауруы 13,1 пайызды түзеді. Цереброваскулярлық аурулар үлес салмағы 9,5 пайызға дейін жетті. Ал жүректің өткір инфарктісі (0,8 пайыз), инсульттар (1,6 пайыз) және ревматизм аурулары (1,2 пайыз) айтарлықтай орын алды.

Қан айналу жүйесі аурулармен жүректің ишемиялық ауруларынан туындайтын өлім көрсеткішінің деңгейі де 2015-2017 жылдары айтарлықтай өсім берді. Қан айналу жүйесі ауруларынан туындайтын өлімнің ең төменгі деңгейі (122,6‰) 2012 жылы қалыптасса, 2017 жылы 167,4‰ болып түзелген. Ал жүректің ишемиялық ауруларынан туындаған өлімнің деңгейі 2010 жылы 42,8‰ ді құраса, 2017 жылы 46,9‰ ге дейін артқан.

Қол жеткізген нәтижелерге қарағанда өлім көрсеткішінің қалыптасуына жоғары дәрежеде ықпал ететін себептердің қатарына әлеуметтік-экономикалық тоқырау себептерін қосу қажет екендігін көрсетеді. Айта кететін жағдай 2015-2017 жылдардағы әлеуметтік-экономикалық тоқырау аурушандық көрсеткіші деңгейінің жоғарлауына айтарлықтай ықпалын тигізді (3 сурет). Осыдан қан айналу жүйесі ауруларының деңгейі аталған жылдары 2013-2014 жылдарға қарағанда осы аурулар бойынша біріншілік сырқаттылық 8,2 пайызға артса, жалпы сырқаттылық 4,6 пайызға жоғарлаған.

Ал гипертониялық аурулар бойынша біріншілік сырқаттылық деңгейі 1,4 пайызға артса, жалпы аурушандықтың деңгейі 6,7 пайызға өскен. Миокардтың өткір инфарктісі бойынша біріншілік сырқаттылықтың деңгейі 3,4 пайызға артқан болса, жалпы сырқаттылық көрсеткішінің деңгейі 3,6 пайызға артқан. Әлеуметтік-экономикалық тоқырау әсіресе инсульт ауруының деңгейіне үлкен ықпалын тигізген. Осы аурудан біріншілік сырқаттылық көрсеткішінің деңгейі 8,3 пайызға жоғарласа, ал жалпы сырқаттылық деңгейінің 16,4 пайызға дейін өскендігін көрсетті. қан айналу жүйесі ауруларынан туындайтын өлім оқиғаларының бірінші кезекте аурулардың жасына қарай қалыптасу заңдылықтары қатаң сақталады. Ал жеке жағдайларда, оның ішінде әлеуметтік-экономикалық тоқырау жағдайында бұл көрсеткіштердің деңгейі айтарлықтай өседі. Қан айналу жүйесі ауруларынан туындайтын өлім оқиғаларының 0-14 жастағылардың арасында кездесу жиілігі 100000 тұрғынға балап есептегенде 3,7 оқиғаны құраса, келесі жастық топтарда, оның ішінде 15-49 ға дейінгі жаста 6,3 оқиғадан 124,9 оқиғаға дейін өскен. Осы аурулардан туындайтын өлімнің ең жоғары деңгейі 70 жастан жоғары тұлғалардың арасында өте жиі кездеседі (276,5‰).

Еңбек ету жасындағы тұрғындардың арасында өлім көрсеткішінің деңгейі 102,8‰ ге дейін жетті. Бұл әлеуметтік топтың қан айналу жүйесі

ауруларымен науқастануы өте жоғары болып шықты. Сондықтан одан туындаған өлім көрсеткішінің деңгейі де жоғарылау үстінде деп айтуға болады. Сонымен тұрғындардың қан айналу жүйесі ауруларының асқынуынан туындайтын өлім көрсеткіші оның жыныстық (гендерлік) және жастық заңдылықтарын қатаң сақтайтындығын байқатты. Алайда бұл көрсеткіштердің жеке әлеуметтік топтардың арасындағы қалыптасу заңдылықтары көптеген өзгерістерге ұшырады. Тұрғындардың арасындағы ауыл шаруашылығында істейтін жұмысшылардың өлім көрсеткішінің деңгейі 171,9‰₀₀₀ ге жетсе, өндірістік жұмысшылардың арасында 192,3‰₀₀₀ қалыптасқан. Айта кететін жағдай өндіріс орындағы жүрек қан айналу жүйесі ауруларына алып келетін қатерлі себептердің қатар саны үлкен және қауіптілік дәрежелері өте жоғары болып қалыптасқан.

Сондықтан олардың арасындағы қан айналу жүйесі ауруларынан туындайтын өлім оқиғаларының деңгейі ауыл шаруашылығы жұмысшыларының осы көрсеткішінен айтарлықтай жоғары болуы белгілі заңдылық. Қан айналу жүйесі ауруларынан туындайтын өлім көрсеткішінің ең жоғары деңгейі еңбек ету жасындағы жұмыссыздардың арасында қалыптасқан (273,2‰₀₀₀). Себебі осы тұрғындардың денсаулығына әлеуметтік-экономикалық тоқырау себептерінің басым әсер ететіндігі көрсетті. Дәл осы жағдай зейнеткерлердің де денсаулығына қуатты әсерін тигізген олардың арасындағы өлім көрсеткішінің деңгейі 217,6‰₀₀₀ жетіп, екінші рангалық орынға жайғасты.

Қан айналу жүйесі ауруларынан туындайтын өлімнің негізгі қатерлі себептерін зерттеу әлеуметтік-экономикалық тоқырау себептерінің басым ролін байқатты. Олардың тұрғындардың арасындағы таралу деңгейі 32,1 пайызға дейін жетеді. Ал екінші рангалық орында бейінді медициналық көмектің қол жетімділік деңгейінің төмендігі болып табылады. Сұрақнамаға тартылғандардың арасындағы бейінді медициналық көмектің қол жетімсіздігін нұсқағандардың үлес салмағы 18,3 пайызды құрады. Соңғы кезде тұрғындардың осы аурулар бойынша медициналық көмекке қаралу деңгейі 17,2 пайызға төмендеді.

Сонымен қатар, тұрғындардың санитарлық-гигиеналық медициналық мәдениетінің төмендігі 9,2 пайызға жетсе, профилактикамен қамту деңгейі 12,8 пайызға дейін азайған. Олардың арасында темекі тарту (6,7 пайыз), және алкогольизм (5,9 пайыз), оқиғалары да жиі кездеседі. Сондықтан Шымкент қаласы тұрғындарының арасындағы қан айналу жүйесі ауруларынан туындайтын өлімнің қатерлі себептері кеңінен таралған деп айтуға болады.

