



«Жүрек - қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп-қатер факторлары және медициналық-әлеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» тақырыбында on-line тәртібінде өткен Халықаралық ғылыми-тәжірибелік конференцияның

МАТЕРИАЛДАР ЖИНАҒЫ

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

Международной научно-практической конференции в режиме on-line «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно-сосудистой системы: проблемы и решения»



14.05.2021ж.



«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-әлеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ

"Жамбыл облысы әкімдігінің денсаулық сақтау басқармасы" КММ

"Жамбыл жоғары медициналық колледжі" ШЖҚ КМК

КГП на ПХВ "Жамбылский высший медицинский колледж"

КГУ "Управление здравоохранения акимата Жамбылской области"

РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН



«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық – әлеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» тақырыбындағы on-line тәртібінде өткен халықаралық ғылыми – тәжірибелік конференцияның МАТЕРИАЛДАР ЖИНАҒЫ

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

Международной научно – практической конференции в режиме on-line на тему: «Факторы риска и медико – социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

*Тараз қаласы
2021ж., 14 сәуір*

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-әлеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

ӘОЖ 94(574)
КБЖ 63.3(5КАЗ)
Б43

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық – әлеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» тақырыбындағы on-line тәртібінде өткен халықаралық ғылыми – тәжірибелік конференцияның материалдар жинағы. - Тараз, 2021 жыл, 235 бет (қазақша, орысша)

ISBN 978-603-7182-43-9

Сборник материалов международной научно – практической конференции в режиме on-line по теме: «Факторы риска и медико – социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения» - Тараз, 2021г. 235 страниц (на казахском и русском языках).

Бұл жинаққа Қазақстан Республикасы және Тәуелсіз Мемлекеттер Достастығы елдері медициналық колледждері оқытушылары, студенттерінің ғылыми-тәжірибелік жұмыстары, баяндамалары енгізілді.

В настоящий сборник включены материалы научно-практических работ преподавателей и студентов медицинских колледжей Республики Казахстан и стран Содружества Независимых Государств, представленные на научно – практическую конференцию с международным участием.

Редакция кеңесі:

Редакционный совет:

Сарыбекова Ж.Н. - директор КГП на ПХВ «Жамбылский высший медицинский колледж»

Иманбекова Ж.Б. – зав. учебно-методическим кабинетом

Батаева Л.К. - методист колледжа

Тұраров Д.Е. – зав. центром информационных технологии

Сұлтанғалиева А.С. -специалист по программному обеспечению

ӘОЖ 94(574)
КБЖ 63.3(5КАЗ)
Б 43
ISBN 978-603-7182-43-9

Жамбыл жоғары медициналық колледжі, 2021ж.

**Приветственное слово руководителя КГУ «Управление
здравоохранения акимата Жамбылской области»**

Калиева А.А.

**участникам Международной научно-практической конференции
«Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно-
сосудистой системы: проблемы и решения»**



От имени управления здравоохранения акимата Жамбылской области и от себя лично приветствую участников и гостей научно-практической конференции с международным участием «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно-сосудистой системы: проблемы и решения» в режиме on-line.

Считаю, что это является значительным шагом в развитии медицинской науки, способствует обмену мнениями между молодыми учёными разных стран в обеспечении профессионального самосовершенствования студентов. Перед системами здравоохранения многих стран мира, в том числе и Казахстана, стоят такие глобальные вызовы, как рост сердечно-сосудистых заболеваний, ресурсоемкости системы здравоохранения за счет внедрения новых технологий, увеличение численности пожилого населения.

Данная конференция проходит в рамках реализации Государственных программ развития здравоохранения. В настоящее время в Республике Казахстан активно реализуется государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020 – 2025 годы.

Государственная программа будет направлена на закрепление и развитие достигнутых результатов и решение проблем в вопросах охраны здоровья в соответствии с новыми вызовами, а также станет основой для планомерного развития отрасли до 2050 года.

Уважаемые участники конференции!

Благодарю за проявленное внимание и участие в on-line-конференции. Я надеюсь, конференция позволит обменяться мнениями, опытом и идеями в сфере практической медицины и полученные в ходе конференции материалы будут полезны Вам в процессе дальнейшей научно-исследовательской работы. Желаю всем плодотворной работы!

Кандидат медицинских наук Калиев Асет Аскербекович

**«Жамбыл жоғары медициналық колледжі» ШЖҚ КМК директоры
Ж.Н.Сарыбекованың алғы сөзі**

**Құрметті халықаралық ғылыми-тәжірибелік
конференцияға қатысушылар!**

Жамбыл жоғары медициналық колледжінің базасында «Жүрек–қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп-қатер факторлары және медициналық-әлеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» тақырыбында on-line тәртібінде білім беру саласында халықаралық ынтымақтастықты нығайту және бәсекелестікке қабілетті жас ғалымдардың (колледж студенттері) ғылыми-зерттеу жұмысын жандандыру мақсатында ұйымдастырылып отыр. Республикамызға танымал 85 жылдық тарихы бар, Жамбыл жоғары медициналық колледж ұжымы орта медициналық мамандарын сапалы даярлауда үздік халықаралық және республикалық ғылыми тәжірибелер мен тәжірибе алмасу мақсатында ғылыми практикалық, теориялық конференциялар мен семинарларға белсенді қатысуда және әрдайым өз тараптарынан іс-шаралар ұйымдастырып отырады. Денсаулық әр адамның өмірінде ерекше маңызға ие, оның құндылығы жылдар мен жас шамасына қарай көбейеді, өмір сапасы мен қоғамның әл-ауқатының көрсеткіші болып табылады.



Бүгінгі конференцияның тақырыбы өте өзекті, жүрек - қантамыр жүйесінің аурулары - жаһандық денсаулық сақтаудың басты проблемасының біріне айналып отыр. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының ақпаратына сүйенсек, жүрек-қантамыр жүйесінің ауруы әлемде жетекші аурулардың бірі және мыңдаған адамдардың өмірін қиятын дерт. Конференцияда болашақ жас мамандардың талқыланып отырған өзекті мәселе бойынша көз қарастары мен ұсыныстарын тыңдап, пікір алмасуына жағыдай туғызу, олардың көмегімен тоқтаған жүрек қайта соғып, үміт оты қайта жалғанып, дендеген дерттен арылатынын сезіндіру.

Конференция мақсаты: медицина бағытындағы мамандарды дайындаудың сапасын көтеру және жүрек-қан тамырлары ауруларының деңгейін төмендетуде студенттердің ғылыми –ізденіс жұмысына ерекше көңіл аудару.

Конференцияның негізгі бағыттары

1. Жүрек - қан тамыр жүйесі ауруларының (стенокардия, инфаркт миокарда (жедел коронарлық синдромы), артериалды гипертензия) өзекті мәселелері және медициналық-әлеуметтік көмектің тиімділігін жоғарлату жолдары.
2. Жүрек - қан тамыр жүйесі ауруларының негізгі себептерін талдау (анализ) және бақылау (мониторинг).

3. Жүрек - қан тамыр жүйесі ауруларын емдеуге қолданатын дәрілік заттарды дәлелді медицинаның негізінде тиімді қолдану.

4. Жүрек - қан тамыр жүйесі ауруларын тудыратын қатер факторларының таралуын төмендетуде жаңа мінез-құлық ұстанымдарын қалыптастыру.

5. Салауатты өмір салтын қалыптастыру және жүргізуде тұрғындардың жүрек - қан тамыр жүйесі ауруларының алдын алу сауаттылық деңгейін көтеру.

Конференцияға қатысуға 24 колледж тапсырыс берді, оның 6-Тәуелсіз Мемлекеттер Достығы елдері колледждерінен.

24 колледжден 47 баяндамашы медицина және фармация бағытында жоғары дәрежедегі ғылыми жобаларын ұсынып, үлкен шығармашылық белсенділік танытып отыр. Бұл қуанышты жайт. Студенттердің ғылыми-зерттеу жұмыстары сараптау, болжау, ұйымдастыру және коммуникативтік дағдыларын қалыптастыра отырып шығармашылық белсенділіктерін, ізденпаздықтарын дамытады. Студенттердің зерттеушілік қабілетінің қалыптасуы олардың болашақта ғылыми жұмыстармен айналысуының негізін құрауы мүмкін. Зерделі ұрпақ-ұлтымыздың рухани байлығы, мақтанышы болмақ.

Конференцияның барлық қатысушыларына келешекте медицина және фармация саласында жаңа шешімдер мен жаңалықтар ашуға және еңбектері жемісті әрі табысты болуына тілектеспін. Конференция жұмысына сәттілік тілеймін!

Ізгі ниетпен, Жамбыл жоғары медициналық колледж директоры Сарыбекова Ж.Н.

**Приветственное слово директора
КГП на ПХВ «Жамбылский высший медицинский колледж»
Ж.Н.Сарыбековой**

**Уважаемые участники международной научно-практической
конференции!**

С целью развития *международного сотрудничества в сфере технического и профессионального образования* и активизации научно-исследовательской работы конкурентоспособных молодых ученых (студентов) на базе Жамбылского высшего медицинского колледжа организована конференция в режиме оп-line на тему: «Факторы риска и медико-социальные аспекты сердечно-сосудистых заболеваний: проблемы и пути решения».

Коллектив Жамбылского высшего медицинского колледжа с 85-летней историей, известной в республике, часто организует мероприятия и принимает активное участие в научно-практических, теоретических конференциях и семинарах с целью обмена лучшим международным и республиканским научным опытом в подготовке средних медицинских специалистов. Здоровье имеет особое значение в жизни каждого человека, его ценность возрастает с годами и является показателем качества жизни и благополучия общества. Тема сегодняшней конференции очень актуальна, так как болезни сердечно-сосудистой системы-одна из глобальных проблем мирового здравоохранения. По данным Всемирной организации здравоохранения, они являются одними из ведущих в мире заболеваний, уносящими жизни тысячи людей. Конференция предоставит возможность будущим молодым специалистам выслушать предложения по обсуждаемым вопросам, обменяться мнениями, почувствовать, что с их помощью снова забьется остановившееся сердце, зажжется огонь надежды и болезнь будет излечена.

Цель Конференции:

Улучшение качества подготовки специалистов медицинского профиля и акцентирование научно-исследовательской работы студентов на снижение уровня болезней сердечно-сосудистой системы.

Задачи Конференции:

1. Развитие международного сотрудничества в сфере технического и профессионального образования.
2. Организация и проведение международной научно-практической конференции, активизация научно-исследовательской деятельности молодых учёных(студентов колледжей).
3. Реализация Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020 – 2025 год.
4. Формирование мотивации и развитие творческих способностей и интереса у студентов-медиков к научно - исследовательской работе.

Основные направления конференции

1.Современные проблемы и пути повышения эффективности медико-социальной помощи при заболеваниях сердечно-сосудистой системы (стенокардия, инфаркт миокарда (острый коронарный синдром), артериальная гипертензия).

2.Анализ и мониторинг за основными причинами болезней сердечно-сосудистой системы.

3.Эффективное использование препаратов, применяемых для лечения болезней сердечно-сосудистой системы на основе доказательной медицины.

4.Формирование новых поведенческих принципов по снижению распространенности факторов риска болезней сердечно-сосудистой системы.

5.Профилактика болезней сердечно-сосудистой системы и повышение грамотности населения в формировании и ведении здорового образа жизни.

Заявки на участие в конференции подали 24 колледжей, из них 6 из колледжей стран Содружества Независимых Государств. 47 докладчиков из 24 колледжей проявили большую творческую активность, представляя научные проекты высокого уровня в области медицины и фармации.

Это очень радует. Научно-исследовательская работа студентов развивает творческую активность, любознательность, формируя экспертные, прогнозные, организационные и коммуникативные навыки.Формирование исследовательских способностей студентов может стать основой их дальнейшей работы над научной работой. Интеллектуальное поколение-это духовное богатство и гордость нашей нации.Желаю всем участникам конференции дальнейшихоткрытий и решений в области медицины и фармации.Желаю плодотворной работы!

*С уважением,
директор КГП на ПХВ «Жамбылский высший медицинский колледж»
Сарыбекова Ж. Н.*

I. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының (стенокардия, инфаркт миокарда (жедел коронарлық синдромы), артериалды гипертензия) өзекті мәселелері және медициналық – әлеуметтік көмектің тиімділігін жоғарлату жолдары./

Современные проблемы и пути повышения эффективности медико – социальной помощи при заболеваниях сердечно – сосудистой системы (стенокардия, инфаркт миокарда (острый коронарный синдром), артериальная гипертензия).



Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия. Инфаркт миокарда.

Айдарова Л.И

Научный руководитель: Серік С.Н.

Жамбылский высший медицинский колледж, sanduserikova1209@gmail.com

г. Тараз Республика Казахстан

Аннотация:

В статье освещена этиология, классификация, клиническая картина и распространенности ишемической болезни сердца. сделан литературный обзор, а так же описана структура заболеваемости ишемической болезнью сердца в Жамбылской области. Для диагностики заболевания наряду с клиническими методами широко применяются инструментальные методы, к числу которых относятся нагрузочные пробы, стрессэхокардиография. С внедрением метода селективной коронароангиографии диагностика ишемической болезни сердца получила прочную морфологическую основу. Коронароангиография является “золотым стандартом”, с которым сопоставляют результаты любых неинвазивных методов оценки коронарного кровоснабжения.

Актуальность темы:

Заболевания сердечно-сосудистой системы занимают первое место среди причин инвалидизации и смертности населения земного шара. В промышленных развитых странах 15-20% взрослого населения страдает ИБС. Она является причиной внезапной смерти у 60% пациентов, умерших от сердечно-сосудистых заболеваний. Число случаев ишемической болезни сердца неуклонно растет среди молодого населения (до 35 лет), а также в сельской местности.

Цель исследования: изучить распространенность заболеваний сердечно-сосудистой системы среди населения Жамбылской области.

Задачи:

1. Оценку факторов риска ИБС, оценку суммарного сердечно-сосудистого риска (ССР)
2. Раннюю диагностику сердечно-сосудистых заболеваний.
3. Выявить и изучить существующие и потенциальные проблемы пациентов пожилого возраста с ИБС.
4. Изучить особенности клинической картины ИБС.

Предмет исследования: Оценка больного с ИБС

Объект исследований: Особенности течения ИБС у лиц пожилого и старческого возраста

Методы исследования:

-синтез

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-әлеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

*1. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының (стенокардия, инфаркт миокарда (жедел коронарлық синдромы), артериалды гипертензия) өзекті мәселелері және медициналық – әлеуметтік көмектің тиімділігін жоғарлату жолдары./
Современные проблемы и пути повышения эффективности медико – социальной помощи при заболеваниях сердечно – сосудистой системы (стенокардия, инфаркт миокарда (острый коронарный синдром), артериальная гипертензия).*

- анализ
- обобщение
- заключение

Термин «ишемическая болезнь сердца» (ИБС) был предложен Комитетом экспертов ВОЗ в 1962 г. для обозначения острых и хронических заболеваний сердца, обусловленных вызванным недостаточным снабжением миокарда кровью, несоответствием между потребностями миокарда в кислороде и величиной коронарного кровотока.

ИБС – заболевание, основным патогенетическим механизмом которого является: органическое сужение коронарных артерий вследствие поражения их атеросклерозом и других причин (коронароспазм, нарушение микроциркуляции, коронаротромбоз). Поражение коронарных артерий сердца с последующим недостаточным поступлением обогащенной кислородом крови в миокард приводит к развитию в нем метаболических (обменных) нарушений и недействительной соединительной ткани. Замена этой тканью активно функционирующих клеток миокарда (миокардиоцитов) и проводящей системы сердца приводит к развитию сердечной недостаточности, нарушений ритма сердца и проводимости. Распространенность ИБС среди взрослого населения развитых стран – приблизительно 10%, среди пожилых и лиц преклонного возраста – около 20%. Только 40–50% больных знают о своем заболевании, у остальных 50–60% оно остается нераспознанным.

По данным статистики в Казахстане около 2 млн трудоспособного населения страдают ИБС. Если говорить о нашей Жамбылской области то мы взяли показатели последних 3-х лет. 2018 году заболевших на 100 тыс. населения составила 4971, а умерших 56 больных. 2019 о году заболевших 4886, а умерших 50. 2020 году заболевших 5016, а умерших 61.

Сопоставив эти показатели мы видим не большое снижение общей заболеваемости 2019 году по сравнению 2018 годом. Снижение заболеваемости составила 215, А 2020 наблюдается рост ИБС на 130 заболевших. Количество умерших также выросло.

ИБС неблагоприятно влияет на качество жизни, является основной причиной инвалидности и смертности людей. В популяции населения старше 60 лет этот недуг является причиной 75% всех смертей.

ИБС	Абсолютные числа				Показатель на 100 тысяч населения			
	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-әлеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

*I. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының (стенокардия, инфаркт миокарда (жедел коронарлық синдромы), артериалды гипертензия) өзекті мәселелері және медициналық – әлеуметтік көмектің тиімділігін жоғарлату жолдары./
Современные проблемы и пути повышения эффективности медико – социальной помощи при заболеваниях сердечно – сосудистой системы (стенокардия, инфаркт миокарда (острый коронарный синдром), артериальная гипертензия).*

Общая заболеваемость	34678	34086	34989		4971,0	4886,6	5016,0	
Первичная заболеваемость	4890	5192	5950	1254	701,0	744,3	853,0	179,8
Общая заболеваемость старше 60	23216	20977	24229		19228,1	16592,4	18451,9	
Первичная заболеваемость старше 60	2639	2597	2576		2185,7	2054,2	1961,8	
Умершие	631	563	690	125	56	50,19	60,8	11,0

Причиной развития ИБС почти в 95% случаев является атеросклероз коронарных артерий. В самом обобщенном виде это – нарушение жирового (липидного), белкового обмена и системы гемостаза, характеризующееся отложением холестерина (ХС) и других веществ в рыхлой соединительной ткани стенки артерии с последующим формированием специфических образований – атеросклеротических бляшек. Последние проникают в просвет артерий, вызывают его сужение и вследствие этого – недостаточное поступление кислорода и питательных веществ в сердечную мышцу. Недостаток кислорода (гипоксия) приводит к нарушению жизнедеятельности (ишемии) клеток сердца. Степень выраженности ишемии зависит от величины, количества и местоположения бляшек, определяющих степень сужения просвета артерий, интенсивность и объем кровоснабжения сердца. Бляшка может полностью закрыть просвет, особенно при нарушении ее целостности и образовании тромба (сгустка). Наряду с атеросклерозом коронарных артерий и их тромбозом причинами ИБС могут быть спазм (сокращение) неизмененных или пораженных атеросклеротическим процессом коронарных артерий, преходящая агрегация тромбоцитов и тромбоз.

Возникновению и прогрессированию ИБС способствуют следующие основные факторы риска:

- артериальная гипертензия (артериальное давление – АД >140/90 мм рт. ст.);
- нарушение жирового обмена и повышение уровня ХС в крови;
- курение;
- нарушение углеводного обмена и сахарный диабет;

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-әлеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

*1. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының (стенокардия, инфаркт миокарда (жедел коронарлық синдромы), артериалды гипертензия) өзекті мәселелері және медициналық – әлеуметтік көмектің тиімділігін жоғарлату жолдары./
Современные проблемы и пути повышения эффективности медико – социальной помощи при заболеваниях сердечно – сосудистой системы (стенокардия, инфаркт миокарда (острый коронарный синдром), артериальная гипертензия).*

- недостаточная физическая активность (гиподинамия);
- избыточная масса тела (ожирение);
- психоэмоциональное напряжение (стресс);
- наследственная предрасположенность (семейный анамнез раннего развития ИБС).

Определенное значение имеют нарушения жирового обмена – высокий уровень ХС липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) и триглицеридов (ТГ), низкий уровень ХС липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) в крови, а также снижение функции половых желез (постменопауза) у женщин.

Основные клинические формы ИБС:

- стенокардия:
 - стенокардия напряжения;
 - спонтанная стенокардия (стенокардия покоя);
 - нестабильная стенокардия (НС);
- инфаркт миокарда (ИМ):
 - ИМ с зубцом Q;
 - ИМ без зубца Q;
- постинфарктный кардиосклероз.

Течение ИБС характеризуется следующими основными осложнениями:

- внезапной коронарной (сердечной) смертью;
- нарушениями ритма сердца;
- сердечной недостаточностью.

Сложность диагностики НС и ИМ, особенно на догоспитальном этапе позволяет объединить эти состояния до установления точного диагноза термином «острый коронарный синдром». Последний может быть заподозрен у больных:

- после затяжного (>15 мин) приступа боли за грудиной;
- с впервые возникшей стенокардией;
- с усилением интенсивности и продолжительности стабильной стенокардии, которая ранее была диагностирована;
- при возникновении приступов стенокардии в покое.

Кроме перечисленных клинических форм ИБС, существует так называемая безболевая ишемия миокарда (ББИМ), диагностируемая с помощью ЭКГ, ее суточного мониторирования, методов и проб с физической нагрузкой. Выделяют 2 основных варианта течения ИБС:

- с внезапным развитием проявлений заболевания и его осложнения – острого коронарного синдрома (НС, ИМ, внезапная смерть);
- с постепенным прогрессированием – стабильная стенокардия напряжения. При 1-м варианте происходят разрыв или надрыв поверхности атеросклеротической бляшки, спазм коронарной артерии и образование тромба (острая

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-алеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

*1. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының (стенокардия, инфаркт миокарда (жедел коронарлық синдромы), артериалды гипертензия) өзекті мәселелері және медициналық – алеуметтік көмектің тиімділігін жоғарлату жолдары./
Современные проблемы и пути повышения эффективности медико – социальной помощи при заболеваниях сердечно – сосудистой системы (стенокардия, инфаркт миокарда (острый коронарный синдром), артериальная гипертензия).*

тромботическая окклюзия). Чаще это наблюдается у пациентов без проявлений стенокардии напряжения, имеющих небольшие, стенозирующие 50% просвета коронарной артерии атеросклеротических бляшек с плотной капсулой и меньшим содержанием липидов («стабильные бляшки»). Они меньше подвержены разрывам, что чаще характеризуют течение стабильной стенокардии напряжения.

Стенокардия (грудная жаба) – клинический синдром, проявляющийся чувством дискомфорта или болью в грудной клетке, развитие которых связано с преходящей ишемией миокарда вследствие несоответствия между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой по коронарным артериям. Такая ситуация складывается при сужении просвета коронарных артерий на 50–70%.

Основными клиническими проявлениями заболевания являются боли за грудиной, которые больные характеризуют как давящие, сжимающие, распирающие, жгучие. Они чаще всего указывают на место боли не одним пальцем, а всей ладонью или кулаком, прижимая их к груди или слева от нее. Боль может распространяться (иррадиировать) в шею, в левое плечо, в левую руку, в спину и реже – в нижнюю челюсть, эпигастральную область, правую половину грудной клетки и правую руку. Приступ возникает на высоте физической нагрузки (стенокардия напряжения). Боль может сопровождаться чувством страха смерти, тревогой, общей слабостью, потливостью, тошнотой. Продолжительность болевых приступов не превышает, как правило, 15 мин. Они полностью проходят после прекращения физической нагрузки или применения нитроглицерина в течение нескольких минут. Провоцируют возникновение приступов стенокардии физические и психоэмоциональные нагрузки, охлаждение, курение, повышение АД, обильная еда, неблагоприятные погодные условия. Обычно приступы стенокардии возникают при выходе пациента из помещения на улицу в холодную ветреную погоду. Возможны атипичные проявления стенокардии: пациенты отмечают ощущение тяжести за грудиной, затруднение дыхания, нехватку воздуха, слабость, сердцебиение, боль в эпигастральной области, изжогу. Эти эквиваленты стенокардии возникают и проходят при тех же условиях, что и боль за грудиной. Своевременная диагностика стенокардии напряжения важна для определения дальнейшей тактики медицинской помощи, разработаны алгоритмы ее диагностики, основанные на клинических симптомах.

Стенокардия может быть стабильной и нестабильной. Стабильная стенокардия характеризуется достаточно длительным (не менее 2 мес) сохранением на одном уровне силы, частоты и длительности болевых приступов, возникающих при определенных ситуациях (быстрой ходьбе, после еды, при психоэмоциональных нагрузках и др.). В зависимости от

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-әлеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

*1. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының (стенокардия, инфаркт миокарда (жедел коронарлық синдромы), артериалды гипертензия) өзекті мәселелері және медициналық – әлеуметтік көмектің тиімділігін жоғарлату жолдары./
Современные проблемы и пути повышения эффективности медико – социальной помощи при заболеваниях сердечно – сосудистой системы (стенокардия, инфаркт миокарда (острый коронарный синдром), артериальная гипертензия).*

переносимости физических нагрузок выделяют 4 ее функциональных класса:

- I – обычная физическая активность не вызывает дискомфорта (боли), которые провоцирует лишь продолжительная либо интенсивная физическая нагрузка;
- II – небольшое ограничение обычной физической активности; стенокардия возникает в результате быстрой ходьбы или быстрого подъема по лестнице, после еды, на холоде, в ветреную погоду, под влиянием эмоционального стресса, в первые несколько часов после подъема с постели, во время ходьбы на расстояние более 200 м по ровной местности или во время подъема по лестнице более чем на 1 пролет в обычном темпе при нормальных условиях;
- III – выраженное ограничение обычной физической активности; приступ стенокардии возникает в результате ходьбы на расстояние от 100 до 200 м по ровной местности или при подъеме по лестнице более чем на 2 пролета в обычном темпе при нормальных условиях;
- IV – невозможность выполнять любой вид физической деятельности без возникновения неприятных ощущений; приступ может возникнуть и в покое (стенокардия покоя).

Клиническая классификация болей в грудной клетке *Типичная стенокардия* Отвечает 3 из представленных критериев:

- за грудиной дискомфорт (боль) с типичными характеристиками;
- провоцирующие факторы: физическое напряжение или эмоциональный стресс;
- дискомфорт (боль) купируются после отдыха или приема нитроглицерина

Атипичная стенокардия Отвечает 2 из представленных критериев

Некардиальная боль Отвечает 1 или не отвечает ни одному из представленных критериев Кроме стабильной стенокардии, обусловленной транзиторной (преходящей) ишемией миокарда при физической нагрузке, выделяют вазоспастическую стенокардию и ББИМ. При вазоспастической стенокардии (вариантной, стенокардии Принцметала) отсутствует четкая взаимосвязь приступа с физической нагрузкой; он развивается чаще в покое, ночью между полночью и 8 ч утра, а также при выходе на холод и провоцируется психоэмоциональными факторами. ББИМ. Клиническая практика показала, что выраженный атеросклероз коронарных артерий может протекать бессимптомно и обнаруживается только на аутопсии у лиц, умерших внезапно. У 1/4 больных с ИМ он диагностировался только при ретроспективном анализе серии ЭКГ, причем у половины этих больных он протекал без болевого синдрома. ББИМ обычно выявляется во время проб с физической нагрузкой и при суточном мониторинге ЭКГ, а также при плановых регистрациях ЭКГ. ББИМ — неблагоприятный прогностический признак, так как повреждающее действие ишемии на миокард определяется не наличием боли, а выраженностью и продолжительностью ишемии.

Заключение

Ишемическая болезнь сердца является одной из основных причин ранней инвалидизации и смертности взрослого населения Республики Казахстан. За последние 20 лет коэффициент смертности, обусловленной ИБС, увеличился в 2 раза. Следовательно, раннее выявление и диагностика заболевания являются важным звеном разработки профилактических мероприятий. На сегодняшний день наряду с клиническими методами диагностики широко применяются инструментальные методы, к числу которых относятся нагрузочные пробы, стресс ЭхоКГ и холтеровское мониторирование ЭКГ. Для выявления ЭКГ признаков ишемии миокарда в первую очередь используются пробы с дозированной физической нагрузкой (тредмилтест и велоэргометрия), которые служат эталонными методами диагностики ишемии миокарда, вызванной увеличением потребности миокарда в кислороде. Стресс ЭхоКГ применяется в диагностике ИБС для неинвазивной оценки глобальной и локальной функций ЛЖ. В отличие от упомянутых методов холтеровское мониторирование ЭКГ не рассматривается как основной метод – его используют при атипичном течении ИБС, а также при невозможности выполнить пробу с физической нагрузкой. В настоящее время КАГ является “золотым стандартом” диагностики ИБС. Она позволяет точно определить атеросклеротические изменения сосудов сердца и, при необходимости, вид инвазивного вмешательства – метода реваскуляризации. Коронароангиография относится к категории высокотехнологичных методов диагностики и благодаря реформам в системе здравоохранения стала более доступной для жителей нашей страны, страдающих от ИБС.

Рекомендации:

1. Больные должны придерживаться здорового образа жизни, избегать стрессирующих воздействий, прекратить курить, соблюдать диету с ограничением животных жиров и продуктов, богатых холестерином.
2. Рекомендуются регулярные физические тренировки с индивидуальным подбором по интенсивности и длительности.
3. Необходима нормализация массы тела, причем индекс массы тела не должен превышать 24,9 кг/м². В случае сахарного диабета гликолизированный гемоглобин должен быть ниже 7%

Литературы:

1. Аронов, Д. М. Атеросклероз и коронарная болезнь сердца / Д.М. Аронов, В.П. Лупанов. - М.:

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-алеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

*1. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының (стенокардия, инфаркт миокарда (жедел коронарлық синдромы), артериалды гипертензия) өзекті мәселелері және медициналық – әлеуметтік көмектің тиімділігін жоғарлату жолдары. /
Современные проблемы и пути повышения эффективности медико – социальной помощи при заболеваниях сердечно – сосудистой системы (стенокардия, инфаркт миокарда (острый коронарный синдром), артериальная гипертензия).*

Триада-Х, 2009. - 248 с.

2. Богорад, И. В. И. В. Богорад. Диспансеризация - основа профилактики. В. М. Панченко, В. Н.

Свистухин. Ишемическая болезнь сердца. Профилактика и реабилитация / И.В. Богорад, В.М. Панченко, В.Н. Свистухин. - М.: Знание, 1987. - 136 с.

3. Болезни мочевых органов. Болезни сердца. Плакат. - М.: АСТ, Астрель, Харвест, 2005. - 627 с.

4. Болезни сердца и сосудов. Руководство для- 176 с.

5. О कोरोков, А. Н. Диагностика болезней внутренних органов. Том 10. Диагностика болезней сердца и сосудов / А.Н. О कोरोков. - М.: Медицинская литература, 2008. - 384 с.

6. О कोरोков, А. Н. Диагностика болезней внутренних органов. Том 6. Диагностика болезней сердца и сосудов: Атеросклероз. ИБС / А.Н. О कोरोков. - М.: Медицинская литература, 2002. - 464 с.

РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ДИАГНОСТИКЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Татьяна Брунер

Руководитель НИРС - Павлова Ж.В.

ФГБОУ ВО ОмГМУ МЗ РФ, КОЛЛЕДЖ, medcol@0msk-osma.ru

г. Омск, Россия

В работе приводятся определения понятия «острый коронарный синдром» и нозологических форм объединяемых данным термином. Представлены факторы риска, механизм развития и клинические проявления острого коронарного синдрома. Рассмотрены основные меры профилактики острого коронарного синдрома, которые может использовать фельдшер в своей профессиональной деятельности.

По данным Всемирной организации здравоохранения сердечно-сосудистые заболевания являются лидирующей причиной смертности в мире. В России сердечно-сосудистые заболевания остаются национальной проблемой: каждый 13-й гражданин Российской Федерации страдает сердечно-сосудистой патологией.

Острый коронарный синдром (ОКС) представляет собой группу клинических признаков или симптомов, позволяющих подозревать инфаркт миокарда или нестабильную стенокардию. Инфаркт миокарда – острый процесс ишемии миокарда, сопровождающийся формированием очага некроза в сердечной мышце. Нестабильная стенокардия – острый процесс ишемии миокарда, сопровождающийся клинической симптоматикой, но не приводящий к формированию очага некроза в сердечной мышце.

В современной России ежегодно регистрируется 520 тыс. ОКС, из них 36% случаев приходится на инфаркт миокарда и 64% на нестабильную стенокардию.

Таким образом, несмотря на значительные успехи, достигнутые в лечении пациентов с ОКС, сегодня каждый третий случай развития инфаркта миокарда в остром или подостром периоде заболевания заканчивается летальным исходом.

Исследование этой проблемы является особенно актуальной, так как ОКС имеет высокий уровень распространенности и смертности и представляет собой медико-социальную проблему не только национального, но и мирового значения.

Цель исследования: изучить роль фельдшера в диагностике и профилактике острого коронарного синдрома на догоспитальном этапе.

Задачи исследования:

1. Провести анализ литературных источников по теме.
2. Определить роль фельдшера в диагностике и профилактике острого коронарного синдрома на догоспитальном этапе.

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-әлеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

*1. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының (стенокардия, инфаркт миокарда (жедел коронарлық синдромы), артериалды гипертензия) өзекті мәселелері және медициналық – әлеуметтік көмектің тиімділігін жоғарлату жолдары./
Современные проблемы и пути повышения эффективности медико – социальной помощи при заболеваниях сердечно – сосудистой системы (стенокардия, инфаркт миокарда (острый коронарный синдром), артериальная гипертензия).*

Объект исследования: диагностика и профилактика острого коронарного синдрома.

Предмет исследования: деятельность фельдшера в проведении диагностики и профилактики острого коронарного синдрома на догоспитальном этапе.

ОКС представляет собой собирательное понятие, объединяющее острый инфаркт миокарда и нестабильную стенокардию. Этот термин используется преимущественно на догоспитальном этапе.

Основной проблемой развития ОКС принято считать острое или подострое уменьшение доставки крови и, следовательно, кислорода к миокарду. К этому приводят основные патогенетические факторы: воспаление атеросклеротической бляшки, ее эрозия и разрыв, тромбоз коронарных артерий и микроэмболия, коронарная вазоконстрикция. Наиболее важным механизмом развития ОКС, включая нестабильную стенокардию, считают разрыв атеросклеротической бляшки в коронарной артерии с последующим образованием тромба и усилением тенденции к коронарному спазму.

Выявлены основные факторы, определяющие возникновение и развитие ишемической болезни сердца, определяющие прогноз жизни в отдаленном периоде. Выделяют изменяемые и неизменяемые факторы риска, которые связаны уже с развитием атеросклеротической бляшки и риском развития острого коронарного синдрома.

К неизменяемым факторам риска относятся пол и возраст человека. Среди мужчин риск развития ОКС выше, чем у женщин. При сравнении мужчин и женщин статистические данные свидетельствуют, что возраст старше 45 лет у мужчин и 55 лет у женщин или у женщин с ранней менопаузой (до 40-45 лет) имеют больший риск развития ОКС. Но с поправкой на возраст, женщины чаще страдают сахарным диабетом и артериальной гипертензией, что увеличивает риски развития ОКС. Важную часть занимает наследственная предрасположенность, что всегда остается независимым фактором риска развития ИБС.

К изменяемым факторам риска относят метаболический синдром, сахарный диабет, артериальную гипертензию, гиперлипидемию. Метаболический синдром сам по себе описывает сочетание нескольких факторов, увеличивающих в совокупности риск развития сахарного диабета и сердечно-сосудистых заболеваний. К данному синдрому относят 5 следующих компонентов: центральное ожирение, повышение уровня триглицеридов, уровень ЛПВП, уровень АД, тощаковый уровень гликемии. Наибольшее влияние на развитие метаболического синдрома оказывает образ жизни человека, а следовательно, основной акцент у таких пациентов должен быть сделан на его

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-әлеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

*1. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының (стенокардия, инфаркт миокарда (жедел коронарлық синдромы), артериалды гипертензия) өзекті мәселелері және медициналық – әлеуметтік көмектің тиімділігін жоғарлату жолдары./
Современные проблемы и пути повышения эффективности медико – социальной помощи при заболеваниях сердечно – сосудистой системы (стенокардия, инфаркт миокарда (острый коронарный синдром), артериальная гипертензия).*

модификацию, уделяя внимание снижению массы тела и повышению физической активности.

Клиническая картина ОКС достаточно типична, но только у 50% поступивших в стационар в дальнейшем подтверждается диагноз инфаркта миокарда или нестабильной стенокардии. Несмотря на это, предположить факт развития ОКС можно только на основании полной анамнестической информации, которую необходимо собрать фельдшеру скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе. Типичной жалобой пациентов с ОКС является ангинозная боль, которая обычно имеет сжимающий или жгучий характер и локализуется за грудиной. Сопровождается иррадиацией в левую половину грудной клетки, левую руку, левую лопатку, левую половину шеи и нижнюю челюсть. Болевой синдром может развиваться при физической нагрузке и в покое, продолжительность которого может превышать 30 минут. Прием нитроглицерина часто не купирует боль, а лишь вызывает ее временное ослабление. Болевой приступ может сопровождаться нарушениями ритма сердца, снижением или повышением артериального давления, двигательным и эмоциональным возбуждением.

Важнейшим методом диагностики инфаркта миокарда на догоспитальном этапе, является электрокардиография. У больных с ОКС первую ЭКГ рекомендуется регистрировать именно на догоспитальном этапе, а потом осуществлять повторные записи на госпитальном этапе. По данным ЭКГ определяется характер поражения сердечной мышцы и локализация инфаркта миокарда. При регистрации неизменной ЭКГ и наличии симптомов ОКС диагностируется нестабильная стенокардия.

Эффективным мировым способом снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний является профилактика. Программа первичной профилактики - это информационно-разъяснительная работа, которая заключается в информировании населения о факторах риска и их выявлении на раннем этапе. Для решения этой проблемы должны быть объединены усилия медицинских работников, представителей культуры, образования, средств массовой информации, общественных и спортивных организаций.

Во всех учреждениях здравоохранения должны работать кабинеты доврачебного контроля и осмотра (кабинеты первичной профилактики). В которых осуществляется первичный приём пациентов, выявляются факторы риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний (избыточная масса тела, повышение артериального давления, повышение содержания в крови глюкозы и холестерина, вредные привычки-курение). При обнаружении факторов риска пациенты направляются к участковому врачу, а затем (при показаниях) к другим специалистам.

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-әлеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

*1. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының (стенокардия, инфаркт миокарда (жедел коронарлық синдромы), артериалды гипертензия) өзекті мәселелері және медициналық – әлеуметтік көмектің тиімділігін жоғарлату жолдары./
Современные проблемы и пути повышения эффективности медико – социальной помощи при заболеваниях сердечно – сосудистой системы (стенокардия, инфаркт миокарда (острый коронарный синдром), артериальная гипертензия).*

К основным мерам, направленным на профилактику острого коронарного синдрома можно отнести адекватный двигательный режим (физические нагрузки по 30 минут 4-5 раз в неделю) и, при необходимости, нормализация массы тела, показано питание с пониженным содержанием животных жиров и соли (суточная калорийность 1800-2000 ккал), выявление лиц с артериальной гипертензией и подбор эффективного лечения для достижения целевых значений АД, рекомендуется отказаться от курения, у всех мужчин старше 40 лет и женщин после менопаузы, а также молодых людей с повышенным риском развития ИБС необходимо определять уровень холестерина и его фракций, при необходимости проводить коррекцию дислипидемии с помощью изменения рациона питания и медикаментозной терапии. Также важно выявлять и корректировать гипергликемию, так как сахарный диабет – наиболее значимый фактор риска развития острого коронарного синдрома.

Еще одним важным критерием повышения медико-социальной помощи является развитие транспортных магистралей и правильная госпитализация пациентов в стационар из любой точки города, которая должна составлять не более 20 минут. Такая методика снизит частоту смертности людей на догоспитальном этапе. При этом необходима правильная организация приемного отделения кардиологического стационара. Чем меньше времени приходится на транспортировку пациента из кабинета в кабинет приемного отделения для подтверждения диагноза, тем меньше риск развития летальности.

Таким образом, роль фельдшера на догоспитальном этапе заключается в быстром и правильном проведении дифференциальной диагностики острой боли в груди, опираясь на клиническую характеристику и данные анамнеза, принятии решения об экстренной госпитализации. Кроме того, использование в своей профессиональной деятельности эффективных профилактических программ и повышение информированности населения о факторах риска развития заболеваний сердца и сосудов, несомненно, будет способствовать улучшению качества жизни и предупреждению внезапной сердечной смерти.

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-әлеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

*1. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының (стенокардия, инфаркт миокарда (жедел коронарлық синдромы), артериалды гипертензия) өзекті мәселелері және медициналық – әлеуметтік көмектің тиімділігін жоғарлату жолдары./
Современные проблемы и пути повышения эффективности медико – социальной помощи при заболеваниях сердечно – сосудистой системы (стенокардия, инфаркт миокарда (острый коронарный синдром), артериальная гипертензия).*

Современные проблемы и пути повышения эффективности медико-социальной помощи при заболеваниях сердечно-сосудистой системы в Кыргызской Республике.

Русланова Карима Руслановна

студентка 3 курса отделения “Сестринское дело”.

Научный руководитель: Осмонов Ринат Эркинович.

Бишкекский медицинский колледж. www.bmk.medical1928@mail.ru

г.Бишкек, Кыргызская Республика.

Аннотация

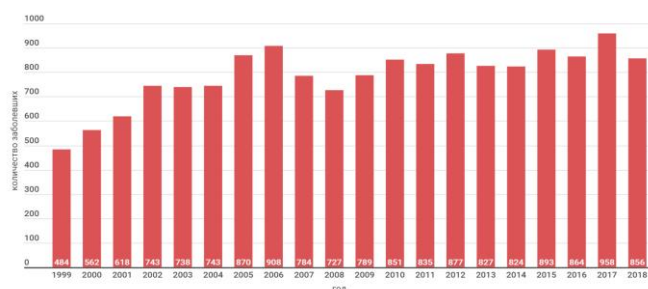
Смертность населения вследствие заболеваний сердечно-сосудистой системы является наиболее острой проблемой в мире. По данным Всемирной организации здравоохранения, стандартизованный коэффициент смертности от болезней системы кровообращения занимает 1 место среди всей смертности человечества и наша страна-Кыргызстан- не является исключением. Именно в связи с данной проблемой, мы сегодня разберем эту тему подробнее, тем самым выявив причины частой заболеваемости и смертности от ССЗ в нашей республике. Также рассмотрим программы и пути повышения эффективности медико-социальной помощи гражданам, вводимые и применяемые в Кыргызской Республике для сокращения заболеваемости.

Ключевые слова

ССЗ- сердечно-сосудистые заболевания,
КБС-коронарная болезнь сердца,
ВОЗ -Всемирной организации здравоохранения
профилактика

Для начала разберем статистику ССЗ. На 2019 год в Кыргызской Республике смертность от ССЗ составила 51% в структуре общей смертности населения (данные за 2020 и 2021 года не публикуются, так как в связи с эпидемиологической ситуацией по COVID-19 обработка статистических данных затруднена). При этом по стандартизованному показателю смертности от коронарной болезни сердца Кыргызстан занимает 6-е место среди стран Евразийского региона. Также последние исследования показали, что повышенным артериальным давлением страдает практически каждый второй кыргызстанец старше

Болезни органов кровообращения
1999-2018 (случаев на 100 тыс. человек)



Данные: Нацстатком КР

kaktusmedia

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-әлеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

*1. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының (стенокардия, инфаркт миокарда (жедел коронарлық синдромы), артериалды гипертензия) өзекті мәселелері және медициналық – әлеуметтік көмектің тиімділігін жоғарлату жолдары./
Современные проблемы и пути повышения эффективности медико – социальной помощи при заболеваниях сердечно – сосудистой системы (стенокардия, инфаркт миокарда (острый коронарный синдром), артериальная гипертензия).*

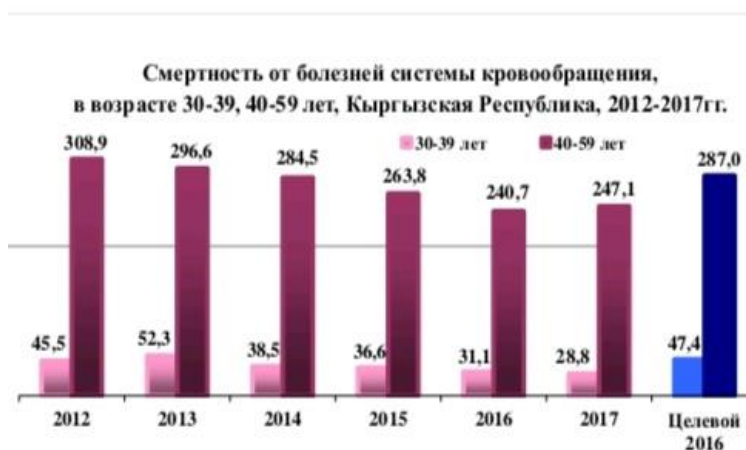
18 лет (48,7 процента населения). Почти четверть населения курит (25,7 процента), страдает ожирением — 23,1 процента. Две трети (74 процента) недостаточно потребляют овощи и фрукты, каждый четвертый (26,9 процента) ест очень соленую пищу, четыре пятых мало двигаются (83 процента населения). Если все это суммировать, получим, что 94 процента людей имеют более одного фактора риска развития ССЗ, что ведет к высоким показателям смертности среди населения Кыргызстана, особенно в

Общая распространенность метаболических факторов риска, по возрасту и полу

Фактор	Мужчины		Женщины	
	25–44 лет	45–64 лет	25–44 лет	45–64 лет
Повышенное кровяное давление	30,9%	63,9%	26,6%	68,7%
Повышенный общий уровень холестерина	11,8%	27,7%	22,5%	41,2%
Диабет	2,4%	10,1%	2,2%	9,4%

возрастной группе от 40 до 59 лет. Также следует отметить, что новое вирусное заболевание, такое как COVID-19 даёт сильные осложнения и протекает сложнее у больных с ССЗ.

Именно в связи с такими высокими показателями и процентом риска заболеваемости и смертности от ССЗ, за последние годы в Кыргызстане проведен ряд исследовательских работ, посвященных этим проблемам. За период со дня принятия независимости и начала реформирования системы здравоохранения были введены масштабные программы, постановления, национальные проекты Министерства здравоохранения и Правительства КР. Программы "Манас"(1996-2005гг.) и "Манас таалими"(2006-2011гг.) и руководствуясь основными принципами ВОЗ разработаны программы “Здоровое сердце каждому кыргызстанцу” (до 2010 г.) "Ден соолук"(2012-2018гг.), по охране здоровья населения и развитию системы здравоохранения на 2019-2030 годы «Здоровый человек – процветающая страна» (ППКР от 20 декабря 2018г. №600);



Все эти программы предусматривают улучшение здоровья населения; справедливость (равнодоступность медицинского обслуживания); эффективное использование ресурсов здравоохранения; предоставление высококачественной медицинской помощи и направлена на обеспечение универсального (всеобщего)

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-әлеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

*1. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының (стенокардия, инфаркт миокарда (жедел коронарлық синдромы), артериалды гипертензия) өзекті мәселелері және медициналық – әлеуметтік көмектің тиімділігін жоғарлату жолдары./
Современные проблемы и пути повышения эффективности медико – социальной помощи при заболеваниях сердечно – сосудистой системы (стенокардия, инфаркт миокарда (острый коронарный синдром), артериальная гипертензия).*

охвата населения качественными медико-санитарными и профилактическими услугами, независимо от социального статуса, гендерных различий и статуса застрахованности населения.

Главной целью всех программ является снижения процента заболеваемости ССЗ в Кыргызстане уже к 2030 году, а пути решения данной проблемы будут при:

1. организации на территории Кыргызстана первичных профилактических мероприятий, направленных на уменьшение распространенности факторов риска (курение, избыточная масса тела, злоупотребление алкоголем, физическая гиподинамия, подверженность стрессам, нарушение углеводного обмена) развития заболеваний сердца и на этой основе - улучшение состояния здоровья и увеличение продолжительности жизни населения:

- а) выявление пациентов, употребляющих табачные изделия и предоставление им консультаций по отвыканию и прекращению курения;
- б) правильное выявление, регистрация и ведение пациентов с артериальной гипертензией и острым коронарным синдромом на уровне первичного звена здравоохранения;
- в) выявление и лечение сахарного диабета на уровне первичного звена, как одного из факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний;

2. систематическом обучении населения здоровому образу жизни;

3. внедрении в широкую медицинскую практику особенно в отдаленных районах страны современных фармакологических, хирургических и других методов вмешательств при коронарной болезни сердца, цереброваскулярных заболеваниях, застойной сердечной недостаточности и нарушениях ритма сердца;

4. обеспечении реализации Комплексной программы контроля сердечно-сосудистых заболеваний в Кыргызской Республике с привлечением грантов, кредитов, иностранных инвестиций, гуманитарной помощи на развитие высокотехнологических методов оказания кардиологической и кардиохирургической помощи населению;

5. систематическом обучении медицинских работников республики - принципам первичной и вторичной профилактики основных сердечно-сосудистых заболеваний, методам раннего их выявления и стратегии лечебно-профилактического вмешательства на семейном уровне.

Заключение

Сердечно-сосудистые заболевания, это бич нашего времени, для борьбы с которым требуется много усилий и средств. Внедрения по профилактике ССЗ, а также профилактические мероприятия, снизят процент заболеваемости, инвалидизации и смертности в Кыргызской Республике уже к 2030 году. Следует

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-әлеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

*I. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының (стенокардия, инфаркт миокарда (жедел коронарлық синдромы), артериалды гипертензия) өзекті мәселелері және медициналық – әлеуметтік көмектің тиімділігін жоғарлату жолдары./
Современные проблемы и пути повышения эффективности медико – социальной помощи при заболеваниях сердечно – сосудистой системы (стенокардия, инфаркт миокарда (острый коронарный синдром), артериальная гипертензия).*

отметить, что снижение уровня заболеваемости ССЗ на прямую повысит трудоспособность граждан, тем самым возрастёт и бюджет страны, заработная плата, а значит и повысится уровень жизни граждан Кыргызстана. Устранения факторов риска и причин ССЗ, это хорошая инвестиция в будущее. Благодаря введению вышеизложенных программ по сохранению здоровья населения и проводимой профилактической работе по ССЗ медицинскими работниками наша страна идет к достижению здорового сердца каждого кыргызстанца!

Литература:

- Программы "Манас"(1996-2005гг.) и "Манас таалими"(2006-2011гг.)
- Программа “Здоровое сердце каждому кыргызстанцу” (до 2010 г.)
- Программа "Ден соолук"(2012-2018гг.),
- программа «Здоровый человек – процветающая страна» (ППКР от 20 декабря 2018г. №600)

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ МОЛОДЫХ.

Дженифер Семенчук

Руководитель НИРС Бадзюн Н.Г.

ФГБОУ ВО ОмГМУ МЗ РФ, КОЛЛЕДЖ, medcol@omsk-osma.ru

г. Омск, Россия

В работе раскрывается проблема распространённости в настоящее время заболеваний сердечно-сосудистой системы среди молодого населения. Это и обуславливает актуальность и необходимость улучшения медико-социальной помощи при артериальной гипертензии при затруднительной диагностике данного заболевания. В работе подробно освещаются причины повышения уровня АД у молодых людей: внутренние и внешние факторы. А так же рассказано о проблемах, при которых затрудняется своевременная диагностика артериальной гипертензии у молодого населения. В итоге рассмотрены рекомендации по профилактике гипертонии у молодых.

Сердечно-сосудистые заболевания по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) являются одной из ведущих причин смертности среди населения развитых стран мира. В эту группу входит много болезней, но на долю трех из них – ишемической болезни сердца, включая инфаркт миокарда, артериальной гипертензии (АГ) и цереброваскулярных болезней, включая инсульт – приходится порядка 80% летальных исходов (2 слайд).

В настоящее время на фоне чрезвычайно высокой распространённости артериальной гипертензии (АГ) среди населения прослеживается устойчивая тенденция к увеличению доли лиц молодого возраста в структуре АГ. Распространённость АГ среди молодых людей до 30 лет варьирует от 3,4% до 40,7%. Возраст дебюта АГ, считавшейся ранее свойственной только взрослым, значительно понизился, и АГ регистрируется в более ранних возрастных группах.

В настоящее время распространённость артериальной гипертензии носит эпидемический характер, и проблему АГ можно расценивать как масштабную неинфекционную пандемию. Необходимость борьбы с АГ обусловлено тем, что она является одной из ведущих причин инвалидизации и смертности. Длительная повышенная артериального давления приводит к поражению органов-мишеней и развитию сердечно-сосудистых осложнений (сердечная недостаточность, инфаркт миокарда, мозгового инсульта и почечной недостаточности) (3 слайд).

Цель исследования: изучить современные проблемы и пути повышения медико-социальной помощи при артериальной гипертензии у молодых.

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-әлеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

*1. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының (стенокардия, инфаркт миокарда (жедел коронарлық синдромы), артериалды гипертензия) өзекті мәселелері және медициналық – әлеуметтік көмектің тиімділігін жоғарлату жолдары./
Современные проблемы и пути повышения эффективности медико – социальной помощи при заболеваниях сердечно – сосудистой системы (стенокардия, инфаркт миокарда (острый коронарный синдром), артериальная гипертензия).*

Задачи исследования:

1. Провести анализ литературных источников по теме.
2. Определить современные проблемы и пути повышения медико-социальной помощи при артериальной гипертензии у молодых.

Объект исследования: особенности течения артериальной гипертензии у молодых.

Предмет исследования: особенности современных проблем и пути повышения медико-социальной помощи при артериальной гипертензии у молодых.

Артериальная гипертензия (АГ, артериальная гипертония) – это стойкое повышение артериального давления (АД) выше 130/80 мм.рт.ст.

Особенностью, затрудняющей диагностику АГ на ранних стадиях у молодых людей, является транзиторный характер повышения артериального давления (АД). Практически не всегда удается зарегистрировать АД в моменты его повышения у молодых людей с преходящими и кратковременными подъемами АД.

Другой важной особенностью начальных этапов АГ является длительный бессимптомный период, в связи с чем молодые люди долгое время не знают о наличии заболевания, редко обращаются к врачу и не склонны к самостоятельному контролю АД, даже в периоды плохого самочувствия (4слайд). Однако именно в период, когда наблюдается низкая готовность пациентов к обследованию и выполнению врачебных рекомендаций, диагностика и лечение АГ особенно эффективны (5 слайд).

Выявлены основные причины повышения уровня артериального давления, оно может быть ситуационным, в таком случае оно исчезает после устранения причины. В других случаях к гипертензии в молодом возрасте проводят внешние факторы или заболевания внутренних органов, нервной, эндокринной системы.

Внешние факторы (6 слайд). Для молодых людей особое значение приобретает воздействие стрессов. Они могут быть связаны с профессиональной деятельностью – нервное перенапряжение, частые перемены климата, ненормированный рабочий день, необходимость длительного нахождения в сидячем положении, умственные перегрузки, влияние производственных вредностей. Особенно опасно, если для избавления от стресса используется курение, прием алкоголя или наркотических средств. При сочетании их с неправильным питанием вероятность болезней сердца и сосудов приближается к 80%.

Она достигает максимума при наследственной предрасположенности – в том случае, если кардиологическая патология была у родителей, кровных родственников, особенно при наличии 2 и более случаев гипертонии в семье.

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-әлеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

*1. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының (стенокардия, инфаркт миокарда (жедел коронарлық синдромы), артериалды гипертензия) өзекті мәселелері және медициналық – әлеуметтік көмектің тиімділігін жоғарлату жолдары. /
Современные проблемы и пути повышения эффективности медико – социальной помощи при заболеваниях сердечно – сосудистой системы (стенокардия, инфаркт миокарда (острый коронарный синдром), артериальная гипертензия).*

Довольно существенный вклад в повышение давления вносят дефицит физической активности и неблагоприятная экологическая обстановка. Преходящая артериальная гипертензия может возникнуть при длительном применении контрацептивов в таблетках, нестероидных противовоспалительных средств, гормональных препаратов, экстракта солодки, кофеина, энергетиков, сосудосуживающих капель от насморка.

Внутренние факторы (7 слайд). Если внешние факторы провоцируют сбой нервной регуляции тонуса артериальных сосудов и возникновение первичной (эссенциальной) формы гипертонической болезни, то внутренние вызывают симптоматические гипертензии, которые чаще всего и являются причиной устойчивого повышения давления у молодых. К ним относятся: пиелонефрит, гломерулонефрит, поликистоз или недоразвитие почки; сдавление мочевых путей камнем, опухолью; сужении почечной артерии из-за формирования холестериновой бляшки; опухоль (феохромочитома) чаще всего ткани надпочечников, вырабатывающая гормоны стресса (адреналин, дофамин, норадреналин); избыточное образование кортизола – синдром или болезнь Кушинга; болезни щитовидной железы, гиперфункция паращитовидных желез; усиленная продукция гормона роста; нейрогенная гипертензия при сотрясениях мозга, опухолях, энцефалите.

Существует ряд проблем, связанных с диагностикой артериальной гипертензии у молодого населения:

- Низкая обращаемость молодых пациентов, т.к. в большинстве случаев заболевание протекает бессимптомно до тех пор, пока не поражаются органы.
- Отсутствие диспансерного (регулярного) наблюдения за молодыми людьми, входящими в группу высокого риска по развитию гипертонической болезни. В первую очередь, это отягощенная наследственность (наличие высокого давления среди близких родственников).
- Частая подверженность молодых людей нескольким факторам риска АГ (хронический стресс, курение, избыточная масса тела, злоупотребление поваренной солью и алкоголем, низкая физическая активность).

Профилактика гипертензии у молодых. Предупреждение повышения давления крови, прогрессирования гипертензии и развития осложнений возможно при комплексном воздействии на факторы риска.

Исключить факторы риска (8 слайд). Минимизировать стрессы, т.к. в сегодняшней жизни никому не удастся избежать их. Поможет в этом: переключение внимания на объекты внешнего мира, на внутренние положительные ощущения и т.д.

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-әлеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

*I. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының (стенокардия, инфаркт миокарда (жедел коронарлық синдромы), артериалды гипертензия) өзекті мәселелері және медициналық – әлеуметтік көмектің тиімділігін жоғарлату жолдары./
Современные проблемы и пути повышения эффективности медико – социальной помощи при заболеваниях сердечно – сосудистой системы (стенокардия, инфаркт миокарда (острый коронарный синдром), артериальная гипертензия).*

Диета (9 слайд). Исключение жирного мяса, копчений, маринадов, солений, консервов, кофеинсодержащих напитков, соли. Нужно увеличить употребление растительной пищи, особенно полезны продукты, в которых много калия и магния, кальция: запеченный картофель, овсяная каша, бананы, урюк, чернослив, морская капуста; бобы, фасоль, соя, гречневая каша, хлеб с отрубями и ржаной, орехи, инжир; кисломолочные напитки без добавок, творог 5% жирности, семечки без соли.

Физическая активность (10 слайд). Для повышения устойчивости к нагрузкам при артериальной гипертензии рекомендуются умеренные аэробные занятия физкультурой (11 слайд). Запрещается тяжелая атлетика, участие в любых соревнованиях. Минимальная длительность тренировок составляет 30 минут 5 раз в неделю.

Таким образом, при своевременной терапии, АГ является контролируемым и медленно прогрессирующим заболеванием. Проявления гипертензии зависят от причины ее развития. Недостаточное лечение или недиагностированные формы приводят к сосудистым катастрофам. Для определения тактики лечения требуется лабораторная и инструментальная диагностика. Предотвратить развитие гипертонии и ее осложнений можно при комплексном воздействии на факторы риска и регулярном приеме медикаментов. Своевременная диагностика и эффективные схемы лечения позволяют уменьшить востребованность службы скорой помощи, уменьшить инвалидизацию и значительно улучшить качество жизни пациентов, а также лиц из их окружения.

ЖІТІ КОРОНАРЛЫҚ СИНДРОМ АУРУЛАРЫ КЕЗІНДЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ – ӘЛЕУМЕТТІК КӨМЕКТІҢ ТИІМДІЛІГІН АРТТЫРУДЫҢ ЗАМАНАУИ ПРОБЛЕМАЛАРЫ МЕН ЖОЛДАРЫ

Тургунбаева Зебо Ганиваевна

Ғылыми жетекшісі: *Сапаркүл Камшат Ербосынқызы*

«Авиценна» көпсалалы медициналық колледж, dstemelk@bk.ru

Шымкент қаласы, Қазақстан Республикасы

Аннотация: Бұл мақалада негізінде жедел медициналық көмек деңгейінде « Жедел коронарлы синдром (ЖКС) ST сегментінің жоғарылауы» диагнозымен кездесетін науқастар саны арасында ерлер - 80,8%, әйелдер – 19,1% меншігіне тиесілі болды, сондай-ақ, 50-75 жас аралығында ерлер/әйелдерде кездесу жиілігі жоғары екендігі дәлелденді. ЖКС-мен халықтың өз уақытында жүгінушілігінің жынысқа байланыстылығы және ЖКС-мен науқастарға жедел медициналық көмек көрсетудің жоғары дәрежелілігі тәулік бойында өз уақытында көмекке жүтуге тікелей тәуелді екендігін растады.

Түйінді сөздер: жедел коронарлы синдром (ЖКС), миокард инфаркты, ЭКГ талдауы, ксарелто.

Annotation: in this article, it was found that among the number of patients with the diagnosis of " increased ST segment of acute coronary syndrome (PTSD)" at the level of emergency medical care, men - 80.8%, women – 19.1%, and it was also proved that the frequency of occurrence in men/women between the ages of 50-75 was higher. It was confirmed that the gender-related attitude of the population to timely treatment of patients with acute respiratory viral infections and the high degree of emergency medical care for patients with acute respiratory viral infections directly depend on timely treatment around the clock.

Key words: acute coronary syndrome (PTSD), myocardial infarction, ECG analysis, Xarelto.

Жіті жүрек синдромының заманауи инновациялық фармакотерапиясы

Жіті коронарлық синдром (ЖКС)-(ірі ошақты) Q тісшесімен жүретін миокард инфарктына жалпы түсініктеме, (кіші ошақты) Q тісшесіз миокард инфаркты , тұрақсыз стенокардия мен сипатталады. Жүргізілетін терапия ЭКГ-дағы ST сегментіне байланысты таңдалады – ЖКС -ның ST жоғарылауымен жүретін түрінде жедел көмек көрсетіледі.

Жіті коронарлы синдромның эпидемиологиялық таралуы ДДҰ- ның өзекті мәселесі. ЖКС кең таралған мемлекеттерде 1 млн адамның 30- 40 мыңы осы аурумен зардап шегеді екен. Соңғы жылдағы анализ зерттеулері бойынша ЖКС мен қайтыс болғандар саны 1990 жылдан 2020 жылға дейін екі есе артады. Бұл әлемдегі елдердің экономикалық жағдайына кері әсерін тигізіп отыр.

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-әлеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

*1. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының (стенокардия, инфаркт миокарда (жедел коронарлық синдромы), артериалды гипертензия) өзекті мәселелері және медициналық – әлеуметтік көмектің тиімділігін жоғарлату жолдары./
Современные проблемы и пути повышения эффективности медико – социальной помощи при заболеваниях сердечно – сосудистой системы (стенокардия, инфаркт миокарда (острый коронарный синдром), артериальная гипертензия).*

Емдеудің негізгі мақсаты тамыр бітелуін тез және тұрақты жою. Осы мақсатта тромболитиктер қолданылады. Жыл сайын әрбір 10 науқастың біреуі жіті коронарлы синдромнан кейін тағы бір қауіпті атеротромболикалық жағдайды басынан өткізеді.

Патогенезі:

1. Коронарлы тамырлардың бітелуі.
2. Миокардтың оттегімен жеткіліксіз қамтылуы.
3. Жүрек бұлшықетінің некроз белгілері.

Клиникалық белгілері: Төс астындағы және жүрек тұсындағы қысып немесе басып ауырсынуы. Ауырсынудың сол жақ немесе оң қолға, мойынға, төменгі жаққа, сол жақ жауырын астына, эпигастрий аумағына таралуы мүмкін. Науқас қозған, мазасыз, онда қорқыныш сезімі пайда болады. Нитратты тіл астына қойған кезде әсері жоқ немесе ауырсынуды толық жоймайды немесе ауырсыну қысқа уақыттан кейін қайта мазалайды. Тері жабындылары бозғылт, суық тер басқан. Жалпы әлсіздік, ауа жетіспеушілік мазалайды.

Жіктелуі:

1. ST сегментінің көтерілуімен жүретін миокард инфаркты
2. ST сегментінің көтерілуінсіз жүретін миокард инфаркты
3. Фермент немесе биомаркерлер өзгерісіне байланысты МИ
4. Кеш ЭКГ белгілеріне байланысты МИ
5. Тұрақты емес стенокардия

Біз диагноз қою әдісінде 2 көрсеткішті негізге алдық: 1-әдісінде ЭКГ талдауын негіз етіп алдық(1-2суретті қараңыз)

Тропонин-актин және миозин бұлшық ет жіпшелерінің бір біріне айқасуға мүмкіндік беретін белок болып табылады. Саркомерде тропониннің белокты молекулалары 3 біріккен бірліктен тұратын комплекстен тұрады 2:1:1 қатынаста: тропонин Т, тропонин С, тропонин І (молекулярлы салмағы 39,7 кД) тропонин комплексінің тропомиозин жіпшелерімен байланысын қамтамасыз етеді.

Тропонин Т және тропонин І жүрек тропониндері деген аттары бар. Ишемиялық немесе кез-келген миокард жасушасының бұзылысында тропонинді комплекс бөлініп, содан кейін тропонин молекулалары қанға түседі. Жағдайдан 3-4 сағат өткен соң қандағы тропонинді жаңа лабораторлы жүйелер көмегімен өлшеуге болады. [4]

Тропонин Т-ның қандағы максимальды концентрациясы инфарктан 12-96 сағаттан кейін байқалады. Тұрақты емес стенокардиямен науқастар қанында жүрек тропониндерінің жоғары концентрациясы болса, жүрек тоқтауы немесе миокард инфарктісінен өлімге ұшырауы қауіпі басқаларға қарағанда жоғары

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-әлеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

*1. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының (стенокардия, инфаркт миокарда (жедел коронарлық синдромы), артериалды гипертензия) өзекті мәселелері және медициналық – әлеуметтік көмектің тиімділігін жоғарлату жолдары./
Современные проблемы и пути повышения эффективности медико – социальной помощи при заболеваниях сердечно – сосудистой системы (стенокардия, инфаркт миокарда (острый коронарный синдром), артериальная гипертензия).*

болады. Бүгінгі күнде миокард инфарктісінің диагностикасында тропонинді анықтау өзекті мәселелердің бірі болып табылады.

Біз соңғы кезде кеңінен қолданыла бастаған Ксарелтон дәрілік затын науқастарға қолдану нәтижесін төменде көрсеттік.

Күн сайын 2рет Ксарелтонаны (Ривароксабан) 2,5мг дозасында антиагрегантты терапиямен ,кешенді түрде қолдану атеротромболикалық жағдайдың профилактикасы және антиагреганттарды жеке өзін қолдануға қарағанда тиімді.

ДДҰ ұйғарымы бойынша медицинада қолдануға нұсқау берілген, сонымен қатар Қазақстанда тіркелген дәрілердің бірі болып табылады.Ксарелто антикоагулянт көктамырлық артериалды тромболикалық кезеңдерде қолданумен қатар ,венозды тромбоздың біріншілік және екіншілік профилактикасы ретінде,тромбоздарды емдеу кезінде және жіті коронарлы синдромнан кейін екіншілік профилактикасы кезінде жиі қолданылады. Европалық кардиологтар ассоциациясының ESC-European Society of Cardiology) жаңа тағайындаулары КТ ангиография жоғары сезімтал талдау тропонин әдісі, клопидогрель дәрілік затын ST сегментінің көтерілуінсіз жүретін жедел коронарлы синдромы бар науқастарды жүргізетін Европалық тағайындауларда алдыңғы 2007 жылғы нұсқаулық (ESC) 2011 жылы қайта жаңартылды [6] Европалық комиссия Bayer Healthcare компаниясымен өндірілетін ішуге арналған антикоагулянт Ксарептотаны (ривароксабан) күніне 2 рет 2,5мг дозасында стандартты миокард жүретін зақымдануында жіті коронарлы антиагрегантты терапиямен қоса, қарт науқастарда миокард зақымдануында атеротромболикалық жағдайларда профилактика ретінде қолдануға нұсқау берілді. Ривароксабан маркерлердің көтерілуімен тромбоцитарлы тромбы түзілуді белсендіреді. Ривароксабан тромбин түзетін активатор - Ха факторға әсер етеді.

Жіті коронарлы синдромнан кейін тромбиннің мөлшері ұзақ уақыт бойы жоғарылаған күйде болады,сол үшін науқастар қауіп тобында жатады . ATLASACS 2-TIMI 51 нұсқаулығында синдромды басынан өткізген науқастарда ішуге арналған антикоагулянт болып табылады.

Жіті коронарлы синдромның рецидивінің себебі болатын артериалды тромбтар болады:тромбоциттер белсендірілуі түзілуі. Стандартты екі механизм нәтижесінде пайда және тромбин антиагрегантты терапия тек көрсетілгендей науқастарда ривароксабанның аз дозасын антиагреганттармен қоса емдеу тромбы түзілудің екі механизміне де оң әсер етеді,соның нәтижесінде ұзақ уақыт қорғаныс пайда болады,сонымен қатар өлім көрсеткіші де азаяды - осылайша Гарвард медициналық мектебінің PERFUSE ATLASACS қоғамы шешім

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-әлеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

*1. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының (стенокардия, инфаркт миокарда (жедел коронарлық синдромы), артериалды гипертензия) өзекті мәселелері және медициналық – әлеуметтік көмектің тиімділігін жоғарлату жолдары./
Современные проблемы и пути повышения эффективности медико – социальной помощи при заболеваниях сердечно – сосудистой системы (стенокардия, инфаркт миокарда (острый коронарный синдром), артериальная гипертензия).*

қабылдады. Ксарептонды қолдану көрсеткіші екіншілік атеротромболикалық даму қауіпі бар науқастарға өте маңызды. [8]

Заманауи емдеу әдісінде кардиологтар Ксарептонды жүрекшелердің фибрилляциясымен жүретін инсульт профилактикасында кеңінен қолдануда. Ривароксабанның осы жағдайларда қолданылуға рұқсат берілуі 15500 науқас қатысқан ATLASACS 2-TIMI 51 III кезеңінде зерттеуінен алынған маңызды клиникалық мәліметтерге сүйенеді. Зерттеуде ривароксабанның 2,5 мг-мын күніне 2 рет стандартты антиагрегантты терапиямен қоса тағайындалуы, тек стандартты антиагрегантты терапияны қолдануға қарағанда тиімділігі жоғары. Европалық қоғамының 2012 жылғы кардиологтарының ұсыныстары бойынша, ATLASACS 2-TIMI 51 клиникалық зерттеулердің нәтижесіне байланысты миокард инфарктының ST жоғарылауымен жүретін, қан кетудің төменгі қауіптілігімен және антиагрегантты терапияны клопидогрельмен алатын науқастарда ривароксабанның 2,5 мг күніне 2 рет қолдану ұсынылады.

Қорытынды:

1. ЖКС-ның даму механизмі тромбы түзілу факторлары сонымен қатар диагностика қою заманауи әдістеріне талдау берілді.
2. Заманауи дәрілік затты (Ксарептотан) инновациялық әдіспен қолдану әдістері сипатталып нұсқау берілді.

Әдебиеттер тізімі

1. Абсеитова С.Р. диагностики и лечения острого коронарного синдрома. Методические рекомендации. - Астана: 2012. - 29-32 с.
2. Руководство Европейского общества кардиологов по лечению острого инфаркта миокарда с повышением сегмента. 2012. - 2227 с.
3. Хафизов Р.Р., Загидуллин Б.И., Травникова Е.О. и др. Перспективы применения новых биомаркеров в диагностике острого коронарного синдрома. //Практическая медицина. - 2012. - № 60. -С. 89-92.
4. Cohen P.C., Parry A.G. et al. Combination antithrombotic therapy in unstable rest angina and non-Q- wave infarction in nonprior aspirin users. Primary end points analysis from the ATACS trial. Antithrombotic Therapy in Acute Coronary Syndromes Research Group // Circulation. 1994. - № 89. - P. 81-88

СТЕНОКАРДИЯ ЖҮРЕК- ҚАН ТАМЫР ЖҮЙЕСІ АУРУЛАРЫНЫҢ ҚАУІП ҚАТЕР ФАКТОРЛАРЫ.