Өлімге алып келетін қан айналу жүйесі аурулары мен олардың қатерлі себептері арасындағы байланысы корреляциялық сараптау жолымен анықталды. Осы себептердің ішінде өлімге алып келетін дәрежесі жағынан әлеуметтік-экономикалық тоқырау бірінші рангалық орында тұр ($r=0,96$), ал бейінді медициналық көмектің жетімсіздігі мен өлім оқиғалары арасында аса жоғары дәрежедегі байланыс бар екендігін көрсетті ($r=0,81$),

профилактикалық шаралар мен диспансеризацияның нашар жүзеге асырылуы өлім көрсеткішінің негізгі себептерінің бірі болып табылатындығы корреляциялық сараптау барысында байқалды ($r=0,84$), салауатсыз өмір сүру салты ($r=0,79$), медициналық көмекке дер кезінде жүгінбеу ($r=0,81$) және санитарлық-гигиеналық медициналық мәдениеттің төмендігі ($r=0,72$), айтарлықтай өлімнің жоғарлауына себеп болады.

Кардиологиялық көмектерді емханалық ұйымдарда сапалы ұйымдастыру үшін дәрігерлер мен қажетті диагностикалық құралдармен қамтамасыз етілу деңгейі маңызды роль атқарады. Біздің зерттеуімізде осы мәселеге айтарлықтай көңіл бөлді. Сараптама жүргізу барысында қалалық емханаладың кардиологиялық лабораторлық диагностикалармен қамтамасыз етілу деңгейі 2000 жылы 58,7 пайыз болса, 2017 жылы 84,3 пайызға дейін артқандығын көрсетті. Емханаларды эхорадиографтармен қамтамасыз ету осы жылдары 27,2 пайыздан 48,9 пайызға дейін артты. Ал кардиолог дәрігерлермен қамтамасыз ету деңгейі 56,5 пайыздан 77,6 пайызға дейін жоғарлады. Келтірілген деректерге қарағанда осы күнге дейін емханалық ұйымдардың қажетті кардиолог дәрігерлермен және диагностикалық құралдармен қамтамасыз етілу деңгейі толыққанды емес (8 сурет).

Сонымен қатар біз стационарлық жүйеде пациенттерді төсек орын қорымен қамтамасыз ету дәрежесінің төмен екендігін айқындадық. Бұл мәселе пациенттердің төсек орында жату күндерімен төсек орны айналымымен тікелей байланысты болып отыр. Егер пациенттердің төсек орындарда жату күндері 2000 жылы 24,8 күнге тең болса, 2017 жылы 16,9 күнге дейін қысқарды. Ал төсек орынның айналымы 18,3 реттен 21,5 ретке дейін жоғарлады. Алайда пациенттердің көпшілігі осындай төсек орын қорын пайдалану көрсеткіштері бойынша толыққанды және сапалы емге қол жеткізе алмайтындығын көрсетті. Осыған мысал ретінде стационарлық бөлімшеде емделген аурулардың арасындағы асқынулардың 23,4 жоғарлап, олардың арасындағы стационардан кейінгі өлім көрсеткішінің деңгейі 2000 жылдағы 100000 адамға балап есептегенде 1362,7 оқиғадан, 2016 жылы 1398,4 оқиғаға дейін артқандығынан байқауға болады. Сондықтан кардиологиялық қызметті жетілдіру үшін емханалық және ауруханалық кардиологиялық қызметтерді барынша өзгерту қажет.

Қазіргі таңда медициналық көмектің тұрғындардың өмір сүру ұзақтығына өте жоғары деңгейде әсер тететіндігі көптеген ғылыми еңбектерде дәлелді әдістермен жан-жақты көрсетілген.

Профилактика мен диагностиканың жақсаруы, жетік инновациялық емдеу әдістері, тұрғындардың ерте өлу оқиғаларын азайтып, олардың мүгедектікке шығуын төмендетуде. Сондықтан кардиологиялық көмекті жетілдіру мәселесі осы әлеуметтік маңызы үлкен аурулардың азаюына және тұрғындардың өлімінің төмендеуіне бағытталған негізгі шараның бірі деп есептеу керек.

Сондықтан, осы қызметтің жұмысын жақсартуға бағытталған алғашқы және екіншілік профилактика шараларын жақсарту модельін құрастырдық. Көптеген зерттеулердің нәтижесіне қарағанда кардиологиялық ауруларға көбнесе біліктілігі төмен жалпы тәжірибелік дәрігерлер көмек береді. Сондықтан олардың арасында жүрек қан айналу жүйесі ауруларын тудыратын себептер дұрыс анықталмайды және олардың қатерлілік қуаты қажетті деңгейде бағаланбайды.

Амбулаторлық-емханалық ұйымдарда кардиологиялық ауруларды міндетті түрде кардиологтар қарауы тиіс және аурулардың диагнозын дұрыс қойып, оларды дер кезінде зерттеулерге алу тиіс. Сондықтан кардиологтарды амбулаторлық-емханалық ұйымдарда тұрақтандыру үшін олардың еңбек ақысын жоғарландырып, олардың жұмысына қажетті аппараттар мен жабдықтармен қамтамсыз ету қажет.

Себебі бұл врачтар аурулардың арасында эхокардиография, ЭКГ ның тәуліктік мониторингісін жүргізу және артериалдық қан қысымын тәуліктік бақылауын қамтамсыз етуі тиіс. Сонымен қатар олар қанның құрамындағы тропониндерді, фиброгенді, қышқылдық сілтілік тепетендікті, қанның газдық құрамын дер кезінде жіті белгіленген уақытында анықтауы тиіс. Сонымен қатар қанның ұюының белсендік уақытын дер кезінде анықтауы тиіс.

Егер ауруларда миокардтың инфарктісі белгі берсе немесе оны бастапқы кезеңінде анықталса, ауруларды кардиологиялық орталықтарға госпитализация жасауы қажет. Кардиологиялық орталықтарда арнайы қызметтік төсек орындармен жабдықталған бөлімшелер жұмыс істеуі керек. Бұл бөлімде шұғыл жүректің ауруын тоқтатуға бағытталған терапия жүзеге асырылуы керек. Бейінді кардиологиялық көмек берілуі тиіс.

Оның құрамында міндетті түрде тромболизистік терапия болуы қажет. Ал қажетті жағдайда эндоваскулярлық емдеу шаралары жүзеге асырылуы тиіс. Оның қатарында жүрек қан тамырларына стенттер қою және қан тамырларына шунттар жалғастыру шаралары жүзеге асырылуы тиіс. Стационарлық емдеу барысында аурулар кардиологтардың тоқтаусыз бақылауында болады. Ал стационарлық ем аяталғанан кейін екіншілік профилактика және реабилитация шаралары жүзеге асырылады. Емханалық кардиологтардың бақылауы мен пациенттердің тамақтану ережесі қалыптастырылады. Дене тәрбиесі жаттықтырулары жүзеге асырылады. Диспансерлік бақылау орнатылады. Салауатты өмір сүру салты насихатталады және тромболитикалық емдік шаралар тоқтаусыз жүзеге асырылады. Осындай профилактикалық және реабилитациялық шаралар амбулаторлық емханалық кардиологтардың ең маңызды жұмысы деп есептеу қажет.

Басқаша айтқанда кардиологиялық аурулардың арасындағы өлім оқиғаларын азайту үшін міндетті түрде бейінді медициналық көмекті жоғары дәрежеде қамтамсыз ету қажет. Ал кардиологиялық медициналық көмектің қол жетімділігін және жоғары сапасын қамтамсыз ету үшін мынандай ұйымдастырушылық шараларды жүзеге асыру қажет.

- Миокард инфарктісі анықталған ауруларды міндетті түрде өте жылдам арнайы кардиологиялық орталықтарға жеткізіп, дер кезінде білікті медициналық көмекпен қамтамасыз ету керек;
- Кардиологиялық аурулардың арасында патронаждық және реабилитациялық қызметті кеңінен таратып, үй жағдайда стационарларды дамыту керек;
- Кардиологиялық пациенттердің арасында салауатты өмір сүру салтын насихаттауды күшейту керек;
- Өлімге алып келетін себептері бар кардиологиялық аурулардың арасында диспансеризация шараларын ұйымдастырып, әр ауруға жекелей профилактикалық бағдарлама қалыптастыру қажет;
- Кардиологиялық аурулардың өлімін азайтуға бағытталған инновациялық технологияларды қолдану қажет. Оның ішінде стенттеу және шунттар қою керек;
- Пациенттердің арасында алкогольизмде, наркоманияға, темекі шегуге қарсы насихаттарды ұлғайту керек;
- Ауруларды ерте диагностикалау міндетті түрде пациенттерді жыл сайын бірнеше рет кешенді медициналық кардиологиялық тексерулерден өткізіп тұру қажет;
- Кардиологиялық аурулардың өлім деңгейін азайту мақсатында олардың арнайы стационарда ұзақ мерзім сапалы ем қабылдауына жағдай жасау қажет;

Жоғары технологиялық кардиология, жүрек қан айналу жүйесі ауруларының кешенді әдісі ретінде міндетті түрде мынандай шаралары болуы тиіс. Оның ішінде: ауруды алдын алу, оны ерте кезеңнен диагностикалау, жоғары емдеу технологияларын қолдану, екіншілік профилактика мен реабилитация шаралары болуы тиіс. Осы жерде екіншілік профилактика мен реабилитацияның маңызын атап өткен жөн. Бірінші кезекте ол пациенттердің реабилитациясына байланысты болып отыр. Олар физикалық психологиялық тұрғыда бейімделуі және ауруға дейінгі өмір сүру ережелері мүлдем өзгертуі тиіс. Себебі, стационарда алған қысқа емдеу курсынан кейін олар үйге оралып, медициналық бақылаудан арылады. Дер кезінде кардиологиялық көмекті ала алмайды. Сондықтан аурулар мен кардиологтардың тұрақты байланысын қамтамасыз етіп, олардың екіншілік профилактикасын үнемі бақылауға алып отырудың денсаулыққа пайдасы өте үлкен. Сонымен жоғары технологиялық, кардиологиялық көмек пациенттердің өмір сүру ұзақтығын арттырып, қоғамдық пайдасын жоғарлатады.

ТҰЖЫРЫМ

1. Сары-ағаш қаласы тұрғындарының өлімге ұшырау себептері арасында кардиологиялық аурулар бірінші рангалық орынды иеленеді. Осы аурулар арасында, өлім себебі ретінде миокардтың өткір инфарктісі, инсульт және жүректің стенокардия ауруы ерекше орын алады.

2. Қан айналу жүйесі ауруларына байланысты алғашқы және жалпы сырқаттылық көрсеткіштерінің 2010-2017 жылдардағы деңгейі үнемі өсім беруде. Осыған әлеуметтік-экономикалық тоқырау себептерінің қосатын үлес салмағы соңғы 2015-2017 жылдары күрт артты.

3. Кардиологиялық аурулардан туындайтын өлім көрсеткіші тұрғындар арасында тоқтаусыз өсім беруде. Осы көрсеткіш пен әлеуметтік-экономикалық тоқырау себептері, салауатсыз өмір сүру салты себептері, кардиологиялық бейінді медициналық көмектің төмен сапасы мен қол жетімсіздігі арасындағы корреляциялық байланыс дәрежесі өте жоғары.

4. Емханалық және стационарлық кардиологиялық көмекті жетілдіру үшін алғашқы және екіншілік профилактиканың, емдеу және реабилитация шараларының сапасын және қол жетімділігін арттыруға бағытталған бағдарлама моделі ұсынылады.

ТӘЖІРИБЕЛІК ҰСЫНЫС

1. Сары-ағаш ауданындағы кардиологиялық көмекті жетілдіру үшін емханалық жүйедегі кардиологтарды қажетті диагностикалық, емдеу және реабилитация құралдары мен инновациялық әдістерді тәжірибеге кеңінен еңгізу қажет.
2. Кардиологиялық ауруларды және одан туындайтын өлімді тоқтаусыз бақылауға алып, оның қауіпті себептеріне қарсы профилактикалық шаралардың белсенділігін арттыру керек.
3. Кардиологиялық ауру бойынша қатерлі себептер бар пациенттер арасында медициналық және санитарлық мәдениеттерін арттыру және салауатты өмір сүру салтын қалыптастыру жұмысын жандандыру керек.