Көлбаева Мәлдір Шамедқызы

Ғылыми жетекшісі: Турсынова Бибигуль Абдымажитовна

«Авиценна» көпсалалы медициналық колледж, dstemelk@bk.ru

Шымкент қаласы, Қазақстан Республикасы

Аннотация: *Мақалада жүрек-тамыр жүйесі ауруларының дамуына әкелетін қауіп факторлары, оларды емдеу және алдын-алу шаралары сипатталған.*

Түйінді сөздер: ишемия, стенокардия, атеросклероз, иррадиация, β -блокаторлар

Abstract: *The article describes the risk factors that lead to the development of diseases of the cardiovascular system, their treatment and prevention measures.*

Keywords: ischemia, angina, atherosclerosis, irradiation, beta-blockerlar.

XX-ғасырдың екінші жартысынан бастап халық денсаулығына төнген қауіптердің бірі - жүрек-қан тамыры жүйесі ауруларының көбейе, әрі «жасара» түсуі. Бұл сырқаттар бүгінгі ересектер арасындағы науқастанудың, мүгедектіктің және өлім-жітімнің негізгі себепшісі болып отыр.

Дегенмен, жүрек-тамыр ауруларының алдын алуға болады. Алдын-алудың жаппай шараларын қолдану нәтижесінде АҚШ, Австрия, Жапония, Канада сияқты елдерде бұл аурудан болатын өлім-жітім кеміген. Мұндай жұмыстардың жетістігі тек дәрігерлерге ғана емес, сонымен бірге халықтың өзіне де, яғни олардың салауатты өмір салтын ұстана білуіне де байланысты.

Жүректің ишемиялық ауруының негізі болып табылатын атеросклероз адамның балалық шағынан-ақ дами бастап, ұзақ уақыт бойы симптомсыз жүретіні белгілі болды. Атеросклероз және жүректің коронарлық қан тамырлары қызметтерінің жетімсіздігі салдарынан жүрек ишемиясы мен миокард инфаркт аурулары пайда болады. Жүрек ағзадағы жалғыз органдар қатарына жатады. Тәулігіне ол 8460 литр қан айдайтын күрделі насос десе де болады. Ишемиялық аурудың алғашқы белгілерінің бірі - жүректің ұстамалы түрде (грудная жаба, стенокардия) қысылуы.

Ишемия деген сөз латын тілінен алынған, ол ағзалардың қанмен және оттегімен қамтамасыз етілуінің бұзылуы, яғни тұншығуы деген сөз. Жүректің ишемиялық ауруларына жүрек стенокардиясы жатады.

Бұл ауруға шалдыққанда негізінен жүрек тұсы қатты шаншып ауыратындықтан сырқат адам дәрігерге келуге мәжбүр болады. Кейбір адамдар жүректің ишемиялық ауруы кезіндегі алғашқы ұстамадан – ақ, тіпті дәрігердің жәрдеміне үлгерместен, кенеттен өліп кетеді.

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-әлеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

*1. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының (стенокардия, инфаркт миокарда (жедел коронарлық синдромы), артериалды гипертензия) өзекті мәселелері және медициналық – әлеуметтік көмектің тиімділігін жоғарлату жолдары./
Современные проблемы и пути повышения эффективности медико – социальной помощи при заболеваниях сердечно – сосудистой системы (стенокардия, инфаркт миокарда (острый коронарный синдром), артериальная гипертензия).*

Стенокардия – көбінесе кеуде қуысы қысылып, төс тұсында жаншылған ауру сезімі пайда болатын және осы ауру сезімі сол қолға, мойынға, төменгі жақ және асқазан астына таралатын клиникалық синдром. Ауырсыну дене қимылы кезінде және суыққа шыққан кезде, тойып тамақтанғанда, жан күйзелісі кезінде ушығады, тыныш жағдайда басылады, нитроглицерин қабылдаса, бірнеше секунд немесе минуттан кейін қояды.

Негізгі қауіп факторлары:

Науқас жасы (ерлерде ≥ 55 жас, әйелдерде ≥ 55 жас)

Темекі шегу

Қант диабеті

Дислипидемия

Тұқым қуалаушы гиперхолестеринемия

Артериалды гипертензия

Бүйрек ауруы (микроальбуминурия н/е ШФЖ < 60 мл/мин)

Семіздік (ИМТ ≥ 30 кг/м²)

Гиподинамия

Клиникасы:

Ауырсыну синдромы:

Орналасуы – төс артында;

Ауырсынудың пайда болу шарты – физикалық жүктеме, қатты эмоция, тамаққа аса тою, суық, желге қарсы жүру, шылым шегу;

Ауырсыну ұзақтығы 1-15 мин

Сипаты: ұстама тәрізді, батып, қысып ауырсыну;

Иррадиациясы: сол қол, төменгі жақсүйек

Ауырсыну тоқтайды: физикалық жүктемені тоқтатқанда, нитроглицерин қабылдағанда

Қосалқы белгілер: жүрек айну, құсу, тершендік, шаршағыштық, енгігу, жүрек соғу жиілігінің жоғарылауы, АҚ жоғарылау (кейде төмендейді)

Диагностика:

Ауру анамнезі мен шағымдары – алғашқы шағымдары қашан (қанша уақыт бұрын) және қандай шағымдар болғанын анықтау (кеуде тұсындағы ауырсыну, енгігу, әлсіздік), науқас сол уақытта қандай шара қолданды және қандай нәтиже болды, дәрігерге қаралды ма, бұл симптомдардың пайда болуын науқас немен байланыстырады.

Өмір анамнезі — стенокардия даму қауіп факторларын анықтау (мысалы, шылым шегу, жиі эмоциональды стресс), диетасы, өмір сүру жағдайы.

Жанұялық анамнез — жақын туыстарында жүрек – қан тамыр ауруларының бар – жоқтығын анықтау.

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-әлеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

*1. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының (стенокардия, инфаркт миокарда (жедел коронарлық синдромы), артериалды гипертензия) өзекті мәселелері және медициналық – әлеуметтік көмектің тиімділігін жоғарлату жолдары./
Современные проблемы и пути повышения эффективности медико – социальной помощи при заболеваниях сердечно – сосудистой системы (стенокардия, инфаркт миокарда (острый коронарный синдром), артериальная гипертензия).*

Дәрігерлік қарау — тындау, жүрек тұсын қару, гипертрофия көріністерін анықтау

Жалпы қан анализі — ағзадағы қабынуды анықтауға көмектеседі (лейкоцит, ЭТЖ деңгейінің жоғарылауын анықтайды).

Жалпы зәр анализі — қосымша патологияны анықтауға көмектеседі.

Биохимиялық қан анализі – холестерин деңгейін анықтау маңызды, қандағы глюкоза деңгейін анықтау

Кардиоспецификалық ферменттер (КФК, МВ-КФК, ЛДГ, АСТ) белсенділік деңгейі қалыпты немесе қалыптының жоғарғы шекарасы 50%-дан аспайды. Тропонин Т тұрақсыз стенокардиясы бар науқастардағы миокардтың зақымдалу маркері. Тропонин Т деңгейінің (0,55 – 3,1 мкг/л) жоғарылауы ұзақ немесе қысқа мерзімді болуы мүмкін. Жиі ақырғы 48 сағат ішінде тыныштық ұстамасы болған науқастарда кездеседі. Тропонин Т-нің жоғарылауы тұрақсыз стенокардиясы бар науқастардың болжамды мағынасы ЭКГ-дағы қарыншалық комплекстің соңғы бөлімінің өзгерісінің тіркелуімен тең.

ЭКГ өзгерістері:

Стенокардия ұстамасы кезіндегі ЭКГ өзгерістері миокард ишемиясы метаболизм бұзылысына байланысты. Осының арқасында миокардтағы биоэлектрлік процесстер бұзылысы іске асады – Т тісшесінің форма, амплитуда, полярлығының өзгерісіне соқтыратын реполяризация бұзылысы.

Аса айқын және ұзақ (бірақ қайтымды) ишемиялық өзгерістер миокард дистрофиясына әкеліп ишемиялық зақымдалуларды белгілейді, ол өз кезегінде ЭКГ-да ST сегментінің изолиниядан жоғары немесе төмен ығысуымен көрінеді.

Т тісшесінің өзгерісі ишемия орнына байланысты. Ерте және айқын ишемиялық өзгерістер субэндокардиальды қабатта дамיתыны баршамызға танымал. Ол ЭКГ-да жоғары үшкір соңы бар Т тісше (биік коронарлы Т тісше) ретінде сипатталады. Ишемияның субэпикардиальды аймақта орналасуында, сонымен қатар трансмуральды және интрамуральды ишемияда, теріс симметриялы Т тісше (теріс коронарлы Т тісше).

Стресс ЭхоКГ – коронарлы артерия жетіспеушілігін нақты анықтайтын әдіс. Оның мәні: добутамин, өңеш арқылы ЭКС немесе физикалық жүктеме арқылы жүрек соғу жиілігі артқанда сол қарынша сегментінің қозғалысына эхокардиографиялық баға беру.

Коронарлы ангиография: Бұл әдіс хирургиялық ем (тері арқылы транслюминальды коронарлы ангиопластика немесе АКШ) жайлы сұрақ қозғалғанда немесе аурудың қолайсыз болжамы бар науқастарға жүргізіледі. Ангиографиялық зерттеуде коронарлы артериялардағы тромб белгілерін (40% науқаста) және стенозын (40-60% науқаста) анықтауға болады. Сонымен қатар 15% науқастар гемодинамикалық болмашы коронарлы артерия стенозы (

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-әлеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

*1. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының (стенокардия, инфаркт миокарда (жедел коронарлық синдромы), артериалды гипертензия) өзекті мәселелері және медициналық – әлеуметтік көмектің тиімділігін жоғарлату жолдары./
Современные проблемы и пути повышения эффективности медико – социальной помощи при заболеваниях сердечно – сосудистой системы (стенокардия, инфаркт миокарда (острый коронарный синдром), артериальная гипертензия).*

артерия өзегінің 60 % -дан төмен тарылу) жағдайында болуы мүмкін, ол стеноз айқындылығына қарағанда фиброзды бляшка сипатының тұрақсыз стенокардия дамуын дәлелдейді.

Емдеу тактикасы

Ем мақсаты: симптомдарды басу, өмір сапасын жақсарту, емнің жанама әсерлері дамуының аз жиілігінде асқынулар жиілігі мен өлімді азайту.

Дәрі-дәрмексіз ем: жоқ.

Дәрі-дәрмектік ем: ангинаға қарсы және қанның қойылуына қарсы ем, майлардың деңгейін азайтатын ем, коронарлық қан ағымын жақсарту, жүрек қызметі жетіспеушілігінің алдын алу.

Ангинаға қарсы ем

β-блокаторлар – дәрілерді жүрек соғу жиілігін, АҚ-ны, ЭКГ-ні бақылап отырып мөлшерлеп беру. Бастапқы кезеңде нитраттар инфузия түрінде және ішу үшін беріледі, кейін нитраттар тек ішу үшін тағайындалады. Нитраттар аэрозоль түрінде және тіл астына ангиналық ауырсыну ұстамаларын басу үшін қажетті жағдайда ғана пайдаланылады.

β-блокаторларды қабылдауға қарсы көрсетілім болған жағдайда кальций антагонистері тағайындалады. Мөлшері жеке таңдалады.

Қанның қоюлануына қарсы ем ретінде барлық науқастарға аспирин тағайындалады, оның әсерін күшейту үшін клопидогрель тағайындалады.

Жүрек қызметі жетіспеушілігінің алдын алу үшін және оны емдеу үшін ИАПФ тағайындалады. Мөлшері гемодинамиканы есепке ала отырып таңдалады.

Қанның құрамындағы майды азайту емі (статиндер) барлық науқастарға тағайындалады.

Мөлшері майлар спектрі көрсеткішін есепке ала отырып таңдалады. Зәр айдаушы дәрі-дәрмектер тоқырау құбылыстарын емдеу және олардың алдын алу мақсатында тағайындалады. Жүрек гликозидтері – инотроптық мақсатпен тағайындалады.

Аритмияға қарсы дәрілер ритм бұзылған жағдайда ғана беріледі. Миокардта зат алмасу процесін жақсарту үшін триметазидин тағайындалады.

Профилактикалық шаралар: ЖИА қауіп қатер факторын жою - артериалды гипертензия, темекі шегу, дислиппротеинемия, артық дене саламағын азайту тек ЖИА профилактикасы емес, сонымен қатар ЖИА ары қарай өршуін алдын алады. Өмір сүру кестесін қалпына келтіру, еңбек, демалыс тәртіптерін қалыптастырып, психоэмоционалдық, стресстік жағдайларды азайтып, жұмысқа, жанұяға деген көзқарасты өзгертіп, шектелген физикалық күш түсіріп, гиподинамиямен күресті ұлғайтады. Осы ұсыныстарды орындағанда ЖИА өршу жиілігін төмендетеді.

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-әлеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

*1. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының (стенокардия, инфаркт миокарда (жедел коронарлық синдромы), артериалды гипертензия) өзекті мәселелері және медициналық – әлеуметтік көмектің тиімділігін жоғарлату жолдары./
Современные проблемы и пути повышения эффективности медико – социальной помощи при заболеваниях сердечно – сосудистой системы (стенокардия, инфаркт миокарда (острый коронарный синдром), артериальная гипертензия).*

Пайдаланған әдебиеттің тізбесі:

Аурулардың диагностикасы және емдеу хаттамалары (Приказы №764 - 2007, №165 - 2012)

Хаттаманы дайындау барысында пайдаланылған әдебиеттер:

1. Доказательная медицина - ежегодный справочник
2. Чучалин А.Г., Белоусова Ю.Б., Яснецова В.В., Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система) Выпуск У1 2005
3. Моисеев В.С., Сумароков А.В. Болезни Сердца
4. Окорочков А.Н. Лечение болезней внутренних органов

II. Жүрек - қан тамыр жүйесі ауруларының негізгі себептерін талдау (анализ) және бақылау (мониторинг)./

Анализ и мониторинг за основными причинами болезней сердечно-сосудистой системы.



**«ЖҮРЕК ҚАН ТАМЫР ЖҮЙЕСІ АУРУЛАРЫНЫҢ ҚАУІП-ҚАТЕР
ФАКТОРЛАРЫ ЖӘНЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК
АСПЕКТІЛЕРІ: МӘСЕЛЕЛЕРІ МЕН ШЕШІМДЕРІ». «ЖҮРЕК
МИОКАРД ИНФАРКТИСІ»**

«Жамбыл жоғары медициналық колледжі» ШЖҚ КМК

Жұмысты орындаған: Лескалиев Мирас Ерболатұлы

Мамандығы: Мейіргер ісі, 304 топ

*Жетекші: Жалпы патология пәні оқытушысы, «Нозология» ғылыми
үйірмесінің жетекшісі Септесін Гүлназ Қуанышқызы*

Ғылыми-зерттеу жұмысының негізі

2019 жылғы 26 желтоқсандағы № 982 қаулысымен Қазақстан Республикасы Үкіметімен «Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2020 – 2025 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасы» бекітілді. Бағдарламаның негізгі мақсаты- тұрғындарға сапалы және қолжетімді денсаулық сақтауды қамтамасыз ете отырып, халықтың саламатты өмір салтын ұстануын қалыптастыру және қоғамдық денсаулық қызметін дамыту; медициналық көмектің сапасын арттыру; денсаулық сақтау жүйесін орнықты дамыту.

Аннотация

Бұл ғылыми - зерттеу жұмысында қазіргі таңда халық арасында жиі кездесетін жүрек миокард инфаркты ауруының патологиялық жағдайы туралы айтылады. Сонымен қатар салауатты өмір салтын қалыптастыру және жүргізуде тұрғындардың жүрек-қан тамыр жүйесі ауруларының алдын-алу сауаттылық деңгейін көтеруге сипаттама беріледі. Халықаралық және республикалық тәжірибеге сүйене отырып, Тараз қаласының тұрғындары арасында жүректің миокард инфарктысына шалдығуына байланысты өмір сүру сапасы мен медициналық көмектің қол жетімділігі бағаланады.

Тақырыптың өзектілігі

Берілген тақырыптың өзектілігі салауатты өмір салтын сақтанудың қала тұрғындардың арасында көптеген аурулардың таралуының алдын алуда маңызды биологиялық және әлеуметтік мәселе екендігін мәлімдейді. Салауатты өмір салтын ұстану- халық денсаулығын нығайтуға, соның ішінде өсіп келе жатқан жеткіншектердің денсаулығын сақтауға септігін тигізетіндігіне сеніміміз мол. Қоғамдық профилактикалық режимді сақтаумен ғана тұрғындардың денсаулығын сақтау немесе жақсарту мүмкін емес. Қазіргі таңда, жүрек қан тамыр аурулары бойынша адам өлімінің себептері әлемнің көптеген дамыған елдерінде, өлім бойынша 1-ші орынға шығып отыр. Статистикалық мәліметтер бойынша Тараз қаласының тұрғындарының арасында жүрек қан тамыр ауруымен ауыратындардың саны жоғары.

Зерттеудің негізгі мәселесі:

1. Аумақтағы тұрғындардың арасында жүрек қан тамыр жүйесі ауруларының алдын алу және салауатты өмір салтын сақтанбау салдарынан туындайтын мәселелерді анықтау.
2. Жалпы патология пәнінде теория және тәжірибе сабағында алған «Жүрек қан тамыр жүйесі патологиясы» тақырыбы негізінде қарастырылған жүрек қан тамыр ауруларын іс-жүзінде анықтау және алдын алу. Жамбыл жоғары медициналық колледж студенттері және Тараз қаласының тұрғындары арасында салауатты өмір салты ұғымын қалыптастыру және білімді нығайту.

Жұмыстың мақсаты:

- Қала тұрғындарының арасында жүрек қан тамыр ауруларының деңгейін төмендету туралы жалпы білімді насихаттау;
- ауру туралы толық біліп, оның алдын алу- аурудың салдарымен күресуге қарағанда оңай екендігі туралы көзқарасты қалыптастыру;

Міндеттері:

1. Жүрек қан тамыр жүйесі ауруларының ішінде миокард инфарктісінің жиі кездесетін себептері және түрлері туралы мәліметтермен толық танысу;
2. Жүрек қан тамыр жүйесінің алдын алуға бағытталған профилактикалық жүйе құрастыру, қала тұрғындары және науқастардың арасында оқу - ағарту жұмыстарын жүргізіп отыру;
3. Қала тұрғындардың арасында жүрек қан тамыр жүйесі ауруларының белгілері бар науқастардың статистикасын шығарып, оған әсер еткен факторлар мен өмір сүру салтын анықтау;
4. Алынған нәтижелерді жүйелеу;

Зерттеу объектісі:

Тараз қаласының тұрғындары және Жамбыл облыстық ауруханасының науқастары.

Зерттеу әдістері:

- Сұрау (сауалнама, әңгіме жүргізу)
- Ақпараттармен жұмыс жасау
- Алынған мәліметтерге талдау және интерпретация жүргізу
- Ұсыныс тізімін құрастыру (брошурка)
- Қан қысымын, жүректің соғу ырғағын анықтау, жүректің соғу пульсын анықтау.

Жұмыстың теориялық және практикалық маңызы: Жүрек қан тамыр жүйесінің алдын алуға және студенттерге көмекші құрал ретінде пайдалануға, сонымен қатар Тараз қаласының тұрғындарының арасында салауатты өмір салтын сақтауға бағытталған арнайы жүйе ретінде пайдалануға болады.

Кіріспе

Көптеген инфекциялардың, улы заттардың, аллергиялық әсерлердің нәтижесінде дамиды жүрек бұлшықеттерінің қабынуын миокардит деп атаймыз.

Патологиялық анатомиясы. Миокардит нәтижесінде жүрек қуыстары кеңіп, тіні босап, кесіп қарағанда сарғыш-қоңыр түсте көрінеді. Осы сырқат ұзаққа созылғанда кеңіген қуыстарда тромбтар түзіліп, жүрек салмағы 1 килограмға дейін жетеді. Микроскоппен тексергенде миокардта әртүрлі дистрофиялық және қабынуға тән өзгерістерді көреміз. Аурудың жіті түрінде қабыну сінбелерінде эозинофилді лейкоциттер көп болса, оның созылмалы түрінде лимфоциттер, плазмалы клеткалар басым болады. Сонымен қатар миокард аралығында дәнекер тінінің көбейіп кеткендігі, ошақты немесе диффузды кардиосклероз дамығандығы байқалады. Ауру өлімі жүрек қызметінің нашарлауына немесе тромбоэмболияға байланысты болады.

Жүрек бұлшықетінің ишемиялық некрозының орталығы ретінде коронарлық айналымның өткір нашарлауының нәтижесінде **миокард инфарктісі** дамиды.

Оның негізгі пайда болу себебі болып көпшілік жағдайларда (90%-ға жуығы) тромбозбен ушыққан коронарлық артериялардың атеросклерозы есептеледі. Кейде миокардтың инфаркты коронарлық артериялардың спазмы нәтижесінде, кейде олардың тромбылардан үзілген эмболмен бітелуінен дамуы мүмкін. Адамда миокардтың инфаркты дамуына қолайлы жағдай болып тұқым қуалаушылыққа бейімділік, артериялық гипертензия, семіру, қантты диабет және аз қозғалыспен атқарылатын ой жұмысы, темекі шегу ж. б. есептеледі. **Патогенезі.** Атеросклероздық түйіндақтар тромбоз дамуына қолайлы ықпал етіп, коронарлық артерияларды тарылтатын немесе бітеп қалатын қан қатпарлары құрылуына әкеледі. Алғашқы 20 минут ішінде, пайда болған қан қатпарлары өз беттерінше ыдыратылып, коронарспазм тиылып, қан айналым қалпына келген жағдайда жүрек етінде қайтымсыз өзгерістер байқалмайды. Бірақ ишемия одан ұзақ болғанда жүрек жасушалары тіршілігін жоғалтады. Өйткені ишемияның нәтижесінде олардың мембраналарында май қышқылдарының асқын тотығуы қатты көтеріліп кетеді. Сонымен қатар, коронарлық тамырлардың жиырылуынан кейін миокардқа қанның (онымен бірге оттегінің) қайта түсуі кездерінде жасуша қабықтарында майлардың асқын тотығуы аса күшті дамидыны белгілі. Осы көрсетілгендердің нәтижесінде **миокардта ошақты** дистрофия және некроз дамиды.

ЗЕРТТЕУ ОБЪЕКТІСІ ЖӘНЕ ӘДІСТЕРІ

2.1. Зерттеу әдісінің сипаттамасы.

Зерттеу жұмысы Тараз қаласының тұрғындары және Жамбыл облыстық ауруханасында өтті. Экспериментке әр түрлі жас аралығындағы тұрғындар және жүрек ауруымен ауыратын науқастар қатысты. Барлығы 100 адам.

Зерттеу объектісі – оқытудың құрамдық бөлігі ретінде салауатты өмір салтын қалыптастыру мен аурудың ағзада өту процессін зерттеу арқылы тұрғындарға жүрек қан тамыр ауруларының алдын алу мақсатында.

Зерттеу IV кезең бойынша жүргізілді:

I кезең – Теориялық іздеу. Бұл кезеңде әдебиеттер зерттелді, проблемалық жағдайлар мен аурудың сипаты талданды. Типтік оқу бағдарламасына сәйкес құжаттарда көрсетілген ұғымдар талданды «жүрек қан тамыр ауруларының жүйесі құрылысы және қызметі», «жүрек қан тамыр ауруларының патогенезі» ұғымдарының құрылымы мен мазмұны ашылып, оның өлшемдері құрылды; зерттеудің мақсаттары, міндеттері мен гипотезалары анықталды; науқастардың аурудың алдын алу бағытында және аурудың адам организмінде қалай пайда болу себептері мен өту қарқынымен танысып, кардиолог мамандармен сұхбат жүргізілді. Зерттеу жүргізуге көмектесетін ерікті студенттер таңдалды. Аурудың статистикасына мән беріліп, мамандардан кеңес алынды. Аурудың патологиялық жағдайымен ғана емес, ауру этиологиясымен де күресу мақсатында қала тұрғындарының арасында ағарту жұмыстары жүргізілді, адам ағзасында болатын сан алуан аурулардың организмге тигізетін әсерлерін білу мақсатында жалпы патология пәнінің рөлі зерттелді.

II кезең. Зерттеуге 100 адам қатысты. Олар Тараз қаласының тұрғындары және Жамбыл облыстық ауруханасындағы жүрек қан тамыр ауруымен ауырып жатқан науқастар. Зерттеу 2021 жылдың ақпан айынан 2021 жылдың сәуір айына дейінгі кезеңді қамтыды.

Сондай-ақ, Жамбыл жоғары медициналық колледжінің оқытушылары мен студенттері және Жамбыл облыстық ауруханасының науқастары арасында жүрек қан тамыр аурулары соның ішінде миокард инфарктісінің алдын алу үшін сауалнама жүргізілді.

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-әлеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

II. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының негізгі себептерін талдау (анализ) және бақылау (мониторинг). / Анализ и мониторинг за основными причинами болезней сердечно – сосудистой системы.



III кезең - аналитикалық – зерттеу деректерін жүйелеу мен жалпылауға, тұжырымдарды нақтылауға, зерттеу нәтижелерін тіркеуге, кесте құруға арналған.

IV кезең – жалпы патология пәнінің теориялық және практикалық бөлімдерінің мазмұнымен байланысты болған жүрек қан тамыр жүйесінің патологиясы ұғымына толық анықтама беріліп, науқастардың ауру тарихының көшірмелері алынды және Денсаулық сақтау басқармасынан жүрек қан тамырлар жүйесінің сырқаттылығы мен өлім-жітім көрсеткіші алынып, дәрігерлердің нақты кеңесі бойынша аурудың пайда болу және организмдегі патологиялық процестің өту барысы зерттелді.

Тараз қаласы бойынша жүрек қан тамыр ауруларының статистикалық мәліметтері . (ҚР бойынша статистикалық мәліметтері)

Миокард инфарктісі кардиологиялық реанимацияда шұғыл ауруханаға жатқызудың көрсеткіші болып табылады. Өз уақытында көмек көрсетпеу өлімге әкелуі мүмкін. 40 жастан 60 жасқа дейінгі миокард инфарктісі ер адамдарда 5 есе көп кездеседі, әйелдерге қарағанда. 55-60 жастан кейін екі жыныстағы адамдар арасында да бірдей жағдай орын алады. Миокард инфарктісіндегі өлім-жітім 30—35% құрайды.

[Уикипедия] — ашық энциклопедиясынан алынған мәлімет

Қазіргі таңда жүрек қан тамыр аурулары өте көп ұшырасады, әсіресе жастар мен еңбекке қабілетті адамдардың арасында жиі кездеседі. Бұл дегеніміз тек медицинаға ғана тиесілі проблема емес, сондай-ақ әлеуметік маңызы зор мәселе болып табылады.

2018-2020 жылдар аралығындағы ЖМИ бойынша аурушандық көрсеткіші

Жүрек миокард инфарктісі			
	2018	2019	2020
Жамбыл облысы	43,3	43,5	32,6
Тараз қаласы	64,0	62,9	38,5

Ескертпе: Мәлімет "Белгіленген диагнозбен алғаш рет тіркелген аурулар саны туралы есеп" 56 формадан алынды

2020 жылы ЖМИ бойынша аурушаңдық 100 мың халыққа есептегенде облыс бойынша барлығы 32,6 (2019 жылы 43,5) Тараз қаласы бойынша 38,5 (2019 жылы 62,9)

Қала бойынша және облыс бойынша жалпы төмендеу байқалады

2018-2020 жылдар аралығындағы ЖМИ бойынша өлім көрсеткіші

	2018	2019	2020
Жамбыл облысы	4,9	6,5	5,9
Тараз қаласы	4,8	11,7	11,4

Ескертпе: Мәлімет «Статистика департаментінен» алынды

ЖМИ бойынша өлім көрсеткіші 100 мың халық санына есептегенде облыста– 2019 жылы – 11,7 2020 жылы – 11,4. Тараз қ. бойынша көрсеткіш 2020 жылы- 11,4 2019 жылы – 11,7

2019 жылдың ЖМИ бойынша жас ерекшеліктеріне байланысты өлген науқастардың құрылымы

Жасы	ЖМИ			
	2018	%	2019	%
18 жасқа дейін	0	0,0	0	0,0
18 жастан 45 жасқа дейін	3	6,7	2	4,5
46 дан 60 жасқа дейін	15	7,0	6	3,8
61 ден 65 жасқа дейін	7	6,1	4	4,3
66 дан 70 жасқа дейін	12	7,5	17	12,1
71 ден 75 жасқа дейін	7	8,3	3	3,6
75 жастан жоғары	12	5,8	7	4,6
Барлығы:	56	6,8	39	5,7

Ескертпе: Мәлімет «ҚАЖА бойынша өлім мониторингі» Порталынан алынды

2.2. Материалдар мен зерттеу әдістері

Бүгінгі таңда қала тұрғындардың арасында аурудың таралу деңгейін анықтауға және оның алдын алуға бағытталған көрсеткіштерін динамикалық бағалаудың әртүрлі әдістері бар, мысалы біздің жұмысымызда алынған

нәтижелерді талдау әдісі жүрек ауруымен ауыратын науқастардың өз денсаулығын сақтау туралы хабардар болу деңгейінің жеткіліксіздігін және олардың өмір сүру салтындағы жағымсыз тенденцияларды анықтауға мүмкіндік берді.

Науқастардың ауру тарихының көшірмелері арқылы жүрек қан тамыр аурулары кезінде науқастардың шағымы, жалпы жағдайы, тексеру нәтижесіндегі ағзадағы өзгерістер, емдеу жоспары, электрокардиографиялық, эхокардиографиялық, рентгенограммалық зерттеуі қарастырылды. Сонымен қатар, халықтың денсаулық деңгейінің тұрақты төмендеуіне, оның «күнсыздануына» байланысты соңғы жылдары инновациялық қызметтің осы бағыты шеңберінде білім беру мен тәрбиелеу жағдайында қала тұрғындарының өз денсаулығын сақтау мен нығайту бойынша айтарлықтай теориялық материалдар және практикалық педагогикалық тәжірибелер жинақталды.

ЖҰМЫС НӘТИЖЕЛЕРІ

Зерттеудің алғашқы бөлімінде жалпы патология пәнінен алған мәліметтерге негізделген білімді пайдалана отырып, Тараз қаласындағы аурудың көрсеткішін жүйелі түрде бақылау мен бағалауға мүмкіндік беретін сұрақтар тізімі құрастырылды. Алғашқы тапсырма орындалып, сауалнама сұрақтары толық дайын болғаннан кейін, тұрғындардың және Жамбыл жоғары медициналық колледжі студенттеріне аурушандықтарын бағалауға мүмкіндік туды. Алғашқы жүргізген сауалнама нәтижесі көрсеткендей, 2020-2021 жылдың басында қала тұрғындарының арасында көбісінде дерлік жүрек қан тамыр жүйесі ауруларының белгілері анықталды.

Жалпы патология пәні үйрететін жүрек қан тамыр жүйесі ауруларының сипаты мен белгілерін ажырата алумен қатар, оның алдын алуда тиімді іс-шаралар құрастыруды үйрендік. «Мейіргер ісі» мамандығы бойынша жалпы патология пәні - аурулардың пайда болуы, даму үрдісі мен нәтижесін көрсететін теориялық және практикалық ережелерді қамтитын кешенді ғылым.

Мүгедектік пен өлім оқиғаларының басым бөлігін еңбек етуге қабілетті жастағы тұлғалар құрайды. Ресми статистикалық деректі материалдар бойынша сырқаттылық, мүгедектік және өлім оқиғалары адамдардың жастық-жыныстық ерекшеліктеріне және атқаратын кәсібіне қарамастан ұлғая түсуде.

Жүрек қан тамырлар аурулары, соның ішінде миокард инфарктысы көбінесе еңбекке қабілетті жастағы адамдардың өлуінің және олардың мүгедектікке ұшырауының негізгі себебі болып табылып отыр. Миокардтың жіті инфарктысының таралу деңгейі Тараз қаласы бойынша 2020 жылы 38,5 құрайды. Көптеген зерттеу нәтижелеріне қарағанда қала тұрғындарының миокард инфаркт ауруына шалдығу деңгейі айтарлықтай жоғары болып шықты

ҚОРЫТЫНДЫ

Жүрек қан тамыр аурулары оның ішінде жедел миокард инфарктісін зерттеу барысында қауіп төндіретін барлық факторларды есепке ала отырып, қала тұрғындары бұл ауруға жиі шалдығатынын анықталды. Жедел миокард инфарктысына қауіпті топтың бірі зейнеткерлер болып қалыптасқан. Сонымен қатар жедел миокард инфарктысына аурушандықтың, зиянды себептердің, әртүрлі әлеуметтік және жастық-жыныстық себептердің таралу деңгейі айтарлықтай жоғары.

2019-2020 жылдар аралығында ЖМИ бойынша өлім – жітім көрсеткіші.

№		Емделген науқастар		Өлген науқастар	
		ЖМИ		ЖМИ	
		2019	2020	2019	2020
	Барлығы Тараз қаласы бойынша	675	639	45	48

Ескертпе: Мәлімет «СНЭТ» Порталынан алынды

Осылайша 2020 жылдың 30 қарашаға:

1. 100 мың халық санына есептегенде емделген науқастар бойынша 2019 жылы – 675; 2020 жылы – 639.
2. 100 мың халық санына есептегенде өлген науқастар бойынша 2019 жылы – 45; 2020 жылы – 48.

Жоғарыда айтылғандарды қорыта келе, дені саудың жаны сау демекші Елбасы Н.Ә.Назарбаев өз жолдауында айтқандай «Адам денсаулығы-қоғамның байлығы. Қазақстанда тұратын әрбір азаматтың хал-ахуалы жақсы, денсаулығы мықты болу керек».

Осы жасаған зерттеу жұмысы бойынша менің ұсынысым:

1. Жүрек миокард инфарктысына шалдыққан тұрғындардың арасында әлеуметтік-экономикалық шараларды жетілдіру керек.
2. Осы науқастарға көрсетілетін білікті және жоғары технологиялық кардиохирургиялық көмектің қол жетімділігі мен сапасын барынша арттыруға жол ашу қажет.
3. Жалпы салауатты өмір салтын ұстану қажет.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1. Издибаев Н.Е. Жүрек ишемиясы ауруына байланысты уақытша еңбекке жарамсыздықты бағалау (Шымкент мұнай зауыты мысалында): дис. ... канд.мед.наук - Шымкент, 2016. - 78 с.
2. Тоқбергенов А.М. Ауыл тұрғындарының арасындағы қан айналым жүйесі ауруларының медициналық-әлеуметтік қырлары және олардың алдын алу шаралары (Төлеби ауданы мысалында): дис. ... канд.мед.наук - Шымкент, 2016. - 62 с.

3. Булешов М.А., Каусова Г.К., Ембердиев А.У., Булешова А.М., Сарсенбаева Г.Ж. «Рекомендации по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи населению крупных сельских административных районов на примере скорой и неотложной медицинской помощи» // «Вестник» ЮКГФА Республиканский научный журнал. - 2013. - №3(64). - С. 47-50.
4. Жауғашты Ахметов «Патологиялық анатомия» Алматы 2010ж
5. Әділман Нұрмахамбетұлы «Патофизиология» Алматы 2007ж.
4. Назарова, Е.Н. Здоровый образ жизни и его составляющие / Е.Н. Назарова, Ю.Д.
5. А.Ю. Бейсенбаев, Д.Д. Жандарбекова, Г.А. Кожабекова. Дұрыс тамақтану негіздері: оқу құралы. – Қарағанды: «АҚНҰР баспасы». – 2016. – 208 бет.
6. Қазақстан жаһандық тамақтану мәселелері аясында (Т. Шарманов, Алматы, 2000 ж);

1 қосымша

Жүрек қан тамыр ауруларымен ауыратын науқастарға сұрақ қою арқылы және жүрек қан тамыр ауруының өршуіне әсер ететін себептерді анықтау үшін науқастардың арасында сауалнама жүргізу.

Сауалнамаға қатысқаныңызға рахмет!

Ендеше төмендегі сұрақтарғы «Иә», «Жоқ», «Білмеймін» деген сұрақтар тұсына, берілген сұрақтарға сәйкес «+» белгісін қою арқылы жауап беруіңізді сұранамыз!

Сауалнамаға қатысқаныңызға рахмет!

<i>№</i>	<i>Сұрақтар</i>	<i>Иә</i>	<i>Жоқ</i>	<i>Білмеймін</i>
1	Сіз салауатты өмір салтын ұстанасызба?	+		
2	Сізде жүректің тұсында ауырсыну сезімі бола ма?			
3	Сіз нитроглицерин қолданасыз ба?			
4	Сіз тыныштық, жүру, физикалық күш түскенде енгігесіз бе?			
5	Сіз тәулігіне 2 литр су қабылдайсыз ба?			
6	Соңғы кезде сіз ішіңіздің, жалпы салмағыңыздың ұлғаюын байқадыңыз ба?			
7	Кешке аяқ- киім тығыз болмайма,			
8	аяғыңыз ісінбейді ме?			
9	физикалық жүктеме кезінде бас ауруын сезінесізбе?			
10	Сіз қан қысымыңызды бақылайсыз ба?			
11	Сіз медициналық, кардиолог- дәрігердің көмектерін жиі талап етесіз бе?			
12	Туысқандардың ішінде осы аурумен біреу ауыра ма?			
13	Қауіп факторларын анықтау, оларға жатады			

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-әлеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

II. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының негізгі себептерін талдау (анализ) және бақылау (мониторинг). / Анализ и мониторинг за основными причинами болезней сердечно – сосудистой системы.

14	Зиянды әдеттерге құмарсыз ба			
15	Спортпен шұғылданасыз ба			
16	күйзеліске жиі ұшырайсызба			
17	Қаншалықты дұрыс тамақтанасыз			
18	Ауырып бастаған уақыттан салмақ қосылды ма			
19	АҚ қаншалықты жиі жоғарылайды ма			
20	Ауырғанда шаншыйдыма			
21	Түнде кеуде тұсы ауырады ма			
22	Түнде ауа жетіспегеннен оянасызба			
23	Жүрегіңіздің ауруына басқада заттар әсер еттіме			
24	Кеуде тұсыңыз ауырама			
25	Пайда болу себебі және жиілігі-қандай жағдайда пайда болады			
26	Кәсіптік қолайсыздық шамадан тыс жүктеме орын алады ма			
27	Әлеуметтік және тұрмыстық жағдайыңыз			
28	Басқада ағзаңыздың деттері бар ма			
29	Ауырмас үшін жастарға беретін кеңесіңіз			
30	Жүрек айну, құсу сезімдері жиі болады ма?			

1 қосымша

Сауалнама жауаптарына қарай келесі мәліметтерді анықтауға болады:

Мұндағы «Иә»-3 балл, «Жоқ»-2, «Білмеймін»-1 балл арқылы есептелінді.

1-30 балл- Сіздің жүрек қан тамырлар жүйесі аурулары бойынша білімділік деңгейіңіз өте төмен. Жүрек қан тамыр жүйесі аурулары себептері, өту механизмі және аурудың алдын алу іс-шаралары жөнінде ақпарат ізденгеніңіз абзал. Денсаулығыңызға аса көңіл бөліңіз.

30-50 балл – Сіздің жүрек қан тамыр ауырлары жүйесі бойынша білімдеңгейіңіз жақсы, тек салауатты өмір салтын ұстанып кейбір зиянды әдеттерден арылып. Жақсы әдеттерді қалыптастырыңыз.

50-65 балл –Жүрек қан тамыр аурулар жүйесінің қызметі бұзылысының орташа деңгейі байқалады. Жүрек қан тамырлар жүйесі аурулары байқалады, патологиялық өзгерістер бар. Дәрігерден кеңес алуыңыз қажет. Салауатты өмір салтын ұстанып, дәрілеріңізді уақытылы ішіңіз.

65-90 балл –жүрек қан тамырлар ауруларының, соның ішінде миокард инфарктысының айқын көрінісі мен сипаты байқалады. Өмір сүру салтыңызды түбегейлі өзгертіп, тез арада дәрігерден кеңес алып, салауатты өмір салтын ұстаныңыз.

2-қосымша Ұсыныс тізімін құрастыру (брошурка)

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-әлеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

II. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының негізгі себептерін талдау (анализ) және бақылау (мониторинг). / Анализ и мониторинг за основными причинами болезней сердечно – сосудистой системы.



Тақырыбы: «Жүрек қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп-қатер факторлары және медициналық-әлеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» «Жүрек миокард инфарктісі»



Алғашқы белгілері:

- Физикалық жүктемеден кейінгі еңтігу;
- Артериалды қысымның артуы, кант диабеті;
- қозғалыс бәсендігі;
- Кеуде тұсының ауырсынуы;
- Жүрек қағысының өзгерісі;
- Аяқ-қолдың ісінуі;
- Артық салмақтың күрт өсуі немесе төмендеуі;

Алдын-алу:

- Салауатты өмір салтын ұстану
- темекіден бас тарту қажет;
- Тиімді тамақтану;
- Артық салмақпен күресу;
- Зиянды әдеттерден аулақ болу;
- Күйзелістік жағдайлардан сақтану;
- Артериалды қан қысымын жиі өлшеп тұру;
- Қан құрамындағы холестеринді анықтап отыру;

Егер осы аталғандардың қандай да бір тармақшасы сізде байқалса, онда бірден жүрегіңіздің ахуалына назар аударуыңыз қажет!

СТУДЕНТТЕРДІҢ ЖҮРЕК - ҚАН ТАМЫРЛАРЫ АУРУЛАРЫНЫҢ ҚАУІП ФАКТОРЛАРЫН АНЫҚТАУ

Жеңісова Аружан Ердосқызы

Қасым Қарлығаш Мұратқызы

Ғылыми жетекші: Сексенбай Заманбек Нұрланұлы

Баишев жоғарғы медициналық колледжі, college-abuk01@mail.ru

Ақтөбе қ., Қазақстан Республикасы

Өзектілігі. Мүгедектіктің кең таралуы мен ерте дамуына байланысты жүрек-қан тамыр жүйесі аурулары қазіргі медицинаның негізгі мәселесі болып табылады. Бұл аурулардың жас адамдарда жиі диагноз қойылатындығы алаңдатады. Қазіргі уақытта жастар арасында жүрек-қан тамырлары ауруларының таралу үлесінің артуына байланысты, жастар арасында жүрек-қан тамырлары ауруларының алдын-алу ерекше назар аударуды қажет етеді. Жүрек-қан тамырлары ауруларының пайда болу көздері әлі жас және жасөспірім жаста екенін ескере отырып, алдын-алу шараларын адамдардың бағытталған контингентіне (студенттер, оқушылар) байланысты жүргізген жөн.

Зерттеу мақсаты. Жас адамдарда жүрек-қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп факторларын анықтау.

Зерттеу материалдары мен әдістері. Баишев жоғарғы медициналық колледжінің 1-3 курстарының 48 ер студентіне кешенді және клиникалық-аспаптық тексеру жүргізілді. Студенттердің дене салмақ индексі (ДСИ), бел шеңбері және тобық-иық индексі (ТИИ) анықталды. Алынған нәтижелерді статистикалық өңдеу STATISTICA10 статистикалық бағдарламалар пакетін қолдану арқылы жүргізілді. Сипаттамалық статистика сенімділік аралықтарын есептеумен жүргізілді.

Зерттеу нәтижелері. Тексерілушілердің орташа жасы $20 \pm 2,4$ жасты құрады. Антропометриялық зерттеулердің нәтижелері келесідей болды: Биіктігі $-175,8 \pm 6,3$ см, салмағы $- 65,8 \pm 9,4$ кг. ТИИ – бұл білек артерияларындағы систолалық қысымның иық артерияларындағы систолалық қысымның шамасына қатынасын көрсететін көрсеткіш. Дені сау адамдарда білектерге систолалық қысым әрқашан қолдарға қарағанда біршама жоғары болады. ТИИ қалыпты көрсеткіштері 1,1-1,29 болып саналады. Зерттеуде 83% - да бұл көрсеткіш қалыпты болды. Қалыпты критерийлердің төменгі шегі 1-1,09, зерттеуде 9% болды. 0,9-дан 0,99-ға дейінгі көрсеткіштер шекаралық төмендеу болып саналады (6% - да), ал 0,9-ға дейінгі көрсеткіштер шеткергі артериялар ауруларының болуын көрсетеді (2%). ТИИ патологиялық деңгейі перифериялық артериялардың айқын өзгерістерін ғана емес, сонымен қатар жүрек-тамыр ауруларының дамуына әсер етуі мүмкін бастапқы өзгерістерді де көрсете алады. ДСИ анықтау зерттелгендердің 10% - ында салмақтың жетіспеушілігі, ал 17% - ында артық салмақ бар екенін көрсетті. 73% - да бұл көрсеткіш қалыпты болды. Сондай-ақ, іштің көлемін зерттеу кезінде аздап ауытқулар байқалды.

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-алеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

II. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының негізгі себептерін талдау (анализ) және бақылау (мониторинг). / Анализ и мониторинг за основными причинами болезней сердечно – сосудистой системы.

Зерттелгендердің 6%-ында тері астындағы майдың арқасында іштің ұлғаюы анықталды.

Қорытынды. Бұл зерттеу Баишев жоғары медициналық колледжі студенттерінде жүрек-қан тамырлары ауруларының кейбір факторлары бар деген қорытындыға келді, олар әрі қарай зерттеуді қажет етеді.

ФАКТОРЫ РИСКА БОЛЕЗНЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ. СТРАТЕГИИ СНИЖЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА.

Таштанова Луиза

Научный руководитель: Аттוקурова А.Э.

Международный Университет им. К.Ш. Токтомаматова

Международный медицинский колледж, doctor.attokurova@gmail.com

Г. Жалал-Абад, Кыргызская Республика

Аннотация

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) занимают львиную долю причин смерти среди всех остальных нозологий. В данной статье рассмотрены факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, влияние каждого фактора на систему кровообращения, стратегии снижения распространенности поведенческих факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, факторы риска, артерии, стратегии, профилактика.

Сердечно-сосудистые заболевания – это группа заболеваний, при которых наблюдается патология сердца и кровеносных сосудов. К ним относятся атеросклероз, являющийся неотъемлемой составляющей поражения артерий и внутренних органов на его основе, ИБС, инфаркт миокарда, врожденные и приобретенные пороки сердца, гипертоническая болезнь (ГБ) и многие другие.

Основные факторы риска ССЗ делятся на модифицированные и немодифицированные [1, с 300-310]

1. Немодифицированные (неизменяемые) ФР:

- пол (мужской),
- возраст старше 50-60 лет,
- отягощенная наследственность.

2. Модифицированные (изменяемые) ФР:

- дислипидемии;
- АГ;
- курение;
- ожирение;
- нарушения углеводного обмена (гипергликемия, сахарный диабет);
- гиподинамия;
- нерациональное питание и др.

Дислипидемия. В развитии дислипидемии наблюдается повышение концентрации атерогенных липидов в крови (ЛПНП и ЛПОНП, триглицеридов). Содержание общего холестерина (ОХ) считается «желанным» при значениях 5,2 ммоль/л. [1, с 301].

Артериальная гипертензия. АГ это повышение уровня артериального давления выше 140/90 мм.рт.ст. Данная патология может быть как

проявлением, так и осложнением уже имеющихся кардиоваскулярных заболеваний.

Стратегии по снижению потребления соли могут изменить распределение артериального давления среди населения таким образом, чтобы снизить сердечно-сосудистый риск .[3]

Курение. Риск развития сердечно-сосудистых заболеваний у курящих примерно в 2–3 раза выше, чем у некурящих. Как показали современные исследования, курение прежде всего ассоциируется с дисфункцией эндотелия, являющейся пусковым фактором развития и прогрессирования атеросклероза. Кроме того, курение оказывает обратимое протромботическое влияние, повышая уровень фибриногена в крови и адгезию тромбоцитов, приводит к снижению уровня ЛВП и повышению тонуса сосудистой стенки. Доказано, что прекращение курения может привести к снижению риска обострения ИБС в течение 1 года на 50%. [1, с307].

Согласно оценкам, курение табака является причиной примерно 10% случаев ССЗ.[2]

Ожирение. Ожирение является не только самостоятельным и независимым ФР атеросклероза и других сердечно-сосудистых заболеваний, но и, возможно, одним из пусковых механизмов других ФР, например АГ, ГЛП, инсулинорезистентности и сахарного диабета. Ожирения, инсулинорезистентности, гипертриглицеридемии и АГ- “смертельный квартет”(N.M.Kaplan) [1, с309].

Сахарный диабет. Как показала практика, сахарный диабет-это не только сопутствующая патологии ССЗ, усугубляющая тяжесть последних, но и порой является и триггерным фактором в развитии данной патологии. Сахарный диабет диагностируется при повышении уровня гликированного гемоглобина выше 6,0%.

В 2008 г. распространенность сахарного диабета в мире оценивалась в 10 % [3].

Гиподинамия. Гиподинамия-малоподвижный образ жизни, способствующий торможению обмена веществ, неадекватному функционированию систем, регулирующих деятельность сердечно-сосудистой системы(ССС). Гиподинамия неразрывно связана с неправильным, нерациональным питанием, которое характеризует употребление продуктов с высоким содержанием животного жира. Последние приводят к нарушению регуляции липидного обмена печенью, что приводит к накоплению атерогенных липидов в крови и тем самым усугубляет тяжесть сердечно-сосудистых заболеваний(ССЗ).

В настоящее время разработаны многочисленные группы препаратов, успешно применяемые при лечении и профилактики ССЗ. Однако медикаментозная терапия, вторичная профилактика при отсутствии или даже

некорректном выполнении немедикаментозной терапии и первичной профилактики будет мало эффективной, больше даже не эффективной.

Основные стратегии профилактики поведенческих факторов риска[5]:

Популяционная: изменение образа жизни, экологической обстановки, пропаганда здорового образа жизни.

В ряду наиболее действенных мер – принятие законодательно-правовых актов, таких как запрет на употребление табачных изделий и алкоголя в общественных местах (за исключением специально отведенных); запрет на продажу табачной и алкогольной продукции лицам, не достигшим 18 лет; запрет на продажу алкогольной продукции в вечерние и ночные часы; запрет на рекламу табачных изделий, алкоголя, нездорового питания в средствах массовой информации (СМИ); повышение цен на табачную и алкогольную продукцию за счет налогово-аксцизных мер; унификация упаковки и маркировки продуктов питания с указанием всех ингредиентов продукта, включая содержание соли и натрия, в четком и правдивом виде и др.[4]

Стратегия высокого риска: превентивные меры, направленные на снижение уровня факторов риска ССЗ. Эти направления профилактики должны взаимно дополнять друг друга.

По данным анкетирования среди больных отделения терапии Жалал-Абадской Областной клинической больницы была выявлена слабая осведомленность пациентов о всех возможных влияниях факторов риска ССЗ. Среди этих больных были больные с отсутствием понимания пагубного влияния поведенческих факторов риска и недооцениванием о всех возможных осложнениях и следствиях.

Таким образом, по причине низкой осведомленности населения о всех возможных следствиях поведенческих факторов риска, вопрос и актуальность данного раздела остается открытым. По данной причине необходимо увеличить радиус выполнения санитарно-просветительных работ работникам здравоохранения, в частности первичному звену, куда относятся ГСВ, ФАП, ЦСМ. Также необходим четкий надзор над выполнением рекомендаций немедикаментозной терапии по снижению поведенческих факторов риска ССЗ.

Список литературы:

1. Г.Е.Ройтберг А.В.Струтынский. Внутренние болезни(сердечно-сосудистая система).
2. World Health Organization. Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, WHO, 2009.
3. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva, WHO, 2010

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-әлеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

II. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының негізгі себептерін талдау (анализ) және бақылау (мониторинг). / Анализ и мониторинг за основными причинами болезней сердечно – сосудистой системы.

4. Национальная рекомендация «Кардиоваскулярная профилактика 2017»-Москва, 2017

<https://www.dzhmao.ru/spez/RKO/rec2017kardProf.pdf>

5. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний [электронный ресурс]//URL:<http://www.cardio.by/profilaktika-serdechno-sosudistih-zabolevaniy>

«ФАКТОРЫ РИСКА И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ БОЛЕЗНЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ: ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ»

Учреждение «Талгарский медицинский колледж»

Руководитель: Досбаева Диана Женисовна, доктор Phd, врач кардиолог высшей категорий, преподаватель специальных дисциплин.

Участники конференции: Фаст Оксана Владимировна, Шекарова Ксения Станиславовна

4 курс «Лечебное дело», 402 группа

Мировая проблема

Категория «сердечно-сосудистые заболевания» включает в себя ряд патологических состояний, при которых по тем или иным причинам нарушается, снижается или полностью перекрывается кровоток в сосудах, обеспечивающих нормальную деятельность сердца, работу мозга, лёгких и конечностей. Во всём мире эти болезни сейчас составляют ведущую причину смертности.

Заболевания поражающие сердце и кровеносные сосуды

⊙ Болезнь сосудов, которые снабжают кровью мышечную ткань сердца, то есть, ишемическая болезнь сердца (ИБС). Она составляет главную причину инфарктов.

⊙ Болезнь кровеносных сосудов, питающих головной мозг. Приводит к инсультам.

⊙ Болезнь периферических сосудов, которые обеспечивают приток крови к рукам и ногам.

⊙ Вызванный стрептококковой инфекцией ревмокардит — воспалительный процесс в сердечной мышце и клапанах сердца.

⊙ Патологии строения сердца, которые отмечены с рождения, то есть, врожденные пороки сердца.

⊙ Формирование тромбов. Они по кровеносному руслу могут переноситься к сердцу и легким, перекрывая внутренний просвет сосудов, питающих эти жизненно важные органы. Такое патологическое состояние характеризуется как тромбоз глубоких вен и эмболия легких

Почему проблема сердечно-сосудистых заболеваний вышла на мировой уровень?

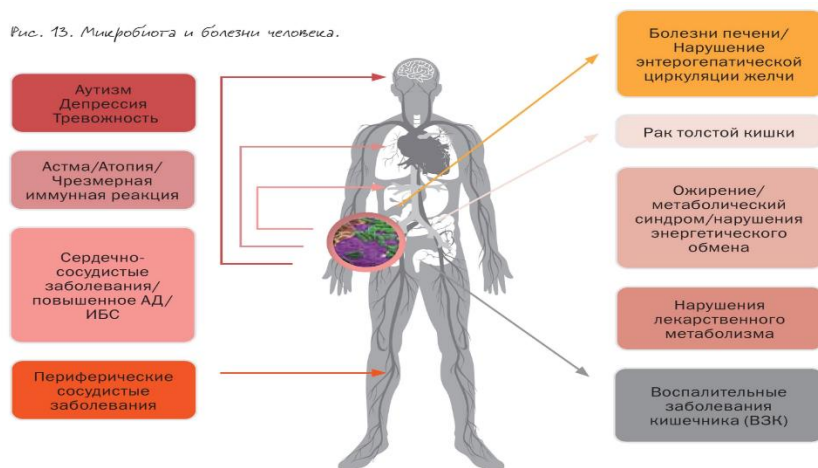
Факторы риска

- Нарушение микробиоты кишечника

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-алеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

II. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының негізгі себептерін талдау (анализ) және бақылау (мониторинг). / Анализ и мониторинг за основными причинами болезней сердечно – сосудистой системы.

Рис. 13. Микробиота и болезни человека.



Факторы риска

- ⊙ -Гипергомоцистеинемия

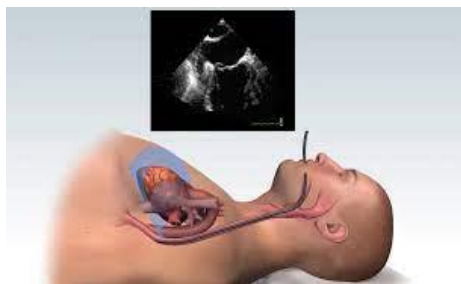
Последствия гипергомоцистеинемии



Факторы риска

- ⊙ -возраст
- ⊙ -курение
- ⊙ -малоподвижный образ жизни
- ⊙ -артериальная гипертензия
- ⊙ -сахарный диабет 2 типа
- ⊙ -отягощенная наследственность
- ⊙ -абдоминальное ожирение
- ⊙ -незнание и упущение первых симптомов

Проблемы и решения Сердечно-сосудистых заболеваний.



По статистике Всемирной организации здравоохранения, 31% всех случаев смерти в мире приходится на сердечно-сосудистые заболевания.

Важное значение в профилактике имеет **правильное питание**. Достаточное потребление фруктов и овощей предупреждает развитие ожирения и нарушений метаболизма в организме. Также важно сокращать потребление соли и увеличивать физическую активность.

► *Существуют ли сердечно-сосудистые заболевания, которым больше подвержены мужчины или женщины?*

► Болезнь не выбирает. Но, например, ишемическая болезнь сердца раньше развивается у мужчин – с 40-45 лет, а у женщин она чаще встречается с 55-60 лет, артериальная гипертензия чаще у женщин чем у мужчин. Однако при наследственных нарушениях липидного обмена, при повышении холестерина смерть от инфаркта миокарда или инсульта возможна и в 18-20 лет. Поэтому особенно тщательно за своим здоровьем должны следить люди, в семьях которых были случаи ранней сердечной смерти, поскольку у них возможна генетическая предрасположенность.

Микрофлора

► Заниматься крайне важно **микробиотой кишечника** многое зависит от нее, в том числе и как работает ССС.

► Обязательно определяют микрофлору кишечника, каких бактерий больше плохих или хороших. Витамины которые мы получаем с пищей нам не хватает или же они не всасываются. Именно поэтому нужно подавлять плохих бактерий, только тогда будет всасываемость витаминов чтобы препятствовать таким заболеваниям.



Гипергомоцистеинемия

патологическое состояние когда избыток гомоцистеина в организме . Он способствует образованию бляшек ,что приводит к атеросклерозу сосудов .

Уровень гомоцистеина часто повышается при сидячем образе жизни.

Потребление небольших количеств алкоголя может снижать уровень гомоцистеина, а большие количества спиртного способствуют росту гомоцистеина в крови.

► Уровень гомоцистеина в крови может повышаться по многим причинам. Самыми частыми причинами повышения уровня гомоцистеина (гипергомоцистеинемии) являются витаминдефицитные состояния. Особенно чувствителен организм к недостатку [фолиевой кислоты \(В9\)](#) и витаминов В1, В6 и В12¹¹.

► Предполагается, что повышенную склонность к гипергомоцистеинемии имеют курящие. Потребление больших количеств [кофе](#) является одним из самых мощных факторов, способствующих повышению уровня гомоцистеина в крови. У лиц, выпивающих более 6 чашек кофе в день, уровень гомоцистеина на 2-3 мкмоль/л выше, чем у не пьющих кофе.

Психосоматика сердечно-сосудистой системы

► Психическая сфера так же определяет функции сердца и сосудов, как и соматическая. Активность и покой, сон или бодрствование, выраженные внешне или подавленные чувства связаны с различными состояниями системы кровообращения.

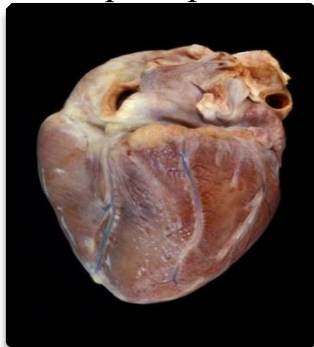
► Несмотря на то, что изменения работы сердца в равной степени проявляются и при положительных, и при отрицательных чувствах (при этом происходит выброс адреналина и это вызывает сужение сосудов, учащение пульса и усиление сокращения миокарда), к патологическим нарушениям в сердечно-сосудистой системе приводят отрицательные чувства, формируя хроническое напряжение.

► Психосоматический компонент в первую очередь характерен для следующих заболеваний сердечно-сосудистой системы:

- артериальная гипертония; ишемическая болезнь сердца;
- нарушения сердечного ритма;
- сердечный невроз страха.

Избыток или недостаток многих гормонов способен приводить к сердечно-сосудистым заболеваниям. Из всех случаев артериальной гипертонии 2,5-5% обусловлены гормональным дисбалансом. Повышенная функция щитовидной железы является одной из основных причин развития мерцательной аритмии (фибрилляции предсердий), которая сопровождается развитием тромбозов сосудов с угрозой инфаркта и инсульта. Повышение уровня гормонов надпочечников и гипоталамуса способствует развитию гипертонии, ожирения, остеопороза и других болезней.

Женщины до 50-55 лет существенно меньше болеют стенокардией и инфарктом миокарда благодаря защитному действию гормонов. Однако курение в два раза повышает риск сердечно-сосудистых осложнений у женщин репродуктивного возраста. В сочетании с применением гормональных контрацептивов или заместительной гормональной терапии существенно повышается риск развития инфаркта миокарда и тромбозов.



Методы диагностики:

► Компьютерно-томографическая коронарография – это высокоточный метод диагностики состояния артерий сердца (коронарных артерий). Наиболее точный метод исследования .



Эхокардиография (ЭхоКГ) – метод ультразвуковой диагностики, направленный на исследование морфологических и функциональных изменений сердца и его клапанного аппарата. ЭхоКГ – наиболее используемый визуализирующий метод диагностики сердечно-сосудистых заболеваний.

ФАКТОРЫ РИСКА У ЛЮДЕЙ, НЕ СТРАДАЮЩИХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Маркова Валерия.

Научный руководитель: Кенжина Н.К.

Западно-Казахстанский Высший медицинский колледж, retsiis@mail.ru

г.Уральск, Республика Казахстан

Аннотация

Для принятия решений о лечении при первичной профилактике сердечно-сосудистые заболевания требует обратить внимание на определенные факторы риска для людей, не имеющих ранее сердечно-сосудистых патологий. Поэтому клиническому вопросу мы провели обзор в Кокрановской библиотеке.

Цель исследования:

Главной целью были оценка влияния и предоставления риска сердечно-сосудистые заболевания у взрослых, уровни факторов риска, назначение профилактических лекарств и здоровое поведение. Было найдено 41 рандомизированное контролируемое исследование (РКИ) с участием 194 035 участников. Кокрановской библиотеке (2016, Выпуск 2), MEDLINE Ovid (с 1946 по 1 марта 2016), Embase (embase.com) (1974 - 15 марта 2016), и индекс цитирования трудов конференции-Science (CPCI-S) (1990-15 марта 2016). Также были выполнены (мы делали) поиск на сайте ClinicalTrials.gov (www.ClinicalTrials.gov) и на портале поиска Международной платформы регистрации клинических испытаний (ICTRP) (apps.who.int/trialsearch/) 16 марта 2016 г.

Актуальность

Сердечно-сосудистые заболевания являются группой болезней, приводящих к последствиям сердечных заболеваний и инсульта. Для принятия решений по профилактике и лечения населения необходимо учитывать степени риска для оценки вероятности развития инфаркта миокарда и инсульта. Несмотря на то, что имеется на сегодняшний день, различные типы оценки риска сердечно-сосудистые заболевания, их эффективность в клинической практике до сих пор не определена. Сердечно - сосудистые заболевания, которые включают ишемическую болезнь сердца и инсульт, являются ведущей причиной смертности и инвалидности во всем мире (Murray 2012; Naghavi 2015). По данным Глобального исследования бремени болезней, в 2013 году ишемическая болезнь сердца и инсульт стали причиной 12,9 миллиона смертей во всем мире. сердечно-сосудистые заболевания также экономически дорого, и, по оценкам Всемирного экономического форума, прямые затраты, связанные с сердечно-сосудистые заболевания, составляют 863 миллиарда долларов США во всем мире, а прогнозируемый рост к 2030 году составит 22% (Bloom 2011). Заболеваемость сердечно-сосудистые заболевания в значительной степени может развиваться несколькими вследствие факторов риска, которые

включают повышенный уровень холестерина, кровяное давление, сахарный диабет, курение, нездоровое питание, чрезмерное потребление алкоголя, абдоминальное ожирение, психосоциальный стресс и отсутствие физической активности. Эти девять факторов риска повышают риск развития сердечно-сосудистые заболевания. Таким образом, профилактика, лечение и контроль этих факторов риска до клинического проявления являются основными целями мероприятий по снижению бремени сердечно-сосудистые заболевания.

Методы

Мы провели поиск (по научным базам данных) рандомизированных исследований (клинических исследований, в которых люди случайным образом распределялись в разные группы лечения), в которых систематически проводились оценка риска сердечно-сосудистые заболевания или стандартное лечение взрослым, ранее не имевшим сердечных заболеваний или инсультов. Финансирование большинства исследований осуществлялось за счет государственных средств или фармацевтических компаний.

В 2006 и 2008 годах два связанных систематических обзора, проведенных с использованием Кокрейновской методологии, выявили только четыре РКИ, проверяющих клинические эффекты оценок риска сердечно-сосудистые заболевания, и не нашли четких доказательств того, что оценка риска сердечно-сосудистые заболевания улучшает исходы для здоровья. В 2008 году систематический обзор, изучающий клинические преимущества или вред предоставления оценок риска сердечно-сосудистые заболевания, выявил шесть исследований, показывающих, что врачи, располагающие информацией о риске, как правило, надлежащим образом назначают профилактическую терапию. Другой систематический обзор, изучающий влияние предоставления информации о риске сердечно-сосудистые заболевания взрослым в клинической практике, выявил 18 исследований (14 РКИ), показал, что глобальная информация о риске сердечно-сосудистые заболевания повышает точность риска и показывает, что пациентам можно назначать фармакотерапию. Тем не менее, в обоих обзорах влияние оценок риска сердечно-сосудистые заболевания на исходы, факторы риска и, в целом, на здоровье было неясным

Были проведены анализы подгрупп по нашим основным исходам.

- Пол (пациент).
- РКИ в сравнении с квази-РКИ.
- Испытания, предоставляющие оценку риска сердечно-сосудистые заболевания клиницистам, по сравнению с испытаниями, предоставляющими оценку риска сердечно-сосудистые заболевания пациентам.

Авторы провели анализ подгрупп, оценивая «оценили влияние оценок риска сердечно-сосудистые заболевания на уровни факторов риска сердечно-сосудистые заболевания (общий холестерин, ЛПНП-холестерин, систолическое артериальное давление, диастолическое артериальное давление и

многофакторный риск сердечно-сосудистые заболевания) с использованием инструментов поддержки клинических решений для предоставления оценок риска сердечно-сосудистые заболевания. Не было выявлено достаточных данных для проведения анализа подгрупп по полу или пробному дизайну (РКИ против квази-РКИ). Кроме того, после прочтения протоколов исследования часто было неясно, предоставлялись ли оценки риска сердечно-сосудистые заболевания непосредственно пациентам или клиницистам. Не был проведен анализ чувствительности, поскольку оценивали все исследования как имеющие неясный или высокий риск смещения.

Основными исходами было взято:

случаи сердечно-сосудистые заболевания, изменение параметров факторов риска сердечно-сосудистые заболевания (общий холестерин, систолическое артериальное давление и многовариантный риск сердечно-сосудистые заболевания) и неблагоприятные условия.

Вторичные исходы включали: назначение липидснижающих и антигипертензивных препаратов людям с повышенным риском.

- Назначение профилактических лекарств людям с повышенным риском
- Гиполипидемические препараты
- Антигипертензивные препараты
- Аспирин
- Приверженность к лечению
- Поведение, связанное со здоровьем
- Отказ от курения
- Упражнение
- Рацион питания
- Качество жизни, измеряемое по утвержденной шкале качества жизни
- Расходы

Были включены исследования, которые сообщили о результатах в амбулаторных условиях, которые отсутствовали клиника сердечно-сосудистых заболеваний (перенесенный сердечный приступ, инсульт, сердечная недостаточность, симптоматическое заболевание периферических сосудов или фибрилляция предсердий). В исследование включали пациентов с сахарным диабетом или повышенными факторами риска, а также те, кто уже принимал профилактические препараты.

В связи с характером вмешательства были оценены 38 из 41 испытания, выявили высокий риск систематической ошибки из-за неслепого дизайна исследования. Обнаруженные испытания с низким или неясным риском систематической ошибки, в которых участники-пациенты не имели прямого контакта с исследователями (Soureti 2011; Webster 2010). Из 41 исследований 12 испытаний были использованы адекватное ослепление исследования (Bertoni 2009; Eaton

2011; Edelman 2006; Holt 2010; Jorgensen 2014; Peiris 2015; Persell 2013; Persell 2015; Price 2011; Turner 2012; Vagholkar 2014; Wister 2007).. Остальные 18 испытаний имели непонятный риск систематической ошибки, а у 11 испытаний был высокий риск систематической ошибки из-за того, что не использован метод ослепления.

У многих исследований наблюдения были не на должном уровне, используемых для расчета уровней холестерина и оценок риска. Более того, в нескольких исследованиях проводился анализ намерения лечить. Были оценены 8 испытаний как имеющие непонятный риск систематической ошибки и 20 исследований, имеющих высокий риск систематической ошибки из-за неполных данных о результатах.

Результат

Выявлено было авторами 41 рандомизированное контролируемое исследование (РКИ) с участием 194 035 участников из 6422 отчетов. Оценивали исследования как имеющие высокий или неясный риск предвзятости в нескольких областях. Данные низкого качества свидетельствуют о том, что предоставление оценок риска сердечно-сосудистые заболевания (сердечно-сосудистых заболеваний) может мало или вообще не влиять на события сердечно-сосудистые заболевания (сердечно-сосудистых заболеваний) по сравнению с обычным лечением. Имеются доказательства низкого качества в пользу оценки риска сердечно-сосудистые заболевания в клинической практике. Исследования были многочисленными ограничениями, а методы оценки риска сердечно-сосудистые заболевания были разными. Вполне вероятно, что дальнейшие исследования повлияют на эти результаты.

Вывод

Существует неопределенность в отношении того, влияют ли текущие стратегии предоставления оценок риска сердечно-сосудистые заболевания на события сердечно-сосудистые заболевания. Предоставление оценок риска сердечно-сосудистые заболевания может незначительно снизить уровень факторов риска сердечно-сосудистые заболевания и увеличить профилактическое назначение лекарств людям с более высоким риском без признаков вреда. В выявленных исследованиях имелись многочисленные ограничения исследований и существенная гетерогенность вмешательств, результатов и анализов, поэтому клиницисты должны интерпретировать результаты с осторожностью. Для определения роли применения показателей риска сердечно-сосудистые заболевания в первичной профилактике сердечно-сосудистые заболевания необходимы новые методы внедрения и оценки показателей риска сердечно-сосудистые заболевания.

Несмотря на широкое распространение оценок риска сердечно-сосудистые заболевания в клинических руководствах принципах профилактики, существуют некачественные фактические данные и ряд пробелов в фактических данных для

их внедрения на практике. Учитывая низкую частоту событий в первичной профилактике, проведение исследования достаточно большого объема и продолжительности для определения влияния оценки риска сердечно-сосудистые заболевания на исходы сердечно-сосудистые заболевания может оказаться нецелесообразным или непрактичным.

Будущие исследования должны четко определить факторы риска сердечно-сосудистые заболевания и оценить его эффективность в исследованиях, направленных на выявление снижения уровней причин. Кроме того, исследования должны определить оптимальное содержание и сообщения о риске сердечно-сосудистые заболевания, которые мотивируют изменение клинических решений врачей и пациентов, оценить влияние предоставления информации о риске сердечно-сосудистые заболевания и использовать научно-обоснованных фактов для снижения риска сердечно-сосудистые заболевания, проблемы принятия и долгосрочным применением методов лечения для достижения изменений факторов риска и возможного улучшения результатов в области здоровья.

Список литературы

- 1) Сердечно-сосудистая патология при заболеваниях органов дыхания и ревматизме у детей; Государственное издательство медицинской литературы - , 2012. - 244 с.
- 2) Сердечно-сосудистая система при действии профессиональных факторов; Медицина - , 2011. - 256 с.
- 3) Арутюнов, Г. П. Терапевтические аспекты диагностики и лечения заболеваний сердца и сосудов / Г. П. Арутюнов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015 - 608 с.
- 4) <https://www.cochrane.org/welcome>
- 5) <https://bmj.com>
- 6) <https://scholar.google.ru>

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ЛЕТАЛЬНОСТИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПО РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН И АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ПРИЧИН

Марканова Ботагоз

Научный руководитель: Чукреев М.П.

Учреждение образования «Высший медицинский колледж

«Авиценна», maksim7753191@mail.ru

г. Семей, Республика Казахстан

Аннотация.