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. Булешов Д.М., Бектібаева Н.Ш., Тоқбергенова А.Н., Серикбай С.С. Ауыл тұрғындарының арасындағы қан айналу жүйесі ауруларынан туындайтын мүгедектік және өлім оқиғаларын төмендетуге бағытталған профилактикалық бағдарламаның ғылыми негіздері. //ОҚМФА-ның еңбектер жинағы, екінші том, Шымкент қаласы, Қазақстан Республикасы, 21-22 сәуір 2016 жыл. Б. 66-67.
2. Орманова Ғ.М., Булешов Д.М. «Оңтүстік Қазақстанның қала және ауыл тұрғындарының өлім-жітімнің медициналық-әлеуметтік аспектілері» //
3. Шакантаева Н.Ю., Хисметова З.А. «Усовершенствование нормирования труда врачей – кардиологов г.Семей оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь» // ЮКГФА вестник., Республиканский научный журнал., №4(77), 2016 с. 122-123.
4. Мукатаева А.Ж., Қыдырсихова М.Б., Ортаева А.Н., Алпысбаева К., Каусова Г.К., Нуфтиева А.И. Мектеп мұғалімдері арасындағы жүрек-қан тамырлары жүйесінің аурулары // ОҚМФА – ның хабаршысы, Республикалық ғылыми журнал., №4(77), 2016 б. 143-144.
5. Авксентьева М.В. Принятие управленческих решений в здравоохранении на основе клинико-экономического анализа / М.В.Авксентьева //Экономика здравоохранения.- 2003. Т.9, №2.-С.44-48.
6. Багненко С.Ф. Совершенствование экстренной медицинской помощи — основа реформирования здравоохранения России /С.Ф. Багненко, А.Г. Мирошниченко, В.В. Архипов //Скорая медицинская помощь. -2001. №4. - С. 11-15.
7. Белова А.Н. Кардиоэмболический мозговой инсульт /А.Н. Белова, С.Е. Хрулев, И.Н. Морозов //Ремедиум Приволжье.- 2006. № 9 (49).- С. 23-24.
8. Оценка величины экономического ущерба, вызванного неблагоприятным состоянием здоровья населения промышленного города /Г.А. Бушуева, Е.В. Ползик, Е.Н. Макаров и др. //Экономика здравоохранения.- 2003.-№1(70).-С.11-15.
9. Вялков А.И. Современные проблемы состояния здоровья населения Российской Федерации /А.И. Вялков //Проблемы управления здравоохранением.- 2002.-№ 1 (2).-С. 10-13.
10. Изучение на основе программы ВОЗ МОНИКА связи психосоциальных факторов риска с ишемической болезнью сердца у мужчин в возрасте 25-64 лет в Новосибирске /В.В.Гафаров, В.А.Пак, И.В.Гагулин, А.В.Гафарова //Терапевтический архив.-2003.-№4(75).-С.51-54.
11. Гриненко А .Я. Использование социологических опросов населения для принятия управленческих решений в здравоохранении /А.Я.Гриненко, Е.М. Тришин //Проблемы управления в здравоохранении.- 2003.-№3(10).- С.38-41.

12. Денисов И.Н. Экономическое обоснование развития общей врачебной практики и семейной медицины /И.Н. Денисов, В.З. Кучеренко, Н.Г. Шамшурина //Экономика здравоохранения.-2002.-№5-6(64).-С. 21-24.
13. Кадыров Ф.Н. Методы принятия эффективных управленческих решений на уровне медицинских учреждений /Ф.Н. Кадыров //Проблемы управления здравоохранением.- 2003.-№3(10).-С.66-73.
14. Красильников И.А. Медико-санитарное зонирование территории Санкт-Петербурга для оказания экстренной медицинской помощи /И.А. Красильников, В.В. Архипов //Проблемы управления здравоохранением.- 2003.-№3(10).-С.30-38.
15. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение /Ю.П.Лисицын.- М.: ГЭОТАР-МЕДИА,2002. 520с.
16. Михайлова Л.С. К вопросу об экономическом анализе деятельности ЛПУ /Л.С.Михайлова //Экономика здравоохранения.-1998.-№6(30).-С.29-31.
17. Неустроева Л.Д. Совершенствование медико-профилактической помощи больным артериальной гипертонией в республике Саха (Якутия) / Л.Д. Неустроева //Проблемы управления здравоохранением.-2003 .-№ 2 (9).- С.73-74.
18. Оганов Р.Г. Профилактическая кардиология: от гипотезы к практике /Р.Г.Оганов //Кардиология.-1999.-№ 39 (2).-С.4-9.
19. Основные показатели здоровья и деятельности учреждений здравоохранения Нижегородской области за 2005 год. // Н.Новгород. -2006.- 236 с.
20. Программа социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу (2002 2004 годы), утвержденная распоряжением Правительства РФ от 10 июля 2001 г. №910-р.
21. Решетников А.В. Социология управления здравоохранением /А.В. Решетников //Проблемы управления здравоохранением.- 2002.-№1(2).-С.50-54.
22. Салтман Р.Б. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий / Р.Б. Салтман, Дж. Фигейрас: Пер. с англ. - М.: ГЭОТАР МЕДИА, 2000. 432 с.
23. Ситина В.К. Заболеваемость и смертность населения в связи с болезнями системы кровообращения /В.К. Ситина, В.И. Дмитриев, В.М. Шипова //Здравоохранение.- 2005.- № 2.- С. 14-20.
24. Стародубов В.И. О дифференцированных принципах управления здравоохранением на основе комплексного подхода к ресурсному обеспечению /В.И. Стародубов, В.А. Рогожников, Г.Г. Орлова // Здравоохранение.-2002.-№5.-С.19-24.
25. Тихомиров А.В. Здравоохранение: правовые аспекты/ А.В. Тихомиров //Главврач.- 2002.-№6.-С. 38-40.
26. Шамшурина Н.Г. Здравоохранение как корпоративная система в составе социальной сферы. Специфика рынка медицинских услуг /Н.Г.Шамшурина //Здравоохранение.-2005.-№ 8.-С. 149-165.

27. Щепин О.П. Проблемы демографического развития России/ О.П.Щепин, Е.А.Тишук // Экономика здравоохранения. 2005. -№3(92).-С.5-8.
28. Assessing the performance of doctors in teams and systems /R.A. Farmer, J.D.Beard, W.D.Dauphinee et al. //Med. Educ.- 2002.-Vol.36, № 10.-P.942-948.
29. Kehlet H. Surgical services in Denmark time for reorganization? / H.Kehlet, B.S.Ottesen, T.V.Schroeder//Ugeskr. Laeger.-2003. - Vol. 165, № 28. - P.2813-2815.
30. Robinson R. New health care market / R.Robinson //Brit. Med. J., 1989.- Vol. 298, № 667 (1).- P. 437-439.
31. Thornton J., Esposto F. How important are economic factors in choice of medical specialty? /J.Thornton, F.Esposto //Health Econ.- 2003.- Vol. 12, № 1. P.67-73.
32. Авксентьева М.В. Семья и болезнь /М.В.Авксентьева.- М.: Медицинский вестник, 1994.- 116 с.
33. Апарин И.С. Альтернатива и перспективы качественного медицинского обслуживания семьи /И.С.Апарин //Проблемы управления здравоохранением.-2004.-Т. 18, №5.-С.49-52.
34. Вялков А.И. Социальные основы обеспечения эффективности управления здравоохранением /А.И. Вялков, В.З. Кучеренко //Проблемы управления здравоохранением.- 2002.-№6 (7).-С.5-9.
35. Гусева Ю.Г. Особенности течения артериальной гипертонии в городе с высоким уровнем химической промышленности: Автореф. дис.канд. мед. наук /Ю.Г.Гусева; ГОУ ВПО НижГМА.- Н.Новгород, 2005.-26 с.
36. Казнин В.М. Управление здравоохранением региона на основе Концепции кадровой политики и автоматизированных информационных систем /В.М. Казнин, В.А. Минченко. Н.Новгород, 2004.-176 с.
37. Лавров А.Н. Медико-социальная и экономическая эффективность программы улучшения репродуктивно-демографических процессов /А.Н. Лавров //Экономика здравоохранения.- 2004.-№8(86).-С.38-42.
38. Оганов Р.Г. К здоровой России: политика укрепления здоровья и профилактики заболеваний: приоритет основные неинфекционные заболевания /Р.Г.Оганов, Р.А.Халитов, Г.С.Жуковский.-М.: Медицина, 1994.-С.243.
39. Рубцов А.В. Здоровье как социальная ценность /А.В. Рубцов //Экономика здравоохранения.- 2005.-№1 (90).-С. 16-21.
40. Стародубов В.И. О задачах по реализации приоритетного национального пректа в сфере здравоохранения /В.И. Стародубов, Р.А. Хальфин, Е.П. Какорина //Здравоохранение.- 2005. № 12,- С. 15-23.
41. Успенская И.В. К вопросу экономии финансовых средств в здравоохранении /И.В. Успенская //Проблемы управления здравоохранением.- 2002.-№6(7)-С.53-57.
42. Шестаков Г.С. К вопросу о реформировании службы скорой медицинской помощи больших городов в современных условиях / Г.С. Шестаков //Скорая медицинская помощь.- 2001.- №4. С. 21-22.