По оценкам ВОЗ, в 2012 году более 17,5 миллиона человек умерло от инфаркта или инсульта. Вопреки общепризнанному мнению, более 3 из 4 таких случаев смерти, распределенных в равной степени между мужчинами и женщинами, произошли в странах с низким и средним уровнем дохода. Обнадеживающий факт заключается в том, что 80 % преждевременных инфарктов и инсультов может быть устранено.

Цель: показать прогностическую картину распространенности болезней системы кровообращения по РК.

Задачи:

1. Провести литературный обзор источников, раскрывающие проблемы сердечно-сосудистых заболеваний как в мире, так и в Республике Казахстан.
2. Охарактеризовать основные причины вызывающие осложнения у людей с заболеваниями сердечно-сосудистой системой.
3. На основании полученных сведений, дать прогностическую оценку патологической пораженности ССС.
4. Разработать рекомендации по предупреждению развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Материалы и методы исследования. На первом этапе данного исследования были изучены особенности заболеваний сердечно-сосудистой системы и их распространенности. В рамках литературного обзора был проведен расширенный обзор, состоящий из 77 литературных источников. В литературном обзоре использовались такие базы данных медицинских сведений, как: Google academy, Pubmed, Cochranelibrary, доклады ВОЗ и Европейского регионального бюро, а также данные статистических сборников «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения» в период с 1998 по 2019 года. Для статистической обработки данных использовался расширенный пакет SPSS 20. Статистическая значимость в нашем исследовании принята за $p < 0,05$. На втором этапе исследования, получив обработанные данные во время исследования, были сделаны выводы, заключение, а также предложены практические рекомендации, которые направлены на предупреждение заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Во второй половине XX века основную опасность для здоровья населения и проблему для здравоохранения стали представлять неинфекционные заболевания, в первую очередь болезни сердечно-сосудистой системы, которые в настоящее время являются ведущей причиной заболеваемости, инвалидизации и смертности взрослого населения.

ССЗ являются основной причиной смерти во всем мире – ежегодно от ССЗ умирает больше людей, чем от какой-либо другой болезни. По оценкам, в 2008 году от ССЗ умерло 17,3 миллиона человек, что составило 30% всех глобальных случаев смерти. Из этих случаев смерти, по оценкам, 7,3 миллиона случаев произошло в результате ишемической болезни сердца, а 6, 2 миллиона – от инсульта. Большая пропорция заболеваний регистрируется в странах с низким и средним уровнем дохода: на них приходится более 80% случаев смерти от ССЗ, распределенных почти равномерно между мужчинами и женщинами. В 2030 году от ССЗ, в основном от болезней сердца и инсульта, умрет около 23,6 миллиона человек. По прогнозам, эти болезни останутся основными отдельными причинами смерти.

Результаты и обсуждения.

Основными факторами риска болезней сердца и инсульта являются неправильное питание, малоподвижный образ жизни, употребление табака и алкоголя. Воздействие поведенческих факторов риска на человека может проявляться в виде гипертонии (повышения кровяного давления), гипергликемия (повышения уровня глюкозы в крови), гиперлипидемия (повышения уровня липидов в крови), а также избыточной массы тела и ожирения. Оценка этих «промежуточных факторов риска» может проводиться в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, и они могут указывать на повышенный риск развития инфаркта миокарда, инсульта, сердечной недостаточности и других осложнений.

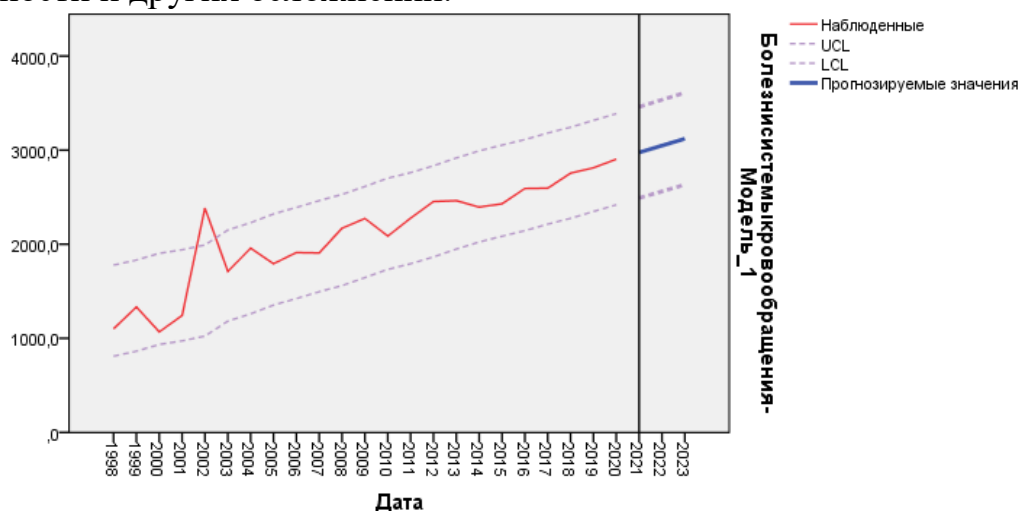


Рисунок 1 – Число заболеваний (болезни системы кровообращения), зарегистрированных впервые в жизни, на 100 000 человек соответствующего населения и его прогноз в Республике Казахстан.

По результатам проведенного исследования, удалось выявить ожидаемые показатели болезней системы кровообращения в Республике Казахстан, так в 2021 году ожидается повышение числа заболеваний системы кровообращения зарегистрированных впервые в жизни 2975,8, в 2022 году - 3048,5, в 2023 году - 3121,2 на 100 тыс. населения (см. рис 1).

На долю гипертонии приходится по меньшей мере 45% смертных случаев, вызванных болезнями сердца и 51% случаев смерти, вызванных инсультом. На рис. 2 отмечено явное повышение в 5 раз числа заболеваемости гипертонической болезни в Республике Казахстан. Так, в 1997 году данный показатель составлял 287,7 на 100 000 населения, а в 2020 году 1448,8. Ожидаемый прогноз на 2021 год составляет 1502,9 на 100 тыс. населения, 2022 - 1556,8, 2023 - 1610,7.

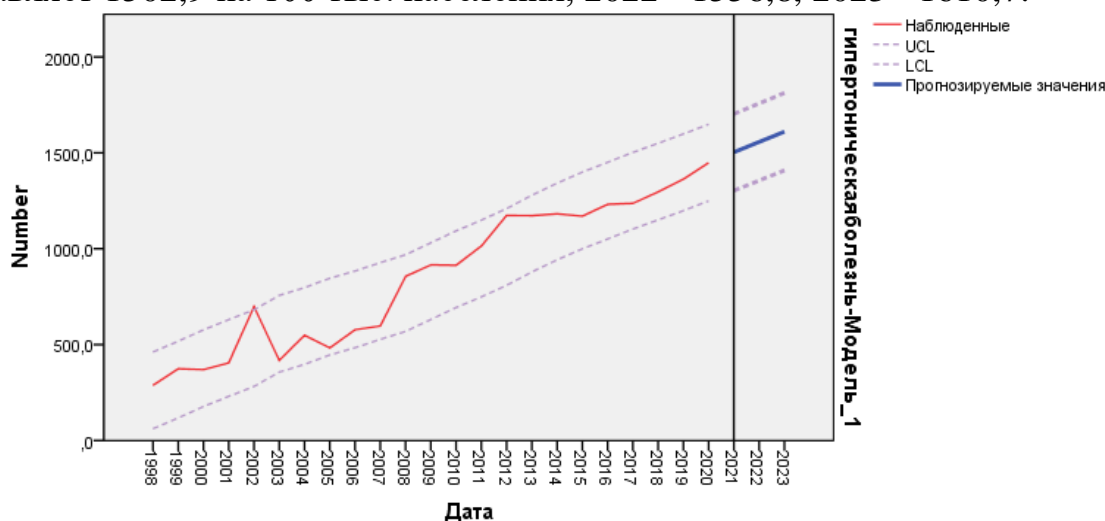


Рисунок 2 - Число заболеваний (гипертоническая болезнь), зарегистрированных впервые в жизни, на 100 000 человек соответствующего населения и его прогноз в Республике Казахстан.

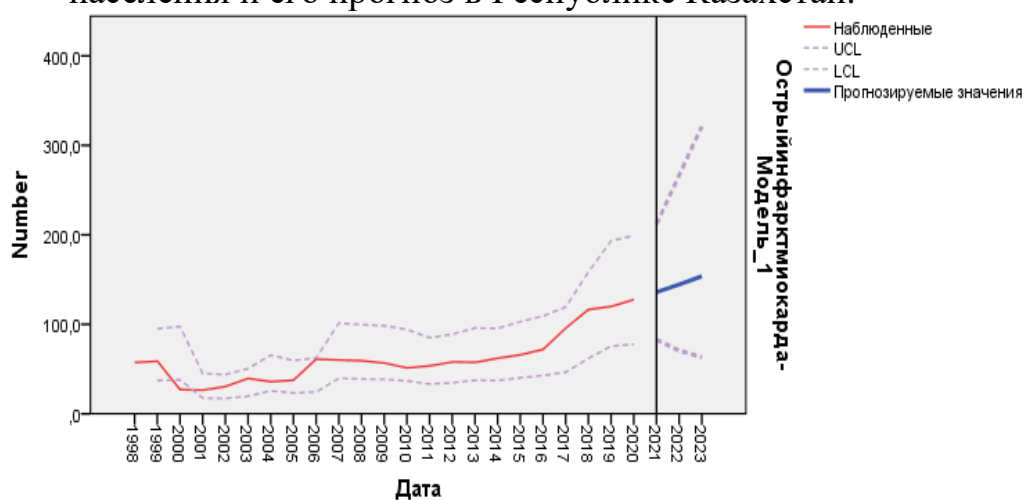


Рисунок 3 - Число заболеваний (острый инфаркт миокарда), зарегистрированных впервые в жизни, на 100 000 человек соответствующего населения и его прогноз в Республике Казахстан.

На рис. 3 отмечен рост числа заболеваемости острым инфарктом миокарда, зарегистрированных впервые в жизни в 2,2 раза. Так в 1998 году данный показатель составил 57,4 на 100 тыс. населения, а в 2020 – 127,7. Ожидаемый прогноз в Республике Казахстан на 2021 год составляет 135,8 на 100 тыс. населения, 2022 - 144,5, 2023 - 153,7

Выводы.

1. На основании проведенного литературного обзора источников, были раскрыты проблемы сердечно - сосудистых заболеваний, как в мире, так и в Республике Казахстан.

2. Основные причины заболеваний сердечно-сосудистой системы требуют еще большего диапазона исследований для выявления скрытых факторов риска.

3. На основании полученных сведений, была сделана прогностическая оценка заболеваемости сердечно-сосудистой системы у населения Республики Казахстан, что позволило рассмотреть ожидаемые частоты в будущем.

4. Были разработаны рекомендации по предупреждению развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Рекомендации.

1. Необходимо усовершенствование своевременного прохождения профилактического медицинского осмотра (скрининга) с целью выявления скрытых причин развития патологий сердечно-сосудистой системы у населения.

2. Разработка программ и стратегий:

- по снижению вредного употребления алкоголя, курения, неправильного питания;

- по обеспечению и доступности медико-профилактических услуг, развития физической культуры и формирования здоровьесберегающего сознания у населения;

3. Необходимо создание «Центрами здоровья» инновационных профилактических подходов к лицам, имеющие средний или высокий уровень общего сердечно-сосудистого риска или тем, у кого отдельные факторы риска, такие как диабет, гипертония и повышение уровня холестерина, с целью увеличения продолжительности жизни и выживаемости при имеющихся патологий.

ЖҮРЕК-ҚАН ТАМЫР АУРУЛАРЫНЫҢ НЕГІЗГІ СЕБЕПТЕРІН ТАЛДАУ(АНАЛИЗ) ЖӘНЕ БАҚЫЛАУ(МОНИТОРИНГ).

Карбозова Толғанай, Кадыржанова Жанэль;

Ғылыми жетекшісі: Байсеитова Р.Т.;

Балқаш қаласы: медициналық колледжі, tmk.metodkabinet@mail.ru

Балқаш қ.,Қазақстан Республикасы;

Жүрек - қантамыр жүйесінің аурулары - жаһандық денсаулық сақтаудың басты мәселесі. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының ақпаратына сүйенсек, жүрек-қантамыр жүйесінің ауруы әлемде жетекші аурулардың бірі. Жүрек-қантамыр жүйесінің ауруы жүрек және қантамыр жүйесі қызметінің бұзылуы мен зақымдануынан пайда болатын аурулар.

Соңғы еуропалық зерттеулердің нәтижесі көрсеткендей күнделікті өмірде 1-35 жас аралығындағы адамдардың аяқ асты қайтыс болуы жүректің тоқтауынан екендігі анықталды, барлық өлім-жітімнің түрлерінен АЖҚТ 7 %-ды құрайды. Жылдан жылға бұл көрсеткіш еселеніп келеді

Дәстүрлі қауіп факторлары. Қол жетімді отандық және шет елдік авторлардың ғылыми еңбектерін саралай отырып, ЖҚТА қатысты барлық факторлардың дәстүрлі түрмен ерекшелігін және ұқсастығын анықтауға мүмкіндік береді.

I. Ішкі қауіп факторлары. 1. Физиологиялық.

Дене массасының жоғары индексі (ДМИ) және семіздік. Қосалқы аурулар, әсіресе жүрек-қан тамырына қатысты, жастайынан семіздікпен ауыратын адамдарда болады. Атаулы көрсеткіштің 44 % диабетке және 23 % ишемиялық жүрек ауруына (ИЖА) шалдыққандар құрайды екен. Ресейде атаулы қауіп факторы (ДМИ) кеңінен таралған, зерттеулер негізінде оның көрсеткіші 35,3 % құрайды.

Артериалды қысымның жоғары көрсеткіші (АҚ), артериалды гипертензия (АГ). Кәсіпорны дамыған елді мекендерде артериалды гипертензия (АГ) тұрғындардың 25-30% кездеседі, қауіп факторының кеңінен таралған түріне жатады. Жүргізілген зерттеулер нәтижесінде [8] Ресейдегі АҚ жоғарылауы науқастардың 12,7 % кездескен.

Қосалқы аурулар, ісіну және инфекциялар (диабет, инсулинорезистенттілік, ревматоидты артрит, ағзалардың белгісіз себептерден асқынуы). Қант диабетімен ауыратын науқастардың сау адамға қарағанда жүрек-қан тамырлары ауруларына шалдығуы әлдеқайда жиі кездеседі (2-3 есе қауіп бар). ЖИА салдарынан өлімнің көп болуы осы қант диабетінен 75% құрайды.

Гиперхолестеринемия. ЖИА жағдайы кезінде әлемнің үштен бір бөлігі қандағы жалпы холестериннің жоғары

Гипергликемия. Қан құрамындағы глюкозаның шамадан көп болуы өлімге апаратын қауіпті диабеттің түрлеріне ұқсас. ЖИА науқастардың 22 %,

инсульт 16 % құрайды . Ресейдегі диспансеризацияда зерттеуден өткен науқастардың 1,6 % гипергликемияға шалдыққаны анықталды.

Жынысы. Жынысы «ер» болса соғұрлым ЖҚТА шалдығу қаупі жоғары.

Жасы. ЖҚТА шалдығу көрсеткіші адам жасы ұлғайған сайын артады.

Отбасылық және жеке анамнез, мысалы, отбасылық анамнез кезіндегі ерте жастағы коронарлы атеросклероз ауруына шалдығу.

Генетикалық бейімділігі. Генетикалық белгілері қауіп факторының ішкі басқа да түрлерін анықтай алады.

II. Сыртқы қауіп факторлары

1. Өмір сүру салты. Темекі шегу, соның ішінара (пассивті) тарту. ЖИА-ның асқынуы осы темекінің зардабынан болады, статистикалық мәліметтерге сүйенсек, 35-40 % құрайды. Оның 8 %-ын пассивті темекі тартудан қайтыс болғандар құрайды . Ресейдегі атаулы қауіп факторының көрсеткіші 25,3%-ға жеткен .

Диеталық факторы. Майлылығы құнарлы тағамдарды күнделікті диетада қабылдау арқасында холестерин мөлшері арта түседі. Дұрыс мөлшерде көкөністер мен жеміс-жидектерді күнделікті тамақтануда қолданбағандықтан қажетті дәрумендер ағзаға жетпейді, нәтижесінде ЖИА салдарынан өлім-жітімнің саны 11 % құрап отыр. Тұзды тағамдарды жиі қолданудың арқасында АГ, соның салдарынан ЖҚТ аурулары өршіп тұр.

Дене шынықтыру, физиологиялық белсенділік . Күнделікті өмірде дене шынықтырудың жеткіліксіздігі және аз қимылдаудың (гиподинамия) нәтижесінде ЖИА көрсеткіші 30 % жеткен,

1. Сыртқы орта факторы - Психоәлеуметтік және экологиялық факторлар. Күнделікті стресс пен депрессияның салдарынан ЖҚТ аурулары асқынады. Жүйке жүйесіне қысым түскенде жүректің оттегіні тұтыну қажеттілігі артады, соның салдарынан миокард ишемиясы туындайды. Ол метаболизм синдромының өршуіне және қарыншалық аритмияның индукциясына әкеледі. Стресс жүрек-қан тамырларының ауруларын асқындырады

Қауіп факторының жеті түрі - темекі шегу, жоғары АҚ, жоғары ДМИ, гиперхолестеринемия, гипергликемия, тұрмыста көкөністер мен жемістерді аз қолдану, физикалық белсенділіктің жетіспеушілігі ЖҚТА әкеледі, соның салдарынан өлім-жітім көрсеткіші 61% құрап отыр. Дүние жүзі бойынша оның мөлшері 30% жеткен. Осы қауіп факторларының салдарынан жүректің ишемиялық және гипертоникалық аурулары асқынып өлім-жітім көрсеткішін 75%-ға жеткізген

Жедел коронарлық синдром – Қазақстанда эпидемиология ДДСҰ-ның мәліметтері бойынша, ЖҚТА-дан мезгілсіз өлім-жітім көрсеткіші Еуропа елдері арасында екінші орында тұрды және Еуропа аймағындағы бірқатар елдердің көрсеткіштерінен шамамен 1, -4 есе жоғары болды.

2008 жылы (ДДҰ) Еуропа елдері арасында 65 жасқа дейінгі мезгілсіз өлімнің стандартталған индикаторы бойынша ерлер 4-ші және әйелдер 6-шы орындарда. ЖҚТА - өлімнің жартысына жуығын құраған.

Жыл сайын шамамен 80 мың адам қайтыс болады, олардың 30% -дан астамы 18-63 жас аралығында

Жүректің ишемиялық ауруының клиникалық көрінісі шамамен 60% ЖКС, 24% - тұрақты стенокардия, 16% - кенеттен жүрек өлімі.

Коронарлық артерия ауруы кезіндегі өлімнің жетекші себебі -60% жедел миокард инфарктісі.

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы бүгін жариялаған денсаулық сақтаудың жаһандық бағалауына сәйкес, әлемдегі өлім-жітімнің негізгі 10 себептерінің 7-і жұқпалы емес аурулар болып табылады. 2000 жылы өлімнің негізгі себептері тізімінде тек төрт жұқпалы емес ауру болды. Жаңа деректер 2000 жылдан 2019 жылға дейінгі кезеңді қамтиды.

Құжатта әр түрлі аурулар мен жарақаттардан болатын өлім-жітім мен өлім-жітім тұрғысынан соңғы жиырма жылдағы тенденциялар сипатталған. Бұл деректер БҰҰ-ның орнықты даму күн тәртібінің мақсаттарына сәйкес әлемнің барлық аймақтарында жүрек-қан тамырлары аурулары, қатерлі ісік, қант диабеті және созылмалы респираторлық аурулардың алдын-алу мен емдеуге, сондай-ақ жарақаттанудың алдын-алуға жаһандық назардың артуы қажеттілігін айқын көрсетеді.

Жүрек-қан тамырлары аурулары өлімнің негізгі он себебі тізімінде бірінші орынды иеленуде; қант диабеті мен деменция осы тізімге биыл бірінші рет еніп отыр. 20 жылдан бері жүрек ауруы бүкіл әлемде өлімнің негізгі себебі болып келеді. Алайда, олар ешқашан бүгінгідей көп адам өмірін қиған емес. 2000 жылдан бастап жүрек-қан тамырлары ауруларынан қайтыс болғандар саны 2 миллионнан асып, 2019 жылы 9 миллионға жетті. Бүгінгі таңда жүрек ауруы әлемдегі барлық өлімнің 16% құрайды. Жүрек-қан тамырлары ауруларынан болатын қосымша екі миллион өлімнің жартысынан көбі ДДҰ-ның Тынық мұхиты аймағында тіркелген. Алайда, Еуропалық аймақта жүрек ауруынан болатын өлімнің салыстырмалы түрде 15% төмендеуі байқалды.

АНАЛИЗ И МОНИТОРИНГ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО ИССЫК-КУЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ.

Худайбердиева Аделя

Окенова Айжамал

Научный руководитель: Исмаилова З.Д.

*Каракольский медицинский колледж имени академика И.Ахунбаева,
medkarakol@mail.ru*

г. Каракол, Иссык-Кульская область, Кыргызская Республика

Аннотация.

В данном исследовании рассмотрены статистические данные о заболеваемости населения Иссык-Кульской области сердечно-сосудистыми заболеваниями за 2018-2019-2020гг. Рассмотрены некоторые наиболее частые причины высокой заболеваемости населения, порой являющиеся причиной летальных исходов.

В Кыргызстане сердечно-сосудистые заболевания стоят на первом месте по смертности. После развала Советского Союза количество сердечно-сосудистых заболеваний увеличилось на 75-85%. На это повлияло следующее:

1. Разрушение системы диспансеризации и постоянных медицинских осмотров
2. Недостаточное финансирование системы здравоохранения
3. Нехватка квалифицированных опытных кадров

В исследованиях обсуждается роль единой системы мониторинга факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, специализированной медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Характерной особенностью мониторинга является связь между собираемой информацией и её использованием при формировании стратегии и политики по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в Кыргызской Республике. Мониторинг можно использовать для оценки эффективности профилактических и лечебных мероприятий.

Основные факторы риска заболеваний ССС:

- курение
- избыточный вес
- злоупотребление жирной пищей
- малые физические нагрузки
- злоупотребление спиртными напитками
- чрезмерные психические нагрузки.
- сахарный диабет
- стресс

Алкоголь-отравляет сердечную мышцу и стенки кровеносных сосудов, ухудшая их снабжение кровью, повреждая мембраны и другие структуры клеток.

Постепенно мышечные клетки сердца перерождаются и заменяются соединительной тканью, что мешает сердцу нормально сокращаться и выталкивать кровь, развивается сердечная недостаточность.

У курильщиков после каждой выкуренной сигареты наблюдается сужение сосудов, которое длится около 30 мин. Поэтому у систематически курящего человека сосуды почти непрерывно находятся в суженном состоянии, что увеличивает работу сердца по проталкиванию крови. Работая с большим напряжением сердце быстрее изнашивается и стареет. Воздействие поведенческих факторов риска на человека может проявляться в виде повышения кровяного давления, повышение уровня глюкозы в крови, повышения уровня липидов в крови, а также избыточной массы тела и ожирения.

В данный момент заболевания сердца осложняют течение COVID-19, увеличивается риск госпитализации и летального исхода. Поэтому необходимо еще строже соблюдать все санитарно-гигиенические меры, избегать мест массового скопления людей, мыть руки и носить маски. Кроме того, если у человека уже есть сердечно-сосудистые заболевания, он обязательно должен обратиться к врачу, соблюдать все его рекомендации принимать необходимые лекарства, ни в коем случае не прерывать лечение. Это увеличит шансы, что COVID-19 будет протекать в более легкой форме.

Мы провели опрос по выявлению факторов риска в отделении кардиологии Иссык-Кульской областной объединенной больнице. Были опрошены 15 пациентов, из них с коронарной болезнью сердца 8 пациентов, гипертонической болезнью 7. Из них у 6 пациентов было выявлено более двух факторов риска (регулярное курение, избыточная масса тела, гиперхолестеринемия), у 5 пациентов 2 фактора риска (малоподвижный образ жизни, длительные психоэмоциональные стрессы), 4 пациента с сахарным диабетом

В ходе исследования мы можем рассмотреть статистические данные за последние 3 года по заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых-заболеваний в Иссык-Кульской области:

Статистика сердечно-сосудистых заболеваний по Иссык-Кульской области за 2018г

№	Наименование болезней	всего зарегистрировано	Впервые в жизни установленным диагнозом	Всего (взрослые)	Умершие
1	Гипертоническая болезнь	2951	627	2951	1
2	Ишемическая болезнь	1927	248	1927	23

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-алеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

II. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының негізгі себептерін талдау (анализ) және бақылау (мониторинг). / Анализ и мониторинг за основными причинами болезней сердечно – сосудистой системы.

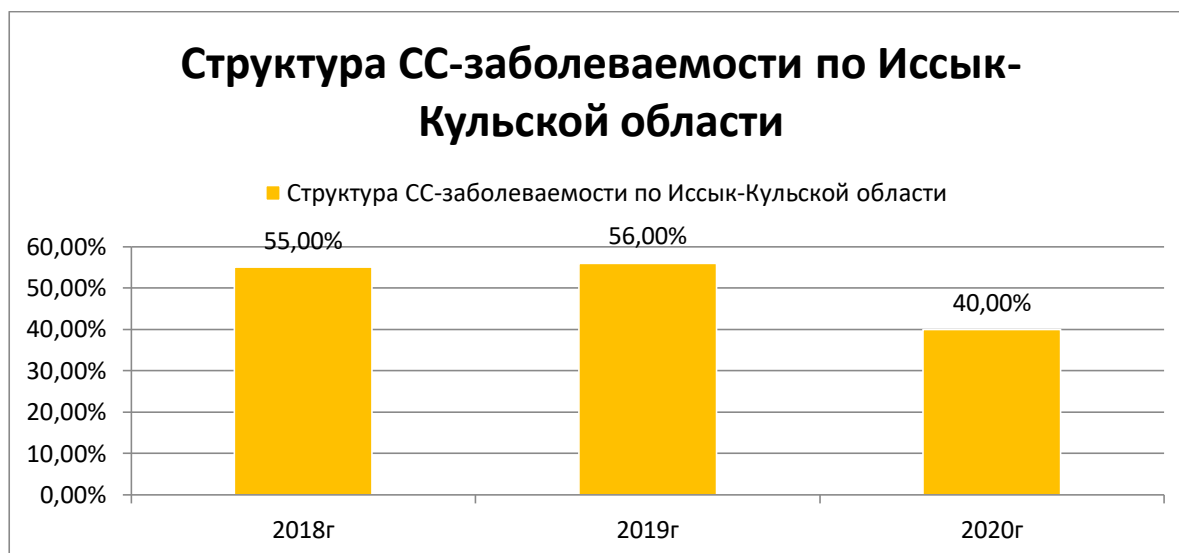
4	Острый инфаркт миокарда	13	13	13	2
----------	-------------------------	----	----	----	---

Статистика сердечно-сосудистых заболеваний по Иссык-Кульской области за 2019г

№	Наименование болезней	всего зарегистрировано	Впервые в жизни установленным диагнозом	Всего (взрослых)	Умершие
1.	Гипертоническая болезнь	3479	896	3479	5
2	Ишемическая болезнь сердца	1533	349	1533	46
3	Стенокардия	586	224	586	-
4	Острый инфаркт миокарда	16	16	16	2

Статистика сердечно-сосудистых заболеваний по Иссык-Кульской области за 2020г

№	Наименование болезней	Всего зарегистрировано	Впервые в жизни установленным диагнозом	Всего (взрослых)	Умершие
1	Гипертоническая болезнь	2647	429	2647	16
2	Ишемическая болезнь сердца	1015	76	1015	164
3	Стенокардия	387	31	387	-
4	Острый инфаркт миокарда	12	12	12	14



В заключении можно сказать, что снижение статистических показателей заболеваемости в 2020 году по сравнению с 2018- 2019 гг. в Иссык-Кульской области Кыргызской Республики скорее всего связано с повышением летальных случаев среди таких больных от COVID-19, а не от того, что население снизило воздействие факторов риска и придерживалось здорового образа жизни, включающее:

- отказ от курения
- ограничение употребления алкоголя
- рациональное питание
- физическая активность
- минимум стресса
- здоровый сон
- контроль АД

Чтобы предотвратить сердечно-сосудистые заболевания помогут меры профилактики, о которых, к сожалению, сегодня знают далеко не все. Для этого необходимо проводить информационно-образовательные мероприятия направленные на укрепление здоровья всего населения, формирование новых поведенческих принципов, на снижение влияния факторов риска, а также улучшение системы диспансеризации и финансирование системы здравоохранения.

АНАЛИЗ И МОНИТОРИНГ ЗА ОСНОВНЫМИ ПРИЧИНАМИ БОЛЕЗНЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Бакир оглы Аня, Делихасан оглы Эминэ

Научный руководитель: Айнекова З.Р.

Аннотация

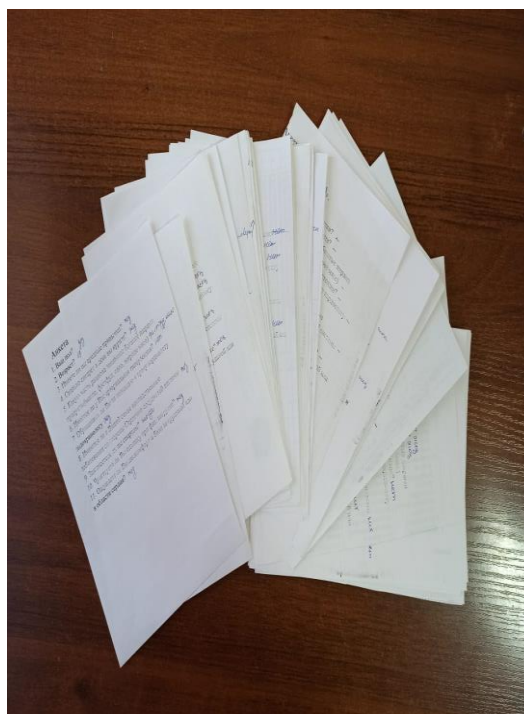
В настоящее время сердечно-сосудистые заболевания называют эпидемией XX века. Согласно информации «Естественное движение населения РК» за январь-декабрь 2020 года Бюро нацстатистики агентства по стратегическому планированию и реформам РК приводятся данные, что среди причин смертности на первом месте стоит летальность из-за болезней системы кровообращения (36,6 тыс. человек) т.е. 22% в общей смертности. В республике зарегистрировано почти два миллиона человек, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, – это 12% экономически активного населения страны. Специалисты считают, что ежегодный ущерб, обусловленный сердечно-сосудистыми заболеваниями в Казахстане, составляет в среднем около 89 млрд тенге. Сердечно-сосудистым патологиям подвержена самая перспективная и работоспособная часть населения – наибольшее количество больных и умерших по этой причине приходится на мужчин в возрасте от 35 до 65 лет. Сердечно-сосудистые заболевания являются наиболее частой причиной инвалидности и смертности не только в Казахстане, но и во всем мире. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, к 2030 году около 23,3 млн человек умрет от ССЗ, главным образом от болезней сердца и инсульта, которые, по прогнозам, останутся единственными основными причинами смерти. Такие факторы как малоподвижность, стресс, частое употребление алкоголя, курение, нездоровое питание характеризуют образ жизни многих из нас, тем самым повышая вероятность развития ССЗ. За последние 5 лет количество казахстанцев, у которых были диагностированы эти заболевания, возросло на 7%, и потенциально в группе риска может находиться каждый из нас. Если Вы – мужчина старше 35 лет, курите, ведете малоподвижный образ жизни, выпиваете, то считайте, что Вы уже в группе риска.

В Послании Главы государства Касым-Жомарта Токаева народу Казахстана говорится, что «необходимо мобилизовать все силы на защиту жизни и здоровья населения Казахстана». В Казахстане проводятся регулярная пропаганда здорового образа жизни с рекомендациями врачей, ведется информация о способах профилактики сердечно-сосудистых заболеваний однако количество сердечно-сосудистых заболеваний не снижается, что означает необходимость и целесообразность детального подхода к решению данной проблемы. Значит анализ и мониторинг изучения роста заболеваний сердечно-сосудистой системы в настоящее время как никогда необходимы и актуальны.

Основная цель проводимого нами анализа - профилактика сердечно-сосудистых заболеваний

Задача - определение распространенности основных факторов кардиоваскулярного риска среди студентов «Высшего медицинского колледжа «Тараз-Болашак».

Для решения вышеуказанной задачи нами проведено анкетирование 108 студентов выпускных курсов (в возрасте от 18 до 33 лет) «Высшего медицинского колледжа «Тараз-Болашак».

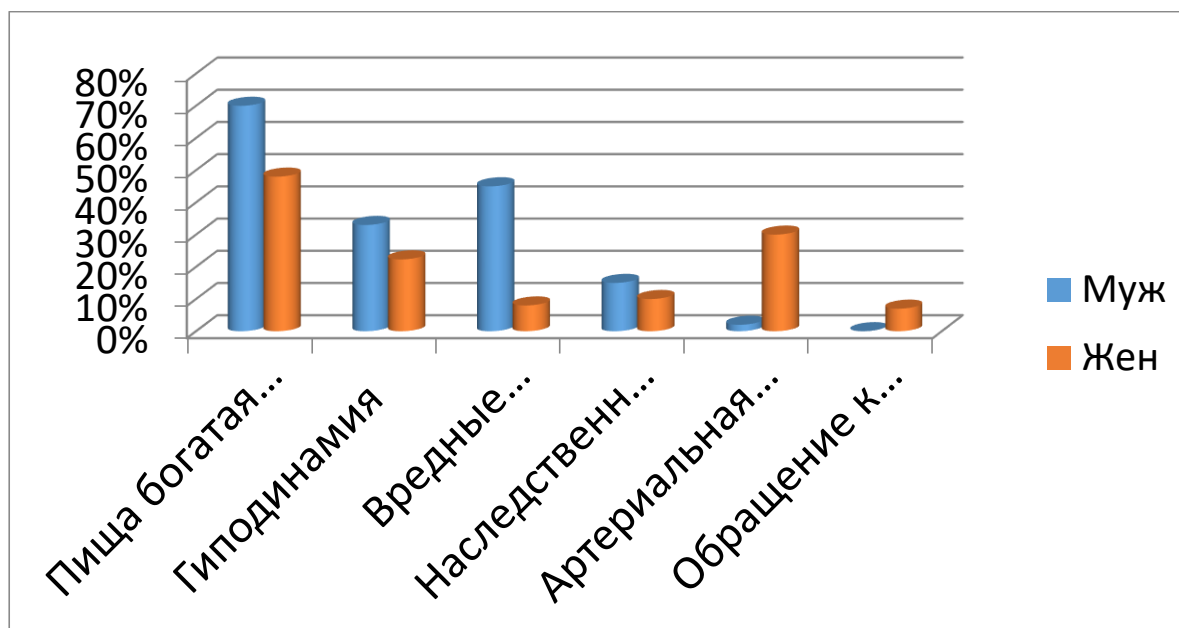


Исследованы параметры поведенческих и биологических факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, в ходе которых выяснилось основные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний:

1. Неправильное питание (пища с большим количеством жиров, нерегулярный прием пищи)
2. Малоактивный образ жизни
3. Вредные привычки (курение, алкоголь)
4. Наследственная предрасположенность
5. Артериальная гипертензия
6. Нерегулярное обращение к врачу

Все вышеуказанные факторы являются наиболее частыми причинами сердечно-сосудистых заболеваний, что подтверждается в таб.1

таб.1



Очевидно, что среди выпускников вышеуказанного медицинского колледжа выявлены факторы распространенности активного и пассивного курения, употребления алкоголя, нерационального питания, низкой физической активности, абдоминального ожирения. В женской популяции в сравнении с мужской достоверно выше распространенность дефицита массы тела, низкой физической активности, тревоги, и ниже – активного курения, избыточного употребления алкоголя, нерационального питания, предожирения, абдоминального ожирения, артериальной гипертензии. Риск гиперлептинемии увеличивается при наличии отягощенной наследственности по сердечно-сосудистым заболеваниям, абдоминального ожирения, избыточной массы тела, дефицита конечных метаболитов оксида азота, гиперурикемии, и уменьшается при нормальном индексе массы тела и среднем балле успеваемости $\geq 4,5$.

Также некоторые сердечно-сосудистые заболевания (к примеру, достаточно распространенная артериальная гипертензия) как оказалось обусловлены и наследственной предрасположенностью.

В заключении следует отметить, что сейчас популяризуется здоровый образ жизни и очень большое значение имеют факторы риска и часть этих рисков модифицируема, то есть люди их могут изменить. Это: отказ от курения, незлоупотребление алкаголем, достаточная физическая активность, адекватное здоровое питание, контроль за углеводным обменом и уровнем артериального давления, профосмотры. И самое главное – **профилактика** сердечно-сосудистых заболеваний, потому что гораздо проще предотвратить, чем потом решать проблему, когда есть клиническое состояние и фактор риска (хроническое заболевание). Потому что это большие затраты общества

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-алеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

II. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының негізгі себептерін талдау (анализ) және бақылау (мониторинг). / Анализ и мониторинг за основными причинами болезней сердечно – сосудистой системы.

на лечение. Поэтому целесообразнее найти время, чтобы раз в год пройти скрининговое исследование, диагностику оценив профиль своих факторов риска с целью выявления отклонения на более ранних стадиях и принять своевременные меры. И мы призываем начните сегодня – измерьте давление, рассчитайте индекс массы своего тела, проанализируйте свою зависимость от вредных привычек, и если полученные результаты вас хоть немного обеспокоили – обратитесь к врачу и пройдите обследование. Вполне возможно, что этим вы сохраните не только свое здоровье, но мир и спокойствие в вашей семье.

«АДАМ ОРГАНИЗМІНЕ ТЕМЕКІ ШЕГУДІҢ ӘСЕРІ»

Қайратбеков Шыңғыс

Ғылыми жетекші: Байболина Р.А.

**«Қарағанды жоғары медициналық интерколледжі» ЖММ,
baibolinara@mail.ru**

Қарағанды қаласы, Қазақстан Республикасы

«Темекі бүкіл денеге залал әкеледі,
ақыл-ойды бұзады, ұлттарды түгелдей
надандыққа әкеледі» - О.Бальзак

Аннотация

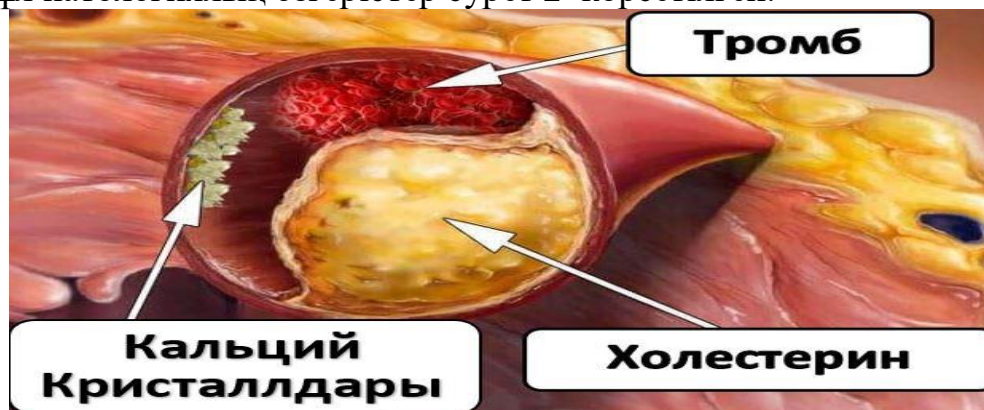
Қазіргі қоғамда темекі шегу халықтың түрлі топтары, оның ішінде әйелдер, жасөспірімдер, тіпті балалар арасында кең таралған әдетке айналды. Статистикаға сүйенсек, әлемде темекіні үнемі қолданатын миллиардқа жуық адам бар. Никотинге тәуелділік адам ағзасына үлкен қауіп төндіреді.

Ресми деректер бойынша, дүниежүзін айтпағанда, тек Қазақстанда жыл сайын 25 мың адам темекінің кесірінен өмірімен қоштасады екен. Сол себепті, дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы “Темекісіз күн” деген атаумен темекінің зардабын түсіндіріп, одан арылу маңыздылығын түсіндіру үшін әлемдік масштабтағы акциялар өткізе бастады, ол ең алғаш рет 1987 жылы 31 мамырда еді. Содан бері әлем «Темекісіз күнді» 31 мамырда атап өтеді, никотиннің ағзаға зиянын түсіндіретін түрлі акциялар ұйымдастырылып тұрады. Темекінің зияны туралы саналы білу - бұл құмарлықты жеңуге көмектесетін тиімді мотивация.

Темекі түтінінің құрамында: 3000 түрлі химиялық қосылыстар бар екендігі дәлелденген. 20 темекінің (шылым шегушінің орташа тәуліктік тұтынуы) құрамында 130 мг никотин бар. Сонымен қатар, оның құрамында жүздеген улар бар, соның ішінде: цианид, мышьяк, қышқыл қышқылы, көміртегі тотығы және т.б. Темекі түтінінде ең күшті 60 канцероген бар: бензопирен, хризен, дибензпирен және басқалары, сонымен қатар миға деструктивті әсер ететін нитрозаминдер. Олардан басқа оның құрамында радиоактивті заттар бар: полоний, қорғасын, висмут және т.б. Бір жыл ішінде 81 кг темекі смоласы темекі шегушінің тыныс алу жолдары арқылы өтеді, оның бір бөлігі өкпеге түседі.

Никотиннің адам ағзасына әсері. Темекі шегудің адам ағзасына зияны оның жүйелі аурудың дамуын ынталандыру қабілетінде. Олардың көпшілігі өліммен аяқталады. Темекі шегудің ағзаға тигізетін зияны туралы қысқаша әрі мәнерлі түрде медициналық статистика дәлелдейді. Темекі шегу жүрек пен қан тамырларына үлкен зиян келтіреді. Бір темекіден кейін қан қысымы көтеріліп, қан ұйып, тамырлардың бітелу қаупі артады. Темекіні қолданатын адамның тамыр соғысы темекі шекпейтін адамға қарағанда тәулігіне жүрек соғысы 15000 рет үдеуінен жүректің қызметі нашарлайды. Темекінің зардабы тәждік қан тамырларды тарылтып, жүректің қанмен қамтамасыз етілуі азайып, оттегі тапшылығы дамиды. Осылайша, оның жүрегіндегі жүктеме әдеттегіден 20% -ға

жоғары. Вазоконстрикция тіндердің оттегілік аштығын тудырады - гипоксия. Темекі шегуден қанда катехоламиндердің көбеюі липид концентрациясының жоғарылауына және атеросклероздың, гипертония мен жүректің майлы дегенерациясының дамуына ықпал етіп, темекінің құрамындағы химиялық қосылыстар қан тамырлардың ішкі қабатын зақымдап, тробтың түзілуіне себеп келтіреді, бұл патологиялық өзгерістер сурет 2 көрсетілген.



Сурет 2 – тромбтың түзілуінен қанайналым бұзылысы

Темекі шегудің кесірінен туындайтын аурулар: темекі шегу адамның денсаулығына ғана емес, оның отбасы мен қоршаған ортасына да зиян тигізеді. Темекіні өзі шекпесе де, темекі шегушінің жанын-да үнемі жақын тұратын адамдар темекі түтінімен демалып, белсенсіз(пассивті) шегушіге айналады. Егер бөлмеде темекінің түтіні көп мөлшерде сақталатын жағдайда темекі шекпейтін адамда келесідей жағымсыз әсерлері жүрек айнуды, құсу, жөтел, көздің және тамақтың шырышты қабығының тітіркенуін және аллергиялық шабуылдарды және т.б. тудыруы мүмкін. Сонымен темекі түтіні темекі шегушілерде сияқты аурулардың дамуына ықпал етеді. Кез-келген адамның организміне темекі шегудің жойғыш әсері көптеген ауруларды тудырады: әр түрлі қатерлі ісік түрлері; миокард инфарктісі; инсульт; өкпе тромбоэмболиясы; атеросклероз; соқырлық; саңырау; жойылып жатқан эндартерит; импотенция және фригидтілік; бедеулік; өкпе эмфиземасы; пневмония; созылмалы бронхит; тіс эмальының бұзылуы; асқазан-ішек жолдарының аурулары; туа біткен деформациялар; дамудың артта қалуы; ерте өлім. Темекі шегудің пассивті темекі шегушілердің ағзасына зияны медициналық статистикамен расталады: әлемде жыл сайын 600 мыңға жуық адам қайтыс болады, олардың 300 мыңы балалар. Осы және басқа ғылыми дәлелдер қоғамдық орындарда темекі шегуге тыйым салатын заңның қабылдануына негіз болды.

Темекіні қалай тастауға болады? Темекіні тастау оңай. Мұны істеу үшін сіз темекінің өмірге жағымды нәрсе әкеле алмайтынын түсінуіңіз керек. Өз өміріңізді өзгертуге, сыртқы түріңізді, денсаулығыңызды жақсартуға деген үлкен ықылас - бұл жаман әдеттермен күресуді бастауға тамаша себеп. Көбінесе бұл ынталандыру темекіні тастағысы келетін адамға жеткілікті. Сондықтан

темекіні қалайша біржолата тастауға болады деген сұраққа жауап бере отырып, ең алдымен өзіңіздің мотивацияңызды қалыптастыруыңыз керек. Себебі, ол темекіні тастағанның алғашқы күндерінде ғана емес, сонымен қатар дені сау, ұзақ, барлық жарқын сәттерге толы өмірге кепілдік бере отырып әрекет етуі керек. Мұның бәрі никотинді тастау тәжірибесі үшін ең жақсы сыйлық болады. 2024 жылы темекінің мың данасы үшін салынатын акциздер 35 еуроға дейін қымбаттайды. Заң жобасы бүгін Мәжілісте мақұлданды. Ұлттық экономика министрі Әсет Ирғалиевтың айтуынша, темекіге акцизді арттырған соң қосымша қаражат түседі. Демек, бюджетке түсетін кіріс 27 процентке көбейеді. Қазір елде темекінің мың данасына акциз 21,5 еуро. Біздің валютаға шаққанда 11 100 теңге шамасында. Өнімге салынатын қосымша құн бірден қымбаттамайды. Алайда темекі шегудің қаншалықты зиян екенін білсе де, шылымқорлардың саны азаяр емес. Осыған қарамастан ҚР темекіні тұтыну деңгейін төмендетуге бағытталған бірқатар «Темекіге қарсы күрес жөніндегі негіздемелік конвенциясы», «Темекі бұйымының қорабына, қаптамасына шайырлы заттардың, никотиннің құрамы туралы, құрамының деңгейі туралы және жүйелік улар, канцерогендік және мутагендік заттар туралы мәліметтерді орналастыру қағидаларын және темекі шегудің зияны туралы ескертуді бекіту туралы» қаулысы, «Темекі бұйымдарын сату жүзеге асырылатын орындарда орналастырылатын темекі шегудің зияны туралы ескертуді бекіту туралы» қаулысы және т.б.

Темекі шегудің адам организміне зиян тигізетінің колледж студенттерінің «Бір күн темекісіз» колледжішілік шара өткізумен қатар және темекінің зияндылығын түсіндіру мақсатында колледж студенттеріне арналған «Я не курю» акциясы жүргізілді. Акция барысында зиянкеш туралы бейнематериалдар, плакаттар көрсетіліп, бір темекіге бір жеміс айырбасы жүргізілді (одна сигарета = 1 фрукт). Бұл акция барысында тек студенттердің темекінің зияндылығын түсінуіне ықпал етіп қана қоймай, қанша студенттің темекі тартатынын және қолдағы бар темекісін тастап, оны қия алатыны зерттелді. Акция барысын 3 суреттен көре аласыздар.



Сурет 3 – «Я не курю» акциясы

Нәтижесінде, бір сағаттан өткізілген колледжішілік шараға 2 кезеңде оқитын 254 студент қатысты. Оның ішінен 58 студент темекісін жәшікке

тастады, оны фотосуреттен көресіздер. Осындай бір күндік өткізілген акция 77,2% көрсеткіш нәтижесін көрсетті. Сонымен қатар зерттеуіміз колледжішілік болып қалмай, дүниежүзіндегі темекі шегудің салдарынан жүрек-қантамыр жүйесінің медициналық-әлеуметтік аспектілерінен ауруға алып келуі зерттелді. Нәтижесінде жыл сайын дүниежүзінде темекі шегудің салдарынан 4 млн. Адам қайтыс болады екен. Бүгінде жер шарында 1,2млрд. адам темекі шегетіні көрінді. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының дерегі бойынша, 1997 жылы темекіден 3 млн. адам қайтыс болған болса, бұл көрсеткіш жыл сайын 33% өсіп отырған. Ал, Қазақстанда қазіргі уақытта 5 миллионға жуық адам темекі шегеді екен.

Қорыта келгенде елімізде темекі шегуге қарсы түрлі саяси бағыттардың, заңдардың жұмыс істегенімен, темекінің зияндылығын қаншалықты айтқанымен, темекіні шекпеу немесе тастау ол әр адамның өзінің сана- сезіміне, ниетіне, ерік-күшіне, сабыр-төзіміне байланысты. Бірақ біз темекі шегудің денсаулыққа үлкен қатер төндіретінін естен шығармауымыз жөн. Атамыз қазақ «Ауырып ем іздегенше, ауырмайтын жол ізде» деп текке айтпаған. Осы өмірге келген әрбір адам бақытты өмір сүруге құқылы. Ал бақытты өмір сүрудің кілті – ол салауатты өмір сүру салтын ұстану болып табылады.

Қолданылған әдебиеттер:

1. Қазақстан Республикасының «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» кодексі, 25- тарау, 159-бап.
2. Керімбеков Е. Адам анатомиясы. – Алматы, 1998. – 56 б.
3. <https://hls.kz/kk/archives/19928>
4. <http://www.nosmoking18.ru/vliyanie-kureniya-na-plod>

ЖЕРГІЛІКТІ ЖЕРДЕГІ ХАЛҚЫНЫҢ ЖҮРЕК- ҚАНТАМЫР ДЕНСАУЛЫҒЫ КӨРСЕТКІШТЕРІНІҢ МОНИТОРИНГІ.

Бектаев Ерлан Айнұрұлы -IV курс студент

Жет: Тұртаева З.К

«Мейір-Бейс» жоғары колледж, med-lenger@mail.ru Түркістан обл, Ленгір.қ.

Аннотация : Мониторингті алдын алу және белгілерін анықтау шараларының тиімділігін бағалау үшін қолдануға болады. Ғылыми-зерттеу жұмысы мен практикалық мониторинг нәтижелерінің үйлесуі Денсаулық сақтау саласындағы саяси шешімдер мен бағдарламалардың тиімділігін арттыруға және мониторингте қолданылатын әдістемелердің негізділігін растауға мүмкіндік береді.

Аннотация: Мониторинг может быть использован для оценки эффективности мер профилактики и выявления симптомов. Сочетание результатов научно-исследовательской работы и практического мониторинга позволит повысить эффективность политических решений и программ в области здравоохранения и подтвердить обоснованность применяемых методик мониторинга.

Annotation: Monitoring can be used to assess the effectiveness of prevention measures and identify symptoms. The combination of the results of research and practical monitoring will improve the effectiveness of policy decisions and programs in the field of health and confirm the validity of the monitoring methods used.

Жоспар

I.Кіріспе.

I.I. Қазақстан халқының жүрек-қантамыр денсаулығы көрсеткіштерінің мониторингі.

II.Негізгі бөлім.

II.I. Жүрек-қан тамырлары ауруларының себептері мен әсер ету факторлары.

II.II. Көзге көрінетін жүрек ауруларының ерекше белгілері.

III.Қорытынды.

I.I. Қазақстан халқының жүрек-қантамыр денсаулығы көрсеткіштерінің мониторингі.

Қазіргі әлемге қатысты көптеген ауыр ауруларға қарамастан, жүрек-қан тамырлары аурулары әлемде өлімнің негізгі себебі болып табылады (жалпы өлімнің 30-35% дейін). Біздің елімізде өткен жылы 74 мыңға жуық адам жүрек-қан тамырлары ауруларының құрбаны болды! Бірақ қайғылы финалға шықпасаңыз да, статистика жағымды емес: біздің еліміздегі жалпы жүрек-қан тамырлары аурулары бүкіл халықтан. Сондай-ақ, жүрек-қан тамырлары аурулары мен олардан болатын өлімнің ең көп пайызы өмір сүру деңгейі төмен елдерге тән, бұл медицина деңгейінің қолайсыз нәтиже қауіпіне әсерін ғана емес,

сонымен бірге адамның жүрек-қан тамырлары денсаулығының өмір салтына қаншалықты тәуелді екенін көрсетеді.

Қазақстан шын мәнінде дұрыс тамақтанбау салдарынан жүрек-қан тамырлары ауруларынан болатын өлім-жітімі жоғары Еуропаның 10 елінің қатарына енді, алайда ғылыми жұмыста қарастырылған үш көрсеткіштің біреуі бойынша ғана (100 мың адамға шаққанда өлім-жітім). зерттеушілер 2016 жылғы мәліметтерге сүйене отырып, диеталық қауіп факторларына байланысты жүрек-қан тамырлары ауруларынан болатын өлімнің абсолютті саны. Осы көрсеткіш бойынша республика 40 мыңға жуық өліммен 13-ші орында ғана орналасқан. Өлімнің жалпы құрылымында диеталық қауіп факторларына байланысты жүрек-қан тамырлары ауруларынан болатын өлім-жітімнің үлесі. Бұл жерде жағдайлардың тек 29,5% - ында ғана қазақстандықтар дұрыс тамақтанбау салдарынан жүрек-қан тамырлары ауруларынан көз жұмады. Республика Еуропада 13-ші орында, Диеталық қауіп факторларына байланысты жүрек-қан тамырлары ауруларынан болатын өлім-жітім 100 мың адамға шаққанда. Дәл осы жағдайда Қазақстан өлім-жітім көрсеткіші ең жоғары Еуропа елдерінің ондығына кіреді деп айту әділетті. Жарияланған мәліметтерден, 2016 жылы қайтыс болған 100 мың адамның 306-сы жүрек-қан тамырлары ауруларының, соның ішінде дұрыс тамақтанбаудың құрбаны болған. Республика рейтингте тоғызыншы орында.

2.1. Жүрек-қан тамырлары ауруларының себептері мен факторлары. Жүрек ақауын дамытатын факторлар:

- 1. Дұрыс тамақтану, гигиеналық ережені сақтау.**
- 2. Экологиялық фактор (ауа, су).**
- 3. Салауатты салт дәстүрін ұстану (спорт).**

1. Дұрыс тамақтаныңыз. жүрек-қан тамырлары ауруларының пайда болуы мен ағымына әсер етуі мүмкін 12 тамақ тобын зерттеу жұмысына алынды. Қазақстанның елдік профайлынан бүгінгі таңда қазақстандықтар үшін басты проблема тұтас дәнді өнімдердің, жемістер мен жаңғақтардың жетіспеушілігі болып отырғаны түсінікті.

2. Экологияның жүрек ақауының дамуына әсер етеді. Оған ауаның ластануы яғни көліктердің көмір қышқыл газын мөлшерден тыс бөлінуі, лас судыңда жүрек ақауының дамуына үлкен үлесін тигізуде.

3. Салауатты салт дәстүрін ұстану деген жүрек ақауының дамуына тосқауыл болады дегенмен пара-пар, дегенмен осы формулаларды ұстану арқылы адам өмірінің сапасын жоғарлату

Зерттеу жұмысы:

Көзге көрінетін жүрек ауруларының ерекше белгілері.

Жергілікті жердегі адамдар арасында жиіленіп кеткен жүрек- қантамыр ауруларының көзге көрінетін ерекше белгілеріне талдау жүргізілді. Нәтижесінде бақылау жүргізе маниторинг қорытындысы шықты.

1. Ксантомалар

Көзге көрінетін жүрек ауруларының ерекше белгілері

Қабақтардағы, бөкселердегі, шынтақтардағы немесе тізелердегі кішкентай майлы дақтар ксантомалар деп аталады және өздері зиянсыз. Алайда, мұндай майлар холестериннің көп мөлшерін көрсетеді-сондықтан тамырлар оны ұстай алмайды және балласты тері астына тастай бастайды. Сонымен, тамырлардың өздері шұғыл көмекке мұқтаж: мүмкін, олар атеросклерозға ұшырайды, бұл үлкен жүрек проблемаларына әкелуі мүмкін.

2. Белсенді спорт кезінде аю

Көзге көрінетін жүрек ауруларының ерекше белгілері

Дене терлеген кезде, ол Терінің бетінен ылғалдың булануына байланысты салқындатылады. Алайда, біздің денемізде салқындатудың басқа тәсілдері бар, мысалы, аю, бұл денені оттегімен қанықтыруға және басындағы температураны төмендетуге көмектеседі. Егер терморегуляцияның табиғи механизмдері орындалмаса, онда спорт кезінде біз аунай бастаймыз. Терморегуляцияның бұзылуының бірнеше себептері болуы мүмкін, олардың бірі ықтимал жүрек ауруы.

3. Ауыздан жағымсыз иіс.

Көзге көрінетін жүрек ауруларының ерекше белгілері

Қызыл иектің қабынуы немесе периодонт ауруы жаман тыныс алуға және тіпті тістің жоғалуына әкелуі мүмкін. Бірақ қабынудың жағымсыз салдары мұнымен аяқталмайды. Жаңа американдық зерттеулер Сағыз аурулары мен жүрек аурулары арасындағы байланысты көрсетеді.

4. Сақина саусағының ұзындығы.

Көзге көрінетін жүрек ауруларының ерекше белгілері

Егер сақина саусағы индекстен әлдеқайда қысқа болса, жүрек ауруының қауіпі жоғары болады. Бұл таңқаларлық қатынасты Ұлыбританиядағы зерттеушілер анықтады.

5. Көк еріндер.

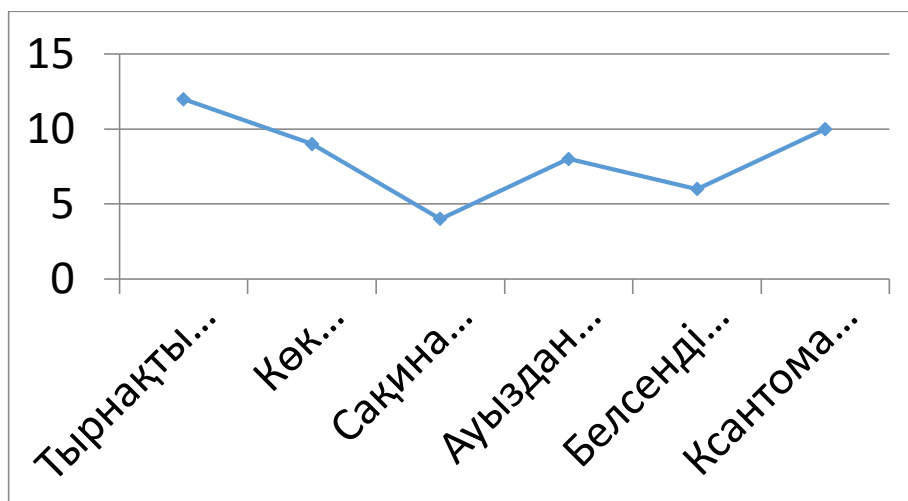
Көзге көрінетін жүрек ауруларының ерекше белгілері

Тіпті сау адамның ерні көк түске айналуы мүмкін, мысалы, егер ол қатты қатып қалса немесе биіктікте болса. Физиологиялық бұл затрудненного васкуляризациясы және уақытша жетіспеген оттегі.

6. Тырнақтың пішінін өзгерту.

Көзге көрінетін жүрек ауруларының ерекше белгілері

Егер тырнақтар қалыңдатылып, дөңгелектене бастаса, оларға мұқият қарау керек. Мұндай өзгерістер тамырлармен проблемалар туралы айтады: мүмкін, қанмен қамтамасыз ету саусақтардың ұштарына дұрыс көлемде келмейді. Мұндай жағдайда тырнақ пластиналарының жасушалары осы мәселені шешуге тырысып, олардың өсуін арттырады. Бұл симптом ежелден бері белгілі және Гиппократтың саусақтары деп аталады.



Көзге көрінетін жүрек ауруларының ерекше белгілерінің диаграммасы.

Жаңашылдық :

1. Жергілікті жердегі халқының жүрек-қантамыр денсаулығы көрсеткіштерінің мониторингін жасау, ұсыну;
2. Жүрек- қантамыр ауруларының көзге көрінетін белгілерін талдай отырып диаграмма ұсыну;
3. Халық арасында насихаттау мақсатында қосымша нұсқау ұсыну;

Қолданылған әдебиеттер:

1. Шальнова С.А., Баланова Ю.А., Константинов В.В. и др. Артериальная гипертония: распространенность, осведомленность, прием антигипертензивных препаратов, и эффективность лечения среди населения Российской Федерации. РКЖ 2006; 4: 45-50.

2. Бойцов С.А., Кривонос О.В., Ощепкова Е.В. и др. Оценка эффективности и реализации мероприятий, направленных на снижение смертности от сосудистых заболеваний в регионах, включенных в Программу в 2008 году, по данным мониторинга Минздравсоцразвития России и Регистра ОКС за период с 01.01.2009 по 31.12.2009. <http://>

3. «Жүрегіңіз ауырмасын» Е. Рақышев 2020жыл (20-35бет)

**III. Жүрек - қан тамыр жүйесі ауруларын емдеуге қолданатын дәрілік заттарды дәлелді медицинаның негізінде тиімді қолдану./
Эффективное использование препаратов, применяемых для лечения болезней сердечно-сосудистой системы на основе доказательной медицины.**



ЖҮРЕКТІҢ ИШЕМИЯЛЫҚ АУРУЛАРЫН ЕМДЕУГЕ ҚОЛДАНАТЫН ДӘРІ-ДӘРМЕКТЕР

Вердиева Ругая 312 топ «Емдеу ісі»

Серкебаева А.К фармацевтикалық пәндер оқытушысы

Жамбыл жоғары медициналық колледжі

Аннотация

Қазіргі таңда аурудың сан-түрлері кездесесуде. Бірі жазылса, екіншісі айықпас дертке айналады. Солардың бірі жүрек қан тамырлары ауры жиі кездеседі. Осы уақытқа дейін жүрек ауруларынан оның ішінде миокард инфарктынан көптеген науқастар көз жұмды.Заманауи медицинаның дамуына байланысты миокард инфарктын ерте диагностика жасалып,өлім жағдайлары төмендеп,науқастарға жан-жақты көмек көрсетілуде.

Тақырыптың өзектілігі:

Жүрек қан-тамыр ауруларын алдын алып, уақытылы анықтап, аурудың басталу сатысына байланысты алдын алуға,емдеуге дәрі-дәрмектерді тағайындау.Сонымен қатар халыққа салауатты өмір салтын сақтауды насихаттай отырып, жүрек ауруларын алдын алу шараларын үйрету және дәрі-дәрмекті уақытылы қабылдап, қабылдау уақытының мерзімін сақтаудың маңыздылығын түсіндіру басты мақсатымыз. Ұлтымыздың денсаулығы- мемлекетіміздің болашағы.

Зерттеудің мақсаты

Жүрек қан-тамыр ауруларына жалпы сипаттама беріп, ауруды алдын алуға, жүрек ұстамасы кезінде және емдеуге қолданатын дәрі-дәрмектердің фармакологиялық тобын,қолдану мерзімі мен тағайындалу ерекшелігін анықтау.

Зерттеу міндеттері

1. Дәрілік заттар туралы мәлімет жинау
2. Дәрі-дәрмектердің тигізетін фармакологиялық әсерін анықтау
- 3 .Дәрілік заттардың ағзаға тигізетін кері әсері туралы мәлімет алу

Жұмыстың практикалық маңызы.

1. Дәрілік топтардың әсер етуіне қарай медицинада жіктелуі
2. Фармакологиялық тобына байланысты қолдану көрсетілімдері

Зерттеу нысаны

1. Жамбыл жоғары медициналық колледж студенттері: «Фармация», «Мейірбике ісі», «Емдеу» бөлімдері, 2-3-4 курс
- 2.Облыстық аурхананың жүрек қан-тамыр бөлімшесі

Зерттеу әдістері

1. Анкеталық – сұрау.
2. Статистикалық есептеу (диаграмма)

Зерттеу жұмыстарының кезеңдері

- 1 Студенттер арасында тест жұмыстарын жүргізу

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-алеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

III. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларын емдеуге қолданатын дәрілік заттарды дәлелді медицинаың негізінде тиімді қолдану./

Эффективное использование препаратов, применяемых для лечения болезней сердечно – сосудистой системы на основе доказательной медицины..

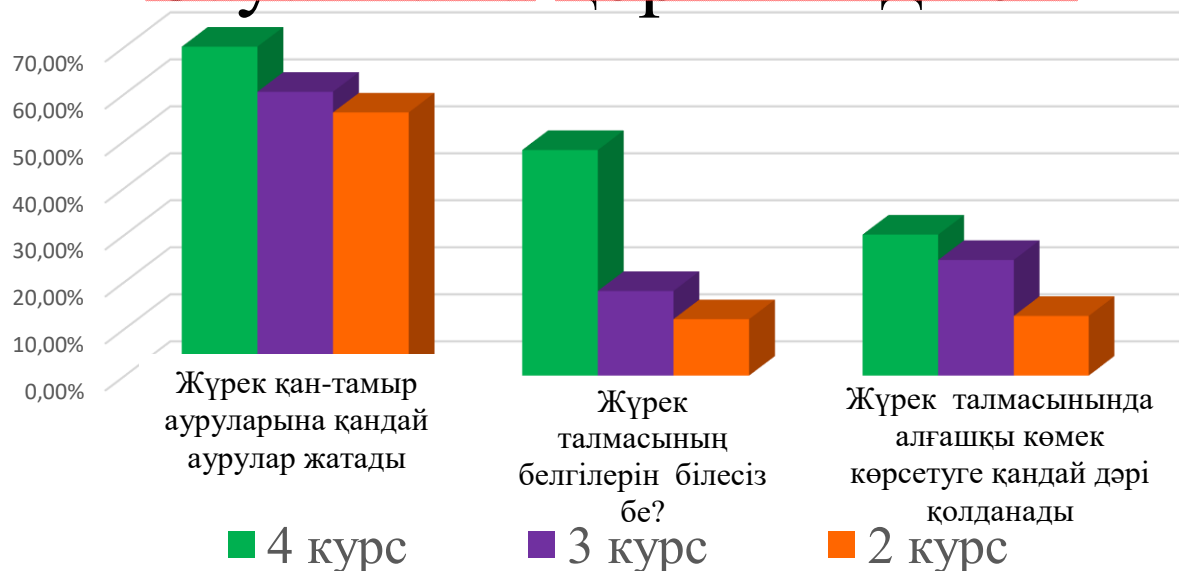
2. Іздену, жинақтау және ғылыми мәліметтерді саралау, өңдеу
- 2.Ғылыми әдебиеттермен, басылымдармен жұмыс жасау
- 3.Теориялық зерттеулер
- 4.Компьютерде өңдеу, презентация дайындау, қорғау

I-кезең. Үйірме мүшелері II-III-IV курс студенттері арасында сауалнама жүргізді. Сауалнама білімгерлер арасында жүрек қан-тамыр ауруларына қандай аурулар жататыны және алғашқы белгілері жайлы болды.

Студенттер арасында тест жұмыстарының қорытындысы

Курстар	2-курс	3-курс	4-курс
Жауаптар	Білемін Білмеймін	Білемін Білмеймін	Білемін Білмеймін
Жүрек қан-тамыр ауруларына қандай аурулар жатады	5 190	160 16	200 8
Жүрек талмасының белгілерін білесіз бе?	3 175	150 10	200 2
Жүрек талмасынында алғашқы көмек көрсетуге қандай дәрі қолданады	2 180	160 8	200 2

Сауалнама қорытындысы



II-кезең.

Үйірме мүшелері облыстық аурухананың кардиология бөлімшесінде және кардиовелоэргометрия бөлімінде ауру белгілерін анықтау мақсатында зерттеу жұмыстарын жүргізді. Емдеуші дәрігермен бірге бөлімше науқастарымен кездесті. Науқастардың ауру тарихымен танысып, anamnesis morvi, anamnesis vitae анықтады. Науқастың рұқсатымен үйірме мүшелері сұхбаттасты. Науқас Аманов Н 1962 жылғы. DS. Гипертоническая болезнь II ст. Стенокардия напряжения. Науқаста ұзақ жылдан бері жоғары артериялық қысым анықталған, сонғы 2 жылдан бері жүрек тұсы ауырып, сол қолына, сол жақ жауырынына берілетіні анықталды. Бірнеше рет кардиология бөліміне жедел түрде жатқызылып, ем қабылдады. Ауру тарихымен танысқанда емдік шараларында келесі дәрілік топтар анықталды: нитрат препараттары (вазодилататорлар), бэтта-адреноблокаторлар, кальций антагонистері. Үйірме мүшелері электрокардиография, кардиовелоэргометрия бөлімінде болып, стенокардиямен, миокард инфарктымен ауырған науқастардың қортындыларын көріп, жүректе болған өзгерістерді көрді.

III кезең.

Стенокардия, миокард инфарктында, жедел коронарлы синдромында ең бірінші алғашқы көмек көрсетуде және емдеуге әртүрлі дәрілік топтар қолданады. Бұл топ дәрілері жүректі оттегімен қамтамасыз етіп, коронарлы қан тамырларын кеңейтеді, жүрек жиырылу жиілігі мен төмендеуіне, жүрек жұмысын жеңілдеті отырып, миокардтың оттегіне қажеттілігін төмендеуіне алып келеді.

Наркотикалық анальгетиктер

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-алеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

III. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларын емдеуге қолданатын дәрілік заттарды дәлелді медицинаың негізінде тиімді қолдану./

Эффективное использование препаратов, применяемых для лечения болезней сердечно – сосудистой системы на основе доказательной медицины..

Morphini hydrochloridum – Морфин гидрохлориді: 1% - 1мл ерітіндісі бұлшық етке немесе көктамырға NaCl 0,9% ерт. араластырып енгізеді. 0,01 таблеткада 1таб.тәулігіне 2 – 3 рет.



Promedolum – Промедол (А): 2:1 – 1 мл ерітінді ампулада бұлшық етке , көк тамырға енгізеді.



Phentanylum – Фентанил (А): 0,005% - 2мл ерітінді ампулада бұлшық етке , көк тамырға енгізеді.



Omnoponum – Омнопон (А): 0,025 таб. 1% және 2% 1 мл ерітінді ампулада бұлшық етке , көк тамырға енгізеді.



II. Антиаритмиялық дәрілер

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-алеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

III. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларын емдеуге қолданатын дәрілік заттарды дәлелді медицинаың негізінде тиімді қолдану./

Эффективное использование препаратов, применяемых для лечения болезней сердечно – сосудистой системы на основе доказательной медицины..

Lidocainum – Лидокаин: 1% - 2% ерінді ампулада баяу ағынмен немесе көк тамырға тамшылатып енгізеді, әсері 10 – 20 минутқа



Xuscain – Ксикален: 1% - 2% ерінді ампулада 50мл – 100мл ерітінді флаконда, 2% - 2мл ерітінді ампулада.

Mexiletine – Мексилетин (Мекситил): 0,05 ; 0,2 капсулада; 0,36 капсула – депо 2,5% - 10 мл ерітінді ампулада.



Dipheninum – Дифенин (Фенитоин, Дифенилгидантоин) таблетка құрамында 0,117 дифенин және 0,032г натрий гидрокарбонаты бар.



III. Антикоагулянттар

Fragiparin – Фраксипарин: 0,3 мл шприц тьюбигін бел деңгейінен іштің қабырғасының тері астына енгізеді.

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-алеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

III. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларын емдеуге қолданатын дәрілік заттарды дәлелді медицинаың негізінде тиімді қолдану./

Эффективное использование препаратов, применяемых для лечения болезней сердечно – сосудистой системы на основе доказательной медицины..



Neodicumarinum – (Pelentan) – Неодикумарин (Пелентан) (А): 0,05; 0,1 таблетка шығарылып тәулігіне 1 – 2 таблеткадан белгіленеді.

Acidum acetylsalicylicum – Ацетилсалицил қышқылы: 0,25; 0,5таблетка тамақтан кейін $\frac{1}{4}$ бөлігін қабылдайды.