43. Щепин В.О. Состояние и развитие муниципального здравоохранения в Российской Федерации /В.О.Щепин, И.А.Купеева // Муниципальное здравоохранение: история и современность: Материалы международного симпозиума. Бюллетень ГУ ННИИОЗ. М., 2006.-С.106-108.
44. Яковлев Е.П., Винокуров Б.Л. Управленческий учет медицинского учреждения (основы организации). // М.: Медицина, 2000. -144 с.
45. Hospital volume, length of stay, and readmission rates in highrisk surgery /P.P.Goodney, T.A.Stukel, F.L.Lucas et al. //Ann. Surg.- 2003. Vol. 238, №2.-P. 161-167.
46. Continuing evolution of therapy for coronary artery disease: Initial results from the era of coronary angioplasty /D.B.Mark, C.L.Nelson, R.M. Califf et al. //Circulation.- 1994.-№ 89.- P. 2015-2025.
47. Steffen G.E. Quality medical care a definition / G.E.Steffen //JAMA.-1988.-Vol. 260, № 1.-P. 56-61.
48. Walker A.R.P. Ischaemic heart disease in Belfast and Toulouse /A.R.P. Walker, P.Sareli //Montly J. Assoc. Physicians.-1995.-№ 88(12).- P.937-938.
49. Распространенность артериальной гипертонии в европейской части Российской Федерации. Данные исследования ЭПОХА, 2003 г. / Ф.Т.Агеев, И.В.Фомин, В.Ю.Мареев, Ю.Н.Беленков //Кардиология.-2004.-№11.- С.32-37.
50. Апарин И.С. Семейная медицина и качество медицинского обслуживания /И.С.Апарин //Проблемы управления здравоохранением.-2004.-Т. 17, №4.-С.5-7.
51. Багненко С.Ф. Экстренная медицина как специализированный вид медицинской помощи /С.Ф. Багненко, А.Г. Мирошниченко, В.В. Архипов //Скорая медицинская помощь.- 2002. №2. - С. 7-8.
52. Бокерия Л.А. Современные подходы к нефармакологическому лечению фибрилляции предсердий /Л.А.Бокерия, А.Ш.Ревишвили //Вестник аритмологии.- 2006.- № 45.- С.5-16.
53. Вишняков Н.И. О роли добровольного медицинского страхования в охране здоровья работающего населения /Н.И. Вишняков, В.Е. Букин //Экономика здравоохранения.-2004.-№9(87).-19-21.
54. Эпидемиология и профилактика хронических неинфекционных заболеваний в течение 2-х десятилетий и в период социально-экономического кризиса в России //В.В.Гафаров, В.А.Пак, И.В.Гагулин, А.В.Гафарова.-Новосибирск, Б.и.,2000.- 284 с.
55. Денисов И.Н. Медицинская профилактика в работе врача общей практики с семьей /И.Н. Денисов, Т.П. Васильева.- Иваново, 2004.-221с.
56. Каусова Г.К. Медико-социальные аспекты первичной инвалидности вследствие сердечно-сосудистых заболеваний /Г.К.Каусова //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.-2001.-№5.-С. 18-20.
57. Кравченко Н.В. Ресурсосберегающие технологии медицинской помощи /Н.В. Кравченко //Экономика здравоохранения.-2000.-№5,6(45).-С.58-61.

58. Лисица Д.Н. Организация и методология решения "проблем здоровья" пациентов в общей врачебной практике / Д.Н.Лисица // Терапевтический архив.-2005.-№ С.42-46.
59. Найговзина Н.Б. Виды медицинской помощи, типы организаций здравоохранения, источники финансирования в здравоохранении. Разграничение полномочий по уровням власти /Н.Б. Найговзина, Н.А. Пудовкина //Менеджер здравоохранения.-2005.-№9.-С.4-11.
60. Овчаров В.К. Развитие реформы здравоохранения на муниципальном уровне /В.К.Овчаров //Реформирование муниципального здравоохранения: проблемы и поиски решений: Тез. докл. Всероссийск. науч. конф. 29 мая -2 июня 2000 г. Краснодар., 2000. -С.42-44.
61. Пиддэ А.Л. Здравоохранение России социальный институт современного российского общества (проблемы становления) \ (
62. А.Л.Пиддэ //Проблемы управления здравоохранением.-2002.-№ 3(4)-С. 14-16.
63. Решение Коллегии МЗ РФ "Совершенствование организации и развития скорой медицинской помощи в РФ" от 24 декабря 2002 г.
64. Сквирская Г.П. Развитие общей врачебной (семейной) практики в* России. Пути активизации и совершенствования ее деятельности: Автореф. дисс. канд. мед. наук /Г.П.Сквирская; НПО Медсоцэкономинформ.- М., 1999. 27 с.
65. Терещенко В.В. Страховая статистика при артериальной гипертонии /В.В. Терещенко, В.П. Дереза //Экономика и практика обязательного медицинского страхования: Приложение к журналу Экономика здравоохранения.-2004.-№6.-С.7-11.
66. Шамшурина Н.Г. Экономические оценки альтернативных методов оказания медицинской помощи /Н.Г.Шамшурина //Здравоохранение.-2005.-№ 9.-С.149-159.
67. Шкарин В.В. Основные тенденции в состоянии здоровья населения Приволжского федерального округа /В.В.Шкарин. Н.Новгород.: издат. НГМА, 2007 - 26 с.
68. Donabedian A. The seven pillars of quality /A.Donabedian //Arch. Pathol. Lab. Med.-1990.-Vol. 114.- P. 1115-1145.
69. Jonson B. Measurement of health outcome and associated cost in cardiovascular disease /B.Jonson //Europ. Heart J.-1996. Vol 17, Suppl. A. - P.2-7.
70. Maxwell R. J. Financing health care: Lessons from abroad. /R.J.Maxwell //Brit. med. J.- 1988.- Vol. 296, № 6634.- P. 1423-1426.
71. Taylor R.B. Family medicine: Principles and Practice / R.B.Taylor.- New-York, 1994.- 1029 p.
72. Акопян А.С. Проблемы структурного реформирования здравоохранения: отношение руководителей и специалистов / А.С. Акопян, Б.А. Райсберг, Ю.В. Шиленко //Проблемы управления здравоохранением.- 2002. Т. 5, №4.- С. 26-32.

73. Бакушин А.М. Территориальные программы государственных гарантий и проблемы реформирования здравоохранения /А.М. Бакушин //Нижегородский медицинский журнал.- 2001. №2.-С.43-45.
74. Ишемическая болезнь сердца в зеркале медицинской статистики/ Л.А. Бокерия, И.Н. Ступаков, Р.Г. Гудкова, Н.М. Зайченко // Здравоохранение. 2005. - № 5. - С. 13-23.
75. Основные направления реформирования службы скорой медицинской помощи /И.И. Введенская, Л.Ф. Кобзева, В.Н. Лазарев и др.- Н.Новгород.: Изд. НГМА, 2003.-46 с.
76. Брагина З.В. Методологические аспекты совершенствования организации и планирования в управлении здравоохранением /З.В. Брагина, Л.А. Чернов, Т.А. Маценова //Экономика здравоохранения.-2003 .-№3(72).-С. 15-24.
77. ЛПУ федерального подчинения: анализ и оценка деятельности /В.А. Вялков, В.О.Щепин, Е.А.Тишук, Т.Н.Проклова.-М.: ГЭОТАР МЕД, 2000 340 с.
78. Голиков А.П. Лечение и профилактика неотложных состояний при сердечно-сосудистых заболеваниях /А.П.Голиков, В.А.Рябинин // Терапевтический архив.-2006.-№8(78).-С.81-84.
79. Денисова Т.П. Социальный стресс как фактор риска ишемической болезни сердца / Т.П.Денисова, А.С.Шкода, Л.И.Малинова, Н.Г.Астафьева //Терапевтический архив.-2005.-№3(77).-С.52-55.
80. Дроздецкий С.И. Лечение и профилактика артериальной гипертензии в условиях промышленного предприятия /С.И.Дроздецкий.-Нижний Новгород.: НГАСА, 1995.-56 с.
81. Кучеренко В.З. Наиболее известные системы здравоохранения развитых стран /В.З. Кучеренко, К.Д. Данишевский //Экономика здравоохранения.- 2000.-№7(46).-С.5-13.
82. Михайлова Ю.В. Научные основы стратегического планирования в здравоохранении /Ю.В.Михайлова //Экономика здравоохранения.-2002.- №3(62).-С.48-53.
83. Оганов Р.Г. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: возможности практического здравоохранения /Р.Г.Оганов //Кардиоваскулярная терапия и профилактика.-2002.-№1.-С.5-9.
84. Путин М.Е. Планирование и повышение эффективности деятельности бюджетных медицинских учреждений /М.Е.Путин // Экономика здравоохранения.- 2002 №3 (62)-С.14-19.
85. Рогожников В.А. Некоторые аспекты развития регионального здравоохранения в 1990-2000 годах /В.А. Рогожников //Проблемы управления здравоохранением.- 2002.-№4(5).-С.5-11.
86. Оценка эффективности мероприятий по борьбе с артериальной гипертонией в ЛПУ /В.К. Ситина, В.И. Дмитриев, В.М. Шипова, А.А. Лившиц //Здравоохранение. 2005. - № 1.- С. 17-24.

87. Токтомагов Н.Т. Проблемы финансирования стационарной медицинской помощи населению Кыргызской Республики /Т.Н. Токтомагов //Экономика здравоохранения.- 2003.-№1(70).- С.28-30.
88. Хальфин Р.А. Профилактические мероприятия должны стать реальными в здравоохранении /Р.А.Хальфин //Эффективная фармакотерапия в кардиологии и ангиологии.- 2007. № 2.- С. 52.
89. Шкарин В.В. Тенденции в состоянии здоровья населения Приволжского Федерального округа /В.В.Шкарин //Нижегородский медицинский журнал.- 2001 №1 - С. 23-39.
90. Allingham J. D. A decline in generalism for family medicine? / Allingham J. D. et. al. //Can. Fam. Physican.- 1988.-P.142-156.
91. Kannel W.B. Changing epidemiologic features of cardiac failure /W.B.Kannel, Ho K, T.Thorn //Br.Heart J.- 1994.- 72 (suppl)- P.3-9.
92. Strategies for reducing coronary risk factors in primary care: which is most cost effective? /K.Field, M.Thorogood, C.Silagy et al.//BMJ.- 1995.-Vol. 310, № 6987.- P. 1109-1112.
93. Алексеев Н.А. Экономический анализ амбулаторно-поликлинической службы многопрофильной больницы /Н.А. Алексеев, Н.П. Батина //Экономика здравоохранения.-2004.- Т.86, №8.-С27-29.
94. Батюшин М.М. Беременность и артериальная гипертензия /М.М. Батюшин, С.С. Заяц.- Ростов-н/Д: Рост. гос. мед. ун-т, 2003.- 44 с.
95. Бокерия, И.Н. Ступаков, И.В. Самородская //Проблемы управления здравоохранением.- 2002.- С.23-25.
96. Гагарина В.В. Сравнительный экономический анализ эффективности отделений общей врачебной практики и поликлиник /В.В.Гагарина, В.И.Филатов, О.Ю.Кузнецова //Экономика здравоохранения.-2003.-№4 (73).- С.34-36.
97. Дроздецкий С.И. Классификация, принципы лечения и профилактики артериальной гипертензии /С.И.Дроздецкий.-Н.Новгород.: изд. НГМА, 2002. -135 с.
98. Кучеренко В.З. Стратегия клинического менеджмента как основа повышения качества медицинской помощи и ресурсосбережения / В.З. Кучеренко, Е.П. Яковлев //Проблемы управления здравоохранением.- 2002.- №2(3).-С.24-29.
99. О муниципальной целевой программе "Совершенствование экстренной медицинской помощи в городе Нижнем Новгороде на 2002-2006 годы" / Решение Городской Думы г. Н.Новгорода №106 от 24 октября 2001 г.
100. Петровский В.С. Основные направления оптимизации использования ресурсов здравоохранения /В.С.Петровский // Нижегородский медицинский журнал. Здравоохранение Приволжского федерального округа. -2004.-№ 1.- С.65-70.
101. Состояние и перспективы развития медицинского страхования в Российской Федерации//Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения.-2003.-№2(32).-С.57-63.