Trombo – ASS– Тромбо АСС: таблетка құрамында 0,05г және 0,1г ацетилсалицил қышқылы бар.



Aspirin – cardio – Аспирин – кардио: таблетка құрамында 0,1 және 0,3 ацетилсалицил қышқылы бар.



«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-алеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

III. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларын емдеуге қолданатын дәрілік заттарды дәлелді медицинаың негізінде тиімді қолдану./

Эффективное использование препаратов, применяемых для лечения болезней сердечно – сосудистой системы на основе доказательной медицины..

IV. Фибринолитикалық дәрілер.

Жаңа пайда болған тромбты ерітеді.

Streptokinasа – Стрептокиназа: 250,000 және 500,000 ӘБ құрғақ зат флаконда шығарылып, 100 – 150 мл 0,9% NaCl ерітіндісінде араластырып көк тамырға тамшылатып енгізеді



Actilise – Актилизе: 250,000 және 500,000 ӘБ құрғақ зат флаконда шығарылып, 100 – 150 мл 0,9% NaCl ерітіндісінде араластырып көк тамырға тамшылатып енгізеді.



V. Вазопрессорлы дәрілер.

Dopaminum – Допамин (Б): 0,5%; 4% - 5мл ампулада 400мл 0,9% NaCl ерітіндісінде араластырып көк тамырға тамшылатып енгізеді.

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-алеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

III. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларын емдеуге қолданатын дәрілік заттарды дәлелді медицинаың негізінде тиімді қолдану./

Эффективное использование препаратов, применяемых для лечения болезней сердечно – сосудистой системы на основе доказательной медицины..



VI. Нитроглицериннің препараттары.

Perlinganatum – Перлинганит: 10,0 ерітінді ампулада шығарылып, NaCl 0,9% - 400,0 ерітіндісінде араластырып көк тамырға тамшылатып енгізеді.



VII. Оксигенотерапия – оттектен демалу.

VIII. Жүрек гликозидтері.

Strophantinum – Строфантин: 0,05% - 1,0 ерітінді ампулада көк тамырға баяу NaCl 0,9% - 400,0 ерітіндісінде араластырып енгізеді.



«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-алеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

III. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларын емдеуге қолданатын дәрілік заттарды дәлелді медицинаың негізінде тиімді қолдану./

Эффективное использование препаратов, применяемых для лечения болезней сердечно – сосудистой системы на основе доказательной медицины..



IX. В1 – Адреноблокаторлары.

Metoprolol – Метопролол: 0,025; 0,05; 0,1таблетка 0,05; 0,1;0,2 таблетка ретард 1% - 5мл ерітінді ампулада.



Atenololum – Атенолол : 0,025; 0,05 таб



леткада

X. Плазма алмастырушы және тұзды ерітінділер

Natrii hydrocarbonatis – Натрий гидрокарбонаты: 400,0; 200,0 ертінді флаконда көк тамырға тамшылатып енгізеді.

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-алеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

III. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларын емдеуге қолданатын дәрілік заттарды дәлелді медицинаың негізінде тиімді қолдану./

Эффективное использование препаратов, применяемых для лечения болезней сердечно – сосудистой системы на основе доказательной медицины..



Glucosae – Глюкоза: 5%; 200,0; 400,0 ерітінді



Қорытынды

Қазіргі заманда адам денсаулығын сақтау жайындағы күрес, бүкіл елдің қасиетті парызы. Кейінгі жылдары елімізде халық денсаулығын көтеруге бағытталған мемлекеттік бағдарламалардың жүзеге асырылу нәтижесінде жүрек қан-тамырлар ауруларын емдеу саласы біршама қарқындап дами бастады. Біздің елде жүрек қан-тамыр аурулары жиі кездескенмен, соңғы уақытта медициналық қызмет көрсету мен бақылау сапасы артқандықтан одан өлім-жітім біршама төмендеген. Егер көрсеткіштерге шолу жасасақ:

1. Дүние жүзі бойынша жүрек қан-тамыр ауруларымен 2019-2021 жылға дейін 17,5 млн адам қайтыс болған.
2. Қазақстан Республикасы бойынша 2019-2021 жылдары жүрек қан-тамыр ауруынан 100 мың адам қайтыс болған.
3. Жамбыл облысы бойынша 1,070 млн адамның 8479 адам осы аурумен қайтыс болған».

Осыған байланысты жүрек қан-тамыр ауруларын медицинаның дамыған уақытында дер кезінде диагностикалап, аурудың жүру сатысына байланысты

дәрі-дәрмектер тағайындалуда. Дәрі –дәрмектермен қатар ауруды ерте диагностикалауға өте көп мүмкіншіліктер бар. Айта кететін болсақ Тараз қаласында да науқас адамдарды өлімнен арашалап, уақытылы жәрдем көрсетіп, заманауи хирургиялық, эндоваскулярлық жолмен емдеуде қалтықсыз қымат жасап жатқан медициналық орталықтар бар. Олар: «Жүрек» , С.Ж.Жошыбаев атындағы кардиологиялық орталықтар және облыстық ауруханда орналасқан рентгендік эндоваскулярлық бөлімшесі.

Зерттеу барысында жүректің ишемиялық аурулары және артериялық қан қысымынан болатын асқынулар туралы көптеген жаңалықтарды оқып іздендік, әр жаңалықты ашқан сайын қызушылығымыз арта түсті, келешекте одан ары қарайда жалғастырмақ ойымыз бар.

Ұсыныс

1. Халыққа жүрек қан-тамыр ауруларының қауіптілігін түсіндіре отырып, салауытты өмір салтын сақтаудың шаралары жоғары деңгейде жеткізілсе
2. Жүрек қан тамыр жүйесіне әсер ететін дәрілерді қажет ететін науқастарға тегін беріп, әсіресе миокард инфарктын алған науқастарды қамқорға алса.
3. Пайдалану жолдарын қатаң сақтауды насихаттау
4. Артериялық қан қысымы жоғары және стенокардиямен есепте тұрған науқастарды қатаң қорғауға алуды тездету.

Пайдаланылған әдебиеттер:

1. Д.А.Харкевич. Фармакология с общей рецептурой. М.ГЭОТАР-Медиа, 2009 г., 2010 г.
2. Гаевый М.Д., Петров В.И., Гаевая Л.М. «Фармакология». Учебник. изд. Март, 2008 г.
3. Н.И.Федюкович. Фармакология для медицинских училищ и колледжей, Ростов-на-Дону «Феникс», 2008 г.
4. Майский В.В. «Фармакология с общей рецептурой», учебное пособие для медицинских училищ. 2008 г.
5. Виноградов В.М., Каткова Е.Б. «Фармакология с рецептурой», 2009 г.
6. «Лекарственные средства», М. Д. Машковский, в 2 т-х., 2006 г.
7. Анисимова Н.Б., Литвинова Л.И. «Клиническая фармакология». Ростов-на-Дону, Феникс, 2005, учебник.
8. Гудман Г., Гилман Г. Клиническая фармакология по Гудману и Гилману. Перевод 10-го издания. М. «Практика». 2006 г. 1648 с.

ЖҮРЕК-ҚАН ТАМЫР ЖҮЙЕСІ АУРУЛАРЫНЫҢ ҚАУІП-ҚАТЕР ФАКТОРЛАРЫ ЖӘНЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТІК АСПЕКТІЛЕРІ: МӘСЕЛЕЛЕРІ МЕН ШЕШІМДЕРІН АНЫҚТАУ ЖҮРЕК-ҚАН ТАМЫР ЖҮЙЕСІ АУРУЛАРЫНДАҒЫ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМ ТҮРЛЕРІ

Баяндамашы: Мырзабек Т.М “Емдеу “ісі” бөлімі 411-топ

Хирургия пәнінің оқытушысы: Даулетов А.М

«Жамбыл жоғары медициналық колледжі» ШЖҚ КМК

Тақырыптың өзектілігі

Қазіргі таңда жүрек-қан тамыр жүйесінің зақымдалуы көп орын алады. Әсіресе, жүрек-қан тамыр жүйесі аурулары егде жастағы науқастарда ғана емес, жастар арасында жиі кездеседі. Сондықтан, жүрек ауруларының алдын алып, тиімді емдеу әдістерін зерттеп, халыққа насихаттау басты мақсатымыз.

Зерттеудің мақсаты

Жүрек-қан тамыр жүйесі ауруларын емдеуде тиімді әдістерді қолдана отырып жүрек ауруларының алдын-алу, жүргізілген емнің тиімділігін бағалау

Зерттеу міндеттері

1. Зерттеу тақырыбының өзектілігін бағалау.
2. Жүрек-қан тамыр жүйесі ауруларын емдеуге қолданылатын дәрілік заттарды дәлелді медицинаның негізінде тиімді қолдану жолдарын зерттеу.
3. Жүрек-қан тамыр жүйесі ауруларын тудыратын қатер факторларының таралуын төмендетуде жаңа мінез-құлық ұстанымдарын қалыптастыру.

Зерттеу нысаны

1. Жамбыл медициналық колледж студенттері: “Емдеу ісі”, “Фармация” бөлімдері.
2. Жүрек-қан тамыр жүйесі ауруларының түрлерімен есепте тұратын колледж студенттері (есепте 2 студент алынған)
3. «Ғылыми клиникалық кардиохирургия және трансплантология орталығында» ем алған науқастар.

Зерттеу әдістері

1. Анкеталық-сұрау
2. Медициналық картамен танысу.
3. Статистикалық

“Скальпель” үйірмесінің зерттеу жұмыстары 3-кезең бойынша жүргізілді.

I кезең.

Зерттеу жұмысымда I-IV курс студенттері арасында сауалнама жүргіздім. Сауалнама артериялық қан қысымы жоғары, жүрегі шаншып ауыратын, физикалық үстемелерден кейін жүрекке күш түсу сезімі болатын, стресс және депрессиядан соң сырқаттанып қалатын студенттерді анықтауға бағытталды.

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-алеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

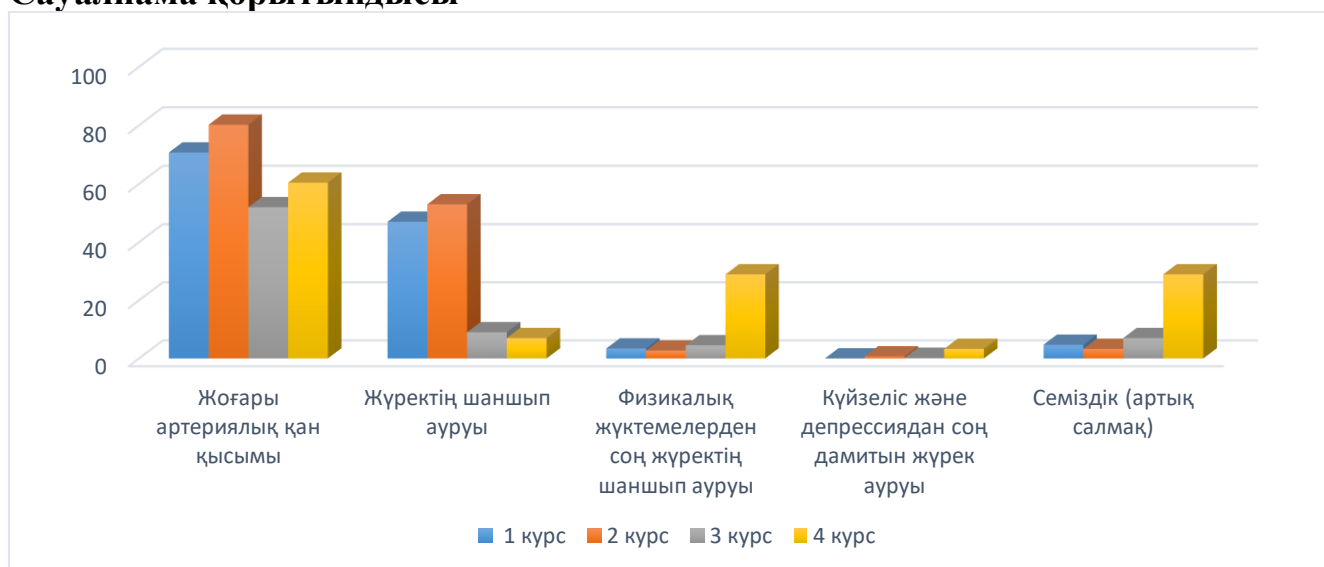
III. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларын емдеуге қолданатын дәрілік заттарды дәлелді медицинаың негізінде тиімді қолдану./

Эффективное использование препаратов, применяемых для лечения болезней сердечно – сосудистой системы на основе доказательной медицины..

Сауалнама қорытындысы

№	Студенттердің шағымы мен жағдайы	1 курс	%	2 курс	%	3 курс	%	4 курс	%	Жалпы %
1	Артериялық қан қысымы жоғарылауы	60	6,4	50	7,4	74	3,9	85	2,9	5,15
2	Жүрегі шаншып ауыруы	98	4,9	87	2,7	35	9	32	7	5,9
3	Физикалық үстемелерден кейін жүрекке күш түсу сезімі болуы	40	3,4	52	2,7	34	4,5	65	8,9	19,5
4	Стресс және депрессиядан соң дамидын жүрек ауруы	-	-	9	0,7	12	0,2	10	3,3	1,05
5	Семіздік (артық салмақ)	25	4,7	37	3,3	57	7	65	8,9	5,9

Сауалнама қорытындысы



II кезең

Зерттеу жұмысымның II кезеңінде «Ғылыми клиникалық кардиохирургия және трансплантология орталығында» болып, жүргізілген емнің нәтижесін көрдім. Науқастардың ауру тарихымен таныстым. Ауру тарихымен таныса отырып, соңғы жылдары артериялық қан қысымының және стресстік

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-алеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

III. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларын емдеуге қолданатын дәрілік заттарды дәлелді медицинаың негізінде тиімді қолдану./

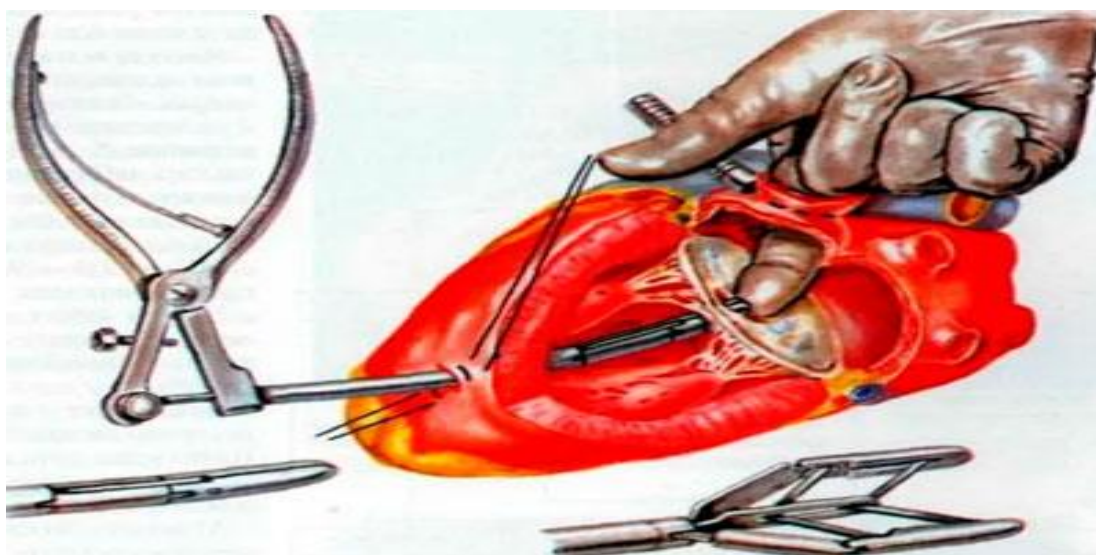
Эффективное использование препаратов, применяемых для лечения болезней сердечно – сосудистой системы на основе доказательной медицины..

жағдайлардың жүрек-қан тамыр ауруларының дамуына әсері зор екенін анықтадым.

Мысалы, Науқас А. 1971 жылғы 5 жылдан бері жүректің шаншып ауруымен ауырады. Жүрек ирридациясы сол жақ артқы қабырғасына берілетінін және төс артының күйдіріп ауырсынуымен шағымданған болатын.

Ds: Митральды қақпақшаның жүре пайда болған ақаулары.

Жүргізілген ем: митральды комиссуротомия.



Зерттеу нәтижелеріне сай, Қазақстандағы жүрек қантамыр жүйесі ауруларындағы әсер етуші факторлардың пайыздық мөлшерлемесі

Атауы	Пайыздық мөлшерлеме
Артериялық қан қысымы жоғарылауы	65-85%
Жүрегі шаншып ауыруы	40-50%
Физикалық үстемелерден кейін жүрекке күш түсу сезімі болуы	50-75%
Стресс және депрессиядан соң дамיתын жүрек ауруы	70-90%
Семіздік	60-100%

III кезең

Зерттеу жұмысында, жүрек қантамыр жүйесі ауруларында басты ем, хирургиялық ем екені анықталды. Көбінесе, хирургиялық ем жүрекке стөнд қою, қарыншааралық өткізгіштермен қамтамасыз етумен жүргізілген.

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-әлеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

III. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларын емдеуге қолданатын дәрілік заттарды дәлелді медицинаың негізінде тиімді қолдану./

Эффективное использование препаратов, применяемых для лечения болезней сердечно – сосудистой системы на основе доказательной медицины..



Қазақстандағы жүрек қан тамыр ауруларына ең жиі жүргізілетін ота түрлері

№	Жүргізілген ота түрі	Отаның жүргізілу ықтималдығы %
1	Митральды қақпақшаны ауыстыру	57-70%
2	Аорта қақпақшасын ауыстыру	40-60%
3	Аорта коронарлы шунттау	60-80%
4	Коронарлық стенттеу	70-100%
5	Қолқа клапанын ауыстыру (Бенталла отасы)	70-100%
6	Жүрекше фибриляциясы отасы	30-60%
7	Жүрек трансплантациясы	70-90%

Қорытынды. Анықталғандай, жүрек-қан тамыр жүйесі ауруларына көбінесе, артериялық қан қысымының жоғарылауы, семіздік пен стресстік жағдайлардың орын алуына байланысты екені. Сондай ақ, жастар арасында қатты белең алып келе жатқан артық салмақ мәселесі екені көңіл алаңдатады. Қазақстан Республикасында халықтың 65% жүрек-қан тамыр жүйесі ауруларымен ауыратыны анықталды. Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігінің дерегінше, Қазақстанда 1 миллион 500 мыңға жуық адам жүрек және қан тамыры ауруы диагнозымен тіркеуде тұр. Елде 2013 жылы 100 мың адамға шаққанда 630 адам жүрек және қан тамыры ауруларынан көз жұмса, 2018 жылы бұл көрсеткіш 704 адамды құраған. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының мәліметінше, 2019 жылы жүрек және қан тамырлары ауруынан 24,5 миллион адам қаза тапқан.

Мұндай аурулардың өлімге көп себеп болатын дерт екенін хабарлаған ұйым «бұл аурулар көбіне өмір сүру деңгейі орта және төмен елдерде көп» дейді.

Ұсыныс.

1. Жүрек қантамыр жүйесі ауруларының алдын алу шараларын түсіндіріп, кеңінен насихаттау.
2. Салауатты өмір салтын сақтауға, өз денсаулығын нығайтуға халықты, жастарды бейімдеу.
3. «Ғылыми клиникалық кардиохирургия және трансплантология орталығында» жүрек ауруларына тарнсплантологиялық ем жүргізуге мүмкіндік беру.

Қолданылған әдебиет.

1. Ғылыми клиникалық кардиохирургия және трансплантология орталығының мәліметтері.
2. Ғылыми клиникалық кардиохирургия және трансплантология орталығының “Cardio vascular system” журналынан мәліметтер.

EFFECTIVE USE OF DRUGS USED TO TREAT DISEASES OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM ON THE BASIS OF EVIDENCE-BASED MEDICINE.

Polina Kekenadze

Scientific supervisor: A. A.Kuzdybaeva

Aktobe Higher Medical College named after Hero of the Soviet Union

Manshuk Mametova, zdur18@mail.ru

Aktobe, Republic of Kazakhstan

The beginning of the XX-th I of the century was marked by significant advances in the fight against cardiovascular diseases, sleds t viem which is a steady decline in mortality from them in developed countries. Along with the measures of social and preventive character, a big role in this was played by the use of new methods of treatment and, in particular, the introduction of new drugs.

Recently, drug treatment in general and in the treatment of cardiovascular diseases especially steel based on the results of the so-called s Vai EBM (or medicine based on evidence). The latter refers to the data floor at chennye with sophisticated science-based methods in the large, so-called mega-trials, using a randomized , controlled method of studying Effe to ciency drugs. Evidence-based medicine is based, first of all, on assessing the impact of treatment on the so-called "hard-to- on -point points" - total mortality, mortality from cardiovascularZab about Levanov, the occurrence of severe complications such as myocardial infarction and stroke.

Numerous studies of this kind has been demonstrated by the joint venture of the lities of specific drugs or specific therapies to reduce total mortality, mortality from cardiovascular diseases - Undermining used it will be said about this below. Some methods of drug vozdeys t Vija were comparable to the effectiveness of the results of surgical treatment. For example, in AVERT study it demonstrated that long-term treatment of patients with chronic ischemic heart disease drug from group v and tinov - atorvastatinom - the result gives no worse than percutaneous translyum and onal coronary angioplasty [1 . C21-22].

At the same time, some of these studies have shown the ineffectiveness or even danger of therapy with drugs that have been used for a long time in medicine and cine. This primarily relates to I antiarrhythmic drugs stem from meat which both turned out to significantly increase the mortality rate of patients ce p dechno-vascular diseases, although they provide distinct antiarrhythmic effect.

From the standpoint of evidence-based medicine in cardiology it is now possible to recognize surely effective to use the following methods l e cheniya and specific drugs.

1. The use of beta-blockers in acute myocardial infarction and after acute myocardial infarction.
2. The use of acetylsalicylic acid (aspirin) and thrombolytics in acute myocardial infarction. The use of aspirin in patients with a high risk of cardiovascular complications (myocardial infarction, stroke).
3. The use of angiotensin - converting enzyme (ACE) inhibitors in patients after myocardial infarction, with impaired left ventricular function in the daughter, as well as in patients with congestive heart failure, regardless of its etiology.
4. The use of drugs that lower blood pressure (above and beyond - diuretics and beta-blockers) in patients suffering Arter and cial hypertension.
5. The use of statins in secondary prevention (primarily in patients with myocardial infarction).
6. The use of beta-blockers in addition to standard therapy (diuretic and ACE inhibitors) in patients with congestive heart failure with tachycardia.

Unfortunately, in practice, our doctors often rely on data or evidence-based medicine or the wedge and on experience. The main source of information on the effectiveness of certain medications for doctors, as a rule, are handouts firms, as well as data collected at numerous symposia and lectures organized by manufacturers of medicines.

It should be noted that in Western countries there are serious problems associated with the use of data proving a medicine in clinical practice. It has been shown that in spite of the obvious benefits of ACE in patients with congestive heart failure inhibitors, their proven ability to increase the life expectancy of these drugs are prescribed only in 30% of cases of all . to then exist indications for their use, and in the great majority of cases these drugs are prescribed in doses considerably smaller than those whose efficiency has been proven in meta-trials [4, c 5]. The reason for this practice, as shown by Resea and Niya, held in the UK, is the fear of doctors to get these side effects of ACE inhibitors such as hypotension and renal insufficiency.

An even worse situation is observed with regard to treatment with beta-blockers . Well-known results of studies and Nia S.Viskin et al . [3 , p. 47], who showed that only 58% of patients who have had myocardial infarction and do not have contraindications to the appointment of beta-blockers , receive these drugs. At the same time, only 11% of patients received beta-blockers in doses, at least approaching those whose effectiveness has been proven in meta-trials . Meanwhile, recently approximate D metoprolol has been shown that the use of beta-blockers in inadequate doses, leading to markedly worse impact on mortality than use of them in adequate doses [9 , 24].

Thus, modern medicine has a wide range of drugs, allowing to provide a powerful impact on the course of cardiovascular diseases. Of

course, the doctor should be aware of all the evidence - based medicine data concerning these drugs, and try to use them in practice. It is equally obvious that the physician should be aware of the results of those scientifically rigorous studies proving the effect of certain drugs on "surrogate" endpoints. We should not forget about the need for a critical evaluation of the available data, especially when it comes to new, insufficiently studied in the clinic medications often CAMPAIGNS and miruyuschihya like best.

A big role to play and their own clinical experience, based in the first place, trying to objectification of actions used x medications. It seems very useful to familiarize doctors with national recommendations for the treatment of certain diseases (unfortunately, so far absent in Russia), regularly published in the West, which provide generalized and maximally objective information.

Letters.

1. Blumenthal RS, Cohn G .. Schulinan SP Medical therapy versus coronary angioplasty in stable coronary artery disease: a critical review of the literature. J. Amer . Coil . Cardiol . 2000: 36: 668-673.
2. Martsevich S.Yu. The problem of ineffectiveness of long-term therapy with antianginal drugs in patients with coronary artery disease. Cardiology for Gia 2018 : 3: 27-34.
3. Viskin S. Kitzis I., Lev E. et al. Treatment with beta-adrenergic blocking agents after myocardial infarction: from randomized trials to clinical practice. J. Amer. Coil. Cardiol . 201 5:25: 1327-1332.
4. Willenheimer R., Dahlof B ., Gordon A. Clinical trials in cardiovascular medicine: we are looking for statistical signiFicance or clinical relevance. Heart 2000: 84: 129-133.
5. Kubler W. Treatment of cardiac diseases: evidence based or experienced based medicine? Heart 2000: 84: 134-136.
6. Stelfox HT, Chua G., O'Rourke K. , Detsky A. Conflict of interest in the debate over calcium-channel antagonists. N. Engl. J. Med. 2017 : 338: 101-106.
7. Blood Pressure Lowering Treatment Trialists ' Collaboration. Effects of ACE inhibitors, calcium antagonists, and other blood pressure-lowering drugs: results of prospectively designed overviews of randomized trials. Lancet 20 19 : 356: 1955-1964.
8. Pahor M., Psaty In . M. , Alderman MH et al. Health outcomes associated with calcium antagonists compared with other first-line anlihypertensive therapies: a meta-analysis of randomized controlled trials. Lancet 20 18 ; 356: 1949-1954.
9. Herlitz J., Dellborg M., Karlson BW et al. TERM-Long mortalit in after myocardial infarction in relation to the prescribed dosages of a beta-blocker at hospital discharge. Cardiovasc . Drugs Ther . 20 1 1: 14: 589-595.
10. Bukhbudova D.A., Kokurina E.V., Vochkareva E.V., Urumbaev R.K. Clinic al examination of patients with ischemic heart disease. Soviet Medicine 1986: 1: 57-62.
11. Shalnova S.A. Risk factors for cardiovascular diseases and life expectancies have e Lenia Russia. Abstract of thesis . dis . doc . m units sciences. M. 2015 , 46 p.
12. Hansson L., Lindholm LH, Ekblom T. et al . Randomized trial of old and new

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-алеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

III. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларын емдеуге қолданатын дәрілік заттарды дәлелді медицинаың негізінде тиімді қолдану./

Эффективное использование препаратов, применяемых для лечения болезней сердечно – сосудистой системы на основе доказательной медицины..

antihypertensive drugs in elderly patients: cardiovascular mortality and morbidity the Swedish Trial in old Patients with Hypertension-2 study. Lancet 2011 : 354: 1751-1756. 13. ACC / AHA / ACP-ACIM Guidelines for the management of patients with chronic stable angina. A report of the American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J. Amer. Coll. Cardiol . 2019 : 33: 2092-2198. 14.de Bono D. Investigation and management of stable angina: revised guidelines 2018. Heart 1999: 81: 546-555.

ЖҮКТІЛІКТІҢ ЕРТЕ МЕРЗІМІНДЕГІ АРТЕРИАЛДЫ ҚАН ҚЫСЫМ КӨТЕРІЛУІНІҢ АЛДЫН АЛУ МАҚСАТЫНДА ТАМАҚ РАЦИОНЫНА КАЛЬЦИИ ӨНІМДЕРІН ЕНГІЗУ ЖӘНЕ ОНЫҢ ТИІМДІЛІГІ.

Өзектілігі

Преэклампсия және эклампсия қан қысымының көтерілуімен сипатталады Қан тамыр жүйесі бұзылыстары жүктілік кезіндегі ана өлімі мен шала туылу себептерінің қауіпті факторы. Ерте мезгіліндетуылған нәрестелерде жедел респираторлық, тыныс алу жүйесі мен ұзақ мерзімді жүйке аурулары қауіп жоғары. Жүктіліктің ерте мезгілінде қан қысымы төмен болады, кейін босану мерзімі жақындағанда көтеріледі. Семіздік, қант диабеті, егізжүктілік, жасөспірімжүктілігінде кальций құрамы аз мөлшерде болғандықтан бұл тепе-теңдікті бұзып, эклампсия даму қаупін арттырады.

Кальций өнімдерін тағам рационына енгізу мақсаты:

Кальций қоспасын ерте жүктілік мерзімінде, ортасында, кейін аз мөлшерде қолдану нәтижесінде артериальды қысымның көтерілуін, оның асқынуларын, қант диабеті басқа қауіпті факторлардың алдын алу

Маңызы

Жүктіліктің 20-шы аптасынан кейін әйелдерде қан қысымының көтерілуі мен зәрде ақуыздың болуымен (протенурия) сипатталатын преэклампсия ауруы пайда болуы мүмкін. Мұндай жағдайлар тұрмысы төмен отбасыларында жиі кездеседі басты себеп тамақ рационында кальций өнімдерінің болмауы немесе аз мөлшерде болуы. Жүктіліктің екінші жартысында қосымша кальций тамақ рационында жоғары деңгейде болуы ұстамалар (эклампсия), инсульт, қан ұюының бұзылуы, өкпе ісінуі, бүйрек жетіспеушілігі, қан қысымының жоғарлауы және протеинурия (зәрдегі ақуызбен) сияқты асқынулардан сақтайды

Қандай ізденістер жүргізілді?

Біз медициналық әдебиеттерден 27 маусым 2017 жыл -10 тамыз 2017 ж аралығында рондомизацияланған бақыланатын зерттеу нәтижесін таптық. Бірі төмен деңгейде антиоксидант арқылы кальций, антиоксиданты басқа қоспалар (плацебо) тәрізді таблеткаларды 12 апталық жүктілікте қабылдаған. Қабылдаған 2 топ мүшелерінде ем құрамында фолиев қышқылы мен темір бар, зерттеуге қатысқан әйел саны -60. Зерттеу Индонезия ауруханасында жүргізілген. Бұл көріністен 20 сынақ алынып тасталынды .

Себебі: қатысушылар, іс-шараға араласқандар, әдіс сынамасы сай болмады және ақпараттық мәліметтер жеткіліксіз болды. Қосымша мәліметті алу үшін алынып тасталған зерттеулердің сипаттамаларын қарастырдық.

Біз зерттеулер туралы қосымша мәліметтерді толықтыру үшін, әлі бағалаудан өтпеген зерттеулердің сипаттамаларын күтудеміз. Бұл зерттеуде кальция қоспасының аяқтың құрысуына, арқаның ауырсынуына, сіресуге, дірілге, тері сезімталдығының төмендеуіне, сүйек өсуінің баяулауына, сүйектегі

өзгерістерге, жүкті әйелдерде сүйектің сынуына, омыраумен емізудің ұзақтығына, босанудан кейінгі қан кетуге, сонымен қатар ұрықта және жаңа туылған балаларда сүйетің өсуінің баяулауына, рахит және сүйектің сынуы туралы айтылмаған. Кальций қоспаларын қабылдаудың басталу уақытына келетін болсақ, біз 20 аптаға дейін кальция қабылдауға кіріскен әйелдердің кіші топтары мен 20 аптада кальция қабылдауға кіріскен әйелдердің арасында статистикалық маңызды айырмашылықтар жоқ екенін анықтадық. Зерттеу мүмкінлігін жариялау үшін біз «Воронка» графигін құрдық. Воронка графигін визуалды тексеру кезінде зерттеуді жариялаудың ассиметриялық және систематикалық қателіктердің болуы мүмкіндігін көрсетті. Осылайша біз 37 аптаға дейін мерзімінен бұрын босану нәтижелерін жариялаудағы жүйелі қателіктің дәлелі жоқ деген қорытындыға келдік.

Нәрестелердің нәтижелері

1. Нәрістенің салмағының аздығы (2500 гр кем)
2. Статистика бойынша кальций қоспаларын қабылдау жаңа туылған нәрестелерде дене салмағы төмендігі байқалған жоқ (алты сынақ , [Crowther 1999](#) ; [Kumar 2009](#) ; [Levine 1997](#) ; [Lopez-Jaramillo 1989](#) ; [Villar 1990](#) ; [Villar 2006](#) 14 162 әйелдің қатысуымен); (ОР 0,93, 95% ДИ 0,81–1,07);).

Екінші нәтижелер

Аналық нәтижелер

1 Жүктілік мерзімі 34 апта, мерзімінен бұрын босану.

Кальций қоспасы мен плацебо арасында 34 аптаға дейін туылған кезде статистикалық тұрғыдан маңызды айырмашылық болған жоқ немесе емделмеген (төрт сынақ, [Crowther 1999](#); [Кумар 2009](#); [Левин 1997](#); [Ванчу 2001](#) 5669 әйелдер) (RR 1,04, 95% CI 0,80-ден 1,36-ға дейін) (талдау 1.5)

2. Ананың салмағының артуы.

Үш сынақ: ([Лопес-Джарамилло 1989](#); [Лопес-Джарамилло 1997](#); [Виллар 1987](#), 404 әйел) кальций қоспасының ананың салмағының жоғарылауына әсерін бағалады. Емдеу мен плацебо арасында статистикалық тұрғыдан маңызды айырмашылық болған жоқ немесе емдеу де болмады. Біз топтар арасында статистикалық маңызды айырмашылықты таппадық (орташа айырмашылық (MD) аптасына 29,46 г / апта, 95% CI 119,80 - 60,89 г / апта;

3. Ана сүйектерінің минералды тығыздығы (BMD).

273 әйелде кальций қоспасы мен плацебоньң BMD-ге әсерін бағалайтын бір ғана сынақ болған ([Raman 1978](#)). Автор рентгендік тығыздығы 600 мг

В кальцийін қолданған:

- бірінші көрсеткіш (фаланкс): емдеу мен плацебо арасында статистикалық тұрғыдан маңызды айырмашылық болған жоқ немесе емделмеген (63 әйел, МД 0,09 г / см², 95% CI -0,10 - 0,28 г / см² (талдау 1.11));

-екінші метакарпальды сүйек: емдеу мен плацебо арасында статистикалық маңызды айырмашылық болған жоқ немесе емделмеген (63 әйел, МД 0,14 г / см², 95% CI -0,11-ден 0,39 г / см² (талдау 1.12));

Қынаптық туылу: 6916 әйел қатысқан сегіз сынақ (Белизан 1991; Кроутер 1999; Левин 1997; Пурвар 1996; Роджерс 1999; Санчес-Рамос 1995; Виллар 1990; Ванчу 2001) бұл нәтиже туралы хабарлады. Емдеу мен бақылау топтары арасында статистикалық маңызды айырмашылық болған жоқ (RR 1,01, 95% CI 0,99 - 1,03) (Талдау 1.16).

-Аспаптық босандыру: 675 әйел қатысқан екі сынақ (Crowther 1999; Rogers 1999) бұл нәтиже туралы хабарлады.

Емдеу мен бақылау топтары арасында статистикалық тұрғыдан маңызды айырмашылық болған жоқ (RR 0.89, 95% CI 0.66 -дан 1.20-ға дейін) (Талдау 1.17).

-Кесарь тілігі: 7440 әйел қатысқан тоғыз сынақ (Белизан 1991; Кроутер 1999; Кумар 2009; Левин 1997; Пурвар 1996; Роджерс 1999; Санчес-Рамос 1995; Виллар 1990; Ванчи 2001) бұл нәтиже туралы хабарлады.

Емдеу мен бақылау топтары арасында статистикалық тұрғыдан маңызды айырмашылық болған жоқ (RR 0,99, 95% CI 0,89-1,10)

(талдау 1.18

7. Босанғаннан кейінгі қан кету (күтпеген нәтиже)

Бұл нәтиже үшін деректер жоқ.

Ананың келесі қайталама нәтижелері туралы мәліметтер жоқ: аяқтың құрысуы, арқадағы ауру; құрысу (бұлшықет спазмы және тітіркену); сыну жиілігі; емізу ұзақтығы; діріл; ұйю.

Ұрық пен жаңа туған нәрестеге арналған нәтижелер

1. Перинаталдық өлім Сегіз сынақ (15 785 әйел) перинатальды өлім туралы хабарлады (Белизан 1991; Голдберг 2013; Левин 1997; Лопес-Джарамильо 1997; Санчес-Рамос 1994; Санчес-Рамос 1995; Тахериан 2002; Виллар 2006 топтар болған жоқ (RR 0.87 , 95% CI 0,72-1,06) (талдау 2.5.)

2. Өлі туылу немесе ұрықтың өлімі Алты сынақ (Crowther 1999; Голдберг 2013; Кумар 2009; Левин 1997; Тахериан 2002; Виллар 2006) 15,269 әйелде өлі туылу немесе ұрықтың өлімі туралы бөлек хабарлады. Топтар арасында статистикалық маңызды айырмашылық болған жоқ (OR 0.91, 95% CI 0.72-1.14) (Талдау 2.6).

3. Жаңа туылған нәресте өлімі Бұл нәтиже туралы мәліметтер жоқ.

4. Жаңа туылған нәрестелердің жансақтау бөліміне жатқызу.

14.062 әйелді қамтитын төрт сынақ кезінде жаңа туған нәрестелерді қабылдау туралы хабарланды (Белизан 1991; Левин 1997; Санчес-Рамос 1994; Виллар 2006). Топтар арасында статистикалық тұрғыдан маңызды айырмашылық болған жоқ (RR 1.05, 95% CI 0.94 - 1.18; I² = 0%) (Талдау 2.7).

5. Нәрестеннің орташа туылу салмағы (g) -қатысқан әйел саны-9202

21 сынақта тіркелген (Belizan 1983; Belizan 1991; Boggess 1997; Chan 2006 Crowther 1999; Goldberg 2013; Karandish 2003; Kumar 2009; Levine 1997; Lopez - Jaramillo 1989; Лопес - Джарамильо 1997; Нироманеш 2001; Пурвар 1996; Раман 1978; Роджерс 1999; Санчес Рамос 1994; Санчес Рамос 1995; Тахериан 2002; Виллар 1987; Дөңгелек 1990; Ванчу 2001). (Белизан 1983 ж. Және Раман 1978 ж. Зерттеулер нәтижесінде кальций өнімдерін әртүрлі өлшемде алған әйелдер үшін мәліметтер бөлек ұсынылды;

Сондықтан әртүрлі дозалар бойынша қорытынды нәтижелерді бөлек енгізілді, өйткені әр түрлі емдеу топтары арасында біртектілік болмаған. Бақылау тобын екі жазбаға бөлдік.

Топтар арасында туу салмағының статистикалық маңызды айырмашылығы бар. (MD 56.40, 95% CI 13.55-тен 99.25-ке дейін); Тау2 5668,70, I2 = 74%; кездейсоқ әсерлер моделі) (2.4-талдау), ал кальций қоспасы қабылдаған әйелдер тобы орта есеппен бақылау тобына қарағанда ауыр босанды.

6. Босану мерзімінің ұзақтығы

Босану ұзақтығы жеті зерттеуде (6389 әйел) хабарланды (Бедисан 1983; Бедисан 1991; Голдберг 2013 1978; Виллар 1990). Топтар арасында статистикалық маңызды айырмашылық болған жоқ (MD - 0,09, 95% CI - 0,25-0,06) (талдау 2.8

7. Бас шеңбері.

460 әйел қатысқан үш сынақта бас айналасы туралы айтылды (Белизан, 1983; Голдберг, 2013; Карандаш, 2003) (қайтадан, 1983 жылғы Белизан зерттеуінің екі емдеу тобының деректері бөлек енгізіліп, бақылау тобы жазбалар арасында бөлінді). . Топтар арасында статистикалық маңызды айырмашылық болған жоқ (MD -0.09, 95% CI-0.36-0.18) (талдау 2.9).

8.Шектелген жатыршілік даму.Жатыршілік өсудің шектелуі 1701 әйел қатысқан алты сынақта хабарланды (Кумар 2009; Пурвар 1996; Шанчес-Рамос 1994 Санчес-Рамос 1995; Тахериан 2002 Виллар 1990 Топтар арасында статистикалық маңызды айырмашылық болған жоқ (RR 0.83, 95% CI 0, 61-ден 1.13-ке дейін) (Талдау 2.10) Нәтижелер, сәйкестік және аналық қанағаттану

1. Кальцийді қабылдаудың жанама әсерлері.

Төрт сынақ кальций қоспасының жанама әсерлері туралы хабарлады (Белизан, 1991; Виллар, 1987; Виллар, 2006; Ванчу, 2001. Зерттеулерде осы нәтиженің әртүрлі анықтамаларына байланысты біз бұл нәтиже туралы деректерді кіші топтар ретінде (тек субтотальмен) бөлек ұсындық. . (Талдау 3.1).

Аналық холестатикалық сарғаю: 100 әйелге қатысты бір сынақтағы топтар арасында статистикалық тұрғыдан маңызды айырмашылық болған жоқ (Ванчу 2001) (RR 3.00, 95% CI 0.13 - 71.92).

- Жүрек айнуы, күйдіргі және диареяны қосатын асқазан-ішек жолдарының белгілері: 52 әйелдің бір сынағында топтар арасында статистикалық тұрғыдан маңызды айырмашылық болған жоқ (Виллар, 1987) (ОР 2.16, 95% CI 0.43-10.78).

-Өт тастары: 518 әйелге қатысты бір сынақта топтар арасында статистикалық тұрғыдан маңызды айырмашылық болған жоқ (Белизан, 1991) (ОР 1.35, 95% CI 0.48 3.85).

- Бас ауруы, құсу, арқадағы ауырсыну, ісіну, қынаптық және зәр шығару шағымдары, диспепсия, іштің ауыруы: 8312 әйел қатысқан бір сынақта топтар арасында статистикалық тұрғыдан маңызды айырмашылық болған жоқ (Villar 2006) (ОР 1.02, 95% сенімділік деңгейі 0,93-тен 1,12-ге дейін)).

2. Несеп тастары.

13,419 әйелді қамтитын үш сынақ бұл нәтиже туралы хабарлады (Белизан 1991; Левин 1997; Виллар 2006). Топтар арасында статистикалық маңызды айырмашылық болған жоқ (RR 1.11, 95% CI 0.48-2.54; I² = 39%) (Талдау 3.2).

3. Зәр шығару жолдарының инфекциясы.

Бұл нәтиже 1743 әйелді қамтыған үш сынақта хабарланды (Белизан, 1991; Кроутер, 1999; Виллар, 1990). Топтар арасында статистикалық маңызды айырмашылық болған жоқ (RR 0,95, 95% CI 0,69 - 1,30; T = 0%) (Талдау 3.3).

5. Бүйрек коликасы.

Бұл нәтиже 8,312 әйелді қамтыған бір хаттамада хабарланды (Villar 2006). Топтар арасында статистикалық тұрғыдан маңызды айырмашылық болған жоқ (ОР 1.67, 95% CI 0,40-тан 6,99-ға дейін) (3.4 талдау).

5. Бүйрек функциясының бұзылуы.

4589 әйелді бір сынақта (Левин 1997) (ОП 0.91, 95% CI 0.51-1.64) осы нәтиже үшін топтар арасында статистикалық маңызды айырмашылық болған жоқ (Талдау3.8) (3.5-талдау).

6. Аналық анемия.

1098 әйел қатысқан бір зерттеуде бұл нәтиже туралы айтылды (Белизан. 1991). Топтар арасында статистикалық маңызды айырмашылық болған жоқ (RR 1,04, 95% CI 0,9-дан 1,22-ге дейін) (Талдау 3.6).

Іріктелген қорытындылау

Бізде барлық алынған зерттеулердің хаттамалары болмады, сол себептен біз таңдаулы есеп берудің мәселесін толық шеше алмадық.

Кальцийді антиоксиданттармен және басқалармен бірге қабылдаған әйелдерде қоспалар, бақылау тобындағы әйелдермен салыстырғанда презклампсия, түсік немесе өлі туылудың даму қаупі төмен болды (бірлескен бағалау кезінде).

Кальций қоспаларын қабылдайтын әйелдерде жүктіліктің кез-келген кезеңінде түсік түсіру немесе өлі туылу қаупі төмендеді (орташа сапалы дәлелдемелер). Кальцийді антиоксиданттармен бірге қабылдайтын әйелдерде

преэклампсия қауіп төмендеуі (жүктіліктің төмен сапасы) және жүктілікті мерзімінен бұрын босануына толық сенімді бола алмаймыз.

Кальций қоспасы ауыр преэклампсиямен немесе плацентаның бөлінуімен ауыратын әйелдер санында айқын айырмашылықты тудырмады - өте аз әйелдерде мұндай проблемалар болған . Басқа нәтижелер сирек немесе бұл проблемалар болды. Басқа нәтижелер сирек немесе олар туралы хабарланған жоқ.

Тұжырымды мағынасы

Кальций алған әйелдер антиоксиданттар мен басқа да қоспалар алды. Бұл преэклампсия мен түсік түсіру немесе өлі туылу қауіпінің төмендеуіне немесе кальций қоспасы нәтижесінде болғанына қарамастан, кез-келген басқа нәтижеге сенімді бола алмаймыз дегенді білдіреді. Мұны дәлелдеу үшін кальций қоспасы ауруханадан шыққанға дейін шала туылу, кесір тілігі, аз салмақ, өлі туылу немесе неонатальды өлім сияқты басқа нәтижелер қауіпін төмендететіндігін анықтау үшін көбірек зерттеу қажет.

Зерттеуге тек 60 әйел енгізілді, сондықтан дәлелдемелердің сапасы жоғары емес және болашақ зерттеулер нақты нәтижелер беру үшін жеткілікті үлкен болуы керек.

Дәлелдеме сапасы

Зерттеулердің көпшілігінде (25-тен 17-де) дәйектілік тудыру үшін, таралуды жасыру үшін де біржақты болу қауіп төмен болды, 1-суретті және 2-суретті қараңыз. Жеті сынақта генерация тәсілдерінің орналасу тәртібі немесе бөлудің жасырын нақты сипатталмаған.”Grade”бағдарламаның қамтудың көмегімен сапасын бағалау үшін үш нәтиже қабылданды. Туған кездегі салмақ төмен салмақ (2500гр төмен) мерзімінен бұрын босану (37 аптаға дейін), 34 аптаға дейін мерзімінен бұрын босану . Әрбір нәтиженің айғақтары орташа сапасы деп танылды.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОПИОИДНЫХ АНАЛЬГЕТИКОВ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА – СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Орынбасар Нұрдәулет Нұржанұлы

Научные руководители: Өтесін Махмутсұлтанғали Асқарұлы,

Хасенова Жанар Султановна

Баишев высший медицинский колледж, college-abuk01@mail.ru

г. Актобе, Республика Казахстан

Аннотация. В данной работе приведены результаты исследований зарубежных исследователей про использование опиоидных анальгетиков у пациентов с инфарктом миокарда. Морфин обычно используется для лечения боли в груди во время инфаркта миокарда, но его влияние на сердечно-сосудистые исходы никогда не оценивалось напрямую. Целью данной работы было проведение обзора статей по научной базе Pub Med за последние 5 лет.

Ключевые слова: Инфаркт миокарда, кардиогенный шок, опиоидные анальгетики, морфин, осложнения, лечение.

Морфин - это опиатный алкалоид, характеризующийся различными клиническими эффектами, среди которых наиболее заметными являются его обезболивающее и психоактивное действие. Он также оказывает выраженное депрессивное воздействие на дыхательную и сердечно-сосудистую системы. Из-за своего психоактивного действия морфин вызывает сильное привыкание и часто используется в качестве развлекательного наркотика. В качестве лекарства он нашел свое применение в качестве обезболивающего при лечении хронической боли, при геморрагическом шоке и при острой сердечной недостаточности с отеком легких. Хотя использование морфина при сердечной недостаточности является спорным, основано на многих наблюдательных исследованиях, показывающих отрицательное влияние на результаты лечения пациентов с морфином во время острых сердечно-сосудистых заболеваний [1]. Исследования авторов Mickael Bonin и др. пришли к выводу что наблюдалась незначительная тенденция к более молодому возрасту и сокращению общего времени ишемии у пациентов, получавших морфин. Также наблюдалась тенденция к увеличению сердечной недостаточности и кардиогенного шока в группе морфина. Без этической возможности проведения плацебо-контролируемого рандомизированного исследования трудно сделать окончательный вывод о безопасности морфина при этом показании. При этом показании нет анальгетических альтернатив морфину, и единственный новый подход, оцениваемый в настоящее время, - это эквимолярная смесь кислорода / закиси азота (МЕОРА), связанная с парацетамолом. находится под следствием в продолжающемся исследовании SCADOLII (Сравнение МЕОРА + парацетамол и морфина при анальгезии острого коронарного синдрома). При отсутствии четких доказательств побочных эффектов морфин следует без ограничений

использовать при ИМ с подъемом ST, как было сделано в недавнем обзоре [2]. Авторы Himawan Fernando и др. в своем исследовании предполагают отсутствие пользы от более высоких доз опиоидов и наличие зависимого от дозы сигнала между дозой опиоидов и увеличением размера инфаркта миокарда. Проспективные рандомизированные контролируемые исследования необходимы для установления причинной связи, учитывая, что это также может быть объяснено пациентами с большим ишемическим бременем, которым требуются более высокие дозы опиоидов из-за более сильной боли. Дальнейшие исследования также должны быть сосредоточены на стратегиях смягчения взаимодействия опиоид-P2Y12-ингибиторов и неопиоидной анальгезии для лечения ишемической боли в груди [3]. Авторы Nicolas Belin и др. сообщают о случае тяжелой интоксикации трамадолом с концентрацией в плазме, в 20 раз превышающей токсический порог, осложненного рефрактерным кардиогенным шоком, успешно вылеченного экстракорпоральной системой жизнеобеспечения (ECLS) с благоприятным сердечным исходом и прекращением ECLS на 10-й день. и нереактивный мидриаз присутствовали в течение 4 дней, а полное пробуждение было отложено до 15 дня. Отравление, вызванное высокими дозами трамадола, может привести к рефрактерному кардиогенному шоку [4]. По мере увеличения употребления метадона может возрасти вероятность индуцированной метадоном кардиотоксичности (МПК). Авторы Mohamad Badie Taħa и др. описывают случай острой недостаточности правого желудочка (ПЖ), приведшей к кардиогенному шоку после передозировки метадона [5]. Хорошо известно, что несоответствия в оказании медицинской помощи отрицательно влияют на пациентов с расстройствами, связанными со злоупотреблением опиоидами (ОУД), включая лечение и исходы острого инфаркта миокарда (ОИМ) у пациентов с ОУД. Авторы Sagar Ranka и др. использовали национальную стационарную выборку, опрошенную с января 2006 года по сентябрь 2015 года, чтобы идентифицировать всех пациентов ≥ 18 лет, поступивших с первичным диагнозом ОИМ и сопутствующей ОУД. Пациенты, принимавшие другие запрещенные неопийные препараты, были исключены. Сопоставление предрасположенности (1: 1) дало 2253 хорошо подобранные пары, в которых проводилось межгрупповое сравнение стратегий инвазивной реваскуляризации и сердечных исходов. Распространенность ОУД у пациентов с ОИМ за последнее десятилетие увеличилась вдвое - со 163 (2006 г.) до 326 случаев (2015 г.) на 100 человек. 000 поступлений для ОИМ. В группе ОУД реже выполнялась катетеризация сердца, чрескожное коронарное вмешательство и установка стента с лекарственным покрытием по сравнению с не-ОУД. Никаких различий в госпитальной смертности / кардиогенном шоке не отмечено. Среди подгруппы пациентов с инфарктом миокарда с подъемом

сегмента ST пациенты с OUD реже получали чрескожное коронарное вмешательство и стенты с лекарственным покрытием со значительно более высокой смертностью и кардиогенным шоком. Никаких различий в частоте коронарного шунтирования у пациентов с ОИМ или его подгрупп не отмечено. В заключение, Пациенты с OUD с ОИМ получают менее инвазивное лечение по сравнению с пациентами без OUD. Пациенты с OUD, поступившие с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, имеют худшие исходы в стационаре с повышенной смертностью и кардиогенным шоком [6].

Использованная литература:

1. Łukasz Sein Anand, Paweł Konstanty Korolkiewicz, Jacek Sein Anand. Cardiogenic shock induced by a high dose of intravenous morphine. Int J Occup Med Environ Health. 2021 Jan 7;34(1):133-138. doi:10.13075/ijomh.1896.01629. Epub 2020 Nov 13.
2. Mickael Bonin, Nathan Mewton, Francois Roubille, Olivier Morel, Guillaume Cayla, Denis Angoulvant, Meyer Elbaz, Marc J Claeys, David Garcia-Dorado, Céline Giraud, Gilles Rioufol, Claire Jossan, Michel Ovize, Patrice Guerin. Effect and Safety of Morphine Use in Acute Anterior ST-Segment Elevation Myocardial Infarction. J Am Heart Assoc. 2018 Feb 10;7(4):e006833. doi: 10.1161/JAHA.117.006833.
3. Himawan Fernando, Ziad Nehme, Karlheinz Peter, Stephen Bernard, Michael Stephenson, Janet Bray, Peter Cameron, Andris Ellims, Andrew Taylor, David M Kaye, Karen Smith, Dion Stub, AVOID investigators. Prehospital opioid dose and myocardial injury in patients with ST elevation myocardial infarction. Open Heart. . 2020 Jul;7(2):e001307. doi: 10.1136/openhrt-2020-001307.
4. Nicolas Belin, Anne-Laure Clairet, Sidney Chocron, Gilles Capellier, Gaël Piton. Refractory Cardiogenic Shock During Tramadol Poisoning: A Case Report. Cardiovasc Toxicol. 2017 Apr;17(2):219-222. doi: 10.1007/s12012-016-9373-z.
5. Mohamad Badie Taha, Osama Dasa, Mohammad Al-Ani, Omar B Taha, Nila S Radhakrishnan, Mustafa M Ahmed. Acute right ventricular failure: a novel presentation of methadone-induced cardiotoxicity. BMJ Case Rep. 2020 Nov 2;13(11):e237168. doi: 10.1136/bcr-2020-237168.
6. Sagar Ranka, Tarun Dalia, Prakash Acharya, Siva Sagar Taduru, Suveenkrishna Pothuru, Uzair Mahmood, Brianna Stack, Zubair Shah, Kamal Gupta. Comparison of Hospitalization Trends and Outcomes in Acute Myocardial Infarction Patients With Versus Without Opioid Use Disorder. Am J Cardiol. 2021 Apr 15;145:18-24. doi: 10.1016/j.amjcard.2020.12.077. Epub 2021 Jan 14.

ҚАРТ ЖАСТАҒЫ АДАМДАРДЫҢ СОЗЫЛМАЛЫ ЖҮРЕК ЖЕТІСПЕУШІЛІГІ: ЭТИОПАТОГЕНЕЗИ МЕН МЕДИКАМЕНТОЗДЫ ЕМДЕУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Тохташ Мерей Қанатқызы – Мб 01-18қ тобының III курс студенті

*Жет: Қуандық Айгерім Әлжанқызы – клиникаға дейінгі пәндер оқытушысы
«Мейір – Бейс» жоғары колледжі , med-lenger@mail.ru*

ҚР Түркістан обл.Ленгер қ.

Аннотация. Жергілікті жердегі созылмалы жүрек жеткіліксіздігімен 65 жастан асқан әйелдердің 50%-ында кездесетіндігін анықтадық. Жүрек жетіспеушілігімен ауыратын науқастармен таза ауамен тиімді қолданып жағдайларын әлде қайта жақсарту. Жүрек ауыратын науқастар жиілеп кездесуде сол себепті де бұны алдын алу мақсатында «Төлеби аудандық оңалту орталығын» ашқанда ғана науқастардың азаятындығын дәлелдедік.

Аннотация. Мы обнаружили, что хроническая сердечная недостаточность локально встречается у 50% женщин старше 65 лет. Улучшение состояния больных сердечной недостаточностью при эффективном использовании свежего воздуха. Мы доказали, что количество пациентов с сердечными заболеваниями сокращается только с открытием «Толембийского районного реабилитационного центра», чтобы предотвратить это.

Summary. We found that chronic heart failure occurs locally in 50% of women over 65 years of age. Improving the condition of patients with heart failure with the effective use of fresh air. We have proved that the number of patients with heart disease is decreasing only with the opening of the "Tolebi District Rehabilitation Center" in order to prevent this.

Ғылыми жоба мақсаты:

- Созылмалы жүрек жеткіліксіздігі туралы жалпы түсініктеме
- Қарт жастағы созылмалы жүрек жетіспеушілігіне алып келетін кең тараған себептер және асқынуларға алып келетін топтар
- Медикаментозды терапияның қарттық жастағы ерекшеліктері
- Созылмалы жүрек жетіспеушілігіндегі медикаментозды емес емдеу әдістері.
- Төлеби ауданы, Ленгір қалалық емханасының жалпы тәжірибедегі дәрігері М.Ж. Ахметовамен сұхбаттасу нәтижесі.

Кіріспе

Герантологиялық кордиологияның нақты проблемасы, ол созылмалы жүрек ауруы болып табылады. Халық зерттеуі бойынша, басқа әлем елдерінде мынандай сәйкестік қарастырылады. Созылмалы жүрек ауруы таралуы 70 және 75 жастан бастап, 1,5-2,0% құрайды, арасында 65 жастан жоғары адамдар 6-15% ды құрайды.



Жүректің қан айдайтын қызметі әлсірегенде өкпеде қанның жиналуы, аяқ ұшында, тобық маңайында ісіну аталатын сұйықтықтың жиналуы орын алады. Жүректің камералары жүрек бұлшық етінің әлсіздігінің салдарынан жүректің ішінде қанды көп жинақтайды, бұл оның қабырғасының тығыздалуына апарады. Жүрек жеткіліксіздігінің АХЖ коды – I50

- **Қарт жастағы адамдардың созылмалы жүрек жетіспеушілігінің этиологиясы мен патогенезінің ерекшелігі.**

Созылмалы жүрек жеткіліксіздігі- жүрек қан тамыр жүйесінде организмге бастапқы физикалық күш түскенде ғана болса , кейін тыныштық қалпында толық оттегімен қамтамасыз ете алмайтын патологиялық жағдай. Созылмалы жүрек жеткіліксіздігінің негізгі себептерін анықтау терапияда маңызды болып табылады, себебі оның дұрыс емдеу тактикасын жүргізуге көмек береді (жүрек клапандарының хирургиялық коррекциясы, спецификалық дәрілік терапия).

- **Қарт жастағы созылмалы жүрек жетіспеушілігіне алып келетін кең тараған себептер және асқынуларға алып келетін топтар.**

Жүрек қан-тамыр ауруларының көптеген аурулары созылмалы жүрек жетіспеушілігіне алып келеді, жүректің түрлі аурулары әр түрлі жиелікте жастарда , орта жаста, егде және қарт жастарда кездеседі. Орта және егде жаста созылмалы жүрек жетіспеушілігінің жиі кездесетін себептерінің бірі жүректің ишемиялық ауруы.

Бұл аурудың басты себептерінің бірі - сенильді амилоидоз. Амилоидтар жүректің қарыншаларына шоғырлануы қарт жастағыларда созылмалы жүрек жетіспеушілігін туғызатын басты себептердің бірі:

- 1.Тромбоэмболия және өкпе артериясының тромбозы
2. Инфекциялық аурулар, қайтамалы ревматикалық аурулар , инфекциялық эндокардиттер
- 3.Анемия (қан аздық)
- 4.Бүйрек жеткіліксіздігі
- 5.Бауыр қызметінің жеткіліксіздігі
- 6.Тыныс алу жеткіліксіздігі
- 7.Қалқанша безі қызметінің бұзылысы
8. АҚҚ –ның жиі көрініс беруі
- 9.Жүрек ырғағы мен өткізгіштігінің бұзылуы , емдеу тәртібін сақтамағанда, алкогольді теріс пайдалануда
- 10.Физикалық және эмоционалды жүктеме
- 11.Теріс этиотропты әсер ететін дәрілерді бақылаусыз қабылдау антиаритмиялық, бета-андреноблокаторлар, верапамил, дилтиазем және тағы басқалары немесе организмдегі сұйықтықтың тоқырауына ықпал ететіндер (кортикостероидтар, стероидты емес қабынуға қарсы препараттар)
- 12.Тума жүрек ақаулары.
- 13.Жүректің шиемиялық ауруы.
- 14.Кардиомиопатия.
- 15.Дислипидемия, зиянды әдеттер , жүрек өткізгіштігінің бұзылысы.

➤ **Медикаментозды терапияның қарттық жастағы ерекшеліктері.**

Дені сау егде жастағы адамдарда жас ұлғайюына байланысты ішкі ағзалардың құрылысы мен қызметі біршама өзгеріске ұшырайды. Созылмалы жүрек жетіспеушілігін қарт және егде жастағы науқастарда емдеу барысында жүрек қан – тамыр жүйесін , бүйрек және бауырды назардан тыс қалдырмау керек.

Медикаментозды ем-барлық науқастарға қажетті терапия.

- АПФ ингибиторлары
- Бета-блокаторлар
- Минералокортикоид рецепторының антагонисттері
- Басқа да терапия әдістері. Ангиотензин рецепторының блокаторлары; Ивабрадин , Диагонсин, Изосорбид , динитрат Диуретиктер.

➤ **Созылмалы жүрек жетіспеушілігіндегі медикаментозды емес емдеу әдістері.**

- Ас тұзын тәулігіне 5-6 г дейін қолдануды шектеу (асқазан –ішек жолдарының патологиясы болмаған кезде, қыша және басқалары сияқты әр түрлі дәмдеуіштерді қолдануға кеңес беруге болады).

- Семіздік кезінде салмақтың төмендеуі (дене салмағының индексі= салмағы (кг)/ бойы (м2)) 30кг/ м2 асады).

- Дислипидемия кезінде липидтерді төмендететін диетаны бақылау.

- Сұйықтықты тұтынуды тәулігіне 1-1,5л-дейін шектеу.

- Алкоголь қабылдауды алып тастау.

- Темекі шегуден бас тарту.

- Орташа тұрақты жағдайда пациенттің жағдайын ескере отырып, жедел немесе декомпексацияланған созылмалы жүрек ауруында науқастың жағдайына байланысты физикалық жүктемені аздап қосуға болады (мысалы, аптасына 3-5 рет , 20-30мин жеңіл жүріс).

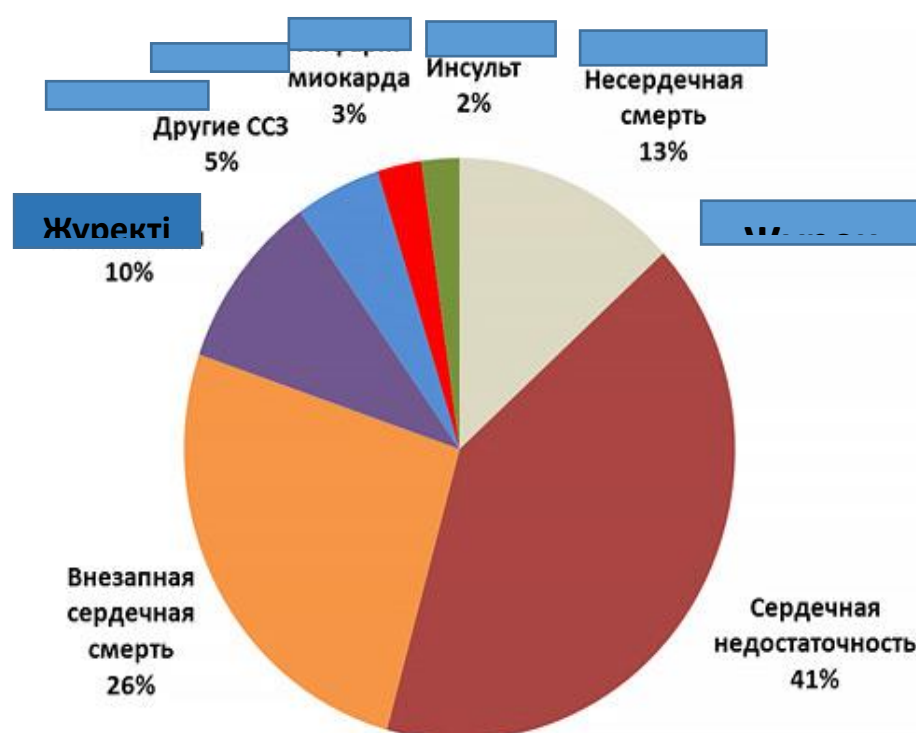
Төлеби ауданы, Ленгір қалалық емханасының жалпы тәжірибедегі дәрігер М.Ж. Ахметовамен сұхбаттасу нәтижесі.

Ленгір қаласында жүректің түрлі ауруларымен 50-65 жастан асқан науқастар дәрігерлік тіркеуге алынатындығын айтты. Соның ішінде СЖЖ бар науқастарға жүргізген зерттеулері нәтижесімен бөлісті. Жергілікті тұрғындар арасында жүргізілген зерттеулер бойынша, СЖЖ-де сол жақ қарының систолалық қызметі 65 жастан жоғары әйелдерде 50% ға, 65 жастан жоғары ер адамдардың әр бір үшіншісінде кездеседі. Бұл зерттеу нәтижесінен байқайтынымыз Ленгір қаласының зейнеткерлік жастағы қарттарда ер адамдарға қарағанда әйел адамдарда көптеп кездеседі.

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-алеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

III. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларын емдеуге қолданатын дәрілік заттарды дәлелді медицинаың негізінде тиімді қолдану./

Эффективное использование препаратов, применяемых для лечения болезней сердечно – сосудистой системы на основе доказательной медицины..



2009 жылғы зерртеуге сәйкес. Созылмалы жүрек жеткіліксіздігінің Қазақстанда кездесу жиілігі

Жаңашылдығы:

1. Созылмалы жүрек жеткіліксіздігімен ауыратын науқастарды эффективті емдеуде, негізгі стратегиялық бағыт, науқастардың өмір сүру сапасын жақсарту, өлім санын азайту, ауруды ерте анықтау болып табылады.

2. СЖЖ жасырын түрімен ауыратын науқастарды анықтау, оның ары қарай өршуін тоқтату, ерте өлім санын азайту ең перспективті жасқындау бағыт болып табылады.

3. Мұндай науқастар 70% құрайды, ал осы науқастар дәрігердің қарауынсыз жүрген науқастар тізімінде. Сондықтан алдын ала скринингтік тексерулер өткізіп, диагностикалық ем шараларды ұйымдастыру.

Қорытынды:

Менің ғылыми жобам созылмалы жүрек жетіспеушілігімен ауыратын науқастарға тиімді ем мен оңалтуға бағытталған.

Бұл жобада мен Төлеби ауданының науқастарына бұл ауданын табиғаты өте керемет және ерекше таза табиғат пен тыныс алған науқастар әлде қайда жақсарып, ауыруларынан ерте айығатынына сенімдімін. Созылмалы жүрек жеткіліксіздігі бар науқастар ерекше күтімді талап етеді.

1. Науқастардың денсаулығын оңалту және аурудың алдын-алу мақсатында Түлкібас ауданында орналасқан «Түлкібас ауданы оңалту орталығы» сияқты ортаның біздің ауданымызда бой көтерсе.

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-алеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

III. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларын емдеуге қолданатын дәрілік заттарды дәлелді медицинаың негізінде тиімді қолдану./

Эффективное использование препаратов, применяемых для лечения болезней сердечно – сосудистой системы на основе доказательной медицины..

2. Себебі ауданымыздың науқастары Түлкібас ауданындағы орталыққа барып, оңалту іс-шараларын айығу үшін , жолдаманы ұзақ күтуіне тура келеді.

3. Ал , біз уақыт оздыруымызға болмайды. Не дегенмен өзіміздің ауданда тұратын науқастарға бұл тиімді болып табылады.

4. Жүрек жеткіліксіздігімен ауыратын науқастардың санының азайуына көп пайдасын тигізеді.

Пайдаланған әдебиеттер:

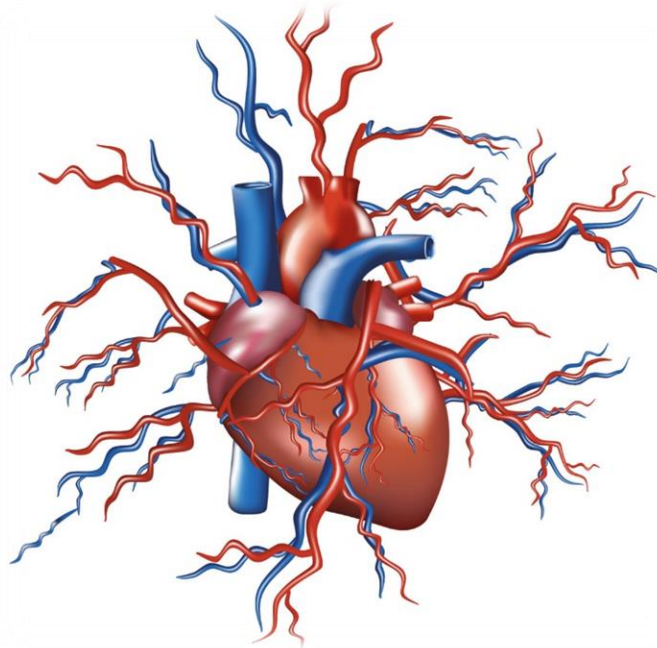
1.Дюсупова А.А. «Актуальные вопросы гериатрии» г.Семей, 2012 [91-98стр.]

2.Әмина Күзенбаева «Адам анатомиясы» Алматы 2016ж,[131-139 бет .]

3.В.П.Митрофаненко, И.В.Алабин «Патологияның негіздері» Мәскеу издательская группа «ГЭОТАР- Медиа» 2015ж [170-194 бет.]

IV. Жүрек - қан тамыр жүйесі ауруларын тудыратын қатер факторларының таралуын төмендетуде жаңа мінез-құлық ұстанымдарын қалыптастыру./

Формирование новых поведенческих принципов по снижению распространенности факторов риска болезней сердечно-сосудистой системы.



«РОЛЬ МЕДСЕСТРЫ В УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ»

КГП на ПХВ «Государственный высший медицинский колледж им. Д. Калматаева г. Семей»

Актуальность: Медсестры становятся неотъемлемой частью медико-социальной помощи пациентам. Компетенции медсестер составляют значительный потенциал в области профилактической помощи, а также более традиционных ролей в лечении и восстановлении.

Роль медсестры в улучшении контроля гипертонии расширилась за последние 50 лет, дополняя роль врача. Участие медсестер началось с измерения и мониторинга артериального давления (АД) и обучения пациентов и расширилось чтобы стать одной из наиболее эффективных стратегий улучшения контроля АД.

Высокое кровяное давление (АД) является ведущим фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, а гипертония занимает первое место как причина на инвалидность. Медсестры и другие медицинские работники постоянно работают над предотвращением таких заболеваний с помощью различных подходов.

Цель исследования:

Определить основные направления работы медсестры в профилактических мерах осложнения и обучении самоконтролю среди населения с артериальной гипертензией.