102. Анализ реализации территориальных программ госгарантий в 2003 г. /В.О. Флек, Н.А. Кравченко, Г.М. Вялкова, Е.Д. Дмитриева //Здравоохранение .-2004.-№11 .-С. 18-31.
103. Шевченко Ю.Л. Основные направления реализации государственной политики в области здравоохранения /Ю.Л.Шевченко -//Проблемы управления здравоохранением.-2002.-№1(2).-С.5-10.
104. Организационные и экономические технологии управления рациональным использованием ресурсов /Е.П.Яковлев, Ю.Н.Кудрявцев, А.С.Трофимов, М.М.Маскулов //Экономика здравоохранения.- 2002.- №11(68).-С.7-11.
105. Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: a systematic review / T.Gosden, F.Forland, I.S.Kristiansen et al. //J. Health. Serv. Res. Policy.- 2001. -Vol. 6, №1.- P.44-55.
106. Mark D.B. Economic of treating heart failure /D.B.Mark //Am. J. Cardiol.- 1997.- Vol.80, № 8.- P.33-38.
107. Sturm R. Effect of managed care and financing on practice constraints and career satisfaction in primary care / R.Sturm //J. Am. Board. Fam. Pract. 2002. - Vol. 15, № 5. - P.367-377.
108. Влияние диспансерной работы на экономику региона /И.В. Лебедева, Б.Л. Колесников, А.К. Екимов, О.С. Редина //Экономика здравоохранения.- 2005.-№1 (90).-С.9-15.
109. Милосердов В.П. Формирование новой системы управления финансовыми, материальными и трудовыми ресурсами в многопрофильной больнице /В.П. Милосердов, Т.Ю. Гроздова //Менеджер здравоохранения.- 2005.-№9.-С.29-34.
110. Плешанов А.В. Макроэкономические расходы на здравоохранение в Российской Федерации: международные сравнения и анализ /А.В.Плешанов, Д.Симпсон //Здравоохранение.-2006.- № 2.-С.35-46.
111. Синявский В.М., Журавлев В.А. Системное управление службой скорой медицинской помощи в муниципальном здравоохранении /
112. В.М. Синявский, В.А. Журавлев //Здравоохранение.- 2005. № 5. - С. 169-181.
113. Суслонина Н.В. Развитие общей врачебной практики в системе здравоохранения Чувашской республики /Н.В. Суслонина, И.Ю. Лисенкова, Е.И. Арсентьева //Ремедиум Приволжье.- 2006.- № 9 (49). -С. 6-8.
114. Янкин Ю.М. Проблемы и перспективы развития скорой медицинской помощи кардиологическим больным на догоспитальном этапе: Дис. док. мед. наук /Ю.М.Янкин; Кемеровская медицинская академия. -Кемерово, 2002.- 185 с.
115. Heizer J., Render B. Production and operations management: Strategies and tactics. 3rd ed. / J.Heizer, B.Render.- Boston: Allyn and Bacon, 1993.-238 p.
116. National quality monitoring of Medicare health plans: the relationship between enrollees' reports and the quality of clinical care / E.C.Schneider,

- A.M.Zaslavski, B.E.London et al. //Med. Care.- 2001.-Vol. 39, № 12. -P. 1313-1325.
117. Knox S.S. Hostility, social support and coronary heart disease in the Nation Heart, Lung and Blood Institute Family Heart Study /S.S.Knox, K.D.Siegmund, G.Weidner et al. //Cardiologia.-1998.- Vol.82, № 10.-P.1192-1196.
118. Бокерия Л.А. Система непрерывного повышения качества в кардиохирургическом стационаре: из века XX в век XXI /Л.А. Бокерия, С.П. Глянцев, Е.Б. Милевская //Проблемы управления здравоохранением. 2004. - № 5(18).-С.20-23.
119. Вялков А.И. Новые технологии управления в системе здравоохранения регионального и муниципального уровней /А.И. Вялков //Проблемы управления здравоохранением.-2002.-№5(6).-С.5-8.
120. Экономическое стимулирование деятельности первичной медико-санитарной помощи в системе ОМС /Г.М. Гайдаров, Н.Ю. Ростовцева , Д.Ю. Музыка и др. // Здравоохранение. 2005. - № 4.- С. 29-40.
121. Гринина О.В. Социально-гигиенические аспекты охраны здоровья семьи / О.В .Гринина //Советское здравоохранение.-1984.-№12.-С.5-9.
122. Доклад по статистике сердечно-сосудистых заболеваний в 34 странах мира для Всемирной организации здравоохранения //Здравоохранение.-2005.- № 9.-С.10.
123. Каусова Г.К. Инвалидность от сердечно-сосудистых заболеваний /Г.К. Каусова //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.-2005 .-№2.-С.24-25.
124. Липовецкий Б.М. Эпидемиология атеросклероза и артериальной гипертензии /Б.М.Липовецкий.-С.-Пб., 2004. 191 с.
125. Обухова А.А. Лечение и профилактика артериальной гипертензии в условиях промышленного предприятия /А.А.Обухова, С.И.Дроздецкий.- Горький: Медицинский институт, 1985.-43 с.
126. Клиническая фармакоэкономическая эффективность лечения больных артериальной гипертензией врачами общей практики /В.П. Сажин, В.А. Федотов, О.Д. Беликова и др. //Экономика здравоохранения.-2003.-№3(72).- С.35-37.
127. Динамика и прогнозы здоровья населения России в социальном контексте 90-х годов /В.И. Стародубов, А.В. Иванова, В.Г. Семина и др. //Главврач.- 2002.- № 8.-С. 13-32.
128. Топчий Н.В. Необходимость профилактики заболеванийсердечнососудистойсистемы семейным врачом /Н.В. Топчий// Вестник семейной медицины. 2006.-№ 7.- С. 34-40.
129. Шахов Б.Е. Интервенционная кардиология — технология XXI века /Б.Е.Шахов.-Н.Новгород.: Издат. НГМА, 2005.-31 с.
130. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care /A.Donabedian //Milbank. Mem. Fund.- 1996.- Vol. 44.-P.153-166.