Изучить научную медицинскую литературу, посвящённую симптоматике, клиническому течению, формам и диагностике артериальной гипертензии;

2. Изучить роль медицинской сестры в уходе за пациентами с артериальной гипертензией;

3. Провести анкетирование;

4. Проанализировать данные анкетирования;

Научная новизна: Будет анализировано профилактические меры осложнения и самоконтроля среди населения с артериальной гипертензией на уровне КГП на ПХВ «поликлиника №1 г.Семей»,

Объект исследования: прикрепленное население КГП на ПХВ «поликлиника №1 г.Семей»,

Методы исследования:

- Теоретическое исследование литературных данных по теме исследовательской работы проведен в интернет – ресурсах и в первичных источниках.
- Социологический метод – анкетирование пациентов

- Статистический метод - обработка результатов анкетирования производилась с использованием программы Excel.
- Логический метод – формулировка выводов и заключений по результатам исследования

Была разработана анкета, включающая в себя 12 вопросов

Анкетирование проводилось анонимно на двух языках среди пациентов с АГ пришедших на прием в городские медицинские учреждения КГП на ПХВ «поликлиника №1 г.Семей»,

Результаты:

Анкету заполнили 50 респондентов,

Возраст: 21-72 лет. Пол респондентов - Женщины; 15%, Мужчины; 35%, Осведомленность о своем артериальном давлении- 80%, респондентов ответили что диагноз поставлен – на плановом осмотре,; 20%, респондента ответили что диагноз поставлен – вовремя самообращения. Соблюдение диеты - соблюдают; 82%, не соблюдают 18%, Обучала ли вас медсестра правильной сдаче анализов?» 68%, респондента ответили – да, (32%, респондентов ответили – нет. Проводила ли медсестра с вами беседу о особенностях вашего заболевания?» 74%,

р
е
с
п
о

Выводы:

Проведя научно-практическое исследование, мы пришли к выводу, что роль медицинской сестры при уходе за больными АГ очень велика. На медсестру возлагается ответственность за здоровье и самочувствие больного, и она должна добиться снижения дискомфорта и нормализации душевного состояния больного. А так же донести до пациента и его родных всю необходимую информацию в лечении и профилактике осложнения.

Дополнительно отметим, что предупреждение прогрессирования артериальной гипертензии во многом зависит от желания и возможности пожилого человека изменить стиль жизни и соблюдать правила здорового образа жизни, от способности медицинской сестры убедить пациента регулярно и длительно применять гипотензивные и другие лекарственные средства, обучить его навыкам самоконтроля уровня артериального давления.

Таким образом, мы показали всю важность и значимость данной темы, выполнили задачи исследования и качественно составили рекомендации по особенностям сестринского ухода.

Следует заметить, что большая распространённость АГ ведет к экономическим потерям в результате смертности и инвалидизации

трудоспособного населения. Большая роль в достижении успеха отводится личности медицинского персонала, его настойчивости, тесного сотрудничества с пациентом и его близкими в плане разъяснения цели лечения, преодоления стереотипов поведения, пищевых привычек, выработки у больных приверженности к терапии, что, в итоге, ведет к увеличению продолжительности жизни.

Литература.

1. Кардиология: национальное руководство/ под ред. Ю.Н. Беленкова, Р.Г. Оганова,- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.-1232 с.: ил. - (Серия «Национальные руководства»).
2. Воевода М.И., Кутумова О.Ю., Осипова И.В., Фомичева М.Л., Основы медицинской профилактики, 7-10 стр. Новосибирск, 2016
3. Внутренние болезни: учебник: в 2 т./Под ред. В.С. Моисеева, А.И. Мартынова, Н.А. Мухина.-3-е изд., испр. И доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.-Т.1.-960 с.: ил.

ЖҮРЕК ҚАН-ТАМЫРЛАРЫ БҰЗЫЛҒАН КЕЗДЕГІ МЕЙІРГЕРЛІК ҮРДІСТІ ҰЙЫМДАСТЫРУ. ЖҮРЕК ЖЕТІСПЕУШІЛІГІ.

Жұмабаева А.А.-оқытушы, Алматы қаласы Жоғарғы медициналық колледжі

Миркадыр О.М. -17-01 топ студенті 3 курс «Мейіргер ісі» мамандығы

Түйін сөздер: жүрек жетіспеушілігі; науқас; кардиология; жүрек қан тамыр бұзылыстары.

Мақсаты: Қазіргі таңдағы жүрек қан тамыр ауруларының ішіндегі жиі кездесетін жүрек жетіспеушілігі туралы түсіну. Сонымен қатар жүрек жетіспеушілігімен ауыратын науқастарға алғашқы мейіргерлік көмекті көрсетіп, мейіргерлік үрдіс құруды үйрену.

Жоспары:

1.Кіріспе;

Жүректің компенсаторлы механизмдері:

2.Жүрек жетіспеушілігінің түрлері:

а.Сол қарыншалық жүрек жетіспеушілігі;

б.Оң қарыншалық жүрек жетіспеушілігі;

с.Жүрек жетіспеушілігінің симптомдары мен емі;

3.Қорытынды.

Жүрек жетіспеушілігі деп ағзалар мен тіндердің дұрыс жұмыс атқаруына қажет затармен қамтамасыз ету және метоболизм өнімдерін шығаруға негізделген қанайналым аппаратының (соның ішінде жүрек) өзінің жұмысын атқара алмауын айтады, тіндердің метаболиттік қажеттелігін қанағаттандыру үшін керекті қан көлемінің азаюы жүректің қамтамасыз ете алмауынан туатын патологиялық процесс.

Пайда болу жылдамдығына қарай: жедел және созылмалы болып бөлінеді .

1.Жедел түрі – миокард инфарктісі, нитральды және аорта клапандарының жетіспеушілігі, сол қарынша жарылуы.

2.Созылмалы – біртіндеп басталады.

Жүрек бөлімдерінің зақымдалуына байланысты:

сол қарыншалық және оң қарыншалық болады.

Сол қарыншалық Жүрек жетіспеушілігі – сол қарыншаға (а.стенозында) көп күш түскенде, немесе оның жиырылу функциясы төмендегенде пайда болады (миокард инфарктінде) сол кезде мынадай жағдай пайда болады, үлкен қан айналымына түсетін қан азаяды, сол жүрекше кеңейіп, кіші қан айналымында қан іркілісі болады.

Оң қарынша Жүрек жетіспеушілігі – оң қарыншаға көп күш түскенде (өкпе артериясының саңылауы тарылғанда), немесе өкпелік гипертензияда, яғни кіші қан айналым шеңберінде қан іркілісі болғанда.Жедел жүрек жетіспеушілігі-жүректің насостық қызметінің бірден нашарлап, организмді қанмен қамтамасыз етілмеуі. Жүрек жетіспеушілігі кезінде жүректің ағзаға қан айдауында қиындықтар туады. Бұл көптеген себептерден болуы мүмкін. Көбінесе жетіспеушілікке жүрек бұлшық еттерінің зақымдануы алып келеді (мысалы, ишемиялық аурулар немесе миокард инфарктінен) кейде артериялық қысымның

жоғарылауынан жүрекке шектен тыс күш түскен кезде де дамиды. Зақымдану мен шектен тыс күштің түсуі жүректің жиырылуына, қанға толуына (босаңсуына) немесе осы екеуіне бірдей кері әсерін тигізеді.

Егер жүрек дұрыс жиырылмаса, ол қанды қажетті көлемінде айдап шығара алмайды. Егер жүрек қан көлемінен толық босай алмай, босаңсыса, келесі жолы оған аз мөлшерде ғана қан құйылады. Осыған сәйкес, әрине қан жеткіліксіз көлемде айдалып шығарылады.

Жүрек жетіспеушілігінің негізгі екі салдарына келетін болсақ: біріншіден, ағза қажетті көлемде қанмен қамтамасыз етілмейді де, жалпы әлсіздік пайда болады; екіншіден, қан жүрекке кіре берісінде жиналып қалады да, қантамырларындағы сұйықтық айналадағы тіндерге «аға» бастайды. Ал сұйықтық көбіне аяқтарда және құрсақ қуысында жиналады, сонымен қатар өкпеде іркіліп қалады.

Бастапқыда ағза бейімделеді және мүшелер мен тіндерге қажет қан көлемін ұстап тұру үшін, жүректің әлсіз қызметін компенсациялауға тырысады. Бірақ компенсаторлы механизмдер шектеулі уақыт аралығында ғана әсер ете алады. Шындығында, бұл бейімделудің (адаптацияның) өзі, алысқа көз жүгіртсек, жүректі қосымша әлсірете түсу.

Жүректің компенсаторлы механизмдері:

1. қанды көбірек айдау үшін, жүректің жиырылу жиілігінің артуы (тахикардия);
2. ұстап қалатын және айдайтын қан көлемін арттыру үшін, жүрек камералары көлемінің үлкеюі (дилатация) ;
3. жүрек қаттырақ жиырылу үшін, жүрек бұлшықеттерінің қалыңдауы мен тығыздалуы (гипертрофия).

Жүрек жетіспеушілігінің симптомдары:

Жүрек жетіспеушілігінің түріне қарай, оның симптомдары әр пациентте әртүрлі болуы мүмкін, Сізде осында көрсетілген симптомдардың барлығы немесе кейбіреуі ғана болуы мүмкін Жүрек жетіспеушілігінің бастапқы кезеңдерінде симптомдар анықтала бермейді, ал уақыт өте жүрек жетіспеушілігі өршіген сайын, симптомдар анықталып, ауырлана түседі.

- ✓ *Ентікпе*
- ✓ *Жөтел және сырылдар*
- ✓ *Дене салмағын қосу*
- ✓ *Тобықтың ісінуі*
- ✓ *Шаршағыштық және қажу.*
- ✓ *Бас айналу*
- ✓ *Жүрек соғысының жиіленуі*

Жүрек жетіспеушілігі кезінде қолданылатын дәрілер

Диуретиктер (зәр айдағыш заттар) бүйрек арқылы несептің бөлініп шығуын белсендіріп, Пациенттің ағзаңыздағы артық сұйықтықтан құтылуға көмектеседі. Ангиотензин-айналдырушы фермент тежегіштері бүйректе түзілетін «ангиотензин II», деп аталатын гормонның әсерін тежейді.

Вазодилататорлар қан тамырларын кеңейту немесе босаңсыту арқылы ондағы қарсылықты төмендетеді.

Дигиталис препараттарының ішінде ең жиі қолданылатыны — дигоксин. Дигоксин Сіздің жүрегіңіздің ырғағын шамалы төмендетіп, қатайтады. Сондай ақ ол ісінулерді де азайтады.

Жүрек – қан тамыр жүйесінің қызметі бұзылған кездегі медбикелік үрдіс.

Медбикелік үрдістің 1 кезеңі – науқастың жағдайын бағалау.

Кезеңнің мақсаты: науқастан толық ақпарат жинау.

Міндеті: дәрігерге дейінгі көмек көрсету;

I. СУБЪЕКТИВТІ ТЕКСЕРУ:

1. Науқастың шағымдарын анықтау.

2. Қажетті ақпараттар: - ауру тарихы;

- ауыруы;

- жүрек қан-тамыр жүйесі;

- дәрілік терапия көмегі болды ма;

- тамақтануы;

- аллергиясы бар ма.

3. Қосымша ақпарат: ауруханадан шыққанда ұсыныстар беру үшін:

- кәсіби зияндылықтар (ауруын асқындыратын жұмыстағы зиянды факторлар);

- тұрмыстық жағдайы (үйде салқын, ылғалды болуы);

- тұқым құалаушылық (жақын туыстарының ЖҚТ аурулары);

- қауіпті факторлар ;

II. Объективті тексеру.

- медбике бұл мәліметтерді қарау, бақылау, аспаптармен тексеру арқылы алады:

- Антропометриялық көрсеткіштері (бойы, салмағы, артық салмақ);

- Функционалды жағдайы (АҚҚ, ТАЖ, тамыр соғуы, дене қызуы);

- Тері жамылғылары (түсі-көгеруі, қызаруы және т.с.с);

- Қозғалғыштығы (барлық буындарының қозғалғыштығын бағалау, өзіне қызмет ету қабылеті);

- Зертханалық және аспаптық зерттеулер көрсеткіштері.

III. Психо-эмоционалды тексеру.

Тексеру кезінде медбике осы аурумен байланысты қорқыныш, уайым, үрей, күдік және басқа да эмоцияның бар екенін анықтайды. Науқастың психологиялық жағдайы ауруына және жүргізілетін емге қатты әсер етеді.

Медбикелік үрдістің 2 кезеңі – науқастың мәселесін анықтау.

Медбикелік диагноз қою.

Мақсаты: 1. алынған ақпаратты талдау;

2. басым мәселесін анықтау;

3. медбикелік диагноз құру.

Медбикелік диагнозды құрғанда, мәселенің немен байланысты екенін түсіндіру керек (мысалы: бас ауруы-ҚҚ жоғарылауымен н/е төмендеуімен байланысты).

Медбикелік үрдістің 3 кезені – күтімді жоспарлау.

Кезенің мақсаты: жеке жоспар құру.

Медбикенің міндеті: басым мәселені белгілеу, мақсат қою, жеке жоспар құру.

Медбикелік үрдістің 4 кезені – жоспарды іске асыру. Құрылған жоспарды орындаудағы медбикелік араласулар:

1. тәуелді араласу: бұл дәрігердің тағайындауын орындау ;

2. өзара тәуелді араласу: бұл бригадамен жұмыс істеу ;

3. тәуелсіз медбикелік араласу: бұл медбикенің өзінің білімі мен біліктілігіне сүйене отырып орындайтын жұмыстары.

- АҚҚ, тамыр соғуын, ТАЖ, тері жамылғыларын, зәр бөлінуін;

- өзіне күтім жасауы шектелген науқастарға көмек.

- бақылау .

- кеңес беру.

- психологиялық қолдау көрсету;

- денсаулықты қалпына келтіруді орнату.

Медбикелік үрдістің 5 кезені -күтімнің нәтижесін бағалау.

Қорытынды: Қазіргі таңдағы жүрек қан тамыр ауруларының ішіндегі жиі кездесетін жүрек жетіспеушілігі туралы түсіндірдім. Сонымен қатар жүрек жетіспеушілігімен ауыратын науқастарға алғашқы мейіргерлік көмекті көрсетіп, мейіргерлік үрдіс құруды үйреттім.

Қолданылған әдебиеттер тізімі:

1. Островская И.И., Широкова Н.В. Основы сестринского дела М., 2008 г.

2. Мухина С.А., Тарновская И.И., Теоритические основы сестринского дела –М., 2008г

3. Мухина С.А., Тарновская И.И., Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела» : учебник-М 2000г

4. Т.П. Обуховец .Основы сестринского дела .Практикум .Ростов-на-Дону, «Феникс»2005

5. Нурманова М.Ш., Матакова Ж.Т., Бейскулова Э.Т. «Мейіргер ісі негіздері» 2012ж.

КОМПЛЕКС ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПРАКТИКЕ ФЕЛЬДШЕРА

Кристина Мецзякова

Научный руководитель: Султангазина Б.Б.

КОВСК адрес почты kmedcollege@mail.ru

г. Караганда Республика Казахстан

Высокая распространенность и снижение качества жизни пациентов с артериальной гипертензией обуславливают необходимость адекватной терапии, предупреждение и своевременного выявления факторов риска прогрессирования заболевания. В исследовании мы предприняли попытку оценки комплаентности пациентов, выявления факторов риска для прогрессирования заболевания и содействия в повышении приверженности к лечению.

Введение:

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются наиболее серьезной проблемой здравоохранения для многих стран мира, в том числе и для Казахстана. По данным АО "Центр развития трудовых ресурсов" Министерства труда и социальной защиты населения РК в 2020 году основной причиной смертности среди казахстанцев стали болезни системы кровообращения, в том числе связанные с резким ростом заболеваемости артериальной гипертензией. Артериальная гипертония является актуальной проблемой у людей различного пола и возраста и может повлечь за собой другие сердечно-сосудистые заболевания со смертельным исходом. Так по данным последних эпидемиологических исследований, проведенных РГП на ПХВ «НИИ кардиологии и внутренних болезней», распространенность данной патологии составляет от 40 до 45% среди взрослого населения в различных регионах республики.

Одной из причин столь высокого уровня распространенности АГ является низкая приверженность пациентов к лечению, наличие нескольких факторов риска для прогрессирования заболевания, что в свою очередь является главной причиной уменьшения выраженности терапевтического эффекта, существенно повышает вероятность развития осложнений основного заболевания, ведет к снижению качества жизни пациентов и увеличению затрат на лечение.

Поэтому не вызывает сомнений, что проведенное исследование комплаентности пациентов и выявление факторов риска прогрессирования заболевания является актуальным, т.к. АГ имеет широкое распространение и способствует развитию важнейших сердечно — сосудистых катастроф, приводящих к высокой смертности

Цель исследовательской работы:

Установить влияние факторов, определяющих приверженность к лечению пациентов на прогрессирование артериальной гипертензии.

Задачи:

- Изучить теоретические данные о степени освещенности выбранной темы отечественными и зарубежными авторами, используя метод теоретического анализа литературных источников

- Провести анализ приверженности пациентов с АГ к лечению
- Выявить факторы риска, которые в наибольшей степени влияют на прогрессирование заболевания
- Разработать систему практических рекомендаций для пациентов с низким уровнем комплаентности и риском прогрессирования заболевания.

Объект исследования: пациенты, страдающие артериальной гипертензией.

Предмет исследования:

- комплаентность пациентов с АГ
- деятельность фельдшера в повышении комплаентности пациентов с АГ с целью предупреждения прогрессирования заболевания.

Научная новизна исследования состоит в постановке проблемы, которая с учетом актуальности темы, в работе кружка «Терапия» совместно с нашим социальным партнером Поликлиника №1 г. Караганда рассматривается впервые. Данное исследование - анализ комплаенса пациентов, страдающих АГ с целью практического применения просветительской роли студентов среди населения при совместной работе с нашими социальными партнерами в повышении уровня информированности пациентов и их родственников; а также в последующей профессиональной деятельности в качестве фельдшера МО в получении пациентами с АГ основных знаний, умений и навыков.

Практическая значимость:

Практическая значимость исследования заключается в повышении эффективности санитарно-просветительной работы среди пациентов, страдающих АГ, направленной на увеличение степени соответствия поведения пациента рекомендациям, полученным от врача (фельдшера). Составленные рекомендации помогут в решении проблемы предупреждения поражений органов-мишеней и развитие ассоциированных состояний, в сохранении умственной и физической работоспособности у пациентов с АГ.

Гипотеза исследования: Можно предположить, что комплаенс пациентов влияет на прогрессирование артериальной гипертензии

Метод исследования:

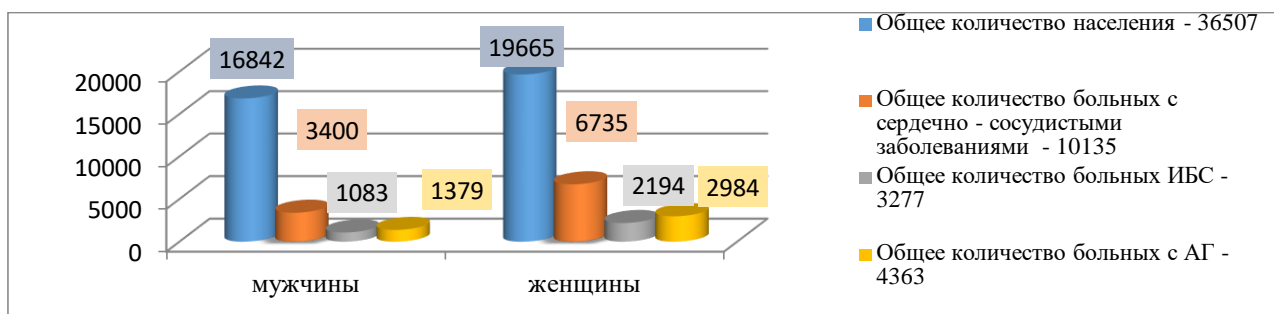
- информационно-аналитический
- социологический
- статистический

Исследование уровня заболеваемости АГ проводилось в условиях социального партнерства на базе поликлиники №1 г. Караганда.

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-алеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

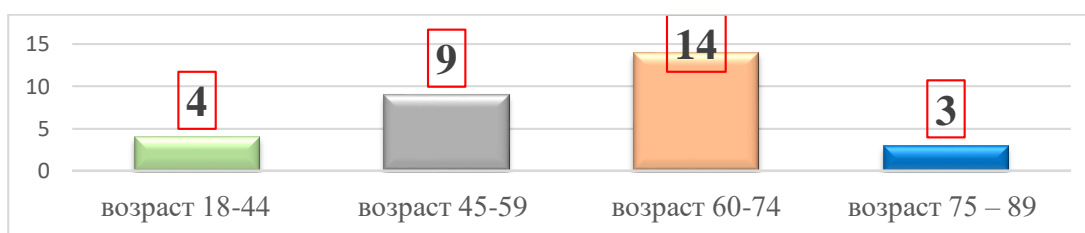
IV. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларын тудыратын қатер факторларының таралуын төмендетуде жаңа мінез-құлық ұстанымдарын қалыптастыру.. /

Формирование новых поведенческих принципов по снижению распространенности факторов риска болезней сердечно – сосудистой системы.

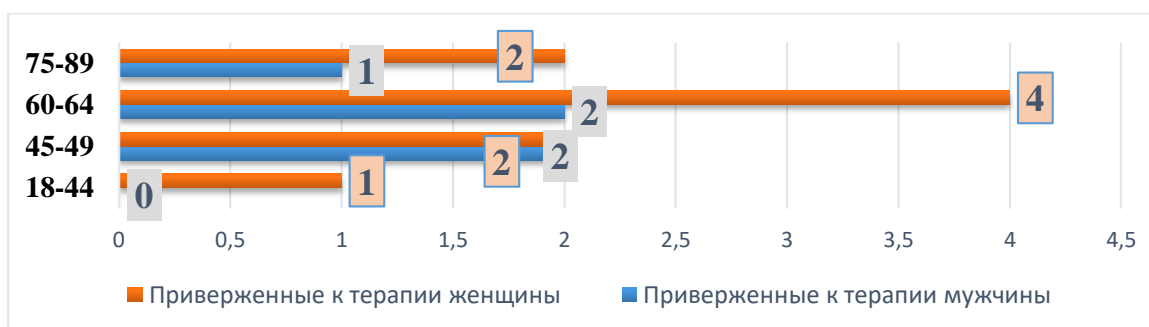


Согласно полученным данным уровень заболеваемости АГ очень высокий, при этом очень важно, чтобы пациенты, имеющие АГ 1 ст. не переходили во 2ую, 3ью ст. и не было прогрессирования заболевания. Общеизвестно, что эффективность лечения артериальной гипертензии зависит не только от правильной и своевременной постановки диагноза и выбора оптимальной стратегии и тактики лечения, но и от соблюдения пациентом предписанного режима терапии.

Существует множество методов, позволяющие врачу (фельдшеру) оценить приверженность к лечению (опрос, специальные тесты, ведение дневника, беседа с родственниками и др.). Исследование проводилось на основе наиболее известного, простого и лаконичного теста Мориски-Грина. В исследование было включено 30 пациентов, состоящих на диспансерном учете с диагнозом АГ, из них — 18 женщин и 12 мужчин в возрасте от 18 лет до 61 год и старше.



Комплаенс пациентов к лечению АГ (по данным теста Мориски-Грина)



«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-алеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

IV. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларын тудыратын қатер факторларының таралуын төмендетуде жаңа мінез-құлық ұстанымдарын қалыптастыру.. /

Формирование новых поведенческих принципов по снижению распространенности факторов риска болезней сердечно – сосудистой системы.



Соблюдение пациентом гипотензивной фармакотерапии, является залогом успешного лечения заболевания, уменьшением частоты развития осложнений. Проведенное исследование комплаенса показало, что не все пациенты выражают согласие с медицинскими рекомендациями. Нами были проанализированы причины низких показателей комплаенса (из личных бесед с пациентами).

Основные факторы, неблагоприятно влияющие на приверженность пациента к лечению



Также анализ показал, что наиболее чаще всего прекращают лечение более молодые и пациенты с впервые выявленной АГ, чем длительно болеющие.

Нарушение пациентом режима терапии существенно снижает эффективность лечения и, может привести к прогрессированию заболевания.

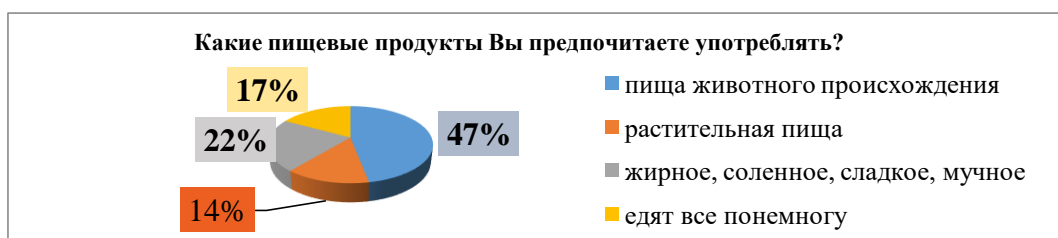
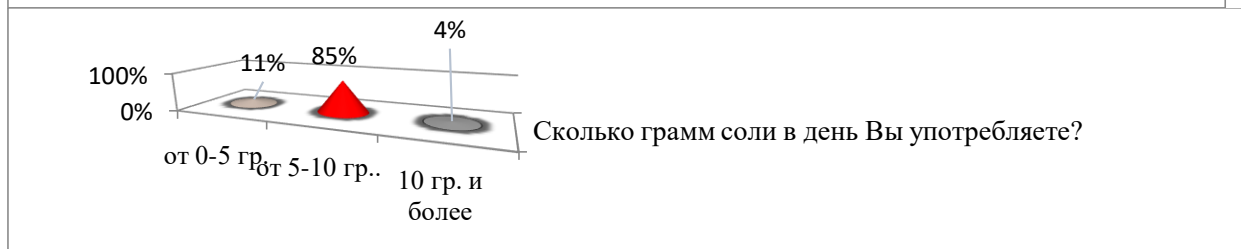
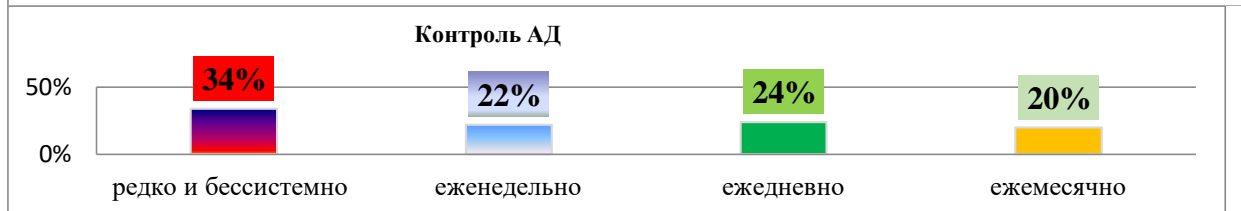
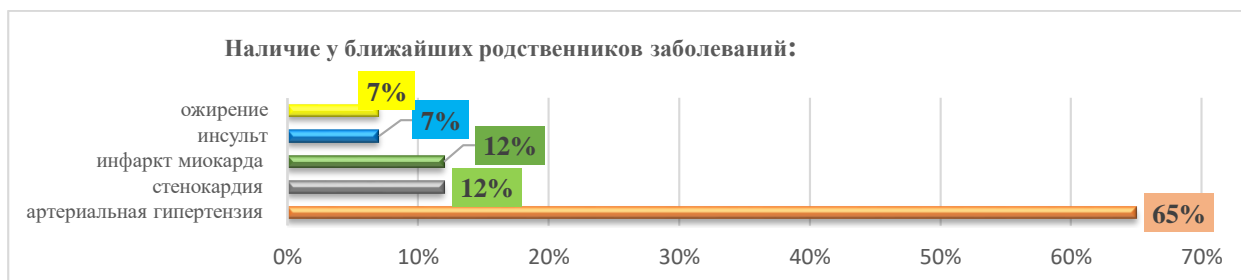
Проведенный анализ анкет пациентов с АГ и выявленные факторы риска, позволяет предположить наличие симптомов возможного прогрессирования заболевания.

Согласно анкетированию 90% пациентов имеют отягощенный анамнез

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-алеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

IV. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларын тудыратын қатер факторларының таралуын төмендетуде жаңа мінез-құлық ұстанымдарын қалыптастыру.. /

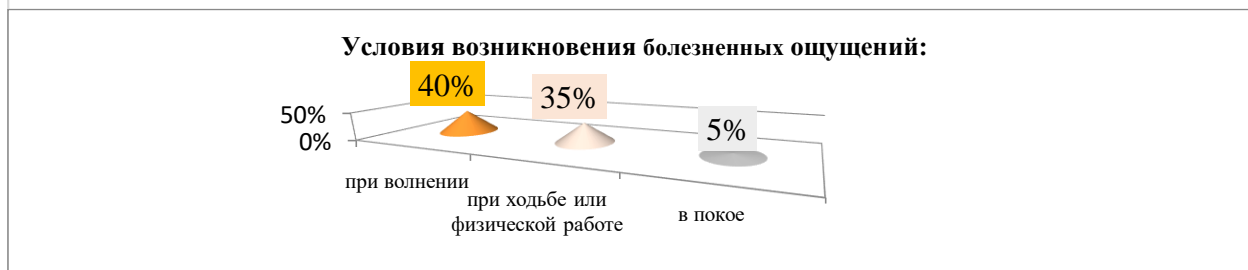
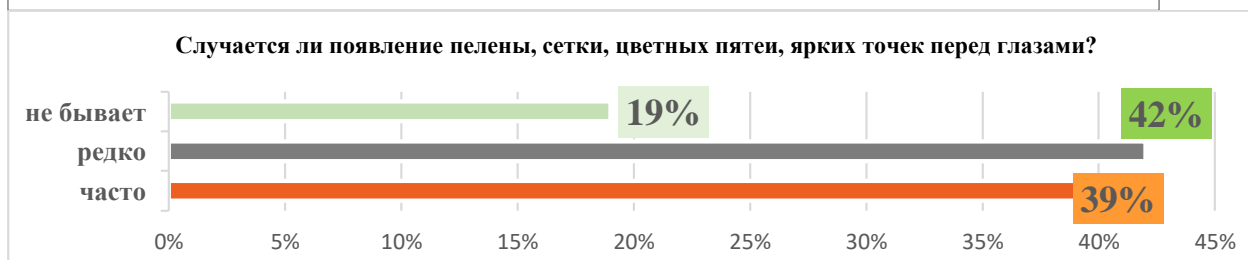
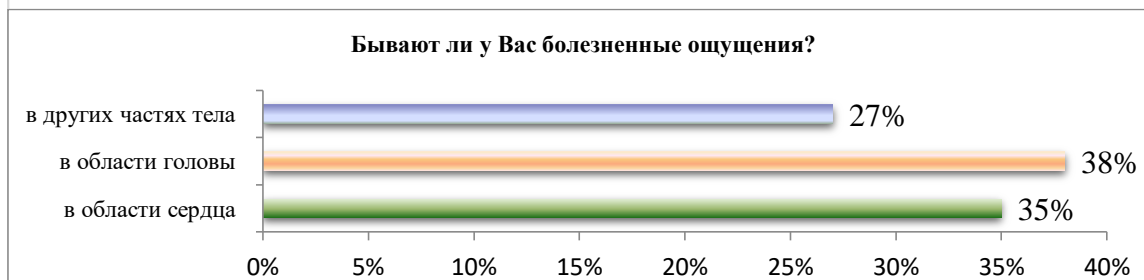
Формирование новых поведенческих принципов по снижению распространенности факторов риска болезней сердечно – сосудистой системы.



«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-алеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

IV. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларын тудыратын қатер факторларының таралуын төмендетуде жаңа мінез-құлық ұстанымдарын қалыптастыру.. /

Формирование новых поведенческих принципов по снижению распространенности факторов риска болезней сердечно – сосудистой системы.



«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-алеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

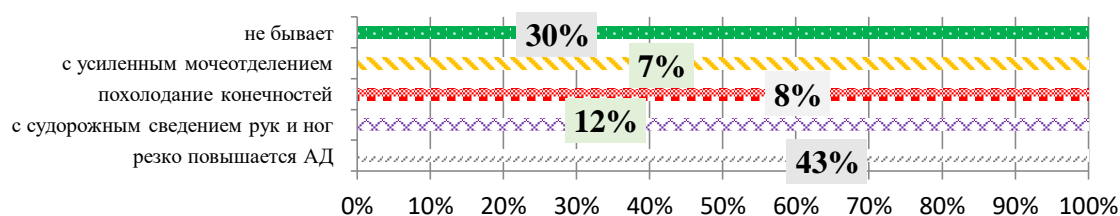
IV. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларын тудыратын қатер факторларының таралуын төмендетуде жаңа мінез-құлық ұстанымдарын қалыптастыру.. /

Формирование новых поведенческих принципов по снижению распространенности факторов риска болезней сердечно – сосудистой системы.

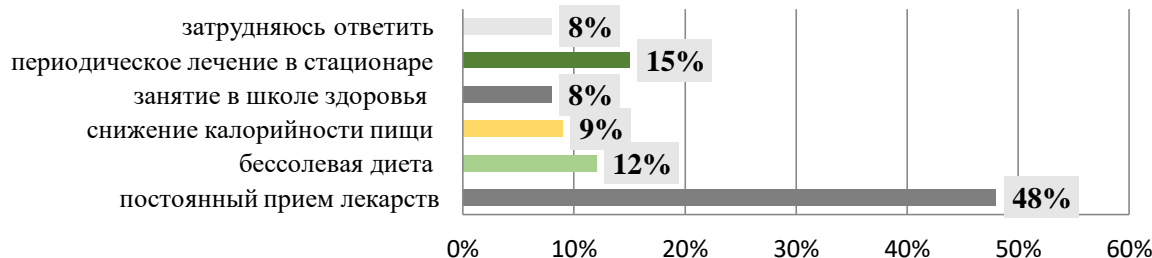
Отмечается ли изменение чувствительности в той или иной части тела



Бывают ли приступообразные ухудшения состояния?



Укажите доступные Вам мероприятия для снижения АД



Отношение к собственному здоровью



Выводы. Анализ доступных литературных источников и проведенные исследования показали, что низкая приверженность к лечению является актуальной проблемой. Во многих случаях пациенты не принимают активного участия в лечении. АГ нередко протекает бессимптомно и ослабляет внимание пациентов к своему заболеванию, при этом у значительной части пациентов отмечаются симптомы, которые могут привести к развитию сердечно-сосудистых осложнений, что требует повышенного контроля со стороны медицинских работников.

Заключение: Подводя итоги исследований и анализа, можем отметить, что проведенные нами исследования подтверждают данные отечественных и зарубежных исследователей о высокой численности населения с артериальной гипертензией. Несмотря на появление всё более активных препаратов и современной тактики лечения, результаты терапии пациентов с АГ остаются

неудовлетворительными. В своих исследованиях мы наблюдали, что пациенты не до конца оценивают и осознают все риски, связанные с их заболеванием. Приверженность к лечению является одним из ведущих факторов терапии пациентов и напрямую влияет на эффективность лечения и исход заболевания. Соблюдение рекомендаций - это взаимосвязь приема лекарственных средств, отказа от вредных привычек, правильное питание, физическая активность, соблюдение режима труда и отдыха.

При беседе с нашими пациентами мы акцентировали внимание на укрепление этой взаимосвязи: в первую очередь напоминали, что АГ мало (-без) симптомное заболевание и важно своевременно, систематически принимать гипотензивную терапию; с целью повышения мотивации и усиления уровня доверия к назначенным препаратам мы использовали официальные источники. Акцентировали внимание пациентов на крайней важности соблюдения и немедикаментозных мероприятий – нормализация сна, исключение вредных привычек, диета. Чтобы закрепить у пациентов знания, полученные ими в ходе бесед, мы разработали памятки-рекомендации, предоставили авторские видеофильмы на темы «Измерение АД», «Рациональное питание при артериальной гипертензии».

Подытоживая вышеизложенное: мы получили ценные данные о показателе комплаенса пациентов и подтверждение тому, что прогрессирование заболевания зависит от многих факторов и значительную роль играет уровень приверженности пациентов к лечению.

Постулатом нашей будущей профессиональной деятельности будет служить – взаимоотношения между пациентом и нами это формирование партнерского сотрудничества и создание оптимальных условий для соблюдения пациентом медицинских рекомендаций с целью улучшения своего качества жизни.

Список использованной литературы:

1. Атарбаева В. Ш. Повышение качества подготовки специалистов - приоритетное направление кафедры кардиологии и ревматологии АГИУВ /В. Ш. Атарбаева, Т. М. Абдирова, А. К. Джусипов //Вестник АГИУВ. - 2011. - No4. - С. 5-25
2. Ощепкова Е. В. Заболеваемость и смертность от инфаркта миокарда в Российской Федерации в 2000-2011 гг. /Е. В. Ощепкова, Ю. Е. Ефремова, Ю. А. Карпов //Терапевт. арх. - 2013. - No4. - С. 4-10.
3. Комплаентность больных артериальной гипертензией и пути ее улучшения Текст научной статьи по специальности «Науки о здоровье». Филиппова Ю.М.
4. Климов. А. В. Артериальная гипертензия и ее распространенность среди населения / А. В. Климов, Е. Н. Денисов, О. В. Иванова. — Текст: непосредственный // Молодой ученый. — 2018. — № 50 (236). — С. 86-90.

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-алеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

IV. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларын тудыратын қатер факторларының таралуын төмендетуде жаңа мінез-құлық ұстанымдарын қалыптастыру..//

Формирование новых поведенческих принципов по снижению распространенности факторов риска болезней сердечно – сосудистой системы.

5. Алпысова А. Р., Суббота Ю. В., Адамбекова А. К., Телембетов Н. Т., Мараткызы М. Анализ ведения пациентов с осложнениями артериальной гипертонии в условиях скорой помощи. *Терапевтический архив*. 2016;88(9):55-58.

6. Кадирова, Г. Г. Качество жизни с учетом приверженности к лечению больных с артериальной гипертензией / Г. Г. Кадирова, Б. Т. Абророва, Ш. Х. Умарова, Ш. А. Курбанова. — Текст : непосредственный // Молодой ученый. — 2018. — № 28 (214). — С. 15-18. — URL:

МИОКАРД ИНФАРКТИСІН АЛҒАН НАУҚАСТАРМЕН КҮТІМ ЖАСАУДАҒЫ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Алдабергенова Айгерім

Ғылыми жетекшілер: Ж.Б.Динашова, В.И.Тлеулесова

**ШЖҚ «Кеңес Одағының Батыры Мәншүк Маметова атындағы Ақтөбе
Жоғары медициналық колледжі» МКК, ms.dinashova@mail.ru**

Ақтөбе қаласы, Қазақстан Республикасы

Аннотация

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы "кардиореабилитация" анықтамасын созылмалы немесе өткір жүрек - қан тамырлары аурулары бар науқастарға өз күш-жігерінің арқасында қоғамдағы орнын сақтап қалуға немесе қалпына келтіруге мүмкіндік беретін ең жақсы физикалық және психикалық жағдайды қамтамасыз ететін шаралар жиынтығы ретінде тұжырымдады.әлеуметтік мәртебе және белсенді өмір салтын ұстану. Бұл анықтама адамның қалпына келуінің, физикалық өнімділігі мен денсаулығының және оның өткір аурудан кейін жаңа жағдайда қоғамға белсенді қатысуының екі аспектісінің маңыздылығын көрсетеді.

Всемирная организация здравоохранения сформулировала определение" кардиореабилитации " как совокупности мер, обеспечивающих наилучшее физическое и психическое состояние, которое позволяет пациентам с хроническими или острыми сердечно - сосудистыми заболеваниями сохранять или восстанавливать свое положение в обществе благодаря собственным усилиям.социальный статус и ведение активного образа жизни. Это определение показывает важность двух аспектов выздоровления, физической работоспособности и здоровья человека и его активного участия в обществе в новых условиях после острой болезни.

Жүректің ишемиялық ауруы жер шарының ең қауіпті ауруларының бірі болып табылады. Бұл 30 жастан кейінгі ерлердің 70% және 50 жастан кейінгі әйелдердің 30% құрайды. Әсіресе, еңбекке қабілетті ер адамдар жүрек ауруына бейім. Қазақстанда соңғы 30 жылда жүрек-қан тамырлары ауруларының эпидемиялық таралуы байқалады. 30 жасқа дейін өлім - жітімнің өсуі-3% құрады. Жыл сайын Қазақстанда ЖИА-дан 400 мың адам қайтыс болады . Өлімнің негізгі себебі-жедел миокард инфарктісі. Аурудың ауыр сипаты және ерте өлімнің жоғары деңгейін төмендетудің нақты мүмкіндігінің болуы бұл ауруды әр дәрігер мен медбике үшін міндетті етеді. 20 ғасырдағы ғылым мен практиканың маңызды жетістіктерінің бірі миокард инфарктісін диагностикалау және емдеу әдістерін әзірлеу болып саналады, өйткені одан болатын өлім-жітім 40% немесе одан да көп болды.

Науқастарды емдеу жүйесіне: жедел медициналық жәрдемнің мамандандырылған кардиологиялық бригадалары, реанимация бөлімі, оңалту орталықтары, консультациялық-диагностикалық орталықтар және емханалардың кардиологиялық кабинеттері кіреді.

ДДҰ Сарапшылар комитеті ұсынған науқастарды оңалтуда 3 кезең бөлінеді: аурухана, рековалесценция, постстационарлық. Әрбір науқас үшін дараландырылған физикалық, психологиялық және әлеуметтік оңалту жүргізіледі. Оңалту емі: артериялық гипертензия мен семіздікке қарсы күрес, холестерин мен май мөлшері төмен диета, темекі шегуден толық бас тарту, физиотерапия. Статистикаға сәйкес, кенеттен қайтыс болған он адамның тоғызы жүректің ишемиялық ауруымен байланысты. Жүрек-тамыр жүйесі ауруларының ең қауіпті асқынуларының бірі-миокард инфарктісі. Миокард инфарктісі тек Қазақстанда ғана емес, бүкіл планетада өлімнің негізгі себебі болып табылады. Дәл осы фактор мен алған дипломдық зерттеу тақырыбының өзектілігін көрсетеді.

Миокард инфарктісін тек ауруханада емдеу керек, өйткені толық терапияны тек ауруханада жүргізуге болады. Науқасқа күтім жасау кәсіби және мұқият, сонымен қатар қамқор және тыныш болуы керек. Инфаркттан кейінгі алғашқы бірнеше күнде адам қатаң төсек тәртібін сақтауға мәжбүр, сондықтан оған күтім жасау науқастарға күтім жасаудың барлық шараларын қамтиды. Миокард инфарктісінен болатын өлім статистикасы өте жоғары. Пациенттердің көпшілігі жедел жәрдем күтпестен өледі. Егер шұғыл реанимациялық шаралар болмаса, тағы жартысы жолда қайтыс болады. Асқынған жағдайда, емдік реанимациялық шаралар жүргізген адамдар қайтыс болады. Тек 1-2% жағдайда ғана адамдарды өлімнен құтқаруға болады, бірақ содан кейін қайталанудың қайталануы жоққа шығарылмайды.

Зерттеу міндеттері:

- ЖИА-ның осы түрі бойынша қазіргі заманғы әдебиет пен интернет ресурстарға шолу жасау;
- миокард инфарктісін алған пациенттерге мейірбикенің күтімді ұйымдастырудағы іс-әрекетіне талдау жүргізу;
- "Миокард инфарктісін алған пациенттерге күтім жасау" тақырыбы бойынша тәжірибелік-эксперименттік жұмыстың нәтижелерін талдау.

Мақсаты - "инфаркттан кейінгі жағдай" ұғымын зерттеу, аурудың жіктелуі мен себептерін қарастыру, сонымен қатар мейірбикелік күтімнің негізгі әдістемесін анықтау.

Зерттеу материалдары мен әдістері:

2020 жылдың 02.11.– 07.12 аралығында "Ақтөбе медициналық орталығы" кардиология бөлімінде жұмыс жүргізілді. Зерттеу барысында біз пациенттерге мейірбикелік күтім және мейірбикелік манипуляциялармен таныстырдық. Зерттеудің мақсаты-жастар арасында жүрек-қан тамырлары ауруларының санын

анықтау.

Жүрек-қан тамырлары аурулары Қазақстанда және әлемнің басқа дамыған елдерінде халықтың өлімінің басты себебі болып табылады. Бұл статистикада олар қатерлі ісік, жұқпалы аурулар, жарақаттар мен жазатайым оқиғалардан алда келеді. Ауыр жүрек-тамыр патологиясы-жүректің ишемиялық ауруы (ЖИА) және оның көрінісі – миокард инфарктісі. Өкінішке орай, миокард инфарктісі "қарттар ауруы" болуды тоқтатты. Соңғы 15-20 жыл ішінде миокард инфарктісі едәуір "жас" болды және көбінесе 30-50 жас аралығындағы адамдарды қамтыды..

Енді статистикаға сүйенсек 2018 жылда 1250 адам тіркелді, 28 адам қайтыс болды.

2019 жылда 1320 адам тіркелді, 30 адам қайтыс болды.

2020 жылда 750 адам тіркелді. Пандемияға байланысты бөлімше провизорный болып қалды.

2020 қараша айында 40 жастан бастап 126 адам тіркелді. Науқастарға медициналық көмек көрсетілді. Миокард инфарктісін диагностикалау үшін науқасқа егжей-тегжейлі сауалнама жүргізілді. Науқасқа осы ауру туралы толық ақпарат берілді. Оңалту жоспары жасалды. Бұл әдіс, ең бастысы, пациенттің барлық режимдерді сақтауы оң нәтиже берді. Жас адамдарда миокард инфарктісінің ауырсыну синдромы қарт адамдар мен қант диабеті бар науқастарға қарағанда айқын көрінеді. Сондықтан, ең алдымен, миокард инфарктісіндегі жағдайды бағалаудың негізгі әдісі ретінде электрокардиография (ЭКГ) тағайындалады. Әрі қарай зертханалық зерттеулер жүргізіледі. Миокард инфарктімен ауыратын науқастар үшін медбике пациенттерге күтім жасау жоспарын жасайды, күнделікті режимді жасайды, сонымен қатар диета жасайды. Миокард инфарктісінің қайталануын болдырмау үшін мейірбикенің барлық мақсаттары мен міндеттерін орындау маңызды.

Нәтижелері

Зерттеу барысында зерттеу жүргізілген 19 пациенттің 13-і мейірбикелік күтімнің сапасына толық қанағаттанғаны анықталды.

Сауалнама бойынша алынған нәтижелер тексерілген пациенттердің 100% - дан 87% - ы мейірбике күтімінің сапасына қанағаттанғанын, ал қалған 13% - ы мейірбике күтімінің сапасына толық қанағаттанбағанын көрсетеді.

Осылайша, жоғарыда айтылғандарға сүйене отырып, келесі қорытынды жасауға болады:

1. Бұл сауалнама біздің зерттеу жұмысымызда пациенттердің мейірбикелік күтіммен қанағаттану деңгейін бағалауға арналған.

2. Нәтижелерді есептеу үшін жоғарыда көрсетілген формулалар бойынша есептеу жүргізіледі, зерттеу нәтижелері % - бен өлшенеді, бұл ретте 0% мейіргерлік күтімге қанағаттанбаушылыққа, ал 100% - толық қанағаттануға сәйкес келеді.

3. Зерттеу нәтижелеріне талдау жүргізу кезінде біз тексерілген пациенттердің 100% - дан 78% - ы мейірбике күтімінің сапасына толық қанағаттанғанынанықтадық.

Қорытынды

Миокард инфарктімен ауыратын науқастарға күтім жасауды ұйымдастырудағы мейірбикелік іс-әрекеттерге талдау жасалды, сондай-ақ мейірбикенің күтімді ұйымдастыру жөніндегі жұмысының жоспары мен мазмұны жасалды және зерттеу жұмыстары жүргізілді.

Ақтөбе облысында 40 жастағы жастар арасында миокард инфарктісінің аурулары жиілеп кетті. Осы проблема аясында кардиологиялық бөлімде тәжірибе және жас пациенттер арасында зерттеу жұмыстары жүргізілді.

Жұмыстың практикалық бөлігінде біз келесі қорытындыға келдік:

1. оңалту кезеңі миокард инфарктімен ауыратын науқастар үшін өте маңызды. Науқастың тез қалпына келуіне арналған жоғары білікті медициналық персонал да маңызды;

2. жүктемелер физикалық жағдайды жақсарту үшін ғана емес, сонымен бірге адамға психологиялық әсер ету факторы ретінде де үлкен маңызға ие. Қозғалу мүмкіндігі және тіпті қажеттілігі жігерлендіреді, қалпына келтіруге үміт береді. Олар бізді кәдімгі өмірге оралуға, болашаққа жоспар құруға, одан әрі жетістікке жетуге талпындырады. Миокард инфарктісін бастан өткерген пациенттерге күтім көрсету бойынша мейіргерлік іс-қимылдар бағдарламасын құрудың мақсаты мейіргердің пациентке қатысты іс-қимылдарының нақты құрылымын көрсету ниеті болды.

3. миокард инфарктісі бүгінде ең көп таралған ауру болып табылады, зерттеуге сәйкес, адамдар бұл ауру туралы хабардар және таныс. Миокард инфарктісінің алдын алу үшін зерттеу соңында бірқатар шаралар ұсынылды.

Әдебиеттер тізімі

1. Theroux P., Quimet H., McCans J., Latour J.G., Joly P., Levy G., Pelletier E., Juneau M., Stasiak J., deGuise P., Pelletier G.B., Rinzler D., Waters D.D. Aspirin, heparin, or both to treat acute unstable angina // N Engl J Med. 2001. – №319. - P 1105-1111.

2. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of the non-ST-segment elevation acute coronary syndromes // Eur Heart J. 2007. - №28. - P 1598-1660.

3. Домингес-Морено Р, Бахена-Лопес Е, Нич-Де ла Вега Д, Венегас-Роман А, және басқалар. Кеудедегі ауырсынуды басқару. Med Int Mex. 2016 шілде; 32 (4): 461-474.

4. Мария Перес-Коррал және басқалар. Жедел медициналық көмек бөлімінде кеудедегі ауырсыну кезіндегі қауіпті стратификация Жүйелік шолу. Жүйелікшолу. NureInv. 2018; 15 (92): 1-11.

5. Bañol-Betancur JI, Martínez-Sánchez LM, Rodríguez-Gázquez MA және т.б. 2014-2015 ж ж., Медельин, Колумбия, өте күрделі медициналық мекеменің

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-алеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

IV. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларын тудыратын қатер факторларының таралуын төмендетуде жаңа мінез-құлық ұстанымдарын қалыптастыру.. /

Формирование новых поведенческих принципов по снижению распространенности факторов риска болезней сердечно – сосудистой системы.

жедел қызметіне жүгінген науқастардың кеуде ауырсынуының сипаттамасы. RevSocEspPain 2017; 24 (6): 288-293.

6. Марк Х.Эбелл. Алғашқы медициналық көмек пациенттеріндегі кеуде ауырсынуын бағалау. AmFam Phys.2011; 83 (5): 603-605.

7. Yérez M. SaraNinibeth. Теодоро Мальдонадо ауруханасында жедел алдынала ауырсыну себептерінің аралуы, Гуаякил, Эквадор. Диссертация. Мамыр, 2018.

8. Константинос Будуласжәне Даниэль Блэр. Жедел коронарлық синдром (АБЖ): бастапқы бағалау және басқару. 2018. Огайо штатының Векснер медициналық орталығы.

ЖҮРЕК – ҚАНТАМЫР ЖҮЙЕСІНІҢ АУРУЛАРЫ КЕЗІНДЕГІ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Абадша Дина

Ғылыми жетекшісі: Г.А.Турганбаева

ШЖҚ «Кеңес Одағының Батыры Мәншүк Мәметова атындағы Ақтөбе Жоғары медициналық колледжі» МКК, metod1818@mail.ru

Ақтөбе қаласы, Қазақстан Республикасы

Аннотация: «Реабилитация» - Қалпына келтіру.Физикалық және психикалық әсерлердің науқасқа тиімді әсерлері емнің оң нәтиже беруіне тура ықпалын тигізеді. Реабилитациялық шаралар сырқаттың немесе жарақаттың алғашқы күнінен бастап, емдеудің ажырамас бөлігі болып саналады.Дәрілермен емдеуге қарағанда реабилитация құралдары (физикалық жаттығулар, массаж, шынығу, еңбек процесі) бейспецификалық әсер береді, олар организмнің бұзылған қызметтерін қалпына келтіреді, физикалық, психологиялық сипаттағы әртүрлі қолайсыз факторлардың әсеріне организмнің тұрақтылығын арттырады.Физиоём реабилитация бағдарламаларында кең қолданылады. Медициналық реабилитацияның барлық кезеңінде ең белсенді түрде электірлі терапия қоланылады. Физиоёмнің жалпы организмге, ішкі ағзалардың қызметіне, нерв жүйесіне тиімді әсері талас тудырмайды.Физиоём факторлары қазіргі таңда аурулардың алдын алуда белсенді қолданыс табуда, соның ішінде ең белсенді түріне ауа, су, ультракүлгін сәулелер, күн радиациясы, климат және т.б. жатады.

Жүрек ауруларымен ауыратын науқастармен жұмыс жасағанда медбике мынадай шағымдарды назарда ұстау керек: жүрек тұсының ауырсынуы,ентікпе,әлсіздік,ісік. Медбике науқасты қарау барысында науқастың жалпы жағдайына көңіл аудару керек. Соның ішінде төсектегі қалпы, бет-әлпетіне, терісінің түсіне, дем алысына, сонымен қатар пульс, артериялық қысым,дене температурасына және лабораториялық инструментальды тексеру әдістеріне баға беру керек. Медбике науқастардың негізгі шағымдарын және жүрек талмасы кезіндегі симптомдарды емдеу жолдарын науқастарға күтім жасауды білу міндетті. Реабилитацияның мақсаты: ағзаның жалпы жағдайын нығайту, өмір сүру жағдайын жақсарту. Ишемия-қан аздық. Мүшелерге қанның жеткіліксіз келуіне байланысты немесе қанның келуінің толық тоқталуына байланысты жергілікті қан айналысының бұзылуы.

Реабилитацияның стационарлық, санаторийлық және поликлиникалық сатыларын (этаптарын) ажыратады.

Стационардағы физикалық реабилитацияның басты міндеттері науқас адамның өзіне-өзі қызмет ете алатын қабілетін қалпына келтіру, гиподинамияға байланысты жүрек-тамыр жүйесінің және басқа мүшелер мен жүйелердің күйінің төмендеуінің алдын алу, науқас адамды кардиологиялық санаторийде

түсетін кеңейтілген жүктемеге физикалық және психологиялық тұрғыдан әзірлеу болып табылады.

III класс - жедел сол қарыншалық жүрек әлсіздігі (өкпе шеміні-өкпе алаңының 50% көбінің үстінде сырыл естілуі, «шоқырақ ырғағы») науқас адамдардың 10-15% кездеседі, өлім 30-40% құрайды;

IV класс - кардиогендік шок, өлім 50-90% жетеді. Стационарлық емнен кейін, қарсы көрсетпелер болмаса, еңбекке қабілетті жастағы МИ ауырған науқастар санаторийдің мамандандырылған бөлімшелерінде реабилитация өтулері керек.

Санаторийлық ем. МИ ауырған науқас сауығу сатысы кезінде, аурудың жедел сатысы кезінде қандай асқыну болмасын санаторийлық емге көшірілуі керек. Бұл адамдардың ЭКГ-сы тұрақтаған қалыпта болуы керек немесе ЭКГ-дағы динамикалық өзгерістер инфаркттан кейінгі тыртық қалыптасуын бейнелуі керек.

Инсульт (лат. insultus - соққы, қыспа талу, инсульт) - ми тканінің зақымдалуын, оның қызметінің, мидағы қан айналысының кенеттен бұзылуы; осының салдарынан миға қан құйылады, немесе ми тамырлары бітеліп қалады (тромбоз).

Инсульт - бастың қан айналым жүйесінің жедел бұзылысы. Оның нәтижесінде бас миының әртүрлі бөлімдерінің қызметі бұзылады.

Инсульттің негізгі себебі - миға қан алып келетін тамырларының зақымдануы, көп жағдайда қан тамыр жүйесінің атеросклероздық және гипертониялық бұзылыстармен қатар жүреді.

Инсульттің геморрагиялық түрі - миға немесе оның қабықтарына қан құйылу және ишемиялық түрі – мидың инфаркті болады.

2.1. Инсульт алған науқастарда кездесетін негізгі мәселелер және оларды шешу жолдары.

Қайта қалпына келтіруге бағытталған күтімнің ең басты мақсаты бұрынғы жағдайына орала алмайтынына қарамастан, мүмкіндігінше толыққанды қозғалысты жүзеге асыру алу және басқалардың көмегіне тәуелді болмау. Қайта қалпына келтіру күтімі ауруын, ал мүгедіктікке шалдыққан адамдарда мүгедектік зардабын азайтады. Қайта қалпына келтіру күтімі кезінде өз науқастарыңызға көмек көрсетіңіздер, бірақ олар үшін орындамаңыздар.

Мүмкіндігінше науқастың жалпы гигиенасын ережесіне, мысалға тісін жуу, жуыну, тарану, тамақтану секілділерді өз бетінше орындағанын қадағалаңыз. Күтім әрекеттерін орындау алдында, науқастың өз бетінше қандай әрекеттерді орындай алатындығын біліп алу керек және ынталандыру керек. Ауруға және оның зардабына байланысты науқастың күнделікті тұрмыстық дағдыларды орындау мүмкіндігінен айырылғаны есіңізде болсын. Науқасты түрлі әрекеттерге тарту күнделікті тіршілік мәселелерін шешуге қажетті

дағдылар мен қабілеттерді игеріге көмектеседі. Ауруға мойынсынуға және толыққанды өмір сүруге мүмкіндік беру үшін науқастарға жайлап осы дағдыларды игерту қажет.

2.2. Емделушімен жұмыс істеу ережесі

- Қысқа әрі нұсқа сөйлеуге тырысыңыз
- Емделушіден берілген нұсқауды қайталауын сұраңыз
- Кей жағдайда емделушімен дұрыс ұғыну үшін шараның орындалу барысын көрсету керек
- Емделушіге түрлі дағдыларды үйрету кезінде шыдамдылық таныту қажет
- Емделушіні дағдыларды орындауға қатысқаны үшін және өз бетімен орындауы үшін көтермелеп отырыңыз
- Әрдайым жағдайын еске алмай, нұсқауларды орындауға қабілетті екенін айтып отыру қажет.

II. Бөлім. Инсульт орталығы кабинеті мейіргерінің рөлі.

Инсульттің алғашқы күндерінен бастап ерте кезеңде жүргізілген оңалдыру шаралары бұзылған қызметтердің тез арада және толықтай қалпына келуіне көмектеседі, екіншілікті асқынулардың дамуының алдын алады.

Реттілік-оңалдыруға көрсеткішін белгілеу, сұрастыру және клиникалық байқау, сонымен қатар, психологиялық және әлеуметтік тексеріс кезінде науқастың нақты жағдайын бағалау, оңалдыру мақсаты мен міндетін белгілеу, жоспарын құру, тиімділігін тексеру және қажет болса өзгеріс енгізу, оңалдыру арқылы қойылған мақсатқа жету, оңалдыруды жүзеге асырған ұжымның қорытындысы мен ұсынымдары.

Қалыпқа келтіру емінің ұзақтығы мен жүйелігіне оңалдыру шараларының дұрыс ұйымдастырылуы арқасында ғана қол жеткізуге болады. Ол ангионеврологиялық бөлімшеде басталады, одан әрі аурухананың оңалдыру бөлімшесінде немесе оңалдыру орталығында жалғасады.

Үздіксіз-қалыпқа келтіру емі аурудың пайда болған кезеңінен бастап адамның қоғамға толығымен қосылуына дейін жүргізілуі керек.

Кешендік-оңалдыру барысында емдеу, емдеу-алдын алу жоспарының, емделушінің жұмысқа қабілеттілігі, жұмысқа орналасуы, оқытылуы және басқа біліктілікке үйретілуі, әлеуметтік қамсыздандыру сұрақтары, еңбек және зейнетақы заңнамасы, емделушінің отбасымен, қоғамдық өмірмен қарым-қатынасы сияқты сұрақтар шешіледі. Оңалдыру шараларының кешенділігі мен дұрыстығын невролог, ЕДШ әдіскерлері, логопед-физиологтар, физиотерапевтер, психотерапевтер т.б. сияқты жоғары білікті мамандар қамтамасыз ете алады.

2.3. Психологиялық оңалдыру

Кейде инсульттен кейін пайда болған бұзылыстар тез орынына келіп, бірнеше айдан соң адам күнделікті жұмысына кірісе алады. Басқа жағдайларда бұзылыс байқалған қызметтердің орнына келуі ұзаққа созылады. Бұл жағдайда адамның инсульттен кейінгі қалыпқа келуі дүниеге келген жас нәрестенің дамуын еске салады. Емделуші алдымен аяқ-қолдарын қозғалысқа келтіру, ауыстыру, жүріп-тұру, ағзаның бөлу қызметтерін басқара алу сияқты әрекеттерді орындауды үйренеді. Инсульттен кейін жақсы күтіммен қоса, емдік дене шынықтырудың да маңызы зор. Егер емделуші әрдайым айналасындағылардан жылылықты, мейірімділікті сезініп, қолдауын көріп отыратын болса, оның өмірге деген құштарлығы, сенімділігі арта түседі. Психологиялық оңалу кезінде емделушінің тілдік қызметін қалыпқа келтіру үшін үнемі оның айналасында қарым-қатынас жүргізілуі керек. Тіпті, бұл жерге өз бетімен кітап оқу, теледидар көріп, музыка тыңдайдың да көмегі тиеді. Оның өзін әңгімеге тартып отыру қажет. Сөйлеу қызметінің қалыпқа келуінің тиімділігі емделушінің өзінің талпысына және белсенді қатысуына байланысты болады. Емдеуші дәрігермен айналасындағылардың оның емделудегі жеткен жетістігімен табыстары туралы жылы лебіздері ынталандырып отырады.

Әдебиеттер тізімі:

1. В.Н.Ослопов, О.В.Богоявленская «Терапиялық клиникадағы науқастың жалпы күтімі», Мәскеу, 2014ж.
2. Э.В.Смолева «Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи» Ростов-на-Дону, «Феникс», 2008 г.
3. В.И.Маколкин «Внутренние болезни» М.«Медицина», 1992 г.
4. Г.И.Дядя «Полный справочник эндокринолога» М. «Эксмо» 2007 г.
5. Терапевтический журнал № 4 (28) 2010 г.
6. Н.Ю.Корягина, Н.В.Широкова, Ю.А.Наговицына, Е.Р.Шилина, В.Р.Цымбалюк «Мамандандырылған медбикелік күтімді ұйымдастыру»

ФАКТОРЫ РИСКА И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ БОЛЕЗНЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ: ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ

Студент Мухлисова С.

Научный руководитель: магистр медицины Оралбек А.О.
ГКП на ПХВ «Высший медицинский колледж» УЗ города Шымкент

medkollege-shm@mail.ru

г.Шымкент, Республика Казахстан

Аннотация

В данной статье рассмотрены поведенческие факторы развития заболеваний сердечно-сосудистой системы, касающихся разного контингента населения, имеющего различные культурные, национальные, семейные традиции. То, с чем мы сталкиваемся ежедневно, оказывает существенное влияние на качество и продолжительность жизни населения.

В век технического прогресса, наряду с ускорением индустриализации, коммуникаций и технических новшеств идет рост соматических заболеваний. Особое место занимают болезни сердечно-сосудистой системы (ССС). Сердечно-сосудистые заболевания были и остаются наиболее актуальной проблемой здравоохранения большинства стран мира в XXI веке, несмотря на непрерывное совершенствование методов диагностики и лечения кардиологических больных. Среди них приоритетное место занимают артериальная гипертензия (АГ) и ишемическая болезнь сердца (ИБС). Туркестанская область по Казахстану занимает второе место по заболеваемости СССР. Данный факт связан в первую очередь, с экологическими проблемами, во вторых, это социальный уровень населения, а в третьих, ментальность и самобытность нации, её традиции, повседневные привычки, выработанные в течение жизни. И конечно же особенности культуры питания.

Как известно, существует корригируемые и не корригируемые факторы. Корригируемые факторы - это питание, вес, вредные привычки, малоподвижный образ жизни, режим дня.

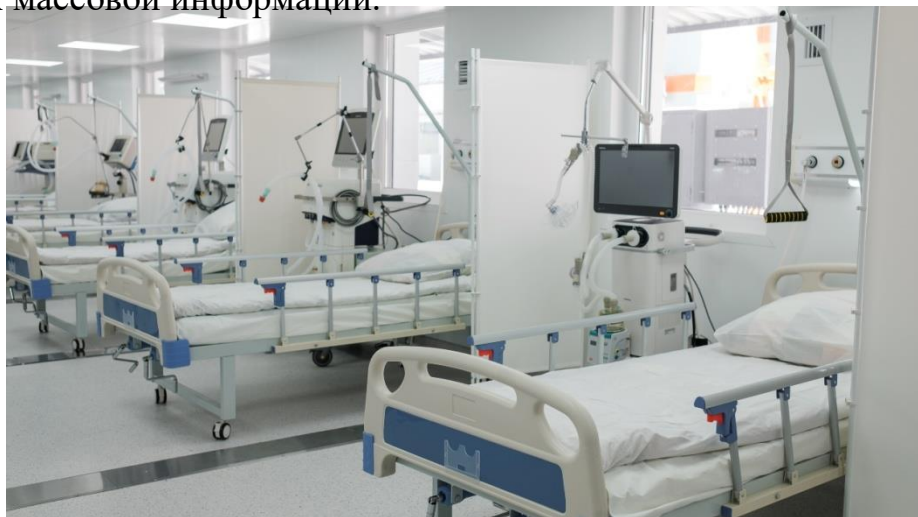
Не корригируемые факторы - это возраст, пол, национальность, наследственность.

Каждый вид заболевания необходимо рассматривать, как с точки зрения оказания качественной и своевременной медицинской помощи, так и с точки зрения социальной значимости. Факторы риска, приводящие к заболеваемости среди сельского населения, несколько отличаются у городского населения в виду их образа жизни. Учитывая выше обозначенное, мы должны разграничить ССЗ с учётом развития возможных приоритетных и потенциальных проблем пациентов с целью предупреждения возможности развития ССЗ, либо

уменьшения риска осложнений. Конечная цель – улучшить качество и продолжительность жизни.

Рассмотрим некоторые факторы отдельно. Как влияет национальность на развитие ССЗ? Во-первых, здесь учитывается генетический характер. Каждая национальность имеет свои традиционные устои, а так же культуру питания, которые влияют на образ жизни и формируют ежедневные привычки человека. Это естественным образом отражается на развитии тех, или иных заболеваний и формированию генетического кода. Что касается гендерной принадлежности, то женщины имеют более высокий эмоциональный уровень. У них преобладает парасимпатическая система, что приводит к нарушениям кровообращения и развитию АГ.

В Туркестанской области ведётся активная пропаганда ЗОЖ по предупреждению и возможному предотвращению заболеваний ССС. На уровне ПМСП активно развиваются школы здоровья. В г. Шымкент функционирует АО «Центр сердца» (бывший городской кардиологический центр), оснащенный высокотехнологичным оборудованием, соответствующим современным стандартам. Так же, практически в каждом лечебном учреждении работают кардиоревматологи и действуют кабинеты функциональной диагностики. Выявление ранних признаков ССЗ в детском и юношеском возрасте, увеличение количества узких специалистов на селе позволит уменьшить прогрессирование ССЗ. С этой целью в школе необходимо не только юношей призывного возраста проводить через ЭКГ диагностику, но и девушек. В целях повышения образовательного уровня населения о причинах возникновения и факторах риска ССЗ создать информационные теле- и радиопрограммы и освещать их в местных средствах массовой информации.



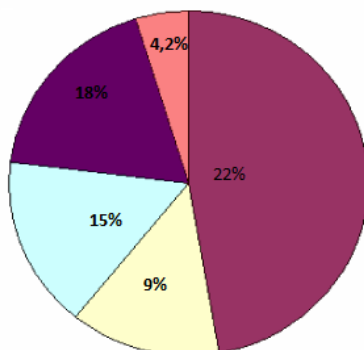
В Шымкенте ССЗ составляют -74%, из них: 22% приходится на ИБС, 18% приходится на АГ.

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-алеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

IV. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларын тудыратын қатер факторларының таралуын төмендетуде жаңа мінез-құлық ұстанымдарын қалыптастыру.. /

Формирование новых поведенческих принципов по снижению распространенности факторов риска болезней сердечно – сосудистой системы.

Причины АГ: 3% - играет наследственный фактор, 15% - малоподвижный образ жизни, 9% - вредные привычки и ожирение, 4,2% - АГ выявлена во время беременности.



Среди этих факторов мы не можем изменить наследственный фактор. А так как в нашем регионе высокая рождаемость, данный фактор будет только увеличиваться в геометрической прогрессии.

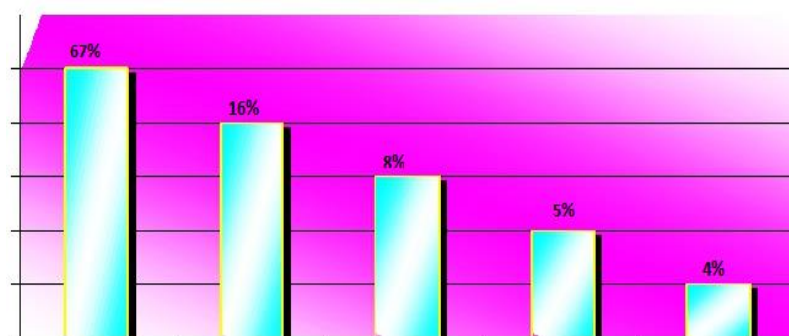
Причины ИБС: 12% - вредные привычки и ожирение; 11% приходится на сахарный диабет.

Я как преподаватель, вместе со студентами на практических занятиях, используя анкетирование и мотивирующее интервьюирование путем постановки следующих вопросов выявила факторы развития заболеваний ССС. В основном это корригируемые факторы, на которых нужно сделать акцентирование.

Вопросы: Какое масло вы употребляете? Делаете ли вы утреннюю гимнастику? Занимаетесь ли в тренажёрном зале? Какое мясо предпочитаете? С каким весом родились? Как изменялась ежегодная динамика прибавления веса? Знаете ли вы свое артериальное давление? Как переживаете стрессовые ситуации?

Анализ анкетирования:

Прошло 96 человек в возрасте от 18-20 лет. 67% - неправильное питание, 16% - не занимается спортом, 8% - не контролирует АД, 5% - не контролирует вес



Большая часть студентов не может дать точного ответа на поставленные вопросы. Однако после анкетирования выражают свою заинтересованность.

Учитывая потребности каждого студента, а так же его духовный, интеллектуальный уровень развития и физического состояния можно разработать поэтапный и ступенчатый план для предупреждения заболеваний ССС. Но, поощрение должно быть не только со стороны преподавателя, но и со стороны самого студента. Например: если студент в течении недели не употреблял фаст-фуд, то в конце недели он может позволить его себе. Тем самым мы вырабатываем привычку у студента к самодисциплине и культуре питания. Что касается физических нагрузок их необходимо культивировать и проводить на каждом уроке, независимо от специфики урока, а не только на уроке физической культуры. Для этого необходимо создавать видео ролики с привлечением самих студентов и дать им почувствовать ответственность за своё здоровье, что в конечном итоге будет мотивировать их к успешной и целеустремленной жизни.

Со стороны государства проводятся профилактические осмотры школьников и студентов, а так же скрининговый осмотр взрослого населения (начиная с 40 лет).

Поэтому возрастная категория с 25 до 40 выпадает из «поля зрения». На практике, в этот возрастной период увеличивается количество вредных привычек (потребление алкоголя и курение, не нормированный рабочий день, быстрый темп жизни). Именно в этом возрасте необходимо усилить контроль в этом направлении, так как в этом возрасте исчезает родительский и педагогический контроль. Здесь информационное поле переходит в личностное поле, где каждый сам формирует свою жизнь и свои болезни.

Неблагоприятная ситуация с сердечно-сосудистыми заболеваниями, а также тот факт, что в условиях социально-экономических трудностей, переживаемых обществом, возрастает роль психосоциальных факторов риска возникновения и прогрессирования болезней сердца, это требует активизации совместных усилий медицинских и социальных работников, психологов, педагогов в изучении факторов риска заболеваемости, а также в их профилактике.

Немаловажную роль часто играют: низкий культурный уровень, недостаточное знание профилактических мер, неправильный образ жизни, низкий бюджет, несбалансированное питание, плохие материально-жилищные условия, неблагоприятный психологический климат в семье и на работе и как следствие – низкий эмоциональный фон и развитие болезней ССС.

V. Салауатты өмір салтын қалыптастыру және жүргізуде тұрғындардың жүрек - қан тамыр жүйесі ауруларының алдын алу сауаттылық деңгейін көтеру./

Профилактика болезней сердечно-сосудистой системы и повышение грамотности населения в формировании и ведении здорового образа жизни.



ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ, УХОД, ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ.

Абдалиева Аяулым Ардаққызы

Лечебное дело «Фельдшер», 2 курс

Научный руководитель: Мухажанова Раушан Джамашевна

Преподаватель дисциплины: «Основы сестринского дела»

КГП на ПХВ «Жамбылский высший медицинский колледж»,

Аннотация: Заболевания сердечно-сосудистой системы широко распространены среди населения, знание специфики наблюдения и ухода за пациентами с этим заболеванием необходимо для медицинской сестры. Эти заболевания резко снижают качество жизни пациента, симптомы сердечных заболеваний определяются болью в области сердца, одышкой, кашлем, сердцебиением, другими физическими повреждениями, сильными стресс-факторами, которые могут вызвать у пациентов плохое физическое состояние и усугубить течение других заболеваний. Известно, что психические эмоциональные нагрузки и физические нагрузки играют длительную патогенную роль при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, поэтому формирование в отделении благоприятного психологического климата, формирование спокойного состояния пациента, являются основой для их быстрого выздоровления.

Актуальность исследования: Эта тема очень актуальна, так как является одним из важнейших факторов формирования тяжелой демографической ситуации в стране, когда от не снижающегося роста заболеваемости и смертности населения от сердечно-сосудистых заболеваний общество несет значительные людские потери и экономический ущерб. Для Казахстана патология сердечно-сосудистой системы является очень актуальной проблемой, так как определяет более половины инвалидности и смертности взрослого населения. Актуальность исследования ишемической болезни сердца определяется высоким уровнем ее распространенности, смертности, временной утратой трудоспособности и инвалидностью, вследствие чего общество несет большие экономические потери. Изучая данную тему, обобщая данные о факторах риска заболеваний сердечно-сосудистой системы, для профилактики осложнений очень важны вопросы профилактики сердечно-сосудистой патологии, направленные на формирование здорового образа жизни.

Цель исследования: повышение уровня формирования здорового образа жизни, профилактика осложнений, роль медицинской сестры в снижении распространенности факторов риска, вызывающих сердечно-сосудистые заболевания

Задачи исследования:

* Рассмотреть меры профилактики сердечно-сосудистой системы;

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-алеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

V. Салауатты өмір салтын қалыптастыру және жүргізде тұрғындардың жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының алдын алу сауаттылық деңгейін көтеру./

Профилактика болезней сердечно – сосудистой системы и повышение грамотности населения в формировании и ведении здорового образа жизни..

- * Проведение ухода за пациентами с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и определение роли медицинской сестры в профилактике заболеваний.
- * Совместно с организациями социального партнерства рассмотреть вопросы разработки плана по уходу и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний .
- * Проведение анкетирования среди студентов, определение результатов.

Объект исследования: пациенты с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Студенты Жамбылского высшего медицинского колледжа .

Условия проведения исследования: Исследование проводилось среди студентов Жамбылского высшего медицинского колледжа и кардиологического отделения Жамбылской многопрофильной областной больницы, городской поликлиники "Zhanua". В исследовании приняли участие 30 студентов 1-4 курсов квалификации "Фельдшер "по специальности" Лечебное дело " и пациенты с заболеваниями сердечно - сосудистой системы.

Ход исследований

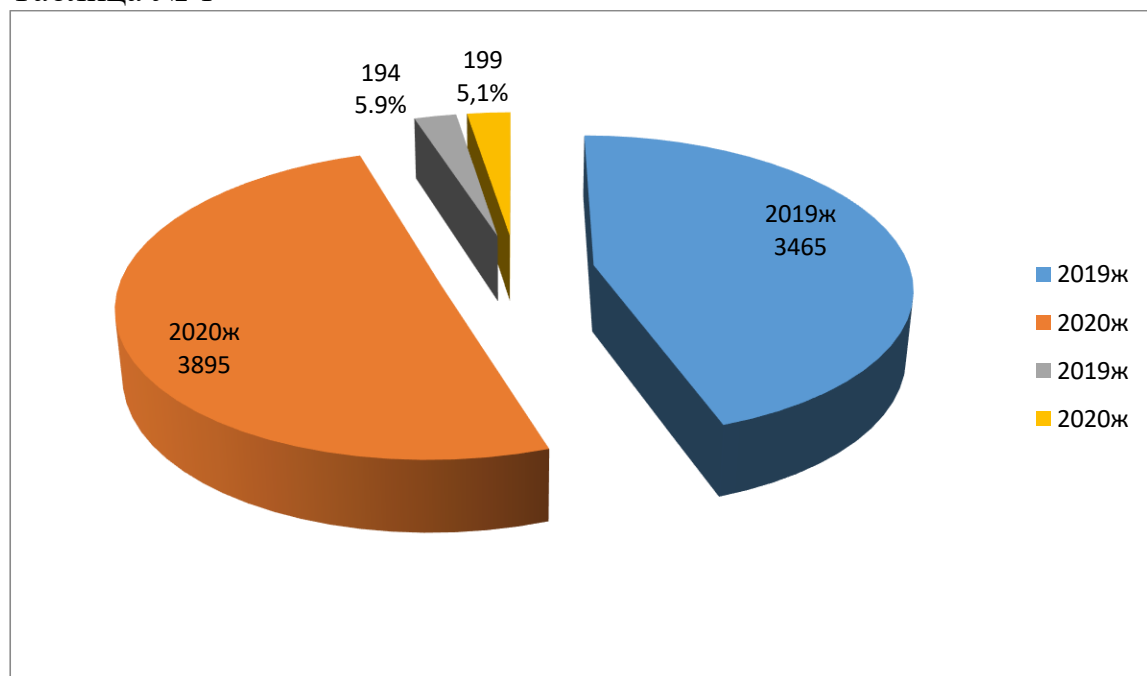
Широкое распространение сердечно-сосудистых заболеваний, высокий уровень смертности от этих заболеваний обуславливают необходимость внедрения в клиническую практику современных эффективных методов ранней диагностики этих патологий. В последние годы наблюдается устойчивая тенденция к "омоложению" ССЗ, в том числе наблюдается инфаркт миокарда как у мужчин, так и у женщин трудоспособного возраста.

В рамках государственной программы на 2020-2025 годы запланировано формирование у населения здорового образа жизни и повышение качества медицинской помощи в развитии Службы общественного здоровья, устойчивое развитие системы здравоохранения. Первенство в здравоохранении и реформировании было поставлено о проведении масштабных скрининговых исследований заболеваний системы кровообращения на уровне медико-санитарной помощи, по которым в городской поликлинике «Zhanua» в 2019-2020 годах запланирован скрининг на выявление пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями .

Годы проведения скрининга	Количество жителей, принявших участие в скрининге	Количество выявленных пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями
2019 г	3465 жителей	194 пациент
2020 г	3895 жителей	199 пациент

Результат скрининга на выявление пациентов с сердечно - сосудистыми заболеваниями в городской поликлинике» Zhanua " на 2019-2020 годы

Таблица № 1



диаграмма№1

В городской поликлинике»Zhanua» в 2019-2020 годах проведен скрининг на выявление пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями среди населения, на скрининг в 2019 году выявлено 5,9% среди 100% населения; в 2020 году выявлено 5,1% среди 100% населения, что на 0,8% снизилось количество пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, так как каждая медицинская сестра на своем участке имеет большой вклад в пропаганду формирования здорового образа жизни.

К клиническим проявлениям нарушения работы сердечно-сосудистой системы относятся:

Одышка, астма, боли в области сердца, сердцебиение, сбои в работе сердца, периферические отеки, асцит, гипо - и гипертония. При нарушении различных функций организма за пациентом следует проводить особый уход. Кормление тяжелобольного пациента. Проводить мониторинг функционального состояния пациента. Проводит в домашних условиях уход за кожей с целью профилактических мероприятий пролежней и проводить обучение родственников.

Одышка- это состояние нехватки воздуха, сопровождающееся нарушением ритма и частоты дыхания.

Медицинская сестра обучает родственников ухаживающих за пациентом: Придать пациенту положение Фаулера свозвышенным головным концом на 45⁰, освободить от стесняющей одежды грудную клетку, обеспечить доступом свежего воздуха путем проветривания комнаты 3-4 раза в день, применением карманного ингалятора, назначенного при приступе удушья по назначению врача, в своевременном приеме лекарственных препаратов, каждые 2 часа оценивать состояние пациента обращать внимание на цвет кожных покровов.

Стенокардия - одно из проявлений ишемической болезни сердца, характеризуемый ощущением или чувством дискомфорта за грудиной. Она возникает в случаях, когда к миокарду (сердечной мышце) поступает недостаточное количество крови в результате различных причин: спазма коронарных сосудов, питающих мышцу сердца, сужения их просвета в результате атеросклероза и ряда других причин.

Основным признаком стенокардии являются сжимающие боли в области сердца (боли за грудиной). Чаще возникают при физической нагрузке. Быстро проходят после приема нитроглицерина и прекращения физической нагрузки, приведшей к возникновению.

Правила ухода за пациентом со стенокардией

Уход во время приступа надо осуществлять спокойно и неторопливо, обеспечить пациенту полный покой. Вывести из комнаты всех особо волнующихся и сильно переживающих, возбужденно говорящих и постоянно дающих множество рекомендаций. Пациента необходимо уложить. Рекомендуйте пациенту расслабиться, спокойно, равномерно и глубоко дышать.

Дайте пациенту 1 таблетку нитроглицерина под язык. Медицинская сестра должна провести простейшие физиотерапевтические процедуры: поставить горчичники на область сердца, если боль после повторного приема нитроглицерина не прошла, необходимо вызвать неотложную помощь и организовать снятие электрокардиограммы.

Инфаркт миокарда - острая форма ишемической болезни сердца, завершающаяся омертвением части сердечной мышцы вследствие полного прекращения или недостаточного притока крови к сердечной мышце.

Основные факторы риска развития инфаркта миокарда: курение, злоупотребление алкоголем, наследственность, сахарный диабет, эмоциональный стресс, избыточная масса тела.

Основным симптомом инфаркта миокарда является приступ болей в области сердца, не купирующийся приемом нитроглицерина. Во время приступа болей пациент испытывает сильный страх смерти.

Правила ухода за пациентом с инфарктом миокарда: при подозрении на инфаркт миокарда пациент обязательно должен быть немедленно госпитализирован в стационар в реанимационное отделение или в палату

интенсивной терапии кардиологического отделения.Соблюдение строгого постельного режима, кормление, переодевание, купание пациента проводится только в постели.

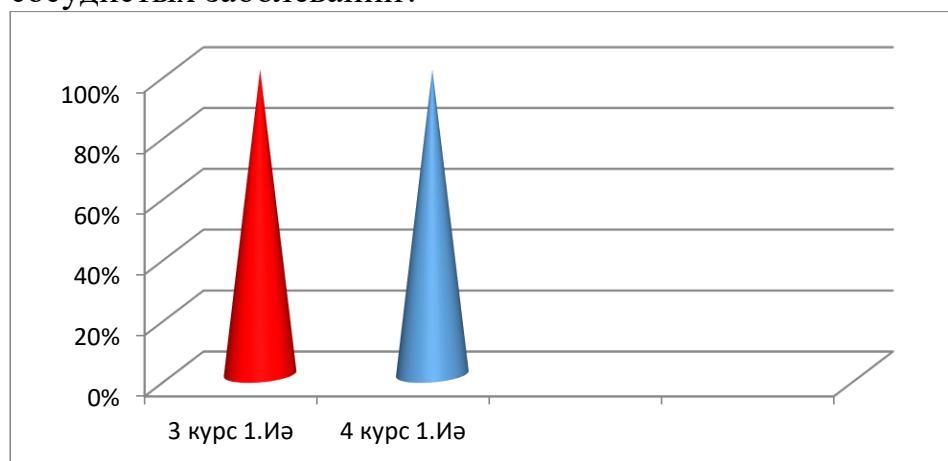
Простые осложнения возникающие у пациентов в длительным постельным режиме, важная роль отводится медицинской сестры в профилактике пролежней и вздутия живота.

Пациент должен соблюдать диету легкоусвояемая пища, небольшими порциями, не менее 4 раза в день, отказ от газообразующих продуктов, рекомендуются овощи и фрукты. Жидкость ограничивается при отеках. Последний прием пищи за 3 часа до ночного сна. Пациент не должен совершать резких движений, не волноваться , напрягаться.

Анкета на тему: Профилактика заболеваний сердечно-сосудистой системы, роль медицинской сестры в уходе среди студентов Жамбылского высшего медицинского колледжа по специальности «Лечебное дело», квалификация«Фельдшер» III-IV курсов, в анкетировании приняли участие 30 студентов.

Вопросы анкеты

1. Вредна ли избыточная масса тела, ожирение для возникновения сердечно-сосудистых заболеваний?

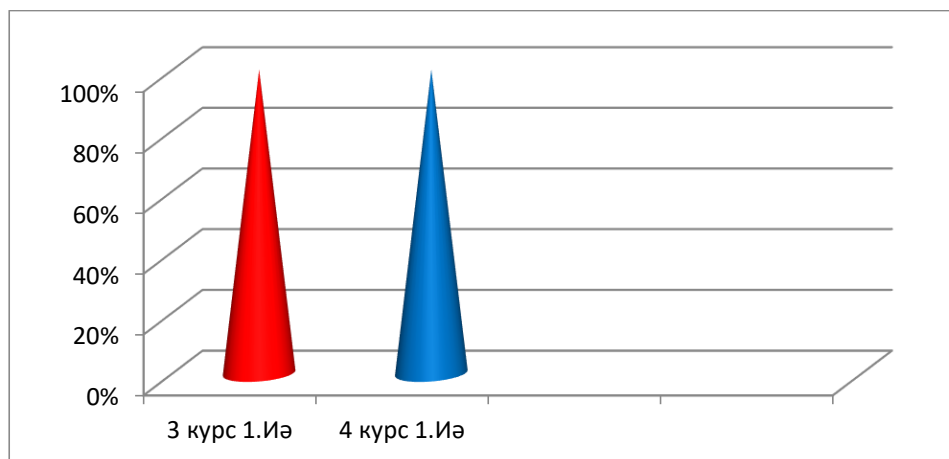


2. Вреден ли табаккурение для возникновения сердечно-сосудистых заболеваний?

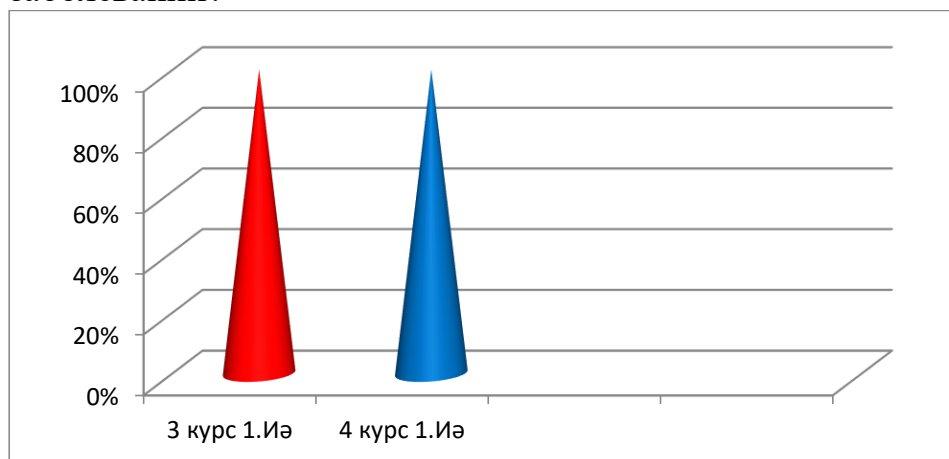
«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-алеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

V. Садуаатты өмір салтын қалыптастыру және жүргізде тұрғындардың жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының алдын алу сауаттылық деңгейін көтеру./

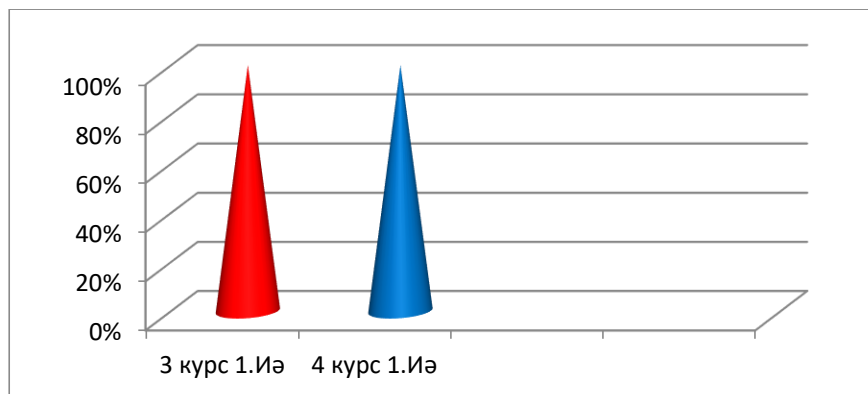
Профилактика болезней сердечно – сосудистой системы и повышение грамотности населения в формировании и ведении здорового образа жизни..



3. Вредны ли алкогольные напитки для возникновения сердечно-сосудистых заболеваний?



4. Влияет ли низкая двигательная активность на возникновение сердечно-сосудистых заболеваний?

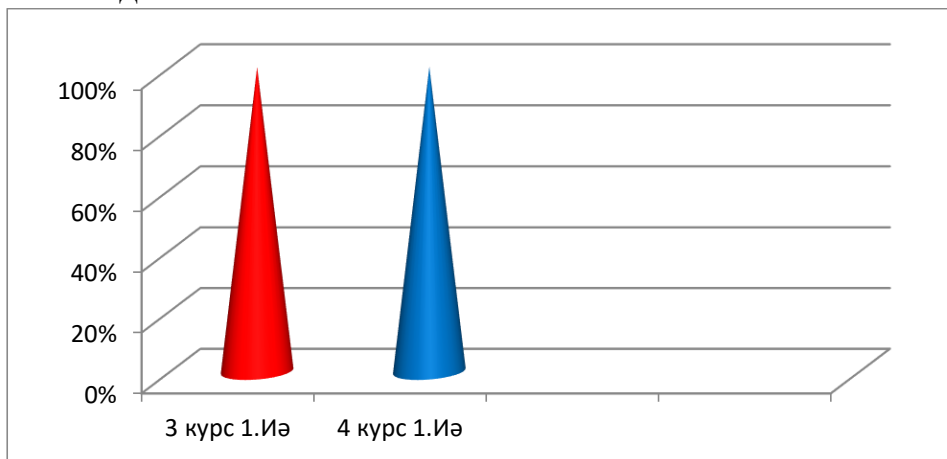


«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-алеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

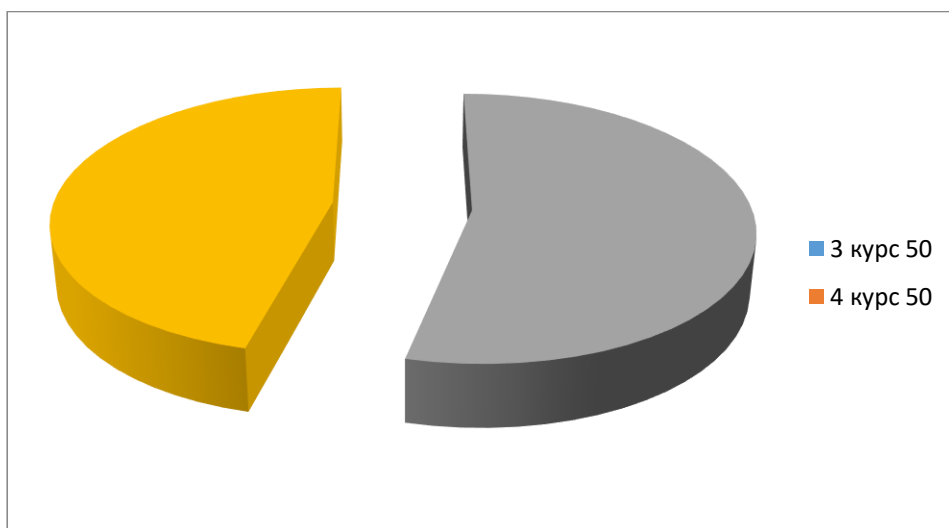
V. Салауатты өмір салтын қалыптастыру және жүргізде тұрғындардың жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының алдын алу сауаттылық деңгейін көтеру./

Профилактика болезней сердечно – сосудистой системы и повышение грамотности населения в формировании и ведении здорового образа жизни..

5. Знаете ли вы, что осложнения сердечно-сосудистых заболеваний приводят к инвалидности?



6. Знаете ли вы, что сердечно-сосудистые заболевания часто приводят к смерти?

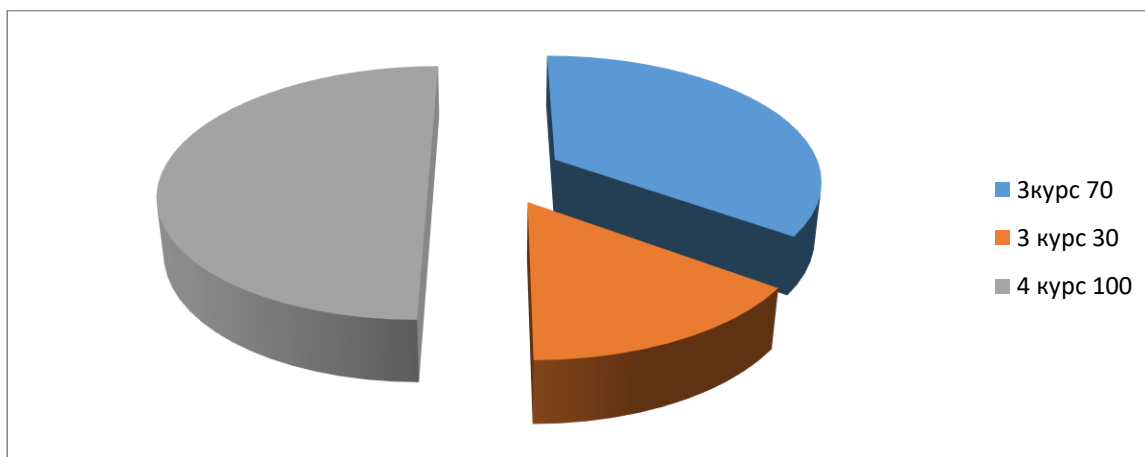


7. Влияет ли чрезмерное употребление соли и воды на сердечно-сосудистые заболевания?

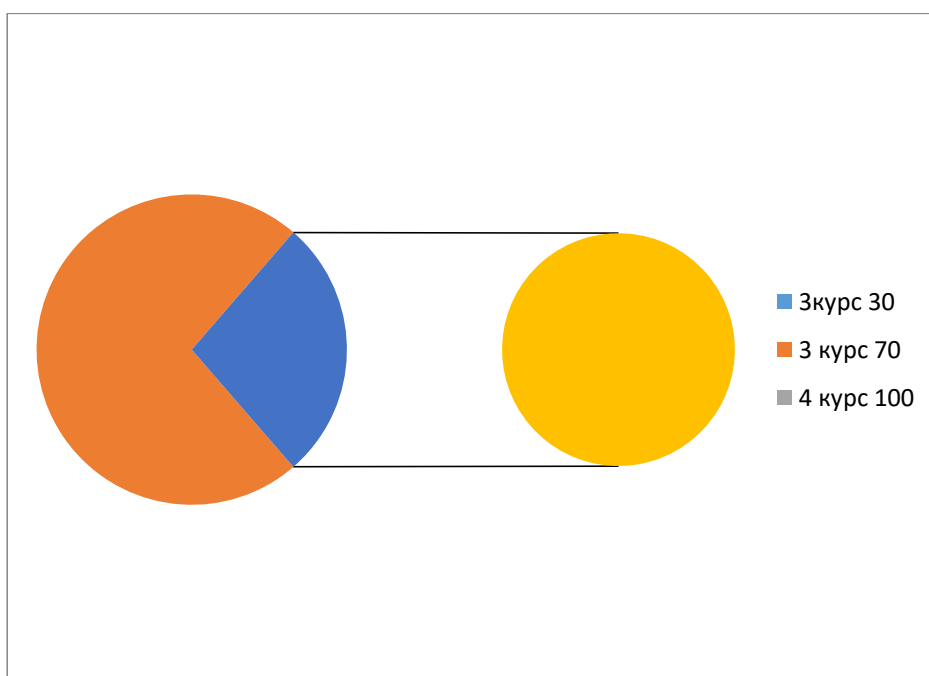
«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-алеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

V. Салауатты өмір салтын қалыптастыру және жүргізде тұрғындардың жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының алдын алу сауаттылық деңгейін көтеру./

Профилактика болезней сердечно – сосудистой системы и повышение грамотности населения в формировании и ведении здорового образа жизни..



8. Имеет ли значение диета при сердечно-сосудистых заболеваниях?

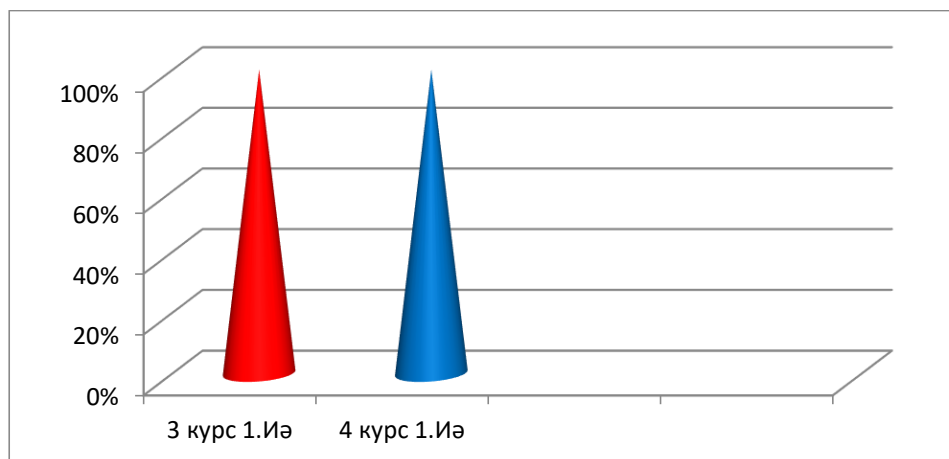


9. Нужно ли вести здоровый образ жизни для профилактики заболеваний сердечно-сосудистой системы?

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-алеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

V. Салауатты өмір салтын қалыптастыру және жүргізуде тұрғындардың жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының алдын алу сауаттылық деңгейін көтеру./

Профилактика болезней сердечно – сосудистой системы и повышение грамотности населения в формировании и ведении здорового образа жизни..



10.Ваши предложения по вопросам анкетирования

Предложения студентов: правильное питание, заниматься активными видами спорта, избегать вредных привычек влияющих на здоровья , вести здоровый образ жизни.

Закключение:

Подводя итог, пришла к такому выводу - жизнь дается человеку только один раз и ее нужно беречь, но постоянные стрессы сводят ее к минимуму и порой приводят к очень печальным последствиям. В большинстве случаев страдает сердце, оно очень быстро изнашивается и приносит хозяину много страданий.

Поэтому для профилактики сердечно - сосудистых заболеваний с раннего детства необходимо эффективно питаться, повышать физическую активность, следить за массой тела, избегать от вредных привычек и вести здоровый образ жизни.

ПРОФИЛАКТИКА БОЛЕЗНЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И ПОВЫШЕНИЯ ГРАМОТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ И ВЕДЕНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ.

Нурбекова Элина Нурбековна

Научные руководитель: Касмалиева Зейнекан Жумакадыровна
врач-терапевт, преподаватель дисциплины: «Терапия»

Майлуу-Сууйский медицинский колледж

г.Майлуу-Суу, Жалал-Абадской области, Кыргызская Республика

Наш город Майлуу-Суумаленький уютный городок лежит на юге Кыргызстана, в отрогах Тянь-Шаня. Начиная с нижней части города, где горы напоминают собой невысокие холмы, поросшие фисташкой, они постепенно переходят в высокие, поросшие лесом громады, а выше- в величественные скалы. И над всем этим царит величественная вершина Агрек, верхняя точка которой находится на высоте 4550 метров.

С 1946 по 1968 год в городе добывали урановую руду на рудниках, которую перерабатывали наобогащительных фабриках. В наследство город получил 23 хвостохранилища и 14 отвалов.

С 1968 годагород поменял профессию- здесь был выстроен электроламповый завод, который работает и сегодня. (Приложение №1)

Группой студентов Майлуу-Сууйского медицинского колледжа проведена исследовательская работа по сердечно –сосудистым заболеваниям среди населения города Майлуу-Суу(таб.№1).

Сравнительный анализ заболеваемости указан на таблице по годам.

Таблица №1.

Годы	Численность населения города	Впервые выявленные со стенокардией	Впервые выявленные с острым инфарктом миокарда	Впервые выявленные с гипертонической болезнью	Взятые на диспан.учет	Смертн.от ССЗ	Смертн. от церебро-васкулярных болезней	Общая Смертность
2016	22962	37		115	357	4	28	32
2017	24726	16	1	69	367	48	2	50

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-алеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

V. Салауатты өмір салтын қалыптастыру және жүргізде тұрғындардың жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының алдын алу сауаттылық деңгейін көтеру./

Профилактика болезней сердечно – сосудистой системы и повышение грамотности населения в формировании и ведении здорового образа жизни..

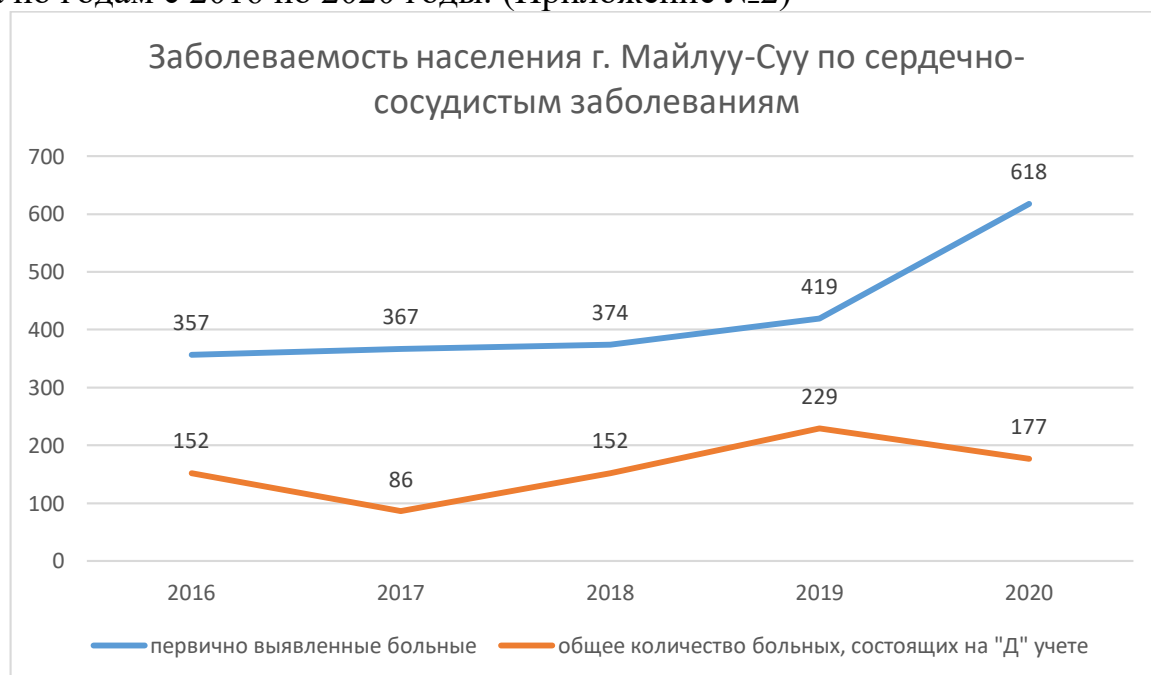
2018	24990	20		132	374	21	2	23
2019	25159	27		202	419	38	2	40
2020	25275	12	1	164	618	45	2	47
Всего:	Средняя численность населения за 5 лет 24622	112	2	682	2135	156	36	192
								0,78%

Отмечается рост сердечно-сосудистых заболеваний, за счет гипертонической болезни и ее осложнений.

0.78% случаев смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в г. Майлуу-Суу происходят с больными с низким и средним уровнем дохода, чаще у мужчин в среднем возрасте.

Такое население нередко не может пользоваться преимуществами программ по оказанию комплексной первичной медико-санитарной помощи для раннего выявления и лечения лиц с факторами риска , в отличие от людей с высоким уровнем дохода.

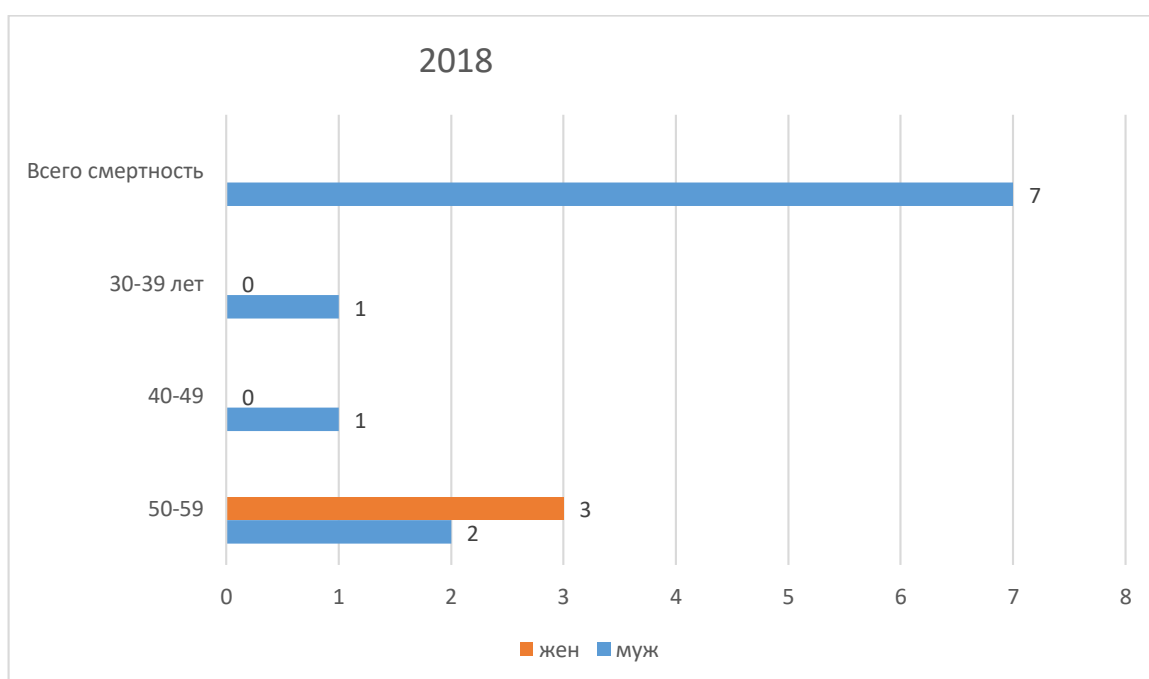
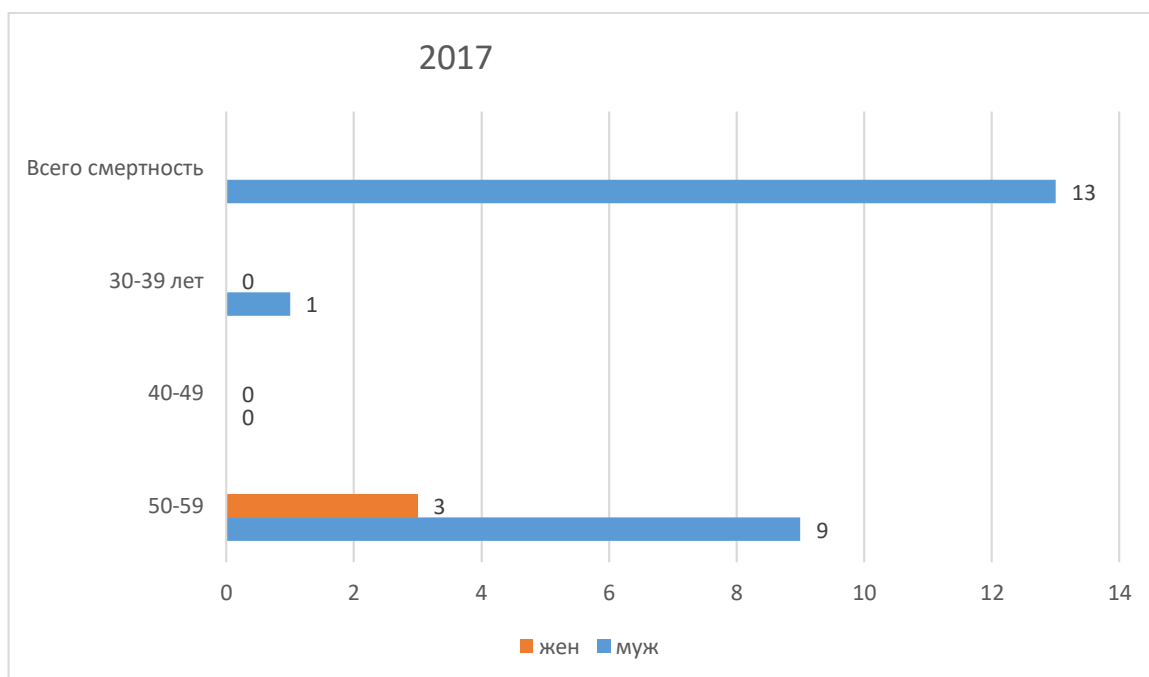
Обратите внимание на диаграмму заболеваемости населения нашего города по годам с 2016 по 2020 годы. (Приложение №2)



«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-алеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

V. Салауатты өмір салтын қалыптастыру және жүргізде тұрғындардың жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының алдын алу сауаттылық деңгейін көтеру./

Профилактика болезней сердечно – сосудистой системы и повышение грамотности населения в формировании и ведении здорового образа жизни..



«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-алеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

V. Салауатты өмір салтын қалыптастыру және жүргізде тұрғындардың жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының алдын алу сауаттылық деңгейін көтеру./

Профилактика болезней сердечно – сосудистой системы и повышение грамотности населения в формировании и ведении здорового образа жизни..



Сердечно-сосудистые заболевания- основная причина смертности среди населения трудоспособного возраста. Лица с симптомами заболевания ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии образуют группу наивысшего риска развития осложнений и смерти от сердечно –сосудистых заболеваний. Инфаркты и инсульты обычно являются острыми заболеваниями и происходят, главным образом, в результате закупоривания сосудов, которое препятствует току крови к сердцу или мозгу. Самой распространенной причиной

этого является образование жировых отложений на внутренних стенках кровеносных сосудов, снабжающих кровью сердце или мозг.

Причиной инфаркта миокарда и инсульта обычно является наличие сочетания таких факторов риска, как употребление табака, нездоровое питание и ожирение, отсутствие физической активности и вредное употребление алкоголя, повышенное кровяное давление, диабет и гиперлипидемия.

В последнее время большое внимание уделяется не только лечению, но и профилактике болезней сердца . Как известно многие заболевания легче предупредить ,чем лечить .

В основе профилактики сердечно-сосудистой патологии лежат простые принципы, как отказ от вредных привычек, физическая активность, правильное питание. Стоит лишь отказаться от вредных привычек и привить новые и полезные, как риск стать инвалидом или умереть от болезней сердца и сосудов значительно снижается. Именно по причине больного сердца чаще всего прекращается жизнь человека. И тому способствует образ жизни в эпоху «технологического прогресса».

Самый важный и эффективный метод профилактики- это здоровый образ жизни, который заключается в следующем:

1.Здоровое или правильное питание.

На состояние сосудов и сердца значительно влияет состав ежедневного рациона. Питание должно быть сбалансированным, включающие в себя необходимые вещества. Исключение из рациона жирной, жареной, соленой пищи и алкоголя уменьшает риск возникновения заболеваний в несколько раз.

2.Регулярная физическая активность. Регулярные занятия спортом способствуют укреплению сердечной мышцы, необходима регулярная физическая активность, минимум в течение получаса ежедневно. Она активизирует кровообращение, ускоряет вывод «вредного» холестерина, насыщает ткани организма кислородом, нормализует процессы обмена веществ, а так же борьбу с лишним весом и с гиподинамией. Однако перед началом занятий необходима консультация специалиста.

3. Отказ от вредных привычек позволяет в десятки раз снизить риск возникновения заболеваний сердца и сосудов. Учеными доказано, что заболевания сердца у курильщиков возникает чаще, чем у некурящих людей. Пассивное курение также опасно. Последствия влияния токсических веществ в организме приводят к:

- повышению АД;
- ожирению;
- учащению пульса;
- повышению уровня «вредного» холестерина;
- развитию атеросклероза;

-ухудшению состояния миокарда и стенок сосудов;

4. Борьба со стрессом. Стресс – частое явление у современных людей . Частые стрессовые ситуации приводят к износу сосудов и миокарда. Во время нервного перенапряжения повышается уровень адреналина. В ответ сердце начинает быстрее биться. При этом возникает сужение сосудов, повышается артериальное давление, и миокард изнашивается намного быстрее.

Противостоять стрессу можно так:

- высыпаться;
- соблюдать режим труда и отдыха;
- чаще бывать на свежем воздухе;
- получать положительные эмоции;
- при нервозности принимать успокоительные препараты на основе лекарственных средств.

5. Самоконтроль АД.

Поводом для обязательного измерения АД могут стать такие признаки:

- шум в ушах;
- головная боль или головокружение;
- «мушки» перед глазами;
- тяжесть или боли в груди или сердце;
- затрудненность дыхания.

Если давление высокое, необходимо изменить образ жизни — перейти на здоровое питание, снизив потребление соли и повысив уровня физической активности. Возможно, что для контроля кровяного давления будет необходимо принимать лекарственные препараты.

6. Обследование- как профилактика риска сердечно –сосудистых заболеваний.

Профилактическое и своевременное посещение кардиолога или терапевта:

- измерение АД и подсчет пульса;
- прослушивание тонов сердца;
- анализы на холестерин и сахар в крови;
- ЭКГ.

Повышенное содержание глюкозы в крови (диабет) повышает риск развития инфарктов и инсультов. Если у вас диабет, очень важно контролировать ваше кровяное давление и уровень сахара в крови для минимизации этого риска.

7. Прием препаратов для разжижения крови по назначению врача

Для вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний у лиц с уже имеющимся заболеванием, включая диабет, необходимо проведение лечения с использованием следующих лекарственных средств:

- аспирин;

- бета-блокаторы;
- ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента;
- статины.

Клиническое лечение сердечно-сосудистых заболеваний является дорогостоящим и длительным. Прямые расходы на медицинскую помощь опустошают скудные семейные и общественные ресурсы. Сердечно-сосудистые заболевания поражают людей в их самые продуктивные годы в середине жизни, разрушают будущее зависящих от их членов семей и подрывают развитие стран, лишая их ценных трудовых ресурсов.

Для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и борьбы с ними ВОЗ определила ряд «наиболее выгодных» или высокоэффективных с точки зрения затрат мероприятий, практически осуществимых даже в условиях низкой обеспеченности ресурсами. Они включают меры вмешательства 2 видов — для всего населения и индивидуальные меры, которые могут использоваться в сочетании друг с другом для снижения высокого бремени сердечно-сосудистых заболеваний.

Примерами мер, которые могут осуществляться для снижения сердечно-сосудистых заболеваний на общенациональном уровне, являются следующие:

- всесторонняя политика борьбы против табака;
- налогообложение с целью снижения потребления продуктов с высоким содержанием жиров, сахара и соли;
- строительство пешеходных и велосипедных дорожек для повышения уровня физической активности;
- стратегии, направленные на снижение вредного употребления алкоголя;
- обеспечение правильного питания детей в школах;
- создать в городе оздоровительные центры, бассейны зимнего типа;
- привести в надлежащий вид стадион нашего города;
- возобновить туристический клуб города (ВМайлуу-Суу многие годы был туристический клуб «Рассвет», проводились походы в горы, городские соревнования по туризму);
- восстановление летних спортивных площадок на улицах города;
- продолжить озеленение города путем замены старых деревьев на новые.

Литература:

1. Чазова Л.В., Калинина А.М., Иванов В.М. «Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний»;
2. Калинина А.М., Чазова Л.В. -«Влияние многофакторной профилактики ишемической болезни сердца на прогноз жизни».
3. Статистические данные ЦОВП г. Майлуу-Суу.

ОЖИРЕНИЕ - ФАКТОР РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЦА

Амантай Салима

Научный руководитель:Теслина Г.Н.

ГКП на ПХВ «Высший медицинский колледж» акимата г.Нур-Султан,
[*lrc_colleg@mail.ru*](mailto:lrc_colleg@mail.ru)

г. Нур-Султан, Республика Казахстан

Аннотация. Проблема избыточной массы тела и ожирения стала серьёзной угрозой для многих людей и приобрела социальный характер. В мире, по информации ВОЗ, ожирение приняло форму эпидемии мирового масштаба. 60% всех случаев смерти в мире происходят от болезней сердца. У таких людей наблюдается повышенный риск смерти не только от ИБС, артериальной гипертензии, но и рака. Соотношение ОТ/ОБ является более достоверным антропометрическим показателем для определения наличия субклинического атеросклероза.

В ежегодном Послании народу Казахстана Президент РК Н.А.Назарбаев говорил: «Здоровый образ жизни и принципы солидарной ответственности человека за своё здоровье - вот что должно стать главным в государственной политике в сфере здравоохранения и повседневной жизни населения»

Сущность здоровья – это жизнеспособность индивида, а уровень этой жизнеспособности может быть количественно определен.

Критериев оценки здоровья достаточно много. Но, как правило, при оценке состояния здоровья, учитывают физическое состояние организма.

Одним из показателей физического здоровья до некоторого времени считался ИМТ. В соответствии с рекомендациями ВОЗ разработана следующая интерпретация показателей ИМТ:

Индекс массы тела	Соответствие между массой человека и его ростом
16 и менее	Выраженный дефицит массы
16—18,5	Недостаточная (дефицит) масса тела
18,5—25	Норма
25—30	Избыточная масса тела (предожирение)
30 и более	Ожирение первой степени

В настоящее время индекс массы тела не является оптимальным показателем здоровья. Есть более информативные показатели, такие как объем талии и индекс талия/бедр, которые используются как индикаторы или показатели состояния здоровья человека и достоверно оценивают риск развития заболеваний, например атеросклероза, ИБС, артериальной гипертензии, ставших в 21 веке ведущими причинами смертности во всем мире.

Индекс талия/бедр – это показатель, характеризующий распределение

жировых отложений в теле человека, т.е. он используется для измерения степени ожирения и сигнализирует о конкретных потенциальных заболеваниях. Нормой данного показателя является: для женщины менее 0,85, для мужчины - менее 0,9.

Расчет показателя: **Индекс талия/бедра = обхват талии (см)/обхват бедер (см)**. В зависимости от конкретного значения индекса талия/бедра выделяют три типа распределения жировой ткани: промежуточный, гиноидный, андройдный.

Индекс талия/бедра	Тип распределения жировой ткани
Мужчины: 0,8-0,9	Промежуточный
Женщины: 0,8-0,85	Промежуточный
Менее 0,8	Гиноидный
Мужчины: более 0,9	Андройдный
Женщины: более 0,85	Андройдный

Гиноидный тип распределения жировой ткани («груша»), характеризуется отложением жирового запаса на ягодицах и бедрах и является наиболее здоровым вариантом расположения жира.

Андройдный тип распределения жировой ткани («яблоко») характеризуется отложением жирового запаса в области талии и живота и является наиболее опасным вариантом расположения жира, повышая риск развития сердечно-сосудистых заболеваний (атеросклероза, ИБС, инсульта), артериальной гипертензии, СД II типа, а также гиперлипидимии. Люди с андройдным типом строения тела сталкиваются с более высокими рисками для здоровья, чем обладатели гиноидного типа.

Промежуточный тип распределения жировой ткани («авокадо») характеризуется равномерным отложением жирового запаса на талии и бедрах.

Исследования показали, что в 22-50% случаях соотношение длины окружности талии и бедер можно объяснить генетическими факторами. Среди остальных факторов первые места занимают питание и образ жизни.

Если у человека имеется абдоминально-висцеральное ожирение, у него определяются значения отношения ОТ/ОБ более 0,85 у женщин и более 0,9 у мужчин (Sternetal., 1995).

В соответствии с протоколом ВОЗ, окружность талии должна быть измерена сантиметровой лентой посередине между нижним краем нижнего ребра и вершиной подвздошного гребня. Окружность бедер должна измеряться вокруг самой широкой части ягодиц, расположенной параллельно к полу.

Как показали исследования, определяя индекс ОТ/ОБ, имеется возможность выявления субклинического атеросклероза и потенциального риска рака молочной железы после наступления менопаузы.

Проблема избыточной массы тела и ожирения стала серьезной угрозой для многих людей и приобрела социальный характер. В мире, по информации ВОЗ,

ожирение приняло форму эпидемии мирового масштаба. 60% всех случаев смерти в мире происходят от болезней, возникающих из-за нарушений питания.

22% детей и 55% взрослого населения, в том числе 58% женщин и 53% мужчин, в Республике Казахстан имеют лишний вес. Ожирение выявлено у 11% детей, 28% женщин и 16% мужчин.

WHtR (waist-heightratio) - Обхват талии (сантиметры) Нормальные параметры обхвата талии у женщин **75-80 см** (это верхняя граница, которая не должна превышать), и они имеют нормальный вес, если обхват колеблется от 80 до 88 см – это повышение веса, свыше 88 – ожирение. У мужчин нормальные параметры составляют до 90-94 сантиметров, от 94 до 102 – повышение веса, а больше 102 – ожирение.

Исследования подтвердили, что риск для здоровья начинает повышаться, если у талия женщины достигает 80 см, а для мужчин - с 94 сантиметров.

Так, у мужчин с объемом талии минимум 100 см смертность от атеросклероза и ИБС выше на 50%, чем у тех, кто в талии был менее 89 см. У таких людей наблюдается повышенный риск смерти не только от болезней сердца, но и рака. Каждые лишние 10 см в талии увеличивают вероятность приобрести одного из заболеваний примерно на 25%.

Влияние повышения индекса талия/бедр на состояние здоровья:

Автор исследования доктор Хуин Джанг Ли (Huyn Jung Lee) отметил, что не удалось выявить даже тенденции к статистически значимой взаимосвязи между ИМТ участниц исследования и вероятностью наличия у них субклинического атеросклероза. Наиболее показательным оказалось соотношение между ОТ/ОБ. Результаты, полученные в ходе данной работы, позволяют предположить, что соотношение ОТ/ОБ является более достоверным антропометрическим показателем для определения наличия субклинического атеросклероза в постменопаузальный период. Индекс ОТ/ОБ отражает выраженность абдоминального ожирения и распределения жировой ткани в теле, поэтому имеет большую прогностическую ценность для оценки риска возникновения атеросклероза, и как следствие ИБС, чем ИМТ или окружность талии.

Женщины, индекс WHR которых сохраняется в диапазоне 0.7, имеют оптимальные уровни эстрогена и менее восприимчивы к диабету, сердечно-сосудистым заболеваниям и раковым образованиям в половых органах.

Цель нашего исследования – выявление лиц, имеющих отклонения индекса талия/бедр.

Метод исследования – измерение объема талии, подсчет индекса массы тела по Кетеле и индекса талия/бедр.

Нами было обследовано 45 преподавателей медицинского колледжа, из них 33 женщины и 12 мужчин. Мужчины в возрасте от 37 до 73 лет. Женщины

от 37 до 71 года. У всех респондентов проводилось определение объема талии, ИМТ и рассчитывался индекс талия/бедра. (Приложение 1)

В ходе исследования мы получили следующие результаты: Размер талии в пределах физиологической нормы наблюдался у 7 (59%) мужчин и 11(34%) женщин. При подсчете ИМТ у 4 мужчин, это 33,3%, индекс массы тела находился в пределах нормы, у 5 (41,6%) наблюдалась избыточная масса тела, а у 3 (25%) – ожирение 1 степени (андроидный тип ожирения).

При расчете индекса талия/бедра у мужчин только 3 человек (25%) из 12 имеют показатели в пределах нормы и четверо имеют данный показатель более единицы.

При подсчете ИМТ у 10 (30,3%) женщин, индекс массы тела находился в пределах нормы, 14 (42,4%) имели избыточную массу тела, а 9 (27,3%) – ожирение 1 степени. При расчете индекса талия/бедра у женщин - только у 7 (21,2%) из 33 показатель индекса талия-бедра не превышает норму.

При расчете ИМТ у четырех мужчин он был в пределах физиологической нормы, а при расчете индекса талия/бедра - только у троих. У женщин ИМТ в пределах нормы был у 10, а при расчете индекса талия/бедра - только у 7.

У респондентов женского пола (5, что составило 16%) с повышенным индексом талия/бедра отмечались такие заболевания как: стенокардия, артериальная гипертензия, сахарный диабет. У респондентов с низким индексом данные заболевания не регистрировались.

Таким образом, мы подтверждаем, что ИМТ не всегда является оптимальным показателем здоровья, в отличие от индекса талия/бедра. Но у 8 мужчин и 23 женщин наблюдалось избыточная масса тела или ожирение.

Респондентам с повышенным ИМТ и индексом талия/бедра даны рекомендации по правильному питанию и дозированной физической нагрузке, провести исследование сосудов УЗДГ головы и шеи, нижних конечностей.

Литература:

1. Н.А.Назарбаев. Новое десятилетие – новый экономический подъем – новые возможности Казахстана. 2010 г.
2. Материал из Википедии.
3. Врач, к.м.н., Андрей Беловешкин, Идеальное соотношение талии, бедер и вашего здоровья, 2017.
4. «Соотношение талии и бедер следует заменить индекс массы тела в качестве показателя риска смертности у пожилых людей» - EurekAlert 8 августа 2006
5. Соотношение талии и бедер он-лайн калькулятор.
6. Lee H.J., Hwang S.Y., Hong H.C. et al. (2015) Waist-to-hip ratio is better at predicting subclinical atherosclerosis than body mass index and waist circumference in postmenopausal women. Maturitas, Jan. 12 [Epub ahead of print].
7. Staff R. (2015) Waist-to-hip ratio may beat bmi, waistline as cvd predictor in

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-алеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

V. Салауатты өмір салтын қалыптастыру және жүргізде тұрғындардың жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының алдын алу сауаттылық деңгейін көтеру./

Профилактика болезней сердечно – сосудистой системы и повышение грамотности населения в формировании и ведении здорового образа жизни..

				102		6
				80		6
				7		7
				100		90
				6		7

ПРОФИЛАКТИКА БОЛЕЗНЕЙ СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И ПОВЫШЕНИЕ ГРАМОТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ И ВЕДЕНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ.

Ширин Маткаримова

Научный руководитель: Эргашева М.Э.

Токмокский медицинский колледж. tokmok-mk@mail.ru

г. Токмок, Республика Кыргызстан

Аннотация. Рассматриваются проблемы возникновения болезней сердечно - сосудистой системы. Статистика поражения сердечно сосудистой системы среди студентов Токмоцкого медицинского колледжа. Актуальность проблемы сердечно-сосудистых заболеваний связана с тем, что помимо высокой распространенности среди студентов заболеваний ревматизма, ангины, кариеса зубов, характеризующие слабовыраженной симптоматикой своевременно не обращаются к врачам специалистам, обращаются поздно, когда самочувствие пациента ухудшается после самостоятельного применение симптоматического лечение. Этим объясняют широко известные статистические данные, представляющие опасность для здоровья населения и проблему для здравоохранения.

Цели и задачи:

- устранение причин вызывающих заболевания сердечно-сосудистой системы. Она включает устранение ангины, ревматизма среди студентов ТокМК;
- для устранения причин заболеваний сердечно-сосудистой системы 1 раз в год обследовать студентов ТокМК у узких специалистов.
- улучшение общего состояния, при выявлении ревматизма, ангины консультироваться и лечиться у врача терапевтов;
- устранение вредных привычек, курение, алкоголя;
- проведение санитарно-просветительной работы среди студентов, что предусмотрено в учебно исследовательской работе проводимой в нашем колледже.

УИРС. Учебно – исследовательская работа студентов проводимая в Токмоцком медицинском колледже.

Статистика по заболеванию сердечно-сосудистой системы.

Отчет УИРС:

УИРС проведенной в медицинском колледже среди 1,2 и 3 курсов. Осмотрено - 600 студентов, среди них выявлено:

- 95 студентов – курильщики;
- у 145 избыточный вес;
- у 25 ревматизм (костно суставная форма 20, сердечная форма 5);
- у 40 гипертоническая болезнь;

- у 20 гиперхолестеринемия;
- у 16 заболевания сердечно – сосудистой системы.

Причины сердечно-сосудистых заболеваний.

Причиной возникновения сердечно - сосудистых заболеваний является курение, неправильное питание, чрезмерное употребление жирных, сладких и жареных блюд, что приводит к резкому повышению калорийности пищи, наряду с уменьшением физической активности. При избытке в рационе насыщенных животных жиров, отличающихся высоким содержанием холестерина, избыточный вес приводит к атеросклерозу и не только увеличивает риск развития сердечно - сосудистых болезней, но и крайне негативно влияет на развитие уже существующей болезни. Избыточная масса тела, нарушение минерального обмена, тесно связаны с неправильными привычками и характерным питанием, по этому их коррекция предназначает прежде всего в комплекс диетических рекомендаций в основе которого лежит принцип рационального питания. Пациентам с гиперхолестеринемией и у лиц с резким ее проявлением (тучных, с нарушением обмена, наследственной предрасположенностью необходимо более значительное уменьшение калорийности до 1200-1800 ккал в сутки с назначением разгрузочных дней: мясных, твороженных, яблочных) в неделю. В эти дни питаться дробно 5-6 раз. Низкая физическая активность негативно воздействует на тонус тела, выносливость организма, сопротивляемость внесенному воздействию. Повышает риск сердечно- сосудистых заболеваний в 2-3 раза. Увеличивает риск внезапных сердечных приступов. Доказано что физически активный досуг предупреждает последствия мало подвижного образа жизни (развитие ожирения, сердечно- сосудистых заболеваний, обменных нарушений, артериальной гипертензии).

Профилактика-это система мероприятий направленные не только на предупреждение заболевания, но и на то что бы сдержать его развитие и уменьшить его последствие после установления факта заболеваний исходя из этого, в профилактике заболеваний предложена выделить 3 стратегии:

1. Массовая профилактика – мероприятия направленные на повышение образовательного уровня студентов ТокМК, формировать в них установку на здоровый образ жизни и создание условий для его реализации с помощью системы массовой информации.

2. Выявление среди студентов с высоким уровнем риска развития болезни сердечно - сосудистой системы методом оздоровления и индивидуальной профилактики.

3. Вторичная профилактика – выявление, лечение, реабилитация пациентов. В системе профилактических мероприятий особенное значение имеет в ТокМК санитарно – просветительная работа среди студентов, которая включает в себе

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-алеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

V. Салауатты өмір салтын қалыптастыру және жүргізде тұрғындардың жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының алдын алу сауаттылық деңгейін көтеру./

Профилактика болезней сердечно – сосудистой системы и повышение грамотности населения в формировании и ведении здорового образа жизни..

лекции и беседы профилактического направления, обучение студентов здоровому образу жизни. Основными задачами профилактики сердечно-сосудистых заболеваний является:

- повышение информированности студентов о форме развития ССЗ и их развитие;
- лечение и профилактика по современным рекомендациям;
- обучение правилам самоконтроля АД;
- уменьшение риска развития осложнений гипертонической болезни.

С целью снижением заболеваемости ССЗ среди студентов ТокМК проводится санитарно-просветительная работа

- читаются лекции, показ видеофильмов о прекращении курения и приема алкоголя;
- ограничение потребности повышенной соли до 6 гр в сутки, отказ от консервированных, чрезмерно соленых продуктов.
- нормализация массы тела;
- уменьшение потребление жирных и сладких продуктов;
- ежедневно выполнять физическую нагрузку по 30мин;
- контролировать уровень А/Д;
- периодически проверять уровень холестерина;
- периодически проверять уровень глюкозы в крови.

Вывод:

По результатам анкетирования и обследования проведенной среди студентов ТокМК выявлено

- 24,1%- с избыточном весом.
- 6,6%- с гиперхолестеринемией.
- 15,8%- с курением.
- 4,1%- с ревматизмом.
- 4,1%- ССЗ
- 3,3 %- костно сосудистая форма.
- 0,8%- сердечная форма.

Предложения среди студентов поддерживать связь по вопросам о вредности курения и алкоголя, с избыточном весом, гиперхолестеринемией. Своевременная диагностика и лечение ревматизма. Рациональное питание с преобладанием витаминов и микроэлементов. Своевременно проходить мед. осмотр у врачей терапевтов. Организовать кружки и конференции по вопросам сердечно – сосудистых заболеваний.

Литература:

- Огонова Р.Г факторы риска сердечно - сосудистых заболеваний Медия -2009г.
- Барбораш Н.А. Кувшенов Д.Ю
- Комплекс сердечно-сосудистых заболеваний – 2016 г

Драпнина О.М. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний- 2020г
PREVENTION OF DISEASES OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM AND INCREASE THE LITERACY OF THE POPULATION OF A HEALTHY WAY OF LIFE

Zhakupova Amina, Zakirov Denis

Scientific adviser: Dementievskaya N.V. Achmetkireeva G.I.

GKP "Aktobe Higher Medical College named after the hero of the Soviet Union Manshuk Mametova " avmkcmkterpii@gmail.com

с

i

Аннотация: В докладе представлена работа по профилактике болезней сердечно-сосудистой системы и повышение грамотности населения в формировании и ведении здорового образа жизни с работниками ДГОКа, г. Хромтау.

f

According to information from the Statistics collection "Vital Naselle e Nia RK" for January-December 2020 the Bureau natsstatistiki Agency (BNS) to Kazakh strategic planning and reforms leading cause of death in the first place is the mortality rate due to diseases of the circulatory system (36.6 thousand . human). It accounts for 22% of total mortality. [1 , p. 5- 6]

Causes and development of diseases of the cardiovascular BBC with topics varied : increased content triglycidyl and blood cholesterol , high blood sugar , high blood pressure , bad habits , lack of exercise , increased body weight , presence of psychological stress . [1 , p. 22 - 23]

Based on the foregoing, we came to the conclusion that increasing the literacy of the population in the formation and maintenance of a healthy lifestyle can significantly reduce the risks of developing heart diseases and, as a consequence, reduce the cost of treatment and rehabilitation.

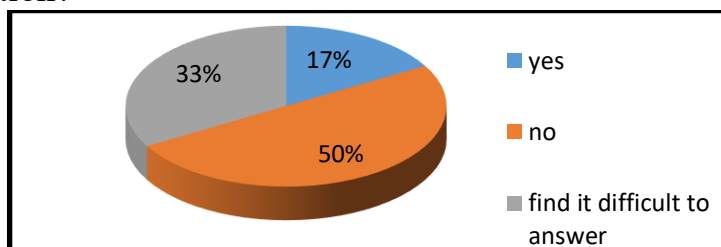
In the metaphorical expression of Michael DiBakey, CVD prevention is like a leaking faucet in the kitchen. You can wipe the floors endlessly, or you can just turn off the tap . [2 , p. 19]

Passing educational practice based paramedic station shop Refreshment Break and Botko pellets DGOKa with our scientific head of it , we decided to discharge as Botha and about to lead a number of measures aimed at preventing a erdechno disease among workers DGOKa .

In order to determine the awareness of employees DGOKa , a professor and Galaxy are the GCC and the need to lead a healthy lifestyle, were surveyed. The survey involved 30 people aged 40 to 63 years, the selection of respondents was made taking into account risk factors. The questionnaire was taken from the Clinical Nursing Manual "Cardiac Rehabilitation" [1 5 , p. 76 - 77]

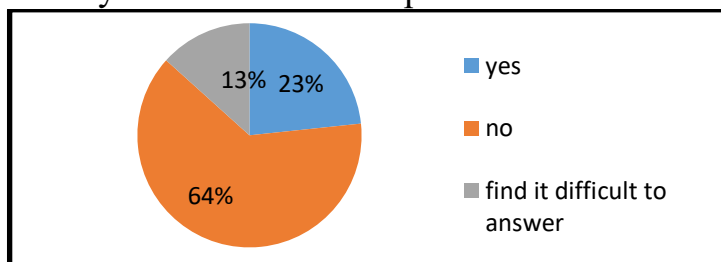
Questionnaire questions and survey results

1. Do you know the risk factors for the development of myocardial infarction?



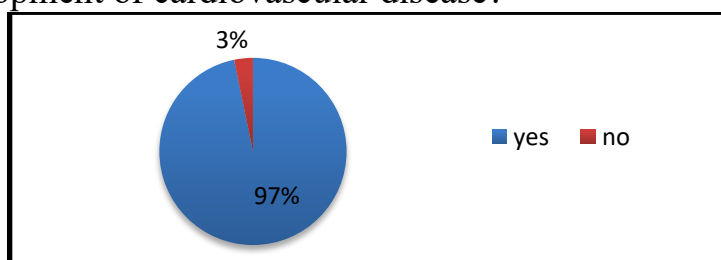
Conclusion : the majority of respondents do not know the risk factors.

2. Do you know the blood pressure rate?



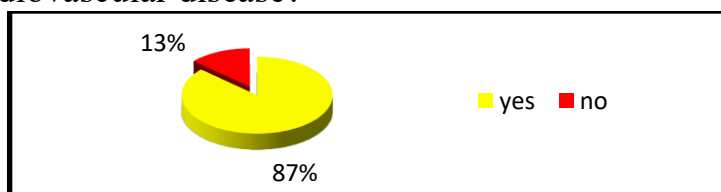
Conclusion: in this diagram, we see that the main percentage of respondents do not know the norm of hell.

3. Do you think that smoking , drinking alcohol, sposobs t exist the development of cardiovascular disease?



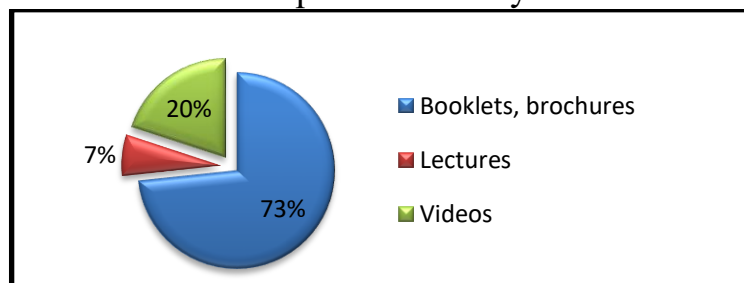
Conclusion: 97 % of respondents - a reading that bad habits influence the development of disease.

4. How do you think the "right" diet can reduce the risk of isolator and ment of cardiovascular disease?



Conclusion: the majority of the surveyed respondents (87%) believe that proper nutrition can reduce the risk of developing CVD .

5. What methods of providing information about prevention of CVD
Zab about timetotal most preferable for you?



Conclusion: 73% of respondents believe that booklets and brochures are the most informative method of communicating information about CVD prevention.

Based on the results of the survey can be argued that bolshins tons of respondents are not well informed about CVD prevention, but also do not know the cause of CVD.

In drawing up the plan for further work on the prevention of diseases of the cardiovascular system and increase literacy in the formation and e Denia healthy way of life in the context of workers DGOKa were highlighted several areas for specific activities, with an indication of the final u e if our preventive work.

1. Quitting smoking

The most common risk factors among the working population, wasps about cially among men is smoking. H is "non-hazardous" types of tobacco ed e ly, since the spectrum of harmful substances in tobacco smoke is so wide that the measures to reduce them generally do not reduce the risk of smoking. Smokers l th di die from coronary heart disease in 2 times more likely than those who never smoked. For the successful promotion of tobacco control needs constant and those p pelivaya propaganda . [2 , p. 12]

Formation of correct and rational nutrition

H Parts Required to carry out the following tips on how to claim and Tanya: food balanced on macro- and microelements , right b a lance in the diet of plant and animal foods, the need pishch e O fibers , regularity and timeliness of supply , replenishment of insufficient t ka Makr o- and micronutrients . [2 , p. 29]

Increased physical activity

Low physical activity. Negatively affects the tone of the body, body endurance, resistance to external influences. Increases the risk of CVD by 2-3 times. Increases the risk of sudden heart attacks.

The mode and methods of increasing physical activity should be chosen together with the patient, taking into account the real conditions of his work, everyday life, and the prevailing stereotypes . [2 , p. 61]

Stress management

Under stress the organism operates defectively, especially vascular, metabolic and all other related systems ner in hydrochloric system. Chronic stress contributes to the development of CVD, and acute stress can catalyze and trigger a life-threatening attack. [2 , p. 92]

Methods and results of work: During the training practice , the following activities were carried out to form and maintain a healthy lifestyle for the prevention of CVD:

1. Quitting smoking

On our own, we developed and distributed brochures about the dangers of smoking for the cardiovascular system to DGOK employees . Share "P was performed on the useful to exchange". In this action, the students of our college exchanged apples for s and garrets. Who could pass the test, " Assessment of nicotine dependent and bridges" (test Frogmore) to choose the right tactics and the refusal of the method to have rhenium.

2. Formation of correct and rational nutrition

We have prepared booklets on the principles of rational nutrition. At the request of the workers, they were given individual advice on the selection of a diet for weight loss. Everyone was trained to calculate the Quetelet index to determine the optimal weight.

3. Increasing physical activity

On the basis of the Physical Culture and Recreation Complex of the DGOK , a section "Scandinavian walking" was created.

4. Stress management

Together with the doctor psychiatrist were tested on objectified e Lenie levels of stress and anxiety among workers DGOKa

Conclusions and recommendations

1. The consultation process n of CVD prevention and assistance in the forming of Vania healthy lifestyle should inspire to achieving such c e lei as increased physical activity, the formation of habits, rules s Foot nutrition, smoking cessation , and ultimately obtain the optimal psychological well-being .

2. The system of preventive measures is of particular importance with a nitarno and educational work

3. All health care workers from a nurse to a doctor are neote m lemyi members of the multidisciplinary team throughout a continuous process prevention of cardiovascular disease

Literature:

1. Cardiac rehabilitation. Adapted clinical nursing User guide for dstvo.

2 .Doherty of P. of The National Audit of Cardiac Rehabilitation Annual Statistical the Report London: the British Heart Foundation; 2016. [cited 25 Apr 2017]. Available from url : <https://www.bhf.org.uk/NACR2016>

ПРОФИЛАКТИКА БОЛЕЗНЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И ПОВЫШЕНИЕ ГРАМОТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ И В ВЕДЕНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

(вторичная профилактика, школа здоровья)

Закиров Денис, Шатерникова Вероника, Тулебаева Айсулу

Научный руководитель: Дементиевская Н.В., Есказина Г.Т.

ГКП «Актюбинский Высший медицинский колледж имени Героя Советского Союза Маншук Маметовой» на ПХВ,

г. Актобе, Республика Казахстан

Аннотация: От ССЗ умерло 17,9 миллиона человек, что составило 31% всех случаев смерти в мире. 85% этих смертей произошло в результате сердечного приступа и инсульта. В докладе представлен тематический план «Школы здоровья». Для проведения вторичной профилактики здоровья.

Профилактика

Для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и борьбы с ними ВОЗ определила ряд «наиболее выгодных» или высокоэффективных с точки зрения затрат мероприятий, практически осуществимых даже в условиях низкой обеспеченности ресурсами. [1 , с. 45]

Для вторичной профилактики ССЗ у лиц с уже имеющимся заболеванием существуют Школы здоровья направленные на профилактику и эффективность лечения ССЗ. [1 , с. 25]

На занятиях кружка «Денсаулық», был разработан и внедрен в работу Поликлиники №5 города Актобе программа школы здоровья, с указанием целей, задач, также был составлен тематический план занятий.

Школа здоровья

Программа обучения в школе рассчитана на цикл занятий, который может повторяться в течение года 2–3 раза. Один цикл состоит из 5 занятий в форме теоретическо-практических продолжительностью 60 мин, и которые проводятся 2–4 раза в месяц в фиксированные дни недели, в пределах времени, планируемого для организационно-методической и санитарно-просветительной работы врача. Оптимальное количество слушателей в группе — 10–15 человек. Форма приглашения: индивидуальное устное приглашение

Цель: улучшение результатов лечения, достижение длительной ремиссии больных сердечно-сосудистых заболеваний, профилактика осложнений, профилактика инвалидности, психологическая адаптация к жизни среди здоровых людей, повышение качества жизни больных.