131. Kamlet MS. The Comparative Benefits Modeling Project: A Framework for Cost-Utility Analysis of Government Health Programs / MS.Kamlet. -Washington, DS: Public Health Service, US Dept of Health and Human Services, 1992.
132. Renick O. The searchers, II: How consumers can find cost-effective, quality health care / O Renick, J.Hale, L.Metzler //Empl. Benefits J., 2002. Vol. 27, № 4. - P.28-35
133. Багненко С.Ф. Основные проблемы организации экстренной медицинской помощи на современном этапе / С.Ф. Багненко, А.Г. Мирошниченко, В.В. Архипов // Скорая медицинская помощь.-2002. -№2.-С. 8-10.
134. Бокерия Л.А. Кардиохирургическая служба в Российской Федерации /Л.А.Бокерия, И.Н.Ступаков, Р.Г.Гудкова //Здравоохранение.-2006.-№2.-С.13-16.
135. Венедиктов Д.Д. Здравоохранение России. Кризис и пути его преодоления /Д.Д. Венедиктов.- М.: Медицина, 1999.-200с.
136. Веселкова И.Н. Как сохранить нацию /И.Н. Веселкова, Ю.М. Комаров.- М.: ИКЦ «Академкнига», 2002.- 430 с.
137. Герасименко Н.Ф. Управление системой здравоохранения - законодательные аспекты /Н.Ф. Герасименко, О.Ю. Александрова //Экономика здравоохранения.- 2003.-№2(9).-С5-11.
138. Гройсман В.А. Современные технологии управления лечебно-профилактическим учреждением / В.А. Гройсман.- Тольятти, 2000.-247с.
139. Денисов В.Н. Стратегия управления охраной здоровья населения Сибири /В.Н. Денисов //Проблемы управления здравоохранением.-2003.-№ 4 (11).-С.5-11.
140. Денисов И. Н. Общая врачебная практика (семейная медицина) : практическое руководство /И.Н.Денисов, Б.Л.Мовшович. М.: ГОУ ВУНМЦ, 2005. - 1000 с.
141. Заридзе Д. Сверхвысокая смертность населения России / Д.Заридзе // Медицинский вестник. 2006. - № 18 (361).-С.4-5.
142. Калининская А.А. Объем и характер работы скорой медицинской помощи в Российской Федерации и пути ее реорганизации /А.А.Калининская, С.И.Шляфер, А.К.Дзугаев //Терапевтический архив.-2005.-№ 6.-С.38-42.
143. Каусова Г.К. О профилактике инвалидности при основных сердечнососудистых заболеваниях /Г.К.Каусова //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.-2001.-№6.-С.35-36.
144. Корчагин В.П. Экономическая оценка медико-демографической ситуации /В.П. Корчагин //Экономика здравоохранения.-1998.-№2(26).-С. 10-14.
145. Левин А.В. Организационно-экономические механизмы оптимизации деятельности кардиологической службы /А.В. Левин.-Самара.: Самарский Дом печати, 2002.-152 с.

146. Максимова Т.М. Медицинское обеспечение населения в условиях социальной дифференциации в обществе /Т.М.Максимова, О.Н.Гаенко //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.-2001 .-№ 6.-С.10-12.
147. Накатис Я.А. Практический опыт использования новых подходов к методам управления медицинским учреждением и его подразделениями /Я.А. Накатис, Ф.Н. Кадыров, О.К. Николаева //Проблемы управления здравоохранением.- 2003.-№3(10).-С.59-66.
148. Оганов Р.Г. Основные результаты многоцентрового исследования НОКТЮРН /Р.Г.Оганов, Д.В.Небиеридзе, А.М.Калинина // Терапевтический архив.-2006.-№9(78).-С.71-75.
149. Основные показатели здоровья и деятельности учреждений здравоохранения Нижегородской области за 2003 год. // Н.Новгород. 2004.-226 с.
150. Резолюция по итогам совещания главных кардиологов и терапевтов территорий Приволжского федерального округа. //Нижегородский медицинский журнал. Здравоохранение Приволжского федерального округа.-2004.-№ 1.-С.52-53.
151. Решетников А.В. Эволюция и проблемы современной социологии медицины /А.В. Решетников //Экономика здравоохранения.- 2000.-№5,6(45).-С.64-67.
152. Сибурина Т.А. Проблемы управления российским здравоохранением /Т.А.
153. Стародубов В.И. Учреждение: PRO ET CONTRA /В.И. Стародубов, А.В. Тихомиров //Главврач.- 2002.- № 7.- С.8-12.
154. Сыркин А.Л. Современная реабилитация больных ишемической болезнью сердца /А.Л. Сыркин, А.В. Свет, А.А. Долецкий // Эффективная фармакотерапия в кардиологии и ангиологии.- 2007. № 2.-С. 30-35.
155. Анализ медицинской и экономической эффективности работы лечебно-профилактических учреждений областного центра / А.А. Филимонов, Т.В. Чернова, А.Б. Блохин и др. //Экономика здравоохранения.-2002.-№5-6(64).-С.13-18.
156. Флек В.О. Современные подходы к оценке эффективности использования ресурсов в системе здравоохранения /В.О. Флек, Н.А. Кравченко, Н.Ф. Соковникова //Менеджер здравоохранения.-2005.-№9.-С. 12-21.
157. Эффективность профилактики сердечно-сосудистых заболеваний /Е.А. Фролова, В.Н. Филатов, С. Л. Плавинский, О.Ю. Кузнецова //Проблемы управления здравоохранением.-2003.-№3 (10).-С.73-81.
158. Семейная медицина — основа реорганизации первичной медико-санитарной помощи населению Российской Федерации /Р.А. Хальфин, И.Н. Денисов, О.В. Андреева и др. //Экономика здравоохранения.-2002.-№3(62).-С.64-70.

159. Швец Т.И. Стратегические направления охраны здоровья населения Кемеровской области /Т.И. Швец, Г.В. Артамонова // *Здравоохранение.*-2004-№11.-С.53-59.
160. Шевченко Ю.Л. О ходе реализации Концепции развития здравоохранения и медицинской науки, задачах на 2001-2005 гг. и на период до 2010 г. /Ю.Л. Шевченко // *Здравоохранение РФ.*- 2001. № - С.3-9.
161. Экономическая и правовая основы государственного и частного здравоохранения /В.О.Щепин, Л.А. Габуева, Н.Г. Брюханова и др. // *Здравоохранение.*- 2005. № 4.- С. 41-46.
162. Юнек А.В. О качестве медицинской помощи при артериальной гипертонии /А.В.Юнек, А.А.Дзизинский // *Терапевтический архив.*-2005.-№ 6.- С. 49-50.
163. Banta H. D. The Political Dimension in Healthn Care Technology Assessment Programs, Int. / H.D.Banta, P. B.Andreasen // *J. Techol. Ass. Health, Care.*- 1990.- Vol.6.-P. 115-123.
164. Donabedian A. Measuring and evaluating hospital and medical care / A.Donabedian// *Bull. N.Y. Acad. Med.*-1976.-Vol.52, № 1.-P. 51-58.