Задачи школы здоровья:

Повышение информированности пациентов о заболевании и его факторах риска; повышение ответственности пациента за сохранение своего здоровья;

формирование рационального и активного отношения пациента к заболеванию, мотивации к оздоровлению, приверженности к лечению и выполнению рекомендаций врача; формирование у пациентов умений и навыков по самоконтролю за состоянием здоровья

Ожидаемые результаты:

Снижение активности заболевания, достижение ремиссии, восстановление функционального и двигательного статуса, сохранение объема повседневной бытовой деятельности, способности к самообслуживанию и профессиональному труду, улучшение качества жизни.

Тематический план занятий в «Школе больных сердечно-сосудистый заболеваний»

1.Хроническая сердечная недостаточность(ХСН).Клиника. Реабилитация. Общие принципы медикаментозного лечения. Дневник самонаблюдения, правила его ведения;2. Не медикаментозные методы лечения: особенности питания больных с хронической сердечной недостаточностью физиотерапия больных; 3. Не медикаментозные методы лечения (продолжение): лечебная физкультура; 4.Методики аутотренинга и релаксации; 5. Психосоциальные аспекты ХСН

Занятие 1 ХСН. Клиника. Реабилитация. Общие принципы медикаментозного лечения. Дневник самонаблюдения, правила его ведения (представлены основные моменты занятия)

План занятия:

1.Клинические проявления болезни;2.Общиепринципы медикаментозного лечения;3. Понятия о методах реабилитации при ХСН; 4. Знакомство с дневником самонаблюдения. Правила ведения дневника.

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) - это комплекс хронически существующих признаков, которые развиваются вследствие снижения сократительной функции сердца

Пациента беспокоят:

1.Одышка, сначала только при физической нагрузке, в дальнейшем в состоянии покоя.2.Синюшность носогубного треугольника, кончиков пальцев.3.Отеки ног, которые появляются в вечернее время и проходят к утру.4.Увеличение объема живота из-за скопления в нем жидкости (асцит).5.Признаки нарушения работы печени, почек, ЦНС.

Медикаментозное лечение ХСН.

В настоящее время в качестве основных средств для длительного лечения больных с Хронической сердечной недостаточностью рекомендуется использовать 4 группы лекарственных препаратов: Ингибиторы АПФ. Петлевые и тиазидные диуретики. Бета-адреноблокаторы. Сердечные гликозиды.

Методы реабилитации.

В период обострения ХСН реабилитационные мероприятия направлены на уменьшение боли и отеков, применяя разные методы физикальной медицины, сохранение физической активности и отказ от вредных привычек (курение, алкоголь).

Презентовать слушателям школы дневник самоконтроля. Научить правильно, заполнять дневник

Практическая часть: заполнить 1 день дневника под руководством медицинской сестры.

Занятие 2. Не медикаментозные методы лечения: особенности питания больных ХСН, физиотерапия больных. (Представлены основные моменты занятия)

Раздаточный материал: буклет по теме занятия

План занятия:

1. Не медикаментозные методы лечения ; 2. Основные принципы диетотерапии при ХСН ; 3. Понятия о методах физиотерапии больных ХСН

Основные принципы диетотерапии

Больным с ХСН **противопоказано** жареное, копченое, соленое, жирные сорта мяса, крепкий чай и кофе, алкоголь.

Разрешено включать в рацион: хлеб пшеничный; вегетарианские супы; нежирные сорта мяса; отварная рыба; маложирное молоко, кисломолочные напитки, творог; яйца 3-4 штуки в неделю

Понятия о методах физиотерапии больных при ХСН

Больному ХСН могут быть назначены следующие методы физиолечения (оксигенотерапия, кислородные ванны, воздушные ванны, озонотерапия и т.д.)

Занятие 3. Не медикаментозные методы лечения (продолжение): лечебная физкультура (представлены основные моменты занятия)

План занятия:

1. Польза лечебной физкультуры; 2. Основные принципы ЛФК при ХСН

Лечебная физкультура

ЛФК проводится индивидуальным методом в палате длительностью по 15 мин. Выполняются активные упражнения для мелких и средних мышц в медленном темпе, пассивные – для крупных из облегченных исходных положений.

Практическая часть: слушатели школы здоровья под руководством мед сестры осваивают комплекс упражнений.

Занятие 4. Методики аутотренинга и релаксации (представлены основные моменты занятия)

Раздаточный материал: буклет по теме занятия

План занятия:

1. Мероприятия, позволяющие снизить стресс (методы психотерапии).
2. Ознакомление с основными методиками релаксации (расслабления)
3. Методы терапии нарушения сна.

Практическая часть: Одним из методов психотерапии, который может и должен освоить практически каждый больной при ХСН для того, чтобы использовать его в повседневной жизни с целью релаксации (расслабления).

Занятие 6. Консультирование по вопросам психосоциальной реабилитации больных при ХСН. (Представлены основные моменты занятия). На занятие приглашается психотерапевт поликлиники и социальный работник.

Раздаточный материал: буклет по теме занятия

План занятия:

1. Основы психосоциальной реабилитации; 2. Консультирование в вопросах получения инвалидности, получения бесплатных лекарственных препаратов, возможности получения санаторно-курортного лечения, получение высокотехнологичного лечения по квоте; 3. Управление болью

Практическая часть: беседа с психологом, консультирование социального работника.

Заключение

Подводя, итоги по теме профилактики ССЗ хочется отметить, что каждый человек имеет полное право быть здоровым. ХСН может поразить человека любого возраста. Кардиологическая дисфункция проявляется отёками, одышкой и снижением переносимости физических нагрузок. Для предупреждения заболевания стоит придерживаться правильного образа жизни. Литература: Клиническое сестринское руководство по ХСН
Электронный ресурс: [https://www.who.int > cardiovascular diseases](https://www.who.int/cardiovascular_diseases)

ТӨЛЕБИ АУДАНЫНДАҒЫ ЖЕРГІЛІКТІ ЕГДЕ АДАМДАРДА ЖИІ КЕЗДЕСЕТІН (СТЕНОКАРДИЯ, МОКАРД ИНФАРКТИСІ) ЖҮРЕК ҚАН ТАМЫРЛАРЫ АУРУЛАРЫНЫҢ СЕБЕПТЕРІ ЖӘНЕ ОЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ ЖОЛДАРЫ.

Тұрлыбай Жасұлан Сырлыбайұлы-Ф01-19қ,20жқ тобының II курс студенті
Жет: Савдашева Айда Ерланқызы-клиникаға дейінгі пәндер оқытушысы

«Мейір-Бейс» жоғары колледжі, med-lenger@mail.ru

ҚР Түркістан обл.Ленгер қ.

Аннотация.Бұл жобаның негізгі өзектілігі жергілікті жердің егде адамдарында ауруларының (стенокардия,миокард инфаркты) не себептен пайда болу жолдары және аурудың алдын алу тәсілдері зерттелді.

Аннотация.Основная актуальность этого проекта заключалась в изучении причин заболеваний (стенокардия,инфарк миокарда)у пожилых людей на местах и способов профилактики болезни.

Annotation.The main relevance of this project was to study the causes of diseases (angina,myocardial infarction) in the elderly in the field and ways to prevent the disease

Ғылыми жоба мақсаты:

- 1.Жүрек қан-тамырлар аурулары туралы мәлімет жинақтау;
- 2.Жүрек қан тамырлары ауруларының (стенокардия, миокард инфарктісі, гипертония) себептерін анықтау;
3. Төлеби ауданындағы жергілікті емханадағы кардиолог дәрігері Бекасилов Серік Досыбайұлымен кездесу және сұхбаттасу;
4. Жүрек қан тамырлары ауруларының себептері және олардың алдын алу жолдары.
5. Төлеби ауданындағы жергілікті егде жастағы адамдарда жиі кездесетін статистикалық мәлімет жинақтау.

Кіріспе

-Қан айналымы жүйесі ауруларының проблемалары,атап айтқанда жүрек қан тамыр аурулары соңғы кезде әлемдік індеттің сипатын алды.Қазақстан Республикасында жүрек және қан-тамыр дерттеріне шалдығушылық 5-7 есеге өсті.Бүгінгі күні әлемдегі өлім жағдайларының шамамен 50% жүрек қан тамыр аурулары себебінен, еңбекке жарамды жаста болады, сондықтан, жұмыс орны жүрек қан-тамыр аурулары қауіп-қатерін төмендетудің ұйымдасқан маңызды үлгісі. Қазақстанда артериялық гипертонияның тұрақты өсу үрдісі байқалады. Мысалы, ҚР Статистика Агентінің деректері бойынша 100 мың халық санына 2007 жылы-9577,1; 2008 жылы- 10499,6; 2009 жылы- 14673,8 жағдай тіркелді. Жыл сайын 92 мыңнан 135 мыңға дейін аурудың жаңадан алғаш анықталған жағдайлары тіркеледі.

Стенокардия – жүректің ишемиялық ауруының (ЖИА) түрлерінің бірі, жүрек бұлшық етіне қанның жеткіліксіз түсуі нәтижесінде дамиды және кеудедегі жайсыздық сезімімен немесе ауырсынумен сипатталады. Стенокардия тұрақты және тұрақты емес болады. Тұрақты стенокардияда (ширығу стенокардиясы) ауырсыну бір ай бойы өзгеріссіз қайталаанады және нитроглицерин ішкеннен кейін жойылады. Тұрақты емес стенокардия кезінде кеудедегі жайсыздық немесе ауырсыну алғаш пайда болады немесе қарқындылығы, ұзақтығы артады, ауырсыну нитроглицерин ішкенде басылмайды. Себептері Көпшілік жағдайда стенокардия жүректің коронарлық артерияларының атеросклерозына және/немесе түйілуіне (қабырғасының күрт жиырылуына) байланысты. Атеросклероз – майлы түйін дақтардың (жинақталатын) артерия қабырғасының бойымен жинақталуы, олардың тарылуына апарады. Тұрақты стенокардия ұстамасы келесі факторлардан туындауы мүмкін: Дене белсенділігі (желге қарсы жүру, тауға немесе сатыға шығу, ауыр көтеру) Тұрақты емес стенокардия ұстамасы тыныш күйде немесе ұйқыда (адам ауырсынудан оянады) қандай да бір себепсіз пайда болуы мүмкін. Симптомдары Стенокардияның негізгі көрінісі – кеудедегі ауырсыну (қысатын, күйдіретін ауырсыну). Диагностика стенокардия диагнозын қою үшін шағымдарды, пайда болу тарихын жинақтау және науқасты қарау қажет. Адам ағзасының қалыпты жағдайда ЭКГ зерттеу жұмысын жүргізіледі. Тыныш күйдегі Эхокардиография – жүректің ультрадыбыстық зерттеуі жүректің өлшемі мен құрылымын анықтауға мүмкіндік береді, сондай-ақ, жүрек бұлшық етінің жиырылу қабілетін анықталады.

Миокард инфаркті – тәж артериясы миокардтың оттегіге мұхтаждығын қамтамасыз ете алмауынан дамидының миокардтың ишемиялық некрозы. Миокард инфарктісімен сырқаттанатын науқастардың саны 1000 адамға шаққанда 2,87 – 3,08 %-ын құрайды. ЖИА-ның бұл түрі көбіне 40-тан асқан шақта дамиды және 50-56 жас аралығында бұл аурумен сырқаттану едәуір жиілейді. Ер адамдар әйелдерден 5-2 есе жиі аурады. Соңғы кезде миокард инфарктісінің жиілігі 2 есе көбейуге жақындаған.

Этиологиясы. Миокард инфарктісінің негізгі себебі – тәж артерияларының стеноздаушы атеросклерозы. Миокард инфаркті дамуының тікелей себептері:

- 1) тромбоздың салдарынан тәж артериясының окклюзиясы;
- 2) артеросклероз түймедағының арасында қан құйылып ісінуінен тәж артериясының бітелуі;
- 3) критикалық стеноз нәтижесінде тәж артериясының түйілуі;
- 4) тәж артериясының критикалық стенозы кезінде миокардтың оттегіге сұранысының күрт артуы (мәселен ауыр дене қызметінен симпатoadренал жүйесі белсенділігінің аса жоғарылауынан).

Аталған тікелей себептермен бірге миокард инфарктісінің дамуында келесі бейімдеуші факторлардың маңызы зор: тәж артерияларының тармақаралық

коллатеральдік байланыстарының жеткіліксіздігі, қанның тромбтар түзу қасиетінің артуы, микроциркуляциялық бұзылыстар.

Миокард инфарктінің клиникасы

Ангиноздық түрі ангиноздық статустан – төстің немесе жүрек тұсындағы ауыру ұстамасынан басталады. Көбіне ауырсынудың сипаты аса қатаң салмақ батқандай, кеудені жыртқандай немесе ашытып күйдірілгендей болып сезіледі. Ауырсыну сол қолға, иыққа, сол жауырынға, мойынның сол жақ бетіне, жақтың сол жартысына тарайды. Нитроглицериннен жеңілдік болмайды. Ауырсыну стенокардияға қарағанда ұзаққа созылады, мысалы бірнеше сағатқа. Ұстама кезінде науқасты өлім үрейі билеп, салқын тер басады. *Астмалық түрі* – ауырсынусыз, бірден жүрек астмасынан басталады. Миокард инфарктінің мұндай бастамасы жүректе бірнеше постинфаркттық тыртығы немесе диффузды кардиосклерозы бар қарт адамдарға және папиллярлық бұлшықеттің некрозына тән. Науқас еңтігіп ортопноэ күйінде болады. Өкпеде алдымен ұсақ көпіршікті, кейін орта және ірі көпіршікті ылғалды сырылдар, алыстан естілетін сырылды тыныс пайда болады. Өкпе артериясында 1 тонның акценті естіледі. Шулы сырылды тынысты кейде жүрек тондарын естіртпейді. Миокард инфарктісінің астмалық түрі өте ауыр болғандықтан, көбіне өлімге алып келеді.

Аритмиялық түрі – пароксизмдік ырғақ бұзылысынан (жыбыр аритмиясынан, атриовентрикулалық блокададан) басталады. Мұндай жағдай өткізгіштік жүйесінің некрозға немесе ишемияға ұшырауынан болады. *Абдоминальдік түрі* - бұл түрінде ауырсыну эпигастрий, кіндік, мықын және қабырғаасты аймақтарында орналасады. Сондықтан науқас ауырсынуды іш қуысы ағзаларының патологиясымен байланыстырады. Клиникалық көрінісі асқазан мен он екі елі ішектің жара ауруына, панкреатитке, жіті холециститке, аппендицитке ұқсайды. Диагноз қате қойылғанда науқас хирургиялық емге алынуы ықтимал. Сырқаттың белгілерін сұрыптағанда ауырсынудың іш қуысында басым орналасқанымен, оның көкет күмбезінен жоғары, яғни кеуде қуысында таралуын ескерген жөн.

Диспепсиялық түрі. Абдоминальдік түрінен айрықша, инфарктінің бұл түрінде іш қуысында ауырсыну болмайды. Басты белгісі – тағамдық интоксикацияға ұқсас, диспепсиялық бұзылыстар жүрек айнуы, құсу. Бұл нұсқа мезентериялық артериялардың атеросклерозы және асқорыту жолдарының қосымша аурулары бар қарт науқастарда кездеседі.

Коллапстық түрі. Миокард инфаркті жіті тамыр шамасыздығынан басталады, артериялық және көктамырлық қысымдар күрт төмендейді, науқастың әлі құрып тер басады, терісі бозарады, есі кіресілі – шығасылы болады, ағыл - тегіл терлейді, көктамырлары айқын болмайды. Әрі қарай диурез азаяды және микроциркуляциялық бұзылыстар аса көлемді некроздың дамуында кездеседі.

Церебральдік түрі. Миокард инфаркті неврологиялық белгілерден басталады. Оның белгілері ми қанайналымы бұзылысының көрінісіне ұқсайды. Миокард инфарктінің бұл түрі ауыр церебральдік атеросклерозы бар науқастарда байқалады.

Шеткері (перифериялық) түрі. Бұл түрінде жүрек тұсында, төс маңында, тіпті кеуде сарайында ауырсыну болмайды. Ауырсыну иррадиация аймақтарында ғана (иықта, жақта, мойында т.б.) сезіледі. Ауырсыну деңгейі әртүрлі, бірақ көбіне айтарлықтай емес. Инфарктінің бұл түрі көбіне ауыр атеросклерозға шалдыққан егде, қарт адамдарға тән.

Симптомсыз мылқау түрі. Миокард инфаркті жасырын дамиды. Көрінісінде себепсіз әлсіздік, бастың аздап ауыруы мен айналуы, шамалы ентікпе, тәбеттің төмендеуі, ұйқының бұзылуы, АҚ құбылысы, субфебрильдік қызба байқалуы мүмкін. Науқас өз жағдайын жағымсыз ауа райымен, салқындаумен байланыстырып, бұл белгілерге мән берместен жүре береді. Симптомсыз миокард инфаркті кездейсоқ тексерілгенде немесе ЭКГ-да қалған тыртықтану өзгерістерімен анықталады. Миокард инфарктісінің симптомсыз түрі кенет өлім себебінің бірі болып табылады.

Оң қарыншаның жіті шамасыздығымен дамиды түрі. Миокард инфаркті оң қарыншаның жіті шамасыздығынан басталады. Бұл жағдайда оң қабырғаасты өткір ауырады, бауыр тез ұлғаяды, жүрек айнуы, құсу байқалады және 18-20 сағаттан кейін ісіну пайда болады. Оң қарыншалық инфаркт кеуденің оң жартысынан түсірілген кеуде тіркемелерінде анықталады.

Тотальді жүрек шамасыздығымен дамиды түрі. Миокард инфарктінің бұл түрінде ауырсыну болмайды. Сол және оң қарыншаның көлемі қатар некрозға ұшырауынан іркіліс екі шеңберде бір уақытта дамиды. Сол қарынша шамасыздығы жүрек астмасы және өкпенің ісінуімен, оң қарынша шамасыздығы үлкен шеңбердегі дамиды жіті іркіліспен (бауырдың тез ұлғайып, қатты ауырсынуы, жүрек айнуы, құсу т.б.) білінеді.

Шартты түрде миокард инфарктісінің астмалық, коллапстық, церебральдік, диспепсиялық, аритмиялық, симптомсыз және оң қарыншаның жіті шамасыздығымен, тотальді жүрек шамасыздығымен дамиды түрлері жатады. Инфарктінің типті түріне қарағанда бұлардың барысы ауыр және өлімге жиі алып келеді. Өлімнің жиілігі бір жағынан кеселдің уақтылы анықталмай, науқастың ауруханаға кеш түсуінен де болады.

Миокард инфарктінің ауырсынусыз түрлері көбіне жас ұлғайған шақта, жүйелі атеросклероздың ауыр түрінде, миокард инфарктімен бірнеше рет ауырған адамдарда, ЖИА артериялық гипертониямен, қантты диабетпен қатар жүргенде, яғни ауырсынуға сезімталдық төмендеген жағдайларда дамиды. Бұдан басқа барысына қарай миокард инфарктісінің рецидивтеуші, созылық және қайталамалы түрлерін айырады. **Рецидивтеуші миокард инфаркті** – инфарктінің

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-әлеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

V. Салауатты өмір салтын қалыптастыру және жүргізде тұрғындардың жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының алдын алу сауаттылық деңгейін көтеру./

Профилактика болезней сердечно – сосудистой системы и повышение грамотности населения в формировании и ведении здорового образа жизни..

өткір және өткірлеу кезеңдерінде (3-4 апта ішінде) жаңа некроз ошақтарының дамуымен сипатталады. Егер жаңа некроз ошақтары 8 аптадан (бұрынғы инфаркт тыртықталғаннан) кейін пайда болса, оны қайталамалы миокард инфаркті деп атайды. Миокард инфарктінің созылыңқы барысы – некроз ошағындағы репарация үдерісінің баяу жүруінен болады. Бұл жағдайда зертханалық, ЭКГ – лық көрсеткіштердің динамикасы қалыңқы келеді. Инфаркттің барысы ұзарып, науқастың сауығуы көпке созылады. Мұндай барыс әлсіреген, қосымша аурулары, ауыр стеноздаушы коронаросклерозы бар кәрі адамдарға тән.

Зерттеу жұмысы

Леңгер қалалық емханасының кардиолог дәрігері Бекасилов Серік Досыбайұлымен кездесу болды. Кездесу барысында, өңірдегі жүрек қан тамыр жүйесі аурулары бар науқастардың жалпы санын, аурудың пайда болу себептері, алдын-алу шаралары туралы сұхбат болды. Зерттеу барысында скрининг тақырыбы қозғалды, сол арқылы миокард инфарктін алдын-алуға болатыны айтылды және жылдық қорытындыларға сүйенсек, аурулар саны азайғандығын байқалады.



Төлеби ауданындағы жергілікті егде жастағы адамдарда жиі кездесетін статистикалық мәліметтер:

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-алеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

V. Салауатты өмір салтын қалыптастыру және жүргізде тұрғындардың жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының алдын алу сауаттылық деңгейін көтеру./

Профилактика болезней сердечно – сосудистой системы и повышение грамотности населения в формировании и ведении здорового образа жизни..



Жаңашылдығы:

1. Медицина мен дербес медицинаны (халықтық емдеу тәсілімен) тығыз байланыстыру.
2. Учаскелік кардиолог дәрігер үнемі халық арасындағы патронаждықты дамыту.
3. Төлеби ауданындағы мекемелерде, мектептерде ғылыми жобамды насихаттау негізінде қосымша нұсқау кітапшасын ұсынылады..

Қорытынды:

Қорытындылай келе, Төлеби ауданындағы жергілікті егде адамдарда жиі кездесетін (стенокардия, миокард инфарктісі) жүрек қан тамырлары ауруларының себептері және олардың алдын алу жолдары, аурудың көрсеткішін көрсеткім келді. Сондай-ақ патронаж қызметін жүргізу әдісін және скрининг әдісін толық халыққа жеткізу. Төлеби ауданындағы жергілікті егде жастағы адамдарда жиі кездесетін статистикалық мәліметті жинақтап қосымша нұсқау кітапшасын ұсыну.

Пайдаланылған әдебиеттер:

1. Бимурзаев Ғ.Н, Зарипова Г.К Ішкі аурулар Түркістан 2021 жыл [95-98, 114-115 бет]
2. Әмина Күзембаева Адам анатомиясы Алматы 2014 жыл [131-139 бет]
3. Әмина Оспанқызы Күзенбаева, Дамир Абайдылдаұлы Дәулетбаев Адам анатомиясының атласы Алматы, 2012 жыл [142-146 бет]
4. Б.Қ. Махатов, Ә.Қ. Патсаев, К.К. Орынбасарова, Ж.А. Қадияшева Фармакогнозия Шымкент 2011 жыл [62-68 бет].

АТЕРОСКЛЕРОЗ, ЕМДЕУ, АЛДЫН АЛУ ШАРАЛАРЫ

Жылқыбаев Райымбек

Ғылыми жетекшілер: Калдыбаева Н.К., Курманғалиева У.У.

ШЖҚ «Кеңес Одағының Батыры Мәнишүк Мәметова атындағы

Ақтөбе Жоғары медициналық колледжі» МКК nagima1905@mail.ru

Ақтөбе қаласы, Қазақстан Республикасы

Аннотация: Дүние жүзіндегі өлімнің негізгі он себебінің ішінде жүрек- қан тамыр жүйесінің аурулары бірінші орында тұр. Атеросклероз ауруларын алдын алу дүние жүзіндегі өлімнің негізгі себептерінің көрсеткіштерін төмендетуге септігін тигізеді.

Кіріспе

Дүние жүзіндегі өлімнің негізгі он себебінің ішінде жүрек- қан тамыр жүйесінің аурулары бірінші орында тұр.

Дүние жүзілік денсаулық сақтау ұйымының зерт-теулері негізінде жүрек-қан тамыр жүйесінің аурула-рынан бір жылда 15 млн адам қайтқан. Ал 2020 жылға бұл көрсеткіш 25 млн-ға өсуі мүмкін деген болжау айтылды. Статистикалық зерттеулер негізінде Ресейде жұмысқа жарам-ды жастағы (20-дан 64 жас) адамдар арасында жүрек- қан тамыр жүйесінің ауруларынан:ерлер - 34 %;әйелдер -39 %

Өлімнің құрылымында жүректің ишемиялық ауруларынан:

ерлер - 60 %;әйелдер - 41 %

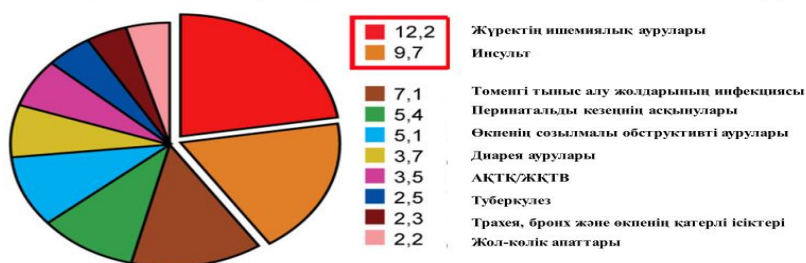
Цереброваскулярлық аурулардан:

ерлер - 25 %;әйелдер - 39 % құрайды.

Жүрек қыспасы (стенокардия), жүректің созылмалы ишемиялық ауруы, [жүрек](#)

[инфарктінің](#) негізгі себебінің бірі- атеросклероз Негізгі бөлім

Дүние жүзіндегі өлімнің негізгі он себебі
Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының мәліметі негізінде



Атеросклероз (atherosclerosis; [гр.](#) athra — ботқа және sklrsis — қатаю) — қан тамырларының ішкі бетіне холестериннің сіңіп, жиналып, түйін тәрізді шоғырланып қалуы.

Н.Н. Аничков (1915 г): “Холестеринсіз атеросклероз болуы мүмкін емес” деген.

[Холестерин](#) сіңіп қалған орын бастапқы кезде сары жолақ дақ түрінде болса, келе-келе қатайған түйінге айналады. Бұл түйіндер бір-біріне қосылады.

Соның салдарынан тамырдың ішкі қабатында жаралар пайда болады, кальций тұздары шөгіп, тамыры қатайды, қан өтуі қиындайды. Атеросклероз денедегі ең ірі қан тамыры — қолқада жиі пайда болады.

Атеросклероз этиологиясы: Темекі шегу, стресс, артық салмақ, холестерин деңгейінің артуы

Қолқа атеросклерозы- атеросклероздың ең жиі түрі. Ол қолқаның құрсақтық бөлімінде өте айқындамып, көбінесе атеромазбен, ойық жарамен, атерокальцинозбен сипатталады. Бұлардың салдарынан қолқа атеросклерозы тромбоз, тромбылы эмболия және атеромалық қойыртпақтың эмболиясы сияқты процестермен жиі асқынады, сөйтіп инфарктіге немесе гангренаға ұшыратады. Бірсыпыра жағдайларда қолқаның атеросклероз зақымдаған, әсіресе ойық жаралы жерлері қалталанып, аневризма қалыптасады, Лериш синдромы көрініс береді.

Атеросклероз емі. Басты тәсілі- диетотерапия. Атеросклерозды зерттейтін еуропалық қоғамның сарапшылар тобы ЛП алмасуын қалпына келтіретін диетаның 7 «алтын» ережесін жариялады:

1. Майлардың мөлшерін азайту; 2. Қаныққан май қышқылдарының мөлшерін күрт азайту; 3. Қанықпаған май қышқылдарына бай тағамдарды кеңінен тұтыну; 4. Клетчаткаға, күрделі көмірсуларға бай тағамдарды мол тұтыну; 5. Сары май орнына өсімдік майын тұтыну; 6. Холестеринге бай тағамдарды күрт азайту; 7. Ас тұзының мөлшерін 3-5 г дейін шектеу;

Мәзір әр адамға жасы, жынысы, салмағы ескеріле отырып, жеке құрастырылуы мүмкін

Тамақтану бөлшектеліп, аз мөлшермен 5 мезгілден аз емес жүргізілу тиіс.

Гиполипидемиялық дәрілер жүректің ишемиялық ауруында, аорта, ми тамырларының атеросклерозында қолданылады. Бұл дәрілерді үздіксіз, ұзақ уақыт бойы қабылдау қажет.

1. Атерогенді липопротеиндердің түзілуін тежейтін дәрілер:

А) статиндер: ловастатин (мевакор), симвастатин (зокор), Аторвастатин (липримар) – бауырдағы холестериннің синтезін таңдамалы тежейтін, тиімділігі жоғары препараттар. Статиндерді тәулігіне 1 рет, ұйықтар алдында белгілейді, себебі бауырдағы холестериннің басым бөлігінің синтезі түнде жүреді.

Б) Фибраттар: клофибрат (мисклерон), фенофибрат, гемфиброзил –

В) Никотин қышқылы (үлкен мөлшерде).

Г) Пробукол (липомал)

2. Катаболизмді және холестериннің шығарылуын күшейтетін дәрілер.

А) өт қышқылдарының секвестранттары (ағылш. Sequestrate – кетіру); Холестирамин (холестан), холестипол (холестид)

Б) бескрахмальды полисахаридтер: хьюар шайыры (гуарем)

Атеросклероздың жеңіл түрінде кешенді емдеуді қажет етеді; полиспонин (жапон диоскореясы тамыры мен тамыр сабағының препараты) және трибоспонин (теміртікен шөбінің препараты). Атеросклероздың кешенді емінде сонымен қатар эссенциальды фосфолипидтер (эссенциале, липостабил) және антиоксидантпрепараттары (токоферол ацетаты, аскорбин қышқылы) қолданылады.

Халықтық әдістермен емдеу



Фитотерапия дәріханалық препараттардың әсерін күшейту үшін ғана емес, сонымен қатар ауруды емдеудің негізі болып саналады. Липид алмасуын , қан айналымын жақсарту мақсатында көптеген дәрілік өсімдіктер қолданылады.

Радикалды емдеу әдістері

Радикалды әдістер тек төтенше жағдайда қолданылады.

Егер дәрі-дәрмекпен емдеу кезінде жағдай нашарласа, хирургиялық түзету мәселесі науқастың жағдайын жақсарту үшін көтеріледі.

Хирургиялық әдістер дамудың соңғы сатысында ескерілмеген күйде ауруды анықтау үшін пайдаланылуы мүмкін.

Атеросклероздағы қан айналымын түзетудің жедел әдістері:

1. Кардид endarterектомиясы
2. Ангиопластика
3. Тамырлық стентинг

Зерттеу жұмысы:

Ақтөбе қаласының № 3 кеңес беру диагностикалық емханасында жүргізген зерттеу негізінде қан- тамыр жүйесін зерттеу бойынша скринингтер жылда өткізіледі. **Скринингтің** арқасында көптеген аурулардың асқынуының алдын алу шаралары жақсы жүргізіледі. Сондықтан да, холестериннің денгейін арнайы құралдармен өлшеп, алдын алу бойынша мамандардың кеңесіне жүгіну және де, осы атеросклероз ауруының алдын алып, осы аурумен ауыратын науқастардың көрсеткішін төмендетуге болады.

Адамдардың өз денсаулығына көңіл бөлмеуі және экология

Жүрек-қан тамырлар жүйесінің ауруларын алдын алу

Өзіңе және қоршаған ортаға ізгі ниет

Жүрек-қан тамыр жүйесінің аурулары ең алдымен жүйкелік-психикалық ширығудың негізінде пайда болады. Осыған орай, олардың саны мен белсенділігін төмендету барлық жүрек-қан тамыр ауруларына қарсы ең тиімді алдын алу болып табылады.

Жүрек - қан тамыры ауруларының алдын- алу үшін мынадай маңызды нәрселерді есте сақтау керек:

Ең алдымен темекіден толықтай бас тарту қажет;

Тиімді тамақтану ережелерін сақтау;

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-алеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

V. Салауатты өмір салтын қалыптастыру және жүргізуде тұрғындардың жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының алдын алу сауаттылық деңгейін көтеру./

Профилактика болезней сердечно – сосудистой системы и повышение грамотности населения в формировании и ведении здорового образа жизни..

Майлы тамақтардан бас тарту, тұзды пайдалану мөлшерін азайту- тәулігіне 4 грамм, құрамында калийі мол (бұршақ, өрік, құрма, теңіз қырыққабаты) тамақтарды көп пайдалану, сарыуызды барынша аз пайдалану;

Көкөніс пен жеміс-жидектерді барынша мол пайдалану;

• Алкогольді ішімдікті белгіленген мөлшерде ғана пайдалану;

• **Белсенді өмір салты.** Дене белсенділігін арттыру, семіздіктен сақтану.

Спортпен айналысу, таза ауада ұзақ уақыт серуендеу, суға жүзу, туристік сапарлар, яғни адамға рахат сезімін сыйлайтын кез-келген дене еңбегі.

• Қандағы холестерин құрамын үнемі тексеріп, бақылап отыру;

ТҮЙІНДІ ҮШ МӘСЕЛЕ: Бірінші, жейтін тағамның көлемі.Екінші, пайдаланатын майдың көлемі. Үшінші, тұзды шектеудің қажеттігі.

Қорытынды.

Атеросклероз ауруларын алдын ала отырып, дүние жүзіндегі өлімнің негізгі себептерінің көрсеткіштерін төмендетуге септігін тигізеді.

Пайдаланылған әдебиеттер:

У.Сайпіл, К.Өмірзақова, Заттар алмасуы, 2004 жыл,

Ә.Нұрмұхамберұлы, Патологическая физиология, Алматы,2007 жыл.

Атеросклероздың географиялық патологиясы / А.М. Вихерт,

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ- ЗАЛОГ КРЕПКОГО СЕРДЦА

Научный руководитель: Нуржанова Р.Г, Карагаева Л.У.

ГКП «Актюбинский Высший медицинский колледж имени героя Советского Союза Маншук Мамедовой» на ПХВ raisa2.02@mail.ru

Город Актобе, Республика Қазақстан

Аннотация

Сердечно-сосудистые заболевания сегодня считаются самыми распространенными причинами гибели людей. Риск развития подобных заболеваний связан со многими факторами такими как:

- вредные привычки
- лишний вес
- стресс

Введение

По прогнозам к 2030 году главными причинами смертности населения будут болезни сердца и инсульта. Острыми заболеваниями сердечно-сосудистой системы считаются инфаркты и инсульты, которые возникают на фоне закупоривания сосудов, что мешает кровотоку к сердцу или мозгу. Главной причиной закупоривания считается формирование отложений жировых клеток на стенках кровеносных сосудов, обеспечивающих кровоснабжение сердца или мозга.

Факторы риска при сердечно-сосудистых заболеваниях. Факторы риска представляют собой индивидуальные особенности, оказывающие влияние на вероятность развития в будущем заболевания у конкретного человека. Согласно исследованиям ВОЗ, значительно повышают риск внезапной смерти три основных фактора: гипертония, гиперхолестеринемия и курение.

1.Здоровое питание

Основными факторами риска возникновения болезней сердца и инсульта (более 80% случаев) считаются нездоровое и несбалансированное питание, физическая инертность и употребление табака.

Следствием неправильного питания и физической инертности является повышение кровяного давления, рост уровня глюкозы в крови, повышенное количество жиров в крови, избыточный вес и ожирение.

2. Роль здорового питания

Повышенное артериальное давление. Основной причиной повышения артериального давления является сужение внутреннего просвета артерий, на фоне чего нарушается ток крови по сосудам. Постоянное измерение артериального давления дают представления о текущем состоянии внутренних стенок артерий и вен. Если показатели высокие, то это свидетельствует о развитии атеросклероза. Потребление транс-жиров. Чрезмерное употребление транс-жиров (насыщенные жиры), которых достаточно много в продуктах

животного происхождения, красном мясе, маргарине, кондитерских изделиях, жареной пище, способствует повышению вероятности развития коронарного тромбоза. В крови транс-жиры становятся триглицеридами, чрезмерно высокий уровень которых может усугубить течение сердечно-сосудистых заболеваний и способствовать росту уровня плохого холестерина в крови.

3.Отказ от вредных привычек. Вред алкоголя

Диабет. Диабет второго типа (нет зависимости от инсулина) может способствовать развитию гипертонии. При диабете организм начинает синтезировать большое количество инсулина, но содержание избыточного сахара в крови никак не реагирует на него, на фоне чего стенки кровеносных микрососудов покрываются сахаром. При этом угроза развития ССЗ увеличивается в десять раз, в сравнении со здоровыми людьми. **Стресс.** Длительные стрессовые состояния вызывают производством адреналина, из-за которого повышается густота крови, что повышает риск развития тромбообразования. Кроме того, избыточный адреналин в итоге превращается в вещество – андренохром, который, обладая свойствами свободных радикалов, поражает внутренние стенки артерий, что способствует развитию первой стадии атеросклероза.

Длительное пребывание организма в стрессе увеличивает хрупкость костей, поскольку начинается процесс вымывания кальция из костей. Все это провоцирует кальцификацию артерий и повышению риска развития остеопороза. Помимо этого, стресс стимулирует выведение магния. Тогда как баланс кальция и магний так важен для здоровья сердечной мышцы (кальций стимулирует сокращение, а магний — расслабление).

Соль. Натрий является основной составной частью соли. Баланс калия и натрий в организме поддерживают уровень воды внутри клеток, отвечают за всасывание и выделение питательных веществ, а также выведение продуктов распада. Дополнительное употребление соли с пищей нарушает этот баланс, что способствует росту артериального давления.

Ученые утверждают, что сердце способно восстанавливаться после серьезных повреждений. Именно поэтому никогда не поздно изменить свой образ жизни и режим питания, если вам дорого ваше здоровье. Ведь сердце является пусковым механизмом. После возникновения признаков ишемической болезни сердца факторы риска способствуют прогрессированию развития заболевания. Поэтому одним из этапов лечения является коррекция факторов риска.

5.Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний

Неуправляемые:

Возраст: старше 55 лет для мужчин и старше 65 лет для женщин.

У пожилых пациентов артериальная гипертония регистрируется гораздо чаще, чем у молодых людей. Если у лиц 20-30 лет повышенное артериальное давление выявляют у каждого десятого человека, у лиц 40-50 лет — у каждого пятого, то среди людей старше 60 двое из трех имеют повышенное артериальное давление.

Установлено, что при одинаковых цифрах артериального давления риск развития осложнений (инфаркта миокарда, инсульта и других) у пожилых людей в 10 раз выше, чем у лиц среднего возраста и в 100 раз выше, чем у молодых. Поэтому в пожилом возрасте адекватное лечение артериальной гипертонии (то есть достижение нормальных цифр артериального давления) крайне важно.

Наследственность. Если у родственников пациента женского пола (мать, родные сестры) инфаркты и инсульты были в возрасте до 65 лет, а у родственников мужского пола (отец, родные братья) - в возрасте до 55 лет, риск развития осложнений артериальной гипертонии у таких пациентов существенно повышается.

Управляемые:

Повышенный уровень артериального давления – систолическое артериальное давление равно или выше 140 мм рт.ст., диастолическое артериальное давление равно или выше 90 мм рт.ст.

Дислипидемия - отклонение от нормы одного или более показателей липидного обмена (общий холестерин более 5 ммоль/л).

Курение табака - ежедневное выкуривание одной сигареты и более.

Нерациональное питание - избыточное потребление пищи, жиров, углеводов, потребление поваренной соли более 5 граммов в сутки (досаливание приготовленной пищи, частое употребление соленостей, консервов, колбасных изделий),

Недостаточное потребление фруктов и овощей (менее 500 граммов или менее 4 -6 порций в сутки).

Избыточная масса тела - индекс массы тела 25 - 29,9 кг/кв. м, ожирение – индекс массы тела более 30 кг/кв. м.

Низкая физическая активность-гиподинамия - ходьба в умеренном или быстром темпе менее 30 минут в день.

4.Борьба со стрессом. Как сократить влияние стрессов

Гипертония протекает бессимптомно очень у многих людей. При этом наличие или отсутствие симптомов непосредственно не влияет на риск развития грозных осложнений данного заболевания. Наоборот, длительно существующая бессимптомная гипертония в каком-то смысле даже более опасна. Человек может даже не знать о наличии у него заболевания, но при этом в кровеносных сосудах, а затем в сердце, почках, головном мозге происходят серьезные нарушения их строения и функции. Поэтому неожиданные, среди "полного здоровья", инфаркт

или инсульт - первые и самые грозные проявления заболевания. За это гипертонию часто называют "тихим убийцей".

Именно артериальная гипертония является главным фактором риска развития таких серьезных осложнений, как

инфаркт миокарда,

инсульт (острое нарушение мозгового кровообращения),

сердечная недостаточность.

Ведь сегодня среди причин смертности первое место занимают именно сердечно-сосудистые заболевания. Кроме того, артериальная гипертония может приводить к развитию недостаточности функции почек или утяжелять течение имеющихся заболеваний почек. В 68 из 100 случаев инфаркта миокарда и в 75 из 100 случаев инсульта у больных было повышено артериальное давление, которое длительно оставалось недолеченным (то есть недостижим норму). В последние годы установлено, что у пожилых людей повышенное артериальное давление способствует появлению и утяжелению расстройств памяти

Литература:

У.Сайпіл, К.Өмірзақова, Заттар алмасуы, 2004 жыл,
Ә.Нұрмұхамберұлы, Патофизиология, Алматы, 2007 жыл.
Атеросклероздың географиялық патологиясы / А.М. Вихерт,
В.С. Жданов, Е.Е. Матова, С.Г. Аптекарь // М.: Медицина,

ЖҮРЕК-ҚАН ТАМЫРЛАРЫ АУРУЛАРЫНЫҢ АЛДЫН-АЛУ ЗАМАНАУИ ШАРАЛАРЫ

Дильназ Асқарова.

Ғылыми жетекші: Омирханова Р.Б.

«Авиценна» Жоғары медициналық колледжі» білім мекемесі,
omirkhanovar@mail.ru

Семей қаласы, Қазақстан Республикасы.

Аннотация

Жүрек-қан тамырлары ауруы еңбекке қабілетті халықтың өлімінің негізгі себебі болып табылады. Коронарлық артерия ауруы және гипертония белгілері бар адамдар асқынулардың даму қаупі жоғары және ЖҚА өлім-жітімі бар топты құрайды. Аурудың алдын-алу ғана емес (иммундау, ауруды векторлық бақылау немесе темекі шегуге қарсы науқан), сонымен қатар ауруды анықтағаннан кейін оның дамуын және салдарын азайтуды білдіреді.

Жүрек-қан тамырлары ауруларының алдын-алуында ДДСҰ заманауи үш стратегиясын бөлуді ұсынады:

1. Жаппай алдын алу - халықтың білім деңгейін көтеруге, адамдарда салауатты өмір салтын қалыптастыруға және оны жүзеге асыруға жағдай жасауға бағытталған шаралар. Бұл, ең алдымен, халықтың денсаулығын қорғаудың мемлекеттік саясаты, экономикалық саясат, сонымен қатар бұқаралық ақпарат құралдары жүйесі.

2. Аурудың даму қаупі жоғары адамдарды анықтау және қауіп факторларын түзету. Бұл шаралар тек медициналық сипатқа ие және бұқаралық профилактикалық тексерулерді ғана емес, сонымен қатар медициналық қызметкерлерді денсаулықты жақсарту және жеке профилактика әдістеріне арнайы оқытуды қажет етеді.

3. Екінші профилактика - пациенттерді анықтау, емдеу және оңалту.

Медицина қызметкерлерінің күнделікті міндеттеріне асқынулардың алдын алуды қамтамасыз ететін қолданыстағы патологиясы бар науқастарды тиімді емдеу ғана емес, сонымен қатар қауіп факторлары бар «сау науқастарды» ерте анықтау және осы негізде алдын-алу шараларын жоспарлау кіреді. Пациенттердің білім деңгейінің жоғарылауы ЖҚА алдын алу шараларының ажырамас бөлігі болуы керек.

Атеросклеротикалық генезді жүрек-тамыр аурулары (ЖҚА), әсіресе жүректің ишемиялық ауруы (ЖИА) бүкіл әлемде мерзімінен бұрын өлімнің негізгі себебі болып қала береді. Эпидемиологиялық зерттеулерге сәйкес, ЖҚА алдын алу өте тиімді. ЖИА-дан болатын өлім-жітімнің 50% - ға төмендеуі қауіп факторларына әсер етумен және емдеудің жақсаруымен тек 40% - ға байланысты.

ЖҚА алдын алу-бұл және онымен байланысты мүгедектіктің әсерін жоюға немесе азайтуға бағытталған қоғамдық және жеке деңгейдегі үйлестірілген

кешен. Алдын алу шаралары туғаннан бастап қартайғанға дейін өмір бойы жүргізілуі керек.

ЖҚА профилактикасын екі топқа бөлуге болады:

Бастапқы профилактика еңбек пен демалудың ұтымды режимін, физикалық белсенділікті арттыруды, ас тұзын шектеуді, алкоголь мен темекі шегуден бас тартуды, тағамның калориясын және дене салмағын төмендетуді қамтиды. Шын мәнінде, бұл адамның ұтымды өмір сүру жағдайларын сақтауға мүмкіндік беретін алғашқы алдын-алу. Шын мәнінде, ЖҚА-ның алғашқы алдын-алуға популяциялық стратегия және жоғары тәуекел стратегиясы жатады.

ЖҚА қауіп факторларын жіктеу:

Биологиялық (өзгертілмейтін) факторлар:

- Жасы, жынысы, тұқым қуалаушылық (туыстарында ЖҚА ерте дамуы), дислипидемияның, гипертензияның, глюкозаға, қант диабетіне және семіздікке төзімділіктің туындауына ықпал ететін генетикалық факторлар

- Анатомиялық, физиологиялық және метаболикалық (биохимиялық) ерекшеліктер:

дислипидемия, семіздік және дене майының таралу сипаты, қант диабеті.

Мінез-құлық (модификацияланған) факторлары:

- Тамақтану әдеті, темекі шегу, қозғалыс белсенділігі, алкогольді ішу, стресске ұшырау.

Салауатты өмір салтын қалыптастыратын және ҚФ деңгейін төмендететін іс-шаралар ESH/ESC (2003, 2007) шкаласы бойынша:

1. Темекі шегуден бас тарту (темекі шегуге арналған үй-жайларда болудан темекі шекпейтін (пассивті темекі шегу). Егер адам күніне 5 темекі шегетін болса - өлім қаупі 40% - ға артады, егер күніне бір қорап 400% болса, онда 10 есе көп өлу мүмкіндігі бар.

Қазақстан Республикасында темекі шегу 35 жастан асқан адамдардың қайтыс болуының әрбір бесінші жағдайының жанама себебі болып табылады.

2. Гипохолестерин диетасын ұстану: қаныққан майларды азайту (шошқа етінің майлы сорттарын тұтынуды азайту, күркетауық етін, Қоянды, холестерині төмен диетаға енгізу), дәнді дақылдарға, көкөністерге (күніне 5 порцияға дейін ұсынылады), жемістер мен балықтарға баса назар аудару. Жұмсақ маргарин, күнбағыс, жүгері, рапс немесе зәйтүн майын қолданыңыз. Майлардың жалпы мөлшері жалпы энергетикалық құрамның 30% - ынан аспауы керек, ал қаныққан майлардың мөлшері барлық тұтынылатын майлардың 1/3 бөлігінен аспауы керек.

3. Ас тұзын тұтынуды күніне 5 г дейін азайту. "Жасырын" тұзы бар өнімдерді азайту: ысталған және қайнатылған шұжықтар, нанды. Ғалымдардың зерттеулері көрсеткендей, егер тұзды қолдануды шектесе, миокард инфарктісі және басқа жүрек апаттары қаупі 25% төмендеуі мүмкін. Құрамында калий мен

магний бар тағамдарды (теңіз орамжапырағы, мейіз, қызылша, өрік, кәді, асқабақ, қарақұмық) пайдалануды арттыру өте пайдалы [3, 236.].

4.Рационалды тамақтану-бұл тұзды қабылдауды шектейтін теңдестірілген, тұрақты (күніне кемінде 4 рет) тамақтану.

5.Артық салмақты азайту. Артық салмақ жүректің ишемиялық ауруы мен атеросклерозға байланысты басқа аурулардың қауіпін арттырады. Халықтың 12% - дан астамы өз салмағын мүлдем білмейтініне назар аударады. Артық дене салмағының таралуы жасына қарай артады. Салмақты бағалау үшін дене салмағының индексі (ДСИ) = салмақ (кг) /бой (м 2) анықтайтын қарапайым формуланы қолдану.

Сонымен қатар, іште май жиналған кезде орталық семіздік (еркек түрі) қауіпті. Орталық семіздіктің болуын бел шеңберімен және бел шеңберінің жамбас шеңберіне қатынасы арқылы бағалауға болады. ОС ерлерінде ЖҚА қауіп 94 см - ден асады, әсіресе шеңбері 102 см-ден жоғары, әйелдерде-сәйкесінше 80 см-ден және 88 см-ден асады.бел шеңберінің жамбас шеңберіне қатынасы ерлерде 1,0-ден жоғары, ал әйелдерде 0,85-тен жоғары-семіздіктің орталық түрінің дәл көрсеткіші.

< 102 см-ден с ерлер және < 88 см-ден және/немесе ВМІ < 30 кг/ м 2-ден С әйелдер үшін салмақ салмау ұсынылады.

≥ 102 см с ерлер және ≥ 88 см және/немесе ДСИ ≥ 30 кг/ м 2 С әйелдер үшін дене салмағын төмендету ұсынылады.

5.ҚҚ бақылау. 140/90 мм рт. ст. жоғары емес АҚ деңгейін ұстап тұру.

6. Дене белсенділігі. Аптасына кемінде 150 минут орташа аэробты (жүру, жүзу, велосипед) дене белсенділігі (күніне 30 минуттан аптасына 5 рет) немесе аптасына 75 минут қарқынды дене белсенділігі немесе комбинация.

7.Липидтер алмасуының көрсеткіштерін бақылау. Өте жоғары КСР бар пациенттерге тығыздығы төмен липопротеин холестеринінің мақсатты деңгейіне (ХС-ЛПНП) <1,8 ммоль/л қол жеткізу немесе бастапқы көрсеткіш 1,8-3,5 ммоль/л (ESC, 2016) болса, оның кем дегенде 50% - ға азаюы ұсынылған.

8.Алкоголь қабылдауды шектеу. Ерлер үшін күніне 2 стандартты дозадан аз (1 доза - 12 г/18 мл этанол) және әйелдер үшін күніне 1 стандартты дозадан аз, бұл шамамен 330 мл сыраға немесе 150 мл шарапқа немесе 45 мл күшті сусынға сәйкес келеді.

9.Гликемияны бақылау. Гликирленген гемоглобин деңгейі < 6-6,5%.

10.Ұзақ стресстік жағдайлардан аулақ болу [1, 386.].

Сан жылдар бойы антигипертензивті емдеу жолының негізгі және жалғыз тәсілі АҚ көрсеткішін бағалаудан алынды. Мұндай тәсіл JNC 7 есебінде сақталғанымен 2003 ж. ESH/ESC ұсынысында артериалды гипертонияның диагностикасы мен емдеу жолдарында жүрек-қан тамыры ауруының жалпы қауіп қатерін ескеру қажеттілігі айтылған. Себебі артериалды гипертониясы бар

науқастардың көбінде оқшауланған АҚ көтерілуі байқалған, науқастардың басым көпшілігінде жүрек-қан тамыры қауіп факторының қосалқы түрлері де кездеседі.

Атаулы ұсыныстарда жоғары дәрежедегі қауіптер қарастырылды, жүрек-қан тамырына шалдыққан науқастарды сауықтырудың мәселесін бөлек талқыға алу керектігі айтылды. Негізгі клиникалық өлшемдеріне қарай қауіп стратификациясында қолданатын қауіп факторлары (демографиялық, антропометриялық, ЖҚТА ертерек байқалатын отбасылық анамнезі, АҚ, темекі шегу, глюкоза мен липидтедің көрсеткіші), ағзалардың зақымдалуы, қант диабетіне шалдығуы және 2003 жылдың ұсынысындағы клиникалық жағдайы, 1-кестеге назар аударыңыз.

Тіпті өмір салтына енгізілген кішкентай өзгерістер жүрек пен қан тамырларының ерте қартаюын баяулатуы мүмкін. Салауатты өмір салтын бастау ешқашан кеш емес. Адамда ЖИА белгілері пайда болғаннан кейін қауіп факторлары аурудың дамуына ықпал етіп, болжамды нашарлатады, сондықтан оларды түзету емдеу тактикасының ажырамас бөлігі болуы керек.

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі

1. Подольский А.И. Жүрек-тамыр аурулары. Кардиологтың жазбалары / А.и. Подольский, О. А. Идобаева, Л. А. Идобаев. - М.: Каро, 2019. - 272 б.
2. ЕмельяноваЕ.В.Кардиолог. - М.: Генезис, 2015. - 478 б.
3. Башкирова Н. А. Қазіргі кардиология. - М.: Ғылым және техника, 2015. - 240 б.
4. Шалько Е. А. Жүрек-қан тамырлары аурулары / Елена Шалько. - М.: LAP Lambert академиялық баспасы, 2018. - 148 б.

ПРОФИЛАКТИКА БОЛЕЗНЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Самкенова Балжан, Кусаинова Аружан

Научный руководитель: Жуканова А.С.

Учреждение образования высший медицинский колледж «Авиценна»,

asem.23.08.91@mail.ru

г. Семей, Республика Казахстан

Аннотация.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) — основная причина смертности среди населения трудоспособного возраста. Лица с симптомами заболевания ИБС и АГ образуют группу наивысшего риска развития осложнений и смерти от ССЗ.

Профилактика заболеваний — это мероприятия, направленные не только на предупреждение заболевания (иммунизация, борьба с переносчиками болезней или кампания по борьбе с курением), но и на то, чтобы сдержать его развитие и уменьшить его последствия после установления факта заболевания. Исходя из этого определения, в профилактике заболеваний ВОЗ предлагает выделять три стратегии:

1. Массовая профилактика — мероприятия, направленные на повышение образовательного уровня населения, формирование у людей установки на здоровый образ жизни и создание условий для его реализации. Это, в первую очередь, государственная политика по охране здоровья населения, экономическая политика, а также система средств массовой информации.

2. Выявление лиц с высоким уровнем риска развития болезни и коррекция факторов риска. Эти мероприятия являются сугубо медицинскими и требуют не только проведения массовых профилактических обследований, но и специальной подготовки медицинского персонала по методам оздоровления и индивидуальной профилактики.

3. Вторичная профилактика — выявление, лечение и реабилитация больных.

В повседневные задачи медицинских работников входит не только эффективное лечение больных с уже имеющейся патологией, которое обеспечивает профилактику осложнений, но и раннее выявление «здоровых пациентов», имеющих факторы риска и планирование на этой основе профилактических мероприятий. Неотъемлемой частью мероприятий по профилактике ССО должно стать повышение образовательного уровня пациентов.

Гипертония и гиперлипидемия — два ключевых фактора риска развития ССЗ. Поэтому профилактика заболеваний сердечно-сосудистой системы включает стратегии по снижению артериального давления и уровня липидов в

крови. Профилактика может быть первичной (немедикаментозной) и вторичной (медикаментозной). Заболевания сердца и кровеносных сосудов — основная причина летальных исходов во всем мире, в том числе и в развитых странах. При внимательном отношении к своему здоровью и своевременной профилактике риск смертности снижается на 50 %.

Патология сердца и сосудов имеет не только медицинский, но и социальный аспект. В последние десятилетия отмечается значительное «омоложение» сердечно-сосудистой патологии, которую уже не называют «болезнью пожилого возраста». Чаще среди больных встречаются лица не только зрелого, но и молодого возраста. По статистическим данным, среди детей число случаев приобретенной патологии сердца возросло до десяти раз. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний по данным Всемирной организации здравоохранения достигает 31% от всех смертей в мире, на долю ишемической болезни и инсультов приходится более половины случаев. Распространению ССЗ мы во многом обязаны современному образу жизни, характеру питания, недостатку движений и вредным привычкам, поэтому сегодня активно внедряются всевозможные профилактические программы, направленные на информирование населения о факторах риска и способах предупреждения патологии сердца и сосудов [5, с.16].

Первичная профилактика сердечных заболеваний у мужчин и женщин направлена на предупреждение патологии и создание оптимальных условий для нормального функционирования сердечно-сосудистой системы.

Следующие факторы повышают риск заболевания:

- высокий холестерин в крови;
- повышенное АД;
- курение, алкоголь;
- слабая физическая деятельность;
- лишний вес;
- чрезмерные физические и психологические нагрузки.

Сахарный диабет представляет собой самостоятельный фактор риска. Первичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний включает следующие диагностические методы:

- лабораторные анализы (генетические анализы, анализы крови на биохимию);
- инструментальная диагностика (ЭКГ, УЗИ, УЗДГ, СМАД, МРТ ил КТ и пр.).

Укрепить сердечно-сосудистую систему поможет климатотерапия. Дозированное использование климатических условий в оздоровительных целях оказывает тренирующий, закаливающий и реабилитационный эффекты на сосуды и сердце:

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-алеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

V. Салауатты өмір салтын қалыптастыру және жүргізде тұрғындардың жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының алдын алу сауаттылық деңгейін көтеру./

Профилактика болезней сердечно – сосудистой системы и повышение грамотности населения в формировании и ведении здорового образа жизни..

- гелеотерапия (солнечные ванны);
- аэротерапия (воздухолечение);
- спелеотерапия (пещерное лечение);
- талассотерапия (совокупность влияния морских факторов на организм: грязи, вода, водоросли и пр.).

Роль медсестры в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний является важной. Медсестры помогают:

- преодолеть пациентам барьеры на пути профилактики сердечно-сосудистых заболеваний — нежелание лечиться, недоверие традиционной медицине и пр.;

- оценить уровень дефицита знаний о профилактике и лечении сосудистых патологий у пациентов;

- проводить анкетирование граждан, находящихся в группе риска.

Кроме того, медперсонал проводит:

- беседы по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний;
- распространение памяток, листовок и буклетов по предупреждению сосудистых патологий;

- скрининговые программы для профилактики сердечно-сосудистых болезней;

- горячую линию по вопросам профилактики и лечения сосудистых заболеваний. [2, с.88].

Самый эффективный метод профилактики, по мнению всех специалистов – это здоровый образ жизни, который заключается в следующем:

- Правильное питание. Исключение из рациона жирной, жареной, соленой пищи и алкоголя уменьшает риск возникновения заболеваний сердца и сосудов в несколько раз. Питание должно быть сбалансированным, включающим в себя необходимые витамины и минералы;

- Физические нагрузки. Регулярные занятия спортом способствуют укреплению сердечной мышцы. Однако перед началом занятий необходима консультация специалиста. Он поможет подобрать индивидуальную программу;

- Отказ от курения. Учеными доказано, что заболевания сердца у курильщиков возникают в 2,5 раза чаще, чем у некурящих людей. Однако уже через 3 года после отказа от сигарет риск возникновения болезней сердечно-сосудистой системы значительно снижается;

- Избавление от стресса. Стресс – частое явление у современных людей. Несмотря на то, что он является естественной реакцией организма, частые и длительные стрессовые ситуации пагубно влияют на сердечно-сосудистую систему. Во время стресса сердце бьется быстрее, при этом возникает сужение сосудов, повышается артериальное давление. Сердечная мышца изнашивается

быстрее, из-за чего состояние здоровья человека значительно ухудшается [4, с.88].

Обследование, как профилактика риска сердечно-сосудистых заболеваний:

- Артериальное давление, уровень холестерина и сахара в крови – показатели, которые необходимо контролировать регулярно. Это позволит вовремя заметить любые изменения и принять меры по их устранению. Ежегодно следует проверять сердечно-сосудистую систему с помощью современных методов:

- УЗИ сердца и сосудов;
- ЭКГ;
- МРТ (магниторезонансной томографии) [1, с.116].

Чем больше у человека факторов риска (лишний вес, сопутствующие заболевания и т.д.), тем чаще должно проводиться обследование.

Список использованных источников

1. Береславская Е. Б. Заболевания сердечно-сосудистой системы. Современный взгляд на лечение и профилактику / Е.Б. Береславская. - М.: ИГ "Весь", 2018. - 192 с.
2. Малышева Н. С. Лечебные диеты при сердечно-сосудистых заболеваниях / Н.С. Малышева. - Москва: Мир, 2017. - 128 с.
3. Песонина, С. П. Гомеотерапия заболеваний сердечно-сосудистой системы. Общие патологические синдромы в кардиологии и их коррекция / С.П. Песонина. - М.: Центр гомеопатии, 2019. - 256 с.
4. Смирнов-Каменский Е. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний / Е. Смирнов-Каменский. - Москва: СИНТЕГ, 2019. - 152 с.

"ХРУПКИЕ ЖИЗНИ СТИВЕНА УЭСТАБИ. ИСТОРИИ КАРДИОХИРУРГА О ПРОФЕССИИ, ГДЕ НЕТ МЕСТА СОМНЕНИЯМ И СТРАХУ"

Автор: Адилова Шахназа

Руководитель НИРС: Кисанова Н.К. преподаватель валеологии
КГП на ПХВ «Высший Медицинский Колледж» shakha07122list.ru
г. Алматы, Казахстан

Аннотация

Доктор Уэстаби пишет обо всем, что составляет саму суть кардиохирургии: о полном погружении врача в работу, о коллегах, об ответственности, о том, как порой сложно сохранить отстраненный и практичный взгляд на происходящее. Иногда нужно переселить себя, чтобы действовать уверенно и профессионально. Иногда нужно сделать разрез, чтобы спасти. [1 – прямая аннотация к книге] Данная книга прекрасно передает переживания и то, с чем сталкивается медицинский специалист каждый день. То, что и медики тоже люди... И я хотела бы данной работой показать насколько тонка и кропотлива работа человека в белом халате.

Введение

Работа кардиохирургов — сложная, опасная, ответственная и невероятно интересная. Волнительно не только услышать, что операция прошла успешно для твоего родного человека или друга, но и читать волнующе даже про незнакомых тебе людей. Именно об этом всем вам и предстоит прочитать в книге Стивена Уэстаби «Хрупкие жизни. Истории кардиохирурга о профессии, где нет места сомнениям и страху».

Думаете, так легко после обучения начать делать операции? А как вообще пережить смерть своего первого пациента? Стивен Уэстаби рассуждает обо всех аспектах своей деятельности: о пациентах, болезнях, процессе операций, инструментах, оборудовании.

Врачебные ошибки случаются в такой профессии, но чаще всего пациент погибает не от дрожащих рук хирурга, а из-за того, что он изначально был сильно болен. Автор говорит о человеческом пренебрежении к своему здоровью, которое и приводит к печальным последствиям.

Еще один важный момент — Стивен Уэстаби говорит о том, что нужно относиться хладнокровно к своим пациентам, не переживать за их проблемы, чтобы просто рука не дернулась во время операции. Нужно к ним относиться как к людям, которым просто нужна операция, как к проекту, не привязываясь к ним. Но это у писателя очень сложно получается. В каждой строчке можно увидеть то, с какой теплотой он относится к тем, кто доверил ему свое сердце.

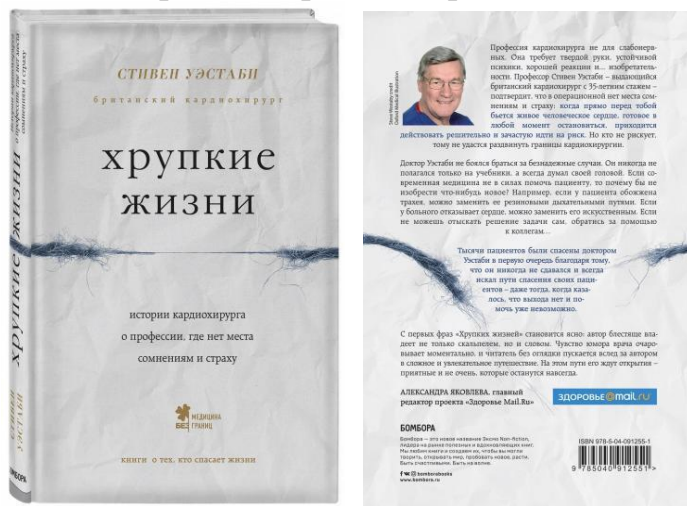
В книге «Хрупкие жизни» будет много душещипательных историй. Автору пришлось делать операцию беременной женщине. Для врачей ее ребенок

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-алеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

V. Салауатты өмір салтын қалыптастыру және жүргізде тұрғындардың жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының алдын алу сауаттылық деңгейін көтеру./

Профилактика болезней сердечно – сосудистой системы и повышение грамотности населения в формировании и ведении здорового образа жизни..

— плод, а для нее первый и уже любимый малыш. Врачу пришлось пообещать, что он сохранит сразу две жизни. И вот в момент, когда ребенок рождается, здоровый, розовощекий и пухлый карапуз, трудно сдержат слезы. Причем всем: кто делал операцию, принимал роды, и даже читателю. [2]



Отрывок целой врачебной жизни

«Тончайшая грань отделяет жизнь от смерти, победу от поражения, надежду от отчаяния – чуть больше мертвых клеток мышечной ткани, чуть выше концентрация молочной кислоты в крови, чуть сильнее отек мозга. Старуха с косой дышит в затылок каждому хирургу, а смертный приговор всегда окончателен и бесповоротен. Второго шанса никто не даст. [3 – 3 стр.]»

Анализ

В данной книге мы можем наглядно наблюдать насколько кропотлив труд хирурга, тем более того, кто оперирует на источнике человеческой жизни – сердце.

К тому же доктор Уэстаби знакомит нас с финансовой стороной оказания содействия по сохранению здоровья: как порой бывает тяжело заполучить донорское сердце, пробрести новый аппарат искусственного сердца.

Также читатель может проникнуться чертой врача, которая так теплит сердце – его самоотверженность и настоящая любовь к каждому своему пациенту. А как же иначе оставаться хорошим врачом, если не любить жизнь людей и не быть благодарным за каждый день, вдох и выдох, утро и ночь? Врач, по моему мнению, тот человек, который любя жизнь, чувствуя каждую ее струну стремится одарить таким же даром и своих пациентов, вернуть им веру в себя и поднять давно опущенные или опускающиеся руки.

Мы можем видеть, как кардиохирург справляется с моментами тяжести своей работы, с необходимостью жертвовать семейным времени во имя спасения жизни, как его работа неизбежно сыграет роль в развитии профессиональных болезней у мистера Уэстаби.

В предыдущем отрывке мы можем заметить, как строго и серьезно относится специалист к своей работе, как горячо он ее любит и как бывает страшится будущего будучи лишь юным студентом медицинского факультета Оксфорда.

Любимые моменты

Отчетливее всего, из всех ярчайших моментов книги, мне вспоминается тот, в котором врач говорит о том, как он шел на первую операцию. Как он провел трубку в сапоги – реликвии предшествующего хирурга, чтобы не отлучаться в уборную, как его хирург – наставник не пришел на эту операцию и как молодому Стивену Уэстаби не сказали, что это повторная операция на сердце у пожилой женщины, и как он чуть не потерял своего первого пациента, если бы не его опытная медсестра...

Или же когда он оперирует молодую мать с воспалением в сердце, которое возникло в силу ее специфического рода деятельности, а еще когда он оперирует ребенка в Африке, и как его юная мать не в силах стерпеть угрозу утраты своего дитя решается остановить оба сердца – и свое, и ребенка, ступив в воздушное пространство с высоты...

Или же это все – таки тот момент, как врач описывает свои отношения с друзьями – коллегами, как он бежит с матча своего ребенка на операцию со всех ног лишь бы спасти еще одну ХРУПКУЮ ЖИЗНЬ...

Так много моментов, настоящих алмазов, которые так искусно показывают дар клинического мышления, изобретательности, находчивости, выдержки и ежесекундной расчетливой продуктивности...

«Как известно, Вуди Аллен любил говорить: «Мозг – мой второй любимый орган». У меня же аналогичная тяга к сердцу. Мне нравится наблюдать за ним, останавливать его, приводить в порядок, а затем снова запускать, подобно автослесарю, ковыряющемуся в двигателе под капотом автомобиля. Стоило мне только разобраться, как оно устроено, и дальше все пошло как по маслу. В конце концов, в юности я занимался живописью, и мне оставалось лишь сменить кисти и холст на скальпель и человеческую плоть. Кардиохирургия стала для меня скорее хобби, чем работой. Она приносила мне сплошное удовольствие, а у меня к этому делу оказался настоящий талант.

Мой карьерный путь был на удивление хаотичным: замкнутый школьник стал на редкость открытым и общительным студентом-медиком, а пришедший ему на смену крайне амбициозный молодой врач превратился в итоге в сдержанного хирурга-первооткрывателя и учителя. На протяжении всего пути меня не раз спрашивали, чем же кардиохирургия так сильно привлекает меня. (...)

» [4 – 2 стр.]

Заключение

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-алеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

V. Салауатты өмір салтын қалыптастыру және жүргізде тұрғындардың жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының алдын алу сауаттылық деңгейін көтеру./

Профилактика болезней сердечно – сосудистой системы и повышение грамотности населения в формировании и ведении здорового образа жизни..

Данная книга написана великим кардиохирургом, который во что бы то ни стало ставит во главе угла помощь людям. Он мастерски орудует скальпелем, а также и фибрами души, направляя точно в сторону добродетели и нравственности. Мистер Уэстаби стал моим примером для подражания, и я бесконечно ему за это благодарна. Он показал мне, что в каждой профессии есть свои трудности, и чтобы решить их необходимо держать себя уверенно и приобрести нестигаемый прочный стержень воли и смелости.

Сердечно благодарю Вас, доктор Стивен Уэстаби, что помогли и не раз в трудный переломный момент сделать глубокий вдох, все переосмыслить и пойти дальше по этому столь тернистому и нелегкому пути!

[1] <https://www.labirint.ru/books/625849/>

[2] <https://knigogo.net>

[3] Ст. Уэстаби «Хрупкие жизни», гл. Эфирный купол

[4] Ст. Уэстаби «Хрупкие жизни», предисловие от автора

[5] Ст. Уэстаби «Хрупкие жизни», предисловие рецензента

ТӨЛЕБИ АУДАНЫНДАҒЫ ЖАСӨСПІРІМДЕР АРАСЫНДАҒЫ ЖҮРЕК

АҚАУ АУРУЛАРЫНЫҢ АЛДЫН АЛУ

Абдыр Балнұр Саятқызы-VI курс студенті

Жет:Туртаева Зинакул Қалиқызы

«Мейір-Бейс» жоғары медициналық колледж,

med-lenger@mail.ru ҚР Түркістан обл. Ленгер қ

Аннотация

Жүрек қан тамыр жүйесінің аурулары елімізде жасөспірімдер арасында бірінші орынға шығып отыр.Бұл зерттеу жұмысымның өзектілігі Төлеби ауданындағы жасөспірімдер арасындағы жиі кездесетін жүрек ақау ауруларының алдын алу шаралары

Аннотация

Заболевания сердечно-сосудистой системы занимает первое место среди юношей в стране.Актуальность моей работы это исследование часто встречающихся болезней сердца среди подростков, меры предупреждения брака Төлебийского района

Annotation

Diseases of the cardiovascular system ranks first among young men in the country.The relevance of my work is the study of common heart diseases among adolescents, measures to prevent marriage in the Tolebi district

Мақсаты:

- Жасөспірімдер арасындағы туа пайда болған жүрек ақау ауруларын алдын алу
- Жас отбасыларға алдын алу мақсатта сесебін және күресу тәсілдерін насихаттау

Міндеттері:

- Интернет желілерінен, журналдардан, зерттеулер мұрағаттардан, Төлеби аудандық кардиолг мамандарынан мәлімет жинақтау
- Эстетикалық талап, жасөспірімдер арасындағы туа біткен жүрек ақау ауруларын азайту

Кіріспе

Дүние дүзілік санаққа қарағанда соңғы кезде жүрек қан тамырлары аурулары халық арасында жиі кездесе бастады. Адам өлімінің 30-36% осы жүрек ауруынан болып отыр.Гипертония(қан қысымының артуы), атеросклероз(қан тамыр қабырғаларының қатаюы), миокард инфаркты(жүрек бұлшық етінің елжіреуі) секілді қауіпті ауруларға айналды. Бұл аурулар бір жағынан миллиондаған адамдарды қазаға ұшыратса, екіншіден кейбірі жазылды дегендердің өздерін мүгедекке алып келеді

Жүректегі ауру екі түрлі жағдайда кездеседі. Оның біріншісі ұрық ана құрсағында дамып келе жатқанда (врожденный) пайда болатын жүрек ауруы. Аурудың бұл түрінде жүрек қақпақшалары мен аралық перделерде ақау пайда

болады. Бала дүниеге келгеннен кейін ол аурулар өздерін түрлі жағдайларда білдіртеді. Егер баланың жүрегінде ақаудың бірнеше түрі қабаттасып келсе, оның денесіне қан дұрыс тарамайды. Жүрек ақауының ауыр түрінде бала сәл қимылдаса, ойнаса болды ендігіп талып қала беретін болады. Бет-аузы, ерні, қол-аяғы көгереді. Жүрегі қатты соғып аузына тығылады. Медицина тілінде ақаудың бұл түрін *синий порок* дейді. Іштен туған жүрек ақауын, әсіресе көк ақауды (синий порокты) операциясыз, дәрі-дәрмекпен емдеу мүмкін емес. Уақытты созбай жеделдеп кардиолог мамандар көмегіне жүгіну.

Ақаудың екінші түрі бала сау туса, өмірде кездесетін түрлі сырқаттын салдарынан пайда болады. Ақаудың бұл түрі практикада жас өспірімдер мен ересектерде жиірек кездеседі. *Жүрек ақауының белгілері* : күтпеген жерден сапсау адамның жүрегі шапшаң соғады, шаншып ауырады, ендігеді.

Ревматизм және басқа да жұқпалы аурулар жете емделмей, асқынғанда жүректе екі түрлі ақау пайда болады. Алдымен жүрекше мен қарынша арасындағы тесіктердің жиектері қабынады, олар ісініп жуандайды. Ақырында жүрекше мен қарынша арасындары тесікті тарылтады. Тар тесіктен қан өте баяу өтетін болады. Денеден келген қан жүрекшеде іркіліп қалады да, оны кернеп ауыр халге ұшыратады. Сөйтіп жүрек тесігін жауып тұратын қақпақшаның жиегі қабынады. Соның нәтижесінде қақпақша жиегі бүрісіп кішірейеді.

Ана құрсағынан берілетін жүрек ақау ауру себептері

Біз ұрықтың даму ақауларының себептерін сенімді түрде білмейміз. Біз тек кейбір факторлардың әсерін қабылдай аламыз:

- Хромосомалық ауытқулар - гендік материалдағы құрылымдық немесе сандық өзгерістер. Аналық және әкелік жасушалардың екеуі де ақаулы болуы мүмкін. Бірінші рет пайда болған тұқым қуалайтын ақаулық та, мутация да мүмкін. Ата-анасы сау болса да, қандай да бір себептермен бір репродуктивті жасушада ақау пайда болады.
- Сыртқы тератогендердің әсері. Токсиндермен үнемі байланыс қауіпті, әсіресе 1 триместрде. Бояу және лак жасау саласында жұмыс істейтін әйелдерде ультрадыбыстық зерттеу кезінде ұрықтың туа біткен жүрек ақауын анықтаймыз. Бірінші триместрде кейбір дәрі-дәрмектерді қабылдау (эпилепсияға қарсы препараттар, Ибупрофен, литий препараттары және басқалары) бірдей салдарға әкелуі мүмкін. Экологиялық қолайсыз аймақта тұратын А дәруменінің, иондаушы сәулеленудің артық болуы қауіпті.
- Жатыршілік инфекциялар. Бұл, ең алдымен, қызамық - дененің алғашқы инфекциясы кезінде ұрықтың жүрек ақаулары, көзге және есту мүшесіне зақым келеді. Тұмау және цитомегаловирус, кез-келген температуралық вирустық инфекция жүктіліктің бірінші триместрінде қауіпті.
- Ана факторлары. Балаларда АҚЖ даму қауіпі ауыр акушерлік анамнезбен жоғары. Бұрын, егер 13-24 аптада түсік түсу болған болса, бұл әрдайым үрей

тудырады - бұл диагноз қойылмаған ақаудың салдары болуы мүмкін. Анасының алкогольді қабылдауы, темекі шегу болашақ балаға қауіп төндіреді. Босану кезінде, 35 жастан бастап және қант диабетімен ауыратын әйелдерде бала туылу ықтималдығы жоғары.

- Отбасылық факторлар. Сәбидің әкесінің есірткіні қолдануы СНД даму қаупін арттырады. Жаңа туған нәресте мен ұрықта жүрек ауруының себептері мен салдарын білу өте маңызды, бірақ көбінесе қандай фактор шешуші болғанын нақты айту мүмкін емес. Ақаудың пайда болуына нақты не себеп болғанын іздеу мүмкін емес. Анасы бас ауруы үшін қабылдаған Ибупрофен таблеткасы өліммен аяқталды ма, әлде ауру «ұсталған» вирустың әсерінен болды ма? Біз тек барлық жағымсыз факторларды болжап, алып тастауға тырысамыз. Сәбидің жүрек ақауымен туылу ықтималдығын төмендету белгілі бір дәрежеде болашақ ананың өз денсаулығына деген қарым-қатынасы көмектеседі:

- Ағзаның қорғаныс күштерін нығайту. Инфекциялардың жұғуын алдын алу іштегі нәрестенің ішкі ағзаларының дамуының ауытқу қаупін айтарлықтай төмендетеді;
 - Жаман әдеттерден толығымен бас тарту;
 - Жүктіліктің соңына дейін дәрігердің бақылауында болу;
- Иммундық жүйесі жақсы дамыған балаларда жүре пайда болатын ақаулар сирек пайда болады. Бұл дегеніміз – баланы туған сәтінен бастап пайдалы және дәрумендерге бай тағамдармен тамақтандыру керек.

Жүрек ақау ауру (порох сердца) алдын алу жолдары

Алғашқы профилактика - жүрек ақаулығы бар баланың туылуына әкелуі мүмкін барлық факторларды жою. Ол үшін ұсынылады:

- Жүктіліктің алдында болашақ қызға қызамыққа қарсы вакцина егіңіз! Бұл ауру ұрықта ауыр СНД пайда болуына әкелетіні дәлелденген. Сіз вакцинациядан кейін 3 айдан кейін жүктілікті жоспарлай аласыз.
- Имунитетті көтеріңіз! Бірінші триместрде инфекцияларға бейімділік артады. Имунитетті күшейту туралы уақытында қамқорлық қажет. Диетаны қадағалау, қыста және көктемде витаминдер қабылдау маңызды.
- Сақ болыңыз! Өзін-өзі емдеуден аулақ болыңыз және медициналық көмекке жүгініңіз. Болашақ аналарға көптеген дәрі-дәрмектерге тыйым салынады: олар ұрықтың ауытқуын тудыруы мүмкін.
- Жаман әдеттерден бас тарту. Жүктілікті жоспарлау кезінде темекі шегуге және алкогольді асыра пайдалануға болмайды.
- Емделіңіз! Қант диабеті мен әйелдегі семіздік ұрықта жүрек ақауларының даму қаупін арттырады. Баланы босанар алдында салмақ жоғалтып, қандағы қантты бақылауды үйрену керек.

Екінші профилактика жүктілік кезінде жүзеге асырылады. СНД пайда болуының алдын алу енді мүмкін емес, бірақ оларды жүктіліктің бірінші

жартысында - 20-22 аптаға дейін анықтауға болады. Мұны істеу үшін әйел белгіленген уақытқа дейін пренатальды ультрадыбыстық скринингтен өтуі керек:12-14 апта;18-21 апта. Ультрадыбыстық барлық пациенттерге ерекше жағдайсыз жасалады, бірақ ерекше тәуекел тобы бар - балалары СҚА-мен ауыратындар. Бұл бірінші триместрде вирустық инфекцияны жұқтырған, диабеттік және семіздікке шалдыққан, алғашқы сатысында заңсыз есірткі қабылдаған және жасы 35-тен асқан әйелдер. Олар ультрадыбыстықтан бас тартпауы керек - жатырдағы жүрек ақауларын диагностикалаудың жылдам және қауіпсіз әдісі.

Ұрықтың СНД хромосомалық аномалиямен жиі үйлесетінін есте ұстаған жөн, сондықтан генетикалық консультация және кариотиптеу қажет.

Ультрадыбыспен анықтағаннан кейін ол FECG диагнозын нақтылайды. Ұрықтың эхокардиографиясы мүлдем қауіпсіз әдіс болып саналады және жүктіліктің кез келген кезеңінде жасалады.

III Зерттеу жұмысы

Бұл зерттеу жұмысымда Төлеби аудандық ауруханасының балалар кардиологымен ШаравановВагид Ахмаджановичпен кездестік.

« Балалар арасындағы туа пайда болған жүрек ақау аурулары жеңіл және ауыр дәрежелі болып келеді. Ауыр дәрежесі: біріншіден кәмелет жасқа толмаған аналарда , әкісінен немесе анасынан берілуі мүмкін. Екіншіден I триместрде (Зай) анасы анемия , стрестік жағдайлар, тұмау т.б факторлардың әсер ету нәтижесінде туындайды. Жеңіл дәрежесі: анемиямен туылған балалар, мерзіміне жетпi туылған балаларда жиі кездеседі.

2010ж Жүрек ақау ауруымен туылатын балалар саны 1000-2000 балаға 2-3 шығатын, ал соңғы 5жылда 100 балаға 1-2ашығады. 2007жылы 30-40 баланы жүрек ақауымен есепке алатын болсам, кәзіргі таңда 150-200 баланы есепке алып отырамын. Соңғы жылдары жүрек ақауының ауыр түрлері (тетродофалодия, анамалия развития магистральный сасудтар) кездесіп жатыр.2010жылдары кардиохирургия енді ғана дамып келе жатқандықтан жүрек ақауымен туылған жасөспірімдерді Алматы , Нұр-Сұлтан қалаларына жіберетін едік. Қазіргі таңда кардиохирургия жақсы дамыған, жүрек ақауының ауыр түрлеріне диагноз қойып Шымкен қаласындағы Облыстық балалар ауруханасында емделеді.»- дейді кардиолог маман.

Жанашылдығы

-Жастар отау құру алдын медициналық тексеруден өту.

- Жүктілік жоспарлау алдын тексерілу қажет , уақытында акушер гинеколог қарауында болу.

- Профилактика - медициналық байқауды бастауыш сынып оқушыларынан анықтауды насихаттау

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-алеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

V. Салауатты өмір салтын қалыптастыру және жүргізде тұрғындардың жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының алдын алу сауаттылық деңгейін көтеру./

Профилактика болезней сердечно – сосудистой системы и повышение грамотности населения в формировании и ведении здорового образа жизни..

Г.Харди – Г.Вайнберг формуласы бойынша Төлеби аудандық жасөспірімдерде кездесетін жүрек ақау ауруларының жиілігін анықтау;

Төлеби аудандық Көксәйек орталық перзентханасында 2008жылы 1241 бала өмірге келген. 1241 баланың 30-ында рецессивті белгісі бар ауру байқалған.

Оның генотипі **aa** болады. **Харди-Вайнберг заңын** пайдаланып популяцияның генотип жиілігін анықта

$$\underline{Vg = 30 : 1241 = V0,024}$$

$$\underline{g = g^2 = V0,024 = 0,3}$$

$$\underline{ga + pA = 1 \text{ немесе } pA = 1 - gA}$$

$$\underline{pA = 1 - 0,3 = 0,7}$$

$$\underline{AA = p^2 = (0,7)^2 = 0,49\%}$$

$$\underline{Aa = 2pg = 2 * 0,3 * 0,7 = 0,42\%}$$

$$\underline{aa = 2g^2 = 2 * (0,3)^2 = 0,49\%}$$

$$\underline{AA = aa}$$

$$\underline{p(A) = 0,49 \text{ q(a)} = 0,49 \text{ тұрақты}}$$

Жүргізілген зерттеудің нәтижесінде Төлеби ауданындағы жүрек ақау аурумен ауырған жасөспірімдердің генотип жиілігін Харди-Вайнберг заңын пайдалана есептер шығарылды. Ауданда қанша ауру байқалса да табиғатта заңдылық сақталады

Пайдаланылған әдебиеттер:

- 1) «Дәрігерлік кеңес» Е.Оразақов.1967жыл Алма-ата.
- 2) «Жүрегіңіз ауырмасын» Е.Рақышев 2020жыл
- 3) Сердечно-сосудистое заболевания москва «Медицина» 1987жыл
- 4) Адам анатомиясы Әмина Кузенбаева Алматы 2014жыл

ЖҮРЕК-ҚАН ТАМЫР ЖҮЙЕСІ АУРУЛАРЫНЫҢ АЛДЫН АЛУ ЖӘНЕ САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУ МЕН САҚТАУДА ХАЛЫҚТЫҢ САУАТТЫЛЫҒЫН АРТТЫРУ

Гуломов Валижон Акбарджанович

Ғылыми жетекші: Кулсеитова Г.А.

«Арыстанбаб» жоғары колледжі arslan5309@mail.ru

Түркістан облысы, Сарыағаш қаласы

XXI ғасырдың басындағы ғылыми медицина мен практикалық денсаулық сақтаудың ең өзекті мәселелерінің бірі қан айналымы жүйесінің аурулары (ҚЖА) болып табылады. Бұл аурулар әлемнің көптеген экономикалық дамыған елдерінде өлімнің барлық себептері арасында жетекші орын алады. Көптеген эпидемиологиялық зерттеулер көрсеткендей, жүрек-тамыр аурулары әртүрлі қауіп факторларының нәтижесінде пайда болады. Егер олардың кейбіреулері (тұқым қуалаушылық, жас) өзгермесе, әдеттер мен өмір салтын өзгерту арқылы басқа факторларды болдырмауға болады. Біздің елімізде де қан айналым жүйесінің аурулары өлімнің басты себебі болып табылады. ЖИА-дан болатын өлім-жітімнің 50% - ға төмендеуі қауіп факторларына әсер етумен және емдеудің жақсаруымен тек 40% - ға байланысты.

ҚЖА алдын алу бұл ҚЖА және онымен байланысты мүгедектіктің әсерін жоюға немесе азайтуға бағытталған қоғамдық және жеке деңгейдегі үйлестірілген кешен. Алдын алу шаралары туғаннан бастап қартайғанға дейін өмір бойы жүргізілуі керек.

Алдын алудың негізгі стратегиялары:

Популяциялық: өмір салтын, қоршаған орта жағдайды өзгерту, салауатты өмір салтын насихаттау;

Қауіптілігі жоғары стратегиясы: ҚЖА қауіп факторларының деңгейін төмендетуге бағытталған алдын алу шаралары. Алдын алудың бұл бағыттары бір-бірін толықтыруы керек.

ЖҚА алдын алу шараларын екі топқа бөлуге болады:

Біріншілік профилактика еңбек пен демалудың ұтымды режимін, физикалық белсенділікті арттыруды, ас тұзын шектеуді, алкоголь мен темекі шегуден бас тартуды, тағамның калориясын және дене салмағын төмендетуді қамтиды. Шын мәнінде, бұл адамның ұтымды өмір сүру жағдайларын сақтауға мүмкіндік беретін алғашқы алдын-алу шаралардың бірі.

Екіншілік (дәрі-дәрмектік және дәрі-дәрмектік емес) **профилактика** аурулардың қайталануын алдын алу, қауіп факторлары бар адамдарда асқынулардың пайда болуын болдырмау, осы аурулардан сырқаттанушылық пен өлім-жітімді азайту, пациенттердің өмір сүру сапасын жақсарту мақсатында ҚЖА бар науқастар тобы сараланып жүргізіледі.

ДДҰ мәліметтері бойынша кенеттен қайтыс болу қауіпіне үш негізгі қауіп факторы үлкен үлес қосады: артериялық гипертензия, гиперхолестеринемия (дислипидемия) және темекі шегу.

ЖҚА қауіп факторларын жіктеу:

Биологиялық (өзгертілмейтін) факторлар:

- Жасы, жынысы, тұқым қуалаушылық (туыстарында ЖҚА ерте дамуы), дислипидемияның, гипертензияның, глюкозаға, қант диабетіне және семіздікке төзімділіктің туындауына ықпал ететін генетикалық факторлар
- Анатомиялық, физиологиялық және метаболикалық (биохимиялық) ерекшеліктер:

дислипидемия, семіздік және дене майының таралу сипаты, қант диабеті.

Мінез-құлық (өзгертілетін) факторлар:

- Тамақтану әдеті, темекі шегу, қозғалыс белсенділігі, алкогольді ішу, стреске ұшырау.

Тіпті қауіп факторларының біреуінің болуы 50-69 жас аралығындағы ерлердің өлімін 3,5 есе, ал бірнеше факторлардың біріктірілген әсерін 5-7 есе арттырады. Осылайша, ЖҚА қауіп факторларына әсер ету үшін әр адам салауатты өмір салтын қалыптастыруға ынталандыруы керек.

Салауатты өмір салтын қалыптастыратын және қауіп қатер деңгейін төмендететін іс-шаралар:

1. Темекі шегуден бас тарту (Шылым шекпейтіндерге темекі шегуге арналған үй-жайларда болудан бас тарту (пассивті темекі шегу). Егер адам күніне 5 дана темекі шегетін болса - өлім қаупі 40% - ға артады, егер күніне бір қорап болса - 400% - ға, яғни 10 есе көп өлу мүмкіндігі бар.

2. Гипохолестерин диетасын ұстану: қаныққан майларды азайту (шошқа етінің майлы сорттарын тұтынуды, күркетауық етін азайту, холестерині төмен диетаға енгізу), дәнді дақылдарға, көкөністерге (күніне 5 порцияға дейін ұсынылады), жемістер мен балықтарға баса назар аудару. Жұмсақ маргарин, күнбағыс, жүгері, рапс немесе зәйтүн майын қолдану керек. Майлардың жалпы мөлшері жалпы энергетикалық құрамның 30% - ынан аспауы керек, ал қаныққан майлардың мөлшері барлық тұтынылатын майлардың 1/3 бөлігінен аспауы керек.

3. Ас тұзын тұтынуды күніне 5 г дейін азайтыңыз. "Жасырын" тұзы бар өнімдерді азайтыңыз: ысталған және қайнатылған шұжықтар, нан. Ғалымдардың зерттеулері көрсеткендей, егер сіз тұзды қолдануды шектесеңіз, миокард инфарктісі және басқа жүрек ауруларының қаупі 25% төмендеуі мүмкін. Калий мен магний бар тағамдарды (Теңіз орамжапырағы, мейіз, қызылша, өрік, цуккини, асқабақ, қарақұмық) пайдалануды арттыру өте пайдалы.

Рационалды тамақтану-бұл тұзды қабылдауды шектейтін теңдестірілген, тұрақты (күніне кемінде 4 рет) тамақтану.

4. Артық салмақты азайтыңыз. Артық салмақ жүректің ишемиялық ауруы мен атеросклерозға байланысты басқа аурулардың қауіпін арттырады. Халықтың 12% - дан астамы өз салмағын мүлдем білмейтініне назар аударады. Артық дене салмағының таралуы жасына қарай артады. Салмағыңызды бағалау үшін дене салмағының индексін $ДСИ = \text{салмақ (кг)} / \text{бойы (биіктік)} (м^2)$ анықтайтын қарапайым формуланы қолданыңыз.

ДСИ -24,9 дейін бұл қалыпты дене салмағы;

25-29, 9 – артық салмақ;

30-34, 9-I дәрежелі семіздік;

35-39, 9-II дәрежелі семіздік;

40 және одан көп – III дәрежелі семіздік.

Сонымен қатар, іште май жиналған кезде Орталық семіздік (еркек түрі) қауіпті. Орталық семіздіктің болуын бел шеңберімен (БШ) және бел шеңберінің жамбас шеңберіне қатынасы арқылы бағалауға болады. Ерлерде ЖҚА қауіпін 94 см - ден асады, әсіресе шеңбері 102 см-ден жоғары, әйелдерде сәйкесінше 80 см-ден және 88 см-ден асады. Бел шеңберінің жамбас шеңберіне қатынасы ерлерде 1,0-ден жоғары, ал әйелдерде 0,85-тен жоғары-семіздіктің орталық түрінің дәл көрсеткіші < 102 см-ден бастап ерлер мен < 88 см-ден бастап және/немесе $ДСИ < 30$ кг/ м² бастап әйелдер үшін салмақ салмау ұсынылады.

Ерлер үшін бел шеңбері = 102 см және әйелдер үшін бел шеңбері = 88 см және/немесе $ДСИ = 30$ кг / м² дене салмағын төмендету ұсынылады.

5. Қан қысымын бақылаңыз. АҚ 140/90 мм.с. б. жоғары емес АҚ қалыпты деңгейін ұстап тұру.

6. Физикалық белсенділікті арттыру. Аптасына кемінде 150 минут орташа (жүру, жүзу, велосипед) дене белсенділігі (күніне 30 минуттан аптасына 5 рет) немесе аптасына 75 минут қарқынды дене белсенділігі немесе аралас белсенділікте болу қрек.

7. Липидтер алмасуының көрсеткіштерін бақылау. Жүрек қантамырның өте жоғары қауіпін бар пациенттерге тығыздығы төмен липопротеин холестеринінің мақсатты деңгейіне (ХС-ЛПНП) $< 1,8$ ммоль/л қол жеткізу немесе бастапқы көрсеткіш 1,8-3,5 ммоль/л (ESC, 2016) болса, оның кем дегенде 50% - ға азаюы ұсынылған.

Жүрек қантамырының жоғары қауіпін бар пациенттерге ХС-ЛПНП $< 2,6$ ммоль/л нысаналы деңгейіне қол жеткізу немесе егер бастапқы көрсеткіш 2,6-5,1 ммоль/л болса, оның кем дегенде 50%-ға азаюы ұсынылды.

8. Алкоголь қабылдауды шектеңіз. Ерлер үшін күніне 2 стандартты дозадан аз (1 доза - 12 г/18 мл этанол) және әйелдер үшін күніне 1 стандартты дозадан аз, бұл шамамен 330 мл сыраға немесе 150 мл шарапқа немесе 45 мл күшті сусынға сәйкес келеді.

9. Гликемияны бақылау. Гликирленген гемоглобин деңгейі $< 6-6,5\%$.

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-алеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

V. Салауатты өмір салтын қалыптастыру және жүргізде тұрғындардың жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының алдын алу сауаттылық деңгейін көтеру./

Профилактика болезней сердечно – сосудистой системы и повышение грамотности населения в формировании и ведении здорового образа жизни..

10. Ұзақ стресстік жағдайлардан аулақ болыңыз.

Тіпті өмір салтына енгізілген кішкентай өзгерістер жүрек пен қан тамырларының ерте қартаюын баяулатуы мүмкін. Салауатты өмір салтын бастау ешқашан кеш емес. Адамда ЖИА белгілері пайда болғаннан кейін қауіп факторлары аурудың дамуына ықпал етіп, болжамды нашарлатады, сондықтан оларды түзету емдеу тактикасының ажырамас бөлігі болуы керек.

САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУ ЖӘНЕ ЖҮРГІЗУДЕ ТҮРҒЫНДАРДЫҢ ЖҮРЕК - ҚАН ТАМЫР ЖҮЙЕСІ АУРУЛАРЫНЫҢ АЛДЫН АЛУ САУАТТЫЛЫҚ ДЕҢГЕЙІН КӨТЕРУ.

Алматы қаласының қоғамдық денсаулық сақтау басқармасы ШЖҚ КМК

«Жоғары медициналық колледжі»

Баяндамашы: Дәулетқызы Ақмаржан

«Мейіргер ісі» мамандығы, II-курс студенті

Ғылыми – жетекші: Ибраимова Жамиля Джумадиловна

Түйіндеме:

"Қазақстан-2050" ұзақ мерзімді стратегиясында әлемнің ең дамыған 30 елінің қатарына кіру стратегиялық мақсаты айқындалған болатын, осыған орай, бұл қазақстандықтардың күтілетін Салауатты өмір салтын қалыптастыру және жүрек - қан тамыр жүйесі ауруларының алдын алу сауаттылық деңгейін көтеру ұзақтығын (бұдан әрі – КӨҰ) дамыған мемлекеттердің орташа деңгейіне дейін жеткізуді де көздейді. Әлеуметтік саясаттың жаңа қағидаттарын – азаматтардың әлеуметтік кепілдіктері мен жеке жауапкершілігін іске асыруды қамтамасыз ету ұзақ мерзімді жеті басымдықтың жаңа бағыты ретінде әлемдегі ең жылдам дамып келе жатқан сапаның бірі екенін мейлінше үлкен көлемде қарастыру.

Аннотация:

Долгосрочная стратегия «Казахстан-2050» поставила стратегическую цель войти в число 30 наиболее развитых стран мира до среднего уровня государств. Максимальное рассмотрение новых принципов социальной политики - обеспечение реализации социальных гарантий и личной ответственности граждан как одного из наиболее быстрорастущих качеств в мире как новое направление из семи долгосрочных приоритетов.

Abstract:

The long-term strategy "Kazakhstan-2050" has set a strategic goal to become one of the 30 most developed countries in the world to the middle level of states. Maximum consideration of new principles of social policy - ensuring the implementation of social guarantees and personal responsibility of citizens as one of the fastest growing qualities in the world as a new direction of seven long-term priorities.

Ғылыми жұмыстың мақсаты:

Жобаның мақсаты – Елбасының “Қазақстан - 2030” жолдамасындағы ұзақ мерзімді басымдықтың бірі - “Қазақстан азаматтарының денсаулығы, білімі мен әл ауқаты” тармағында, азаматтарымыздың өз өмірінің аяғына дейін сай болуы және оларды қоршаған табиғи ортаның таза болуы үшін азаматтарымызды салауатты өмір салтына әзірлеу қажеттігі көрсетілген. Қазіргі таңда өз тәуелсіздігін алған егеменді еліміз осы бағытта жан-жақты дамыған, денсаулығы

мықты, салауатты өмір салтын мұрат тұтқан дара тұлғаларды тәрбиелеу басты талап етіп қойылғандылығын, Қазақстан азаматтарының денсаулығын нығайту, салауатты өмір салтын ынталандыру туралы елбасының жолдауын, егемендіктің кілтін ұстар жастардың болашағына апаратын, алтын сүрлеу екендігін көрсету.

Өзектілік:

Қазақстанда Жүрек-қан тамыры ауруларының алдын алу олардың дамуындағы қатер факторларын әлсіздендіруге немесе жоюға негізделеді. Рационалды тамақтану, дене салмағын қадағалау, көптеген жағдайда майлар мен көмірсуларды шамадан тыс қолданып, аз қимылдау салдарынан семіздікке ұшырайды, егер де осылай адамдар денсаулықтарына немқұрайлылық пенқараса салауатты өмір салты деген ұғым жоққа шығарылады, осылайша осы тақырып өзекті болып табылады.

Кіріспе

Салауатты өмір салтын ұстану - сәнді тенденция

Салауатты өмір салты - адам үшін аса маңызды, денсаулықпен тікелей байланысты құнды форма. Ол адам мәдинетінің бір бөлігі. Ал денсаулық адам бақытының негізгі бөлігі. Қоғамның болашағы әрбір адам денсаулығына байланысты. Денсаулыққа тек дененің сыртқы бүтіндігі ғана деп қарау ағаттық, жалпы алғанда оны организмнің жан-жақты дамуымен бүкіл қызметтердің жүзеге дұрыс асырылуы деп ұққан жөн. Бүгінгі таңда Қазақстанда күн тәртібінде тұрған әлеуметтік маңызы зор мәселенің бірі — халық денсаулығы. Келесі бір мәселе, адам баласының өз қолымен жасаған табиғат апаты. Бір мысал алайық, атом радиациясының кеселінен су кепті, жер тозаңға, тас күлге айналды, өсімдік өсуін тоқтатты. Ауа қозғалысы өзгергендіктен, жер бетіндегі тіршілік күн өткен сайын апатқа ұшырауда. Міне, тіршіліктің, болашақ жанды заттардың жер бетінен жойылу қаупінің негізі осында. Демек, денсаулықты сақтап, ұзақ өмір сүрудің бір-ақ жолы бар. Ол — салауатты өмір сүру салты.

Қазақстан Республикасының 2025 жылға дейінгі орта мерзімді стратегиялық даму жоспарында Қазақстан Республикасының Үкіметі БҰҰ-ның Тұрақты даму мақсаттарын (бұдан әрі – ТДМ) маңызды бағдар етіп айқындаған, онда үшінші мақсаты болып халықтың жақсы денсаулығы мен әл-ауқаты көрсетілген. Қазақстан 2012 жылы рейтингке қатысушы елдер арасында 111-позицияға ие болды, 2018 жылы 44-позицияға дейін көтерілді. Бұл көрсетілген кезеңде Қазақстанның денсаулық сақтау жүйесінің тиімділігі жоғарылағанын айғақтайды. Денсаулық сақтау жүйесін жақсарту үшін Қазақстан Үкіметінің бастамасы бойынша Экономикалық ынтымақтастық және даму ұйымы бірқатар ұсыныстар бере отырып, Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау жүйесіне шолу жүргізді, олар осы Бағдарламаны әзірлеу кезінде ескерілген Бұған қоса, бағалау негізінде Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы (бұдан әрі – ДДҰ) Қазақстан үшін қоғамдық денсаулық саласында, инфекциялық емес аурулармен

күрес бойынша, медициналық-санитариялық алғашқы көмек және басқа да бағыттар бойынша ұсынымдар Осы Бағдарлама Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2016 – 2019 жылдарға арналған алдыңғы бағдарламасының негізгі бағыттары мен түйінді жобаларының сабақтастығын қамтамасыз етеді.

Негізгі бөлім

а) Функциональді диагностикалық зерттеулердің жүрек-қан тамыр жүйесі ауруларының алдын-алудағы рөлі

Жүрек - Қан тамыр жүйесінің орталық ағзасы екі бөліктен тұрады: сол бөлігі - артериялық, оң бөлігі - веналық, ал жартылай бұлшықетті ағзаны көрсететін жүрек болып табылады. Жүректің әрбір бөлігі жүрекшеден, atrium cordis, және жүрек қарыншасынан, ventriculus cordis тұрады. Жүректің қанайналым ерекшелігі: артерия қан тамыры қанды жүректен мүшелерге жеткізеді. Ең үлкен артерия қан тамыры- қолқа, екіншісі- өкпе сабауы. Мүшенің артериясы артериолаларға тармақталып, капиллярларға жалғасады. Артерияның қабырғасы ішкі, орталық және сыртқы үш қабаттан тұрады. Артерия қан тамыры қанды жүректен мүшелерге жеткізеді. Вена қан тамыры арқылы қан мүшелерден жүрекке ағып келеді. Қан алдымен венуоллаларға одан мүшелердің ішіндегі майда венаға, одан ірі веналарға бірігеді. Денедегі барлық вена бірігіп жүреке құяды. Вена қан тамырларының қабырғасы үш қабатты. Бірақ олардың қабырғасы жұқа және серпімді талшықтары аз, ал ішкі қабатында қанды кері ағудан сақтайтын қақпақшалары болады. Жүрекше жүрекке қанды алып келетін тамырлардан қанды қабылдайды, ал қарыншалар бұл қанды жүректен оны алып кететін тамырларға жібереді. Қан айналу жүйесінің оң қарыншадан өкпе артериясымен басталып, сол жүрекшеде өкпе венасымен аяқталған бөлігін «қан айнарудың кіші шеңбері» деп, ал, қан айналу жүйесінің сол қарыншадан қолқамен басталып, оң жүрекшеде екі қуыс венамен аяқталған бөлігін «үлкен қан айналу шеңбері» деп атайды. Бұл жүйенің кіндігі-жүрек насос тәрізді қанды сығымдап қантамырларына айдайды да оның үздіксіз ағысқа айналуын қамтамасыз етеді. Жүрек тоқтап қалса, табиғи ырғағы бұзылса, қан дене тіршілігіне қажет мөлшерде тарамайды да, көптеген патологиялық бұзылыстарды шақырады...

Жүрек–қан тамыры аурулары (ЖҚА) жүрек және қан тамырлары аурулары тобын білдіреді, оған: **жүректің ишемиялық ауруы, бас-ми тамырларының ауруы, перифериялық артерия ауруы, ревмокардит, туа біткен жүрек ақауы, көктамыр тромбозы және өкпе эмболиясы, инфаркт пен инсульт жатады.**

– Жүректің ишемикалық ауруы – жүрек бұлшық етін қанмен қамтамасыз етіп отыратын қан тасымалдаушы тамырлардың зақымдалуы;

– Бас-ми қан тамырларының ауруы – миға қан тасымалдайтын тамырдың зақымдалуы;

- Перифериялық артерия ауруы – аяқ пен қолға қан тасымалдайтын қан тасымалдаушы тамырлардың ауруы;
 - Ревмокардит – стрептокок бактерияларының ревматикалық шабуылының нәтижесінде жүрек бұлшық еті мен жүрек клапанының зақымдалуы;
 - Туа біткен жүрек ақауы – баланың дүниеге келген шағынан жүрегінің деформациялануы;
 - Терең тамырлардың тромбозы және өкпе эмболиясы – жүрек пен өкпеге жететін қанды тасымалдайтын аяқ қан тамырларында қанның ұйып қалуы;
- Инфаркт пен инсульт, әдетте, жүрек пен миға баратын тамырлар бітеліп қалған кезде мазалайды.

Қазіргі таңда қанайналым жүйесінің аурулары, ісіктер, қант диабеті аурулары және тыныс алу ағзаларының аурулары сияқты инфекциялық емес аурулардың ауыртпалығы өсуде. Мидың қан айналымы нашарлайды, мидың клеткаларында оттегі жетіспеушілігі пайда болады. Жүректің, мидың қан тамырларының қысылуы инфаркт, инсульт сияқты ауыр жағдайға алып келуі мүмкін, немесе жүректің ишемиялық ауруы, гипертония, асқазан жарасы сияқты созылмалы ауруларға ұшыратады. Халықтың денсаулығына сыртқы қауіп-қатердің ішінде ауаның техногендік ластануы және климаттың өзгеруі аса өзекті мәселе. Салауатты өмір салты - бұл ең әуелі денсаулықты сақтауға және нығайтуға бағытталған сауықтыру жолындағы белсенді іс-әрекет. Адамның өмір салты өздігінен қалыптаспайды, ал салауатты өмір салты өмір сүру барысында мақсатты түрде қалыптасады десекте болады. Мәліметтер бойынша денсаулық 53-55%- ға салауатты өмір салтына тәуелді болады екен. Бұдан салауатты өмір салтын ұстанудың қаншалықты маңызды екендігі айқын көрініп тұр. Егер салауатты өмір салтын өте жақсы ұстансақ өмірлік маңызды мүшелердің және мүшелер жүйесінің қызметін жақсартады. Шынығудың арқасында организм қоршаған ортадағы температурааның күрт өзгеруіне бейімделеді және организмнің жұқпаларға қарсылығын жоғарлатады. Шынықтыру емшараларын таңдау кезінде адамның жасы, денсаулығы, шынығуға бейімделу дәрежесі және т.б. жеке ерекшеліктерін ескеру қажет.

Бүгінгі таңда жүрек- қан тамыры ауруларының алдын- алу үшін мынадай маңызды нәрселерді есте сақтау керек:

- ✓ Ең алдымен темекіден толықтай бас тарту қажет;
- ✓ Тиімді тамақтану ережелерін сақтау;
- ✓ Майлы тамақтардан бас тарту, тұзды пайдалану мөлшерін азайту-
- ✓ тәулігіне 4 грамм, құрамында калийі мол (бұршақ, өрік, құрма, теңіз қырыққабаты) тамақтарды көп пайдалану, сарыуызды барынша аз пайдалану;
- ✓ Көкөніс пен жеміс-жидектерді барынша мол пайдалану;
- ✓ Алкогольді ішімдікті белгіленген мөлшерде ғана пайдалану;

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-алеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

V. Салауатты өмір салтын қалыптастыру және жүргізде тұрғындардың жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының алдын алу сауаттылық деңгейін көтеру./

Профилактика болезней сердечно – сосудистой системы и повышение грамотности населения в формировании и ведении здорового образа жизни..

- ✓ Дене белсенділігін арттыру, семіздіктен сақтану;
- ✓ Қандағы холестерин құрамын үнемі тексеріп, бақылап отыру;

Жүрек-қан тамыры ауруларының алдын алу олардың дамуындағы қатер факторларын әлсіздендіруге немесе жоюға негізделеді. Рационалды тамақтану, дене салмағын қадағалау, көптеген жағдайда майлар мен көмірсуларды шамадан тыс қолданып, аз қимылдау салдарынан семіздікке ұшырайды. Күніне 4-5 рет тамақтану керек, негізгі тамақ кешкі қабылдауға қалмауы тиіс, тамақ құрамындағы көмірсулар мен майлардың (майлы ет, тәттілер, ұн тағамдары) санын шеугеу қажет. Майсыз етті, құс етін, балықты, майсыз ірімшік, көкөністер, жемістерді (үлесі 70% артық болуы керек), кепкен өрік пен жаңғақтарды пайдалануға болады. Тамақтануды шектеуді дене белсенділігімен үйлестіру керек. Дене жаттығуларымен үнемі айналысыңыз, темекі шегуден және ішімдік ішуден бас тартыңыз, тұрақты түрде артериялық қысымыңызды тексеріп отырыңыз, эмоциялық көңіл-күйіңізді жақсартыңыз. Сонымен қатар, кардиологқа тұрақты түрде қаралуға бейімделу қажет. Ал тамақтану кезінде уақытымен денсаулықты сақтауда және дұрыс тамақтанудың маңызы зор. Жүріп бара жатып, кітап оқып отырып, теледидар алдында тамақтануға болмайды. Майлы, тұзды, тәтті тағамдарды қабылдауды шектеген жөн, тамақты аса көп жеуге, ұйықтар алдында тамақтануға болмайды. Тағам әр түрлі сапалы, экологиялық таза болуы тиіс. Төрт мезгіл тамақтануды сақтай отырып, белгілі бір сағатта ас қабылдаған дұрыс. Жұқпалы аурулардың алдын алу жеке гигиена ережелерін бұлжытпай орындау, жұқпалардан қорғану тәсілдерін білу, алдын алу екпелерін уақытымен қабылдау. Зиянды әдеттерден алшақ болу, мысалы: темекі шегуден, ішімдіктен, есірткі және уытты заттардан бас тарту. Бұл зиянды әдеттер организмге әсер етіп, денсаулыққа зиян келтіреді. Адам организміне қоршаған орта факторларының әсері туралы білім, қоршаған орта факторларының зиянды әсерінен қорғай білу денсаулықты сақтауға және түрлі ауруларды болдырмауға жәрдемдеседі.

Қан қысымының жоғарылауымен қатар төмендеуі де денсаулыққа зиян. Мұндайда науқастың жиі-жиі басы ауырып, әлсіздік пайда болады. Қан қысымының төмендеуіне негізінен адамның жасы, салмағының төмендігі, қан аздық, ас қорыту жүйесі қызметінің нашарлауы, құнарсыз тамақтану секілді себептер әсер етеді. Жүрек-қан тамырлар ауруларының тағы екі себебі бар. Біріншісі – тұқым қуалаушылық салдарынан туындайды және бұл жағдай, әсіресе, ер-азаматтарда жиі кездеседі. Екінші себеп, денсаулықты дұрыс күтпеу және зиянды әдеттерге бой алдыру. Мысалы, тұзды, майлы тамақты көп тұтынғандықтан қан құрамында холестерин мен триглицериннің шамадан тыс көбейіп, қалыпты қан айналымын тежеуі, темекі шегу, қозғалыссыз өмір сүру салты, семіздік, күйзеліс, қант диабеті сырқаты сияқты кеселдің барлығы жүректің қызметін бұзады.

ә) Жүрек қан тамыры ауруының Қазақстандағы негізгі фактілері мен қазіргі жағдайы.

Қазіргі таңда Қазақстанда «Саламатты Қазақстан», «Денсаулық» салалық бағдарламалары қарқынды жұмыс істеуде, облыстық кардиологиялық орталық күндіз-түні халыққа қызмет көрсетіп келеді. Негізгі мақсат – жүрек-қан тамырлары ауруларынан болатын өлім-жітім деңгейін төмендетіп, халықтың өмір жасын ұзарту. Скринингтер облыс аумағындағы барлық аурухана-емханаларда тегін жүргізіледі. Кез келген адам ештеңе мазаламаса да, үнемі тексеруден өтіп, ауырмаудың амалын жасап тұрғаны абзал. Себебі, алдын ала тексерістер жүрек-қан тамыры ауруларының бастапқы белгілерін, холестерин мен қант мөлшерін, артық салмақты анықтауға көмектеседі. Әр адам өз салмағын тұрақты түрде қадағалап отыруы тиіс. Мәселен, бір ғана дене салмағын азайтудың арқасында жүрек-қан тамырлары аурулары қауіпін 25 пайызға кемітуге болады. Жүрек-қан тамырлары кеселдерін қоздыратын тағы бір себеп – торығу, күйзеліс. Мұндай жағдай адамды жасына қарамай, жүрек талмасына ұшыратады. Адамның көңіл-күйінің денсаулыққа әсері мол. Медицина саласында 25 жылдық еңбек өтілі бар тәжірибелі маманды бір қуантатыны, соңғы жылдары жасөспірімдер мен жастардың жүрек-қан тамырлары дертіне шалдығуы бәсеңдеген. Қазір жастар арасында «денсаулыққа көңіл бөлу сәнге айналған», жас буын фитнеспен айналысады, бассейнге барады, велосипед тебеді, таңертеңгілік жүгіреді. Өзін-өзі ұдайы жетілдіріп, сымбат-бітіміне көңіл бөледі, дене салмағын қадағалап, дұрыс тамақтануға басымдық береді. Скрининг бағдармалар алғаш іске аса бастағанда 18 жастан бастап бәрін тексеретін едік. Уақыт өте келе жүрек-қан тамырлары диагнозына скринингті 40 жастан бастап жүргізу тиімдірек екеніне мамандардың көзі жетті. Өйткені бірден-саран болмаса, 18-38 жас аралығындағы отандастарымыздың жүрек-қан тамырлары дертіне шалдығуы сирек. Жалпы өлім-жітімнің 52 пайызын жүрек-қан тамыры аурулары құрайды. Еуропада жыл сайын осы ауру салдарынан шамамен 3 миллион адам қайтыс болса, Ресейде 1 миллион адам, ал Қазақстанда 80 мың адам осы аурудан көз жұмады. Жүрек-қан тамыры ауруларына әйелдерден гөрі ерлер көп шалдығады. Жалпы өлім-жітім көрсеткіші 2013 жылы 324 болса, 2014 жылы 267-ге, яғни 57 адамға азайды. Оның ішінде жүрек-қан тамырлар ауруларынан 2013 жылы - 81, 2014 жылы - 64, яғни 17 адамға кеміді. Жедел жүрек инфарктісінен 2013 жылы 6 адам, 2014 жылы 3 адам қайтыс болды.

Қазақстанда әр-түрлі диагностикалық зерттеулердің көмегіне сүйеніп жүрек-қан тамыры ауруларынан болатын асқынулардың алдын—алуға болады. Айта кетсек:

1. Электрокардиография (ЭКГ) — жұмыс істеп тұрған жүректің биоэлектрлік потенциалын графикалық тіркеу әдістемесі, жүректің жұмысы нәтижесінде пайда болатын әртүрлі потенциалдардың графикалық көрінісі және дене

сыртынан жүргізілетін — электрокардиограммаларды (ЭКГ) алу болып табылады.

2. Жүрек УЗИ-і немесе Эхокардиография (ЭХО КГ) - жүрек құрылысын және оның қалқанша аппаратын морфологиялық және функционалдық зерттеуге бағытталған ультрадыбыстық диагностика әдісі. Бұл әдіс жіңішке ұлпалардың күйін, жүрек қабырғаларының жуандығын, қалқанша аппаратының жағдайын, жүрек қуыстарының көлемін, миокардты қысқарту белсенділігін анықтауға, шынайы өмірде жүректің жұмыс режимін көруге, жүректің қақпақтары арқылы жүрек құлақша, қарыншадағы қан қозғалысының жылдамдығы мен ерекшелігін қадағалауға мүмкіндік береді.

3. ЭКГ тәуліктік мониторлау, холтерлік мониторлау немесе ЭКГні ұзақ тіркеу — электрофизиологиялық аспаптық диагностика әдісі.

Зерттеу 24 сағат бойы немесе одан да көп электрокардиограммаларды үздіксіз тіркеу арқылы жүргізіледі. Холтерлік мониторлау - жүрек қағысының бұзылуына диагностика жасаудың танымал әдістерінің бірі.

4. Стресс-тест немесе Велоэргометрия (ВЭМ) — латентті (жасырын) коронарлық жеткіліксіздікті зерттеу және велоэргометр немесе тредмилде зерттеу орындалатын сатылай өсетін физикалық жүктемені қолданатын электрокардиографиялық диагностикалық әдіс.

5. Қан қысымды тәуліктік мониторлау әдісі - қан қысымды тәуліктік мониторлаудың жалпы ұзақтығы ортамен 24-48сағатты құрайды және қан қысымының тәулік бойы өзгерісі туралы ақпарат береді. Осы жоғарыда айтылған диагностикалық зерттеулердің көмегімен жасалынған оперативті емнің нәтижесінде ауданымыздағы өлім-жітім көрсеткіштері азда болсада төмендеп келе жатқанын атап өтуге болады.

– Жүрек қан тамырлары ауруы әлем бойынша өлім санын арттырып, жыл сайын осы ауруға шалдығатын адамдар қатары жылдам өсуде;

– 2008 жылы жүргізілген санақ бойынша, жүрек қан тамырлары ауруынан әлемде 17,3 миллион адам қайтыс болған. Бұл жер шары халқының 30%-ын құрайды. 7,3 миллион адам ишемиялық аурудан, және 6,2 миллион адам инсульттің нәтижесінде қайтыс болған;

– Бұл ауру көбінесе халқының жалақысы аз мемлекеттерде жиі кездеседі;

– Ғалымдардың болжауынша, 2030 жылы осы аурудан 23,3 миллион адам көз жұмады;

– Онымен табак өнімдерінен бас тарту, дұрыс тамақтану, майсыз тағамдарды тұтыну, физикалық белсенділікті арттыру, қан қысымын төмендету, диабеттен сақтану және липидтердің деңгейін төмендету арқылы күресуге болады;

– Жыл сайын 9,4 миллион өлімнің 16,5%-ына қан қысымының көтерілуі себепші.

Жүрек-қан тамырлары аурулары, әсіресе, 40-65 жас аралығындағы орта буын мен аға буын арасында жиілеп отыр. Оның негізгі себебі, жұртшылықтың

аурудың алғашқы белгілеріне жүрдім-бардым қарап, асқындырып алуы немесе ауыратынын біле тұра, тиісті ем-шараларды уақтылы алмауы дейді маман. Әр адам кем дегенде жылына бір рет дәрігерге көрініп, өз денсаулығына алаңдаушылық білдіргені дұрыс. Қазақтың көп бөлігі дәрігердің алдына ауруын әбден асқындырып баруды әдетке айналдырған. Сау кезінде бір тексеріліп қоюды ойламаған жерлестеріміздің дерті әбден дендеп, жанына батқанда дәрігерден келіп көмек сұрайтыны қынжылтады. Керісінше «ауырып ем іздегенше, ауырмаудың жолын іздеген» абзал.

III. Қорытынды.

Қазір адамдар көп қимылдамайды, спортпен шұғылданбайды, соның салдарынан қан айналым жүйесі бұзылып, семіздікке душар болады. Ал семіздік кант диабетіне шалдықтырады. Бұндай дертке душар болған адам міндетті түрде жоғары қан қысымының азабын тартады. Жүрек-қан тамырлары ауруы, қан қысымының көтерілуі ағзада эндокриндік жүйенің бұзылуынан, бүйрек ауруынан, сүйек, буын, жүйке ауруларының асқынуынан да пайда болуы мүмкін. Әсіресе, адамның жасы ұлғайған сайын қан қысымы да көтеріле түсетіндігі байқалады. Алайда әлгіндей дертке шалдыққан науқастардың жартысы өздерінің қан қысымы жоғары екенін білмейді. Дерттің көп жағдайда жан қинайтын белгілерсіз өтуі оның «зұлымдығын» білдіреді. Артериалдық гипертонияның салдары қайғылы аяқталуы мүмкін – бұл тек көз көрудің нашарлауы емес, сонымен қатар жүрек ишемия дертінің дамуы, мүгедектік пен өлімге әкелетін инсульттар мен инфаркттар. Жастары әлсіз, денсаулығы нашар, білімсіз, зиянды әдеттерге әуес, жалқау, тәрбиесіз болса ол мемлекет қашанда әлсіз, қорғансыз. Жастар - біздің болашағымыз. Ал бізге болашағымыздың айбындылығы мен жарқындылығы қажет. Келешегінен үміт күткізіп отырған бүгінгі біздер, жастар - ертеңгі қоғам иелері! Жоғарыда айтылғандарды қорытындылай келе айтарым – дәрігер, ауру адамды емдейді, ал аурудың алдын алу әрбір адамның өз қолында. Өз учаскелік дәрігеріңіздің және бейінді мамандардың тағайындаған нұсқауларын және емдеу – сауықтыру шараларын толығымен, түбегейлі орындаған жағдайда сіз өз денсаулығыңызды түзейсіз, түрлі асқынулардың алдын аласыз, Салауатты өмір салтын қалыптастыру және жүргізуде де жүрек - қан тамыр жүйесі ауруларының алдын алу кезінде сауаттылық деңгейін көтеріп, өмір сүру ұзақтығын арттырасыз.

Пайдаланылған әдебиеттер:

1. Соколов А.Д., Абишева З.С. Валеология – наука о здоровье. Учебно-методического пособие. – Алматы: Ғылым, 1999. -140 с.
2. Сатбаева Х.К. Валеология – оқи-әдістемелік құрал. - Алматы: Ғылым, 2003. -148 б.
3. Терехин С.П., Хан А.В., Тағам гигиенасы бойынша таңдаулы лекциялар жинағы. – Қарағанды: 1998. – 280 б.

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-алеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

V. Салауатты өмір салтын қалыптастыру және жүргізде тұрғындардың жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының алдын алу сауаттылық деңгейін көтеру./

Профилактика болезней сердечно – сосудистой системы и повышение грамотности населения в формировании и ведении здорового образа жизни..

4. Алмаз Шарман Формула здоровье. - 2010. - 120с.
5. Дубровский В.и. Придиси В.Н., Машков Валеология –здоровый образ жизни.– М.: Retorica – А, 1999. – 560 с.
6. Биология:Жалпы білім беретін мектептің 8-сыныбына арналған оқулық. Алматы: Атамұра, 2008. ISBN 9965-34-812-X
7. Неменко Б.А. Оспанова Г.К Балалар мен жасөспірімдер гигиенасы(Оқулық).- Алматы 2002.344б.
8. Кучма В.Р. Гигиена детей и подростков., М., Медицина, 2004.,

ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ (СКАНДИНАВСКАЯ ХОДЬБА)

Рахмидинова Шахназ

УО колледж "Аяжан" Лечебное дело, г. Алматы

Научный руководитель: Лаикова С. Ж.

По данным Всемирной организации здравоохранения, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний занимает лидирующую позицию в мире и в Казахстане. В структуре общей заболеваемости среди населения РК сердечно-сосудистые заболевания находятся на 2 месте, после болезней органов дыхания.



Причины заболеваемости:

- ИБС — патология сосудов, снабжающих кровью миокард;
- нарушения работы сосудов, отвечающих за кровоснабжение конечностей (причина варикоза);
- патология сосудов, снабжающих мозг (причина инсульта);
- ревмокардит — патология сердечных клапанов и мышцы миокарда;
- тромбозы, опасные закупоркой сосудов и отрывом тромба.

Цель нашего исследования:

1. Оценка влияния занятия Скандинавской ходьбой на здоровье человека.
2. Повышение грамотности населения в формировании и ведении здорового образа жизни

Объект исследования: лица различных возрастов, занимающиеся Скандинавской ходьбой в парках, скверах г. Алматы

Теоретическая значимость исследования: информировать население о значении здорового образа жизни для организма человека (раздаточный материал в виде буклетов о ЗОЖ)

Практическая значимость исследования: изучить влияние Скандинавской ходьбы на физическое и психическое состояние человека в целях профилактики сердечно-сосудистых заболеваний т.к. основными факторами риска болезней сердца и инсульта являются неправильное питание, физическая инертность, избыточная масса тела, вредные привычки, стресс и т.д.

Скандинавская ходьба — ходьба с палками, вид физической активности, в которой используются определенная методика занятия и техника ходьбы при помощи специально разработанных палок.

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-алеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

V. Салауатты өмір салтын қалыптастыру және жүргізде тұрғындардың жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының алдын алу сауаттылық деңгейін көтеру./

Профилактика болезней сердечно – сосудистой системы и повышение грамотности населения в формировании и ведении здорового образа жизни..



ЭТОТ ВИД СПОРТА:

- подходит для любого возраста;
- экономична — нужны лишь специальные палки;
- имеет минимум противопоказаний.

Показания к занятиям скандинавской ходьбой можно считать:

- Гиподинамию
- Лишний вес
- Ряд заболеваний сердечно - сосудистой

системы

- Сахарный диабет 2 типа
- Болезни опорно - двигательного аппарата
- Легкие формы нервных и психических заболеваний

Противопоказаниями к занятиям скандинавской ходьбой с палками могут быть лишь проблемы:

- неотложной помощи,
- хирургического вмешательства,
- состояния декомпенсации органов,
- обострение хронического заболевания,
- острое инфекционное заболевание.

Методы исследования: наблюдение, опрос, интервью, предоставление информации в виде буклетов

В нашем исследовании принимали участие 10 человек, занимающиеся Скандинавской ходьбой в парках и скверах г. Алматы. При опросе были заданы следующие вопросы:

1. Как долго респонденты занимаются данным видом спорта?

2 года – (20 %), 2-6 месяцев – (33%), 1-2 недели – 47 (%)

2. Есть ли у них заболевания сердечно - сосудистые заболевания?

Да – 62 %, Нет – 38 %

3. Что ощущают при занятии Скандинавской ходьбой?

Легкое головокружение – (12 %), повышение тонуса мышц – 20 (%), улучшение общего состояния – 62 (%), легкая усталость – 6 (%)

4. Будут ли продолжать занятия данным видом спорта?

Да – 72 (%), в зависимости от общего состояния – 15 (%), не знаю – 13 (%)

5. Почему стали заниматься Скандинавской ходьбой?

Посоветовали – 65 (%), сами – 35 (%)

«Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп – қатер факторлары және медициналық-алеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері» / «Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно – сосудистой системы: проблемы и решения»

V. Салауатты өмір салтын қалыптастыру және жүргізде тұрғындардың жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының алдын алу сауаттылық деңгейін көтеру./

Профилактика болезней сердечно – сосудистой системы и повышение грамотности населения в формировании и ведении здорового образа жизни..

Полученные данные указали о различной реакции организма человека на занятие данным видом спорта – это говорит о том, что есть как положительные так и отрицательные стороны при занятии Скандинавской ходьбой.

Несмотря на пожилой возраст лиц, занимающихся Скандинавской ходьбой, радует то, что люди пробуют использовать различные методы профилактики не только сердечно-сосудистых заболеваний, но и других органов и систем.



Одновременно мы беседовали с проходящими в скверах и парках людьми о значении здорового образа жизни, занятии Скандинавской ходьбой, с предоставлением им информации в виде составленного нами буклета.

Какие профилактические мероприятия при болезнях сердечно-сосудистой системы также можно соблюдать:

1. Борьба с лишним весом. Ожирение всегда повышает риск патологий сосудов и сердца — каждые лишние 10 кг могут повышать АД на 10-20 мм рт. ст. Самоконтроль АД и своевременное его снижение. Здоровое питание
2. Борьба с гиподинамией. Пешие прогулки на свежем воздухе, занятия спортом и физкультурой с адекватной нагрузкой все это снижает риск развития патологий сердца и сосудов.
3. Отказ от вредных привычек: курения, алкоголя,

наркотиков

4. Борьба со стрессом. Частые стрессовые ситуации приводят к износу сосудов и миокарда.

5. Регулярный контроль уровня холестерина, сахара в крови.

6. Прием препаратов для разжижения крови. Соблюдение этих правил по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний существенно снизит риск их развития.

Помните об этом, и будьте здоровы!

Список литературы

1. Руководство по амбулаторно-поликлинической кардиологии. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
2. Сердечно-сосудистые заболевания у пожилых: моногр. . - М.: Всемирная Организация Здравоохранения, 1988.
3. Скворцов, В.В. Внутренние болезни: моногр. / В.В. Скворцов. - М.: Эксмо, 2014.

Мазмұны / Содержание

«Жамбыл облысы әкімдігінің денсаулық сақтау басқармасы» КММ басшысы Ә.Ә.Қалиевтің алғы сөзі..... 3

«Жамбыл жоғары медициналық колледжі» КМК ШЖҚ директоры Ж.Н.Сарыбекованың алғы сөзі..... 4-7

I Бөлім / Раздел I

1. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруларының (стенокардия, инфаркт миокарда (жедел коронарлық синдромы), артериалды гипертензия) өзекті мәселелері және медициналық – әлеуметтік көмектің тиімділігін жоғарлату жолдары./ Современные проблемы и пути повышения эффективности медико – социальной помощи при заболеваниях сердечно – сосудистой системы (стенокардия, инфаркт миокарда (острый коронарный синдром), артериальная гипертензия)..... 8

1.1. Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия. Инфаркт миокарда.
Айдарова Л.И, Научный руководитель: Серік С.Н.
Жамбылский высший медицинский колледж, г. Тараз Республика Казахстан..... 9-16

1.2. Роль фельдшера в диагностике и профилактике острого коронарного синдрома на догоспитальном этапе
Татьяна Брунер, Руководитель НИРС - Павлова Ж.В. **ФГБОУ ВО ОмГМУ МЗ РФ, КОЛЛЕДЖ, medcol@0msk-osma.ru**; г. Омск, Россия 17-20

1.3. Современные проблемы и пути повышения эффективности медико-социальной помощи при заболеваниях сердечно-сосудистой системы в Кыргызской Республике.
Русланова Карима Руслановна - студентка 3 курса отделения “Сестринское дело”,
Научный руководитель: Осмонов Ринат Эркинович. *Бишкекский медицинский колледж*, г.Бишкек, Кыргызская Республика..... 21-24

1.4. Современные проблемы и пути повышения эффективности медико-социальной помощи при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. артериальная гипертензия молодых.
Дженифер Семенчук, Руководитель НИРС Бадзюн Н.Г. **ФГБОУ ВО ОмГМУ МЗ РФ, КОЛЛЕДЖ, medcol@0msk-osma.ru**, г. Омск, Россия 25-28

1.5. Жіті коронарлық синдром аурулары кезінде медициналық – әлеуметтік көмектің тиімділігін арттырудың заманауи проблемалары мен жолдары

Тургунбаева Зебо Ганиваевна, Ғылыми жетекшісі: Сапарқұл Камшат Ербосынқызы
«Авиценна» көпсалалы медициналық колледж, dstemelk@bk.ru
Шымкент қаласы, Қазақстан Республикасы 29-32

1.6. Стенокардия жүрек- қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп қатер факторлары.

Көлбаева Мөлдір Шамедқызы, Ғылыми жетекшісі: Турсынова Бибигуль
Абдымажитовна, «Авиценна» көпсалалы медициналық колледж,
Шымкент қаласы, Қазақстан Республикасы..... 33-37

II Бөлім / Раздел II

2. Жүрек - қан тамыр жүйесі ауруларының негізгі себептерін талдау (анализ) және бақылау (мониторинг)./ Анализ и мониторинг за основными причинами болезней сердечно-сосудистой системы..... 38

2.1. Жүрек қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп-қатер факторлары және медициналық-әлеуметтік аспектілері: мәселелері мен шешімдері». «жүрек миокард инфарктісі.

Лескалиев Мирас Ерболатұлы - Мейіргер ісі, 304 топ, Жетекші: Жалпы патология пәні оқытушысы, «Нозология» ғылыми үйірмесінің жетекшісі Септесін Гүлназ Қуанышқызы
«Жамбыл жоғары медициналық колледжі» ШЖҚ КМК..... 39-49

2.2. Студенттердің жүрек - қан тамырлары ауруларының қауіп факторларын анықтау

Жеңісова Аружан Ердосқызы, Қасым Қарлығаш Мұратқызы, Ғылыми жетекші: Сексенбай Заманбек Нұрланұлы, *Баишев жоғарғы медициналық колледжі*, Ақтөбе қ., Қазақстан Республикасы..... 50-51

2.3. Факторы риска болезней сердечно-сосудистой системы.стратегии снижения распространения поведенческих факторов риска.

Таштанова Луиза, Научный руководитель:Аттокурова А.Э.
Международный Университет им.К.Ш.Токтомаматова, г.Жалал - Абад, Кыргызская Республика..... 52-55

2.4. Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно-сосудистой системы: проблемы и решения.

Учреждение «Талгарский медицинский колледж», Руководитель: Досбаева Диана Женисовна, доктор Phd, врач кардиолог высшей категорией, преподаватель специальных дисциплин, **Участники конференции:** Фаст Оксана Владимировна, Шекарова Ксения Станиславовна, 4 курс «Лечебное дело», 402 группа..... 56-60

2.5. Факторы риска у людей, не страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями

Маркова Валерия, Научный руководитель: Кенжина Н.К.

Западно-Казахстанский Высший медицинский колледж, г.Уральск, Республика Казахстан 61-65

2.6. Прогностическая оценка заболеваемости и летальности от болезней системы кровообращения по республике казахстан и анализ основных причин

Марканова Ботагоз, Научный руководитель: Чукреев М.П., Учреждение образования «Высший медицинский колледж «Авиценна», г.Семей, Республика Казахстан 66-69

2.7. Жүрек – қан тамыр ауруларының негізгі себептерін талдау (анализ) және бақылау (мониторинг).

Карбозова Толғанай, Қадыржанова Жанэль;
Ғылыми жетекшісі: Байсеитова Р.Т.; Балқаш қаласы: медициналық колледжі, Балқаш қ. Қазақстан Республикасы70-72

2.8. Анализ и мониторинг основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний по иссык-кульской области.

Худайбердиева Аделя, Окенова Айжамал, Научный руководитель: Исмаилова З.Д., *Каракольский медицинский колледж имени академика И.Ахунбаева*, medkarakol@mail.ru, г. Каракол, Иссык-Кульская область, Кыргызская Республика 73-76

2.9. Анализ и мониторинг за основными причинами болезней сердечно-сосудистой системы

Бакир оглы Аня, Делихасан оглы Эминэ, Научный руководитель: Айнекова З.Р. 77-80

2.10. Адам организміне темекі шегудің әсері

Қайратбеков Шыңғыс, Ғылыми жетекші: Байболина Р.А., «Қарағанды жоғары медициналық интерколледжі» ЖММ, baibolinara@mail.ru, Қарағанды қаласы, Қазақстан Республикасы 81-84

2.11. Жергілікті жердегі халқының жүрек- қантамыр денсаулығы көрсеткіштерінің мониторингі.

Бектаев Ерлан Айнұрұлы -IV курс студенті, Жетекшісі: Тұртаева З.К, «Мейір-Бейс» жоғары колледж, Түркістан обл, Ленгір.қ. 85-88

III Бөлім / Раздел III

3. Жүрек - қан тамыр жүйесі ауруларын емдеуге қолданатын дәрілік заттарды дәлелді медицинаның негізінде тиімді қолдану./

Эффективное использование препаратов, применяемых для лечения болезней сердечно-сосудистой системы на основе доказательной медицины..... 89

3.1. Жүректің ишемиялық ауруларын емдеуге қолданатын дәрі-дәрмектер

Вердиева Ругая 312 топ «Емдеу ісі», Серкебаева А.К фармацевтикалық пәндер оқытушысы, «Жамбыл жоғары медициналық колледжі» ШЖҚ КМК 90-100

3.2. Жүрек -қан тамыр жүйесі ауруларының қауіп-қатер факторлары және медициналық-әлеуметік аспектілері: мәселелері мен шешімдерін анықтау жүрек-қан тамыр жүйесі ауруларындағы хирургиялық ем түрлері

Баяндамашы: Мырзабек Т.М, “Емдеу “ісі” бөлімі 411-топ, Хирургия пәнінің оқытушысы: Даулетов А.М., «Жамбыл жоғары медициналық колледжі» ШЖҚ КМК 101-105

3.3. Effective use of drugs used to treat diseases of the cardiovascular system on the basis of evidence-based medicine.

Polina Kekenadze , Scientific supervisor: A. A.Kuzdybaeva, Aktobe Higher Medical College named after Hero of the Soviet Union Manshuk Mametova, zdur18@mail.ru Aktobe, Republic of Kazakhstan 106-109

3.4. Жүктіліктің ерте мерзіміндегі артериалды қан қысым көтерілуінің алдын алу мақсатында тамақ рационына кальций өнімдерін енгізу және оның тиімділігі..... 110-115

3.5. Использование опиоидных анальгетиков при инфаркте миокарда – современное состояние проблемы

Орынбасар Нұрдәулет Нұржанұлы, Научные руководители: Өтесін Махмутсұлтанғали Асқарұлы, , Хасенова Жанар Султановна, Байшев высший медицинский колледж, г. Актобе, Республика Казахстан 116-118

3.6. Қарт жастағы адамдардың созылмалы жүрек жетіспеушілігі: этиопатогенезі мен медикаментозды емдеу ерекшеліктері

Тохташ Мерей Қанатқызы – Мб 01-18қ тобының III курс студенті, Жетекшісі: Қуандық Айгерім Әлжанқызы – клиникаға дейінгі пәндер оқытушысы, «Мейір – Бейс» жоғары колледжі , ҚР Түркістан облысы Ленгер қ. 119-124

IV Бөлім / Раздел IV

4. Жүрек - қан тамыр жүйесі ауруларын тудыратын қатер факторларының таралуын төмендетуде жаңа мінез-құлық ұстанымдарын қалыптастыру./ Формирование новых поведенческих принципов по снижению распространенности факторов риска болезней сердечно-сосудистой системы..... 125

4.1. Роль медсестры в уходе за пациентами с артериальной гипертензией

КГП на ПХВ «Государственный высший медицинский колледж им. Д. Калматаева г. Семей»..... 126-128

4.2. Жүрек қан-тамырлары бұзылған кездегі мейіргерлік үрдісті ұйымдастыру. Жүрек жетіспеушілігі.

Жұмабаева А.А.-оқытушы, Алматы қаласы Жоғарғы медициналық колледжі Миркадыр О.М. -17-01 топ студенті 3 курс «Мейіргер ісі» мамандығы..... 129-132

4.3. Комплаенс пациентов с артериальной гипертензией в практике фельдшера

Кристина Мещерякова, Научный руководитель: Султангазина Б.Б. КОВСК, kmedcollege@mail.ru, г. Караганда Республика Казахстан 133-141

4.4. Миокард инфарктісін алған науқастармен күтім жасаудағы ерекшеліктері

Алдабергенова Айгерім, Ғылыми жетекшілер: Ж.Б.Динашова, В.И.Тлеулесова, ШЖҚ «Кенес Одағының Батыры Мәншүк Маметова атындағы Ақтөбе Жоғары медициналық колледжі» МКК, ms.dinashova@mail.ru, Ақтөбе қаласы, Қазақстан Республикасы 142-146

4.5. Жүрек – қантамыр жүйесінің аурулары кезіндегі реабилитация

Абадша Дина, Ғылыми жетекшісі: Г.А.Турганбаева, ШЖҚ «Кенес Одағының Батыры Мәншүк Маметова атындағы Ақтөбе Жоғары медициналық колледжі» МКК, metod1818@mail.ru, Ақтөбе қаласы, Қазақстан Республикасы 147-150

4.6. Факторы риска и медико-социальные аспекты болезней сердечно-сосудистой системы: проблемы и решения

Студент Мухлисина С., Научный руководитель: магистр медицины Оралбек А.О., ГКП на ПХВ «Высший медицинский колледж» УЗ города Шымкент medkollege-shm@mail.ru, г.Шымкент, Республика Казахстан 151-154

V Бөлім / Раздел V

5. Салауатты өмір салтын қалыптастыру және жүргізуде тұрғындардың жүрек - қан тамыр жүйесі ауруларының алдын алу сауаттылық деңгейін көтеру./ Профилактика болезней сердечно-сосудистой системы и повышение грамотности населения в формировании и ведении здорового образа жизни..... 155

5.1. Профилактика заболеваний сердечно-сосудистой системы, уход, формирование здорового образа жизни.

Абдалиева Аяулым Ардакқызы, Лечебное дело «Фельдшер», 2 курс, Научный руководитель: Мухажанова Раушан Джамашевна, Преподаватель дисциплины: «Основы сестринского дела» КГП на ПХВ «Жамбылский высший медицинский колледж»..... 156-164

5.2. Профилактика болезней сердечно-сосудистой системы и повышения грамотности населения в формировании и ведении здорового образа жизни.

Нурбекова Элина Нурбековна, Научные руководитель: Касмалиева Зейнекан Жумакадыровна - врач-терапевт, преподаватель дисциплины: «Терапия», **Майлуу-Сууйский медицинский колледж**, г.Майлуу-Суу, Жалал-Абадской области, Кыргызская Республика 165-171

5.3. Ожирение - фактор риска заболеваний сердца

Амантай Салима, Научный руководитель:Теслина Г.Н., **ГКП на ПХВ «Высший медицинский колледж» акимата г.Нур-Султан, lrc_colleg@mail.ru**, г. Нур-Султан, Республика Казахстан 172-177

5.4. Профилактика болезней сердечно – сосудистой системы и повышение грамотности населения в формировании и ведении здорового образа жизни.

Ширин Маткаримова, Научный руководитель: Эргашева М.Э., **Токмокский медицинский колледж. tokmok-mk@mail.ru**, г. Токмок, Республика Кыргызстан 178-180

5.5. Prevention of diseases of the cardiovascular system and increase the literacy of the population of a healthy way of life

Zhakupova Amina, Zakirov Denis, Scientific adviser: Dementievskaya N.V., Achmetkireeva G.I., **GKP “Aktobe Higher Medical College named after the hero of the Soviet Union Manshuk Mametova” avmckmterpii@gmail.com** city of Aktobe, Kazakhstan 181-184

5.6. Профилактика болезней сердечно-сосудистой системы и повышение грамотности населения в формировании и в ведении здорового образа жизни (вторичная профилактика, школа здоровья)

Закиров Денис, Шатерникова Вероника, Тулебаева Айсулу, Научный руководитель: Деметиевская Н.В., Есказина Г.Т., **ГКП «Актюбинский Высший медицинский колледж имени Героя Советского Союза Маншук Маметовой» на ПХВ, avmckmterpii@gmail.com**, г. Актобе, Республика Казахстан 185-188

5.7. Төлеби ауданындағы жергілікті егде адамдарда жиі кездесетін (стенокардия, мокард инфарктісі) жүрек қан тамырлары ауруларының себептері және олардың алдын алу жолдары.

Тұрлыбай Жасұлан Сырлыбайұлы-Ф01-19к,20жқ тобының II курс студенті, Жетекшісі: Савдашева Айда Ерланқызы-клиникаға дейінгі пәндер оқытушысы, **«Мейір-Бейс» жоғары колледжі, med-lenger@mail.ru**, ҚР Түркістан обл.Ленгер қ. 189-194

5.8. Атеросклероз, емдеу, алдын алу шаралары

Жылқыбаев Райымбек, Ғылыми жетекшілер: Калдыбаева Н.К., Курманғалиева У.У., ШЖҚ «Кеңес Одағының Батыры Мәншүк Мәметова атындағы Ақтөбе Жоғары медициналық колледжі» МКК, nagima1905@mail.ru, Ақтөбе қаласы, Қазақстан Республикасы 195-198

5.9. Здоровый образ жизни- залог крепкого сердца

Научный руководитель: Нуржанова Р.Г, Карагаева Л.У., ГКП «Актюбинский Высший медицинский колледж имени героя Советского Союза Маншук Мамедовой» на ПХВ raisa2.02@mail.ru, Город Актобе, Республика Қазақстан 199-202

5.10. Жүрек -қан тамырлары ауруларының алдын-алу заманауи шаралары

Дильназ Асқарова, Ғылыми жетекші: Омирханова Р.Б., «Авиценна» Жоғары медициналық колледжі» білім мекемесі, omirkhanovar@mail.ru, Семей қаласы, Қазақстан Республикасы 203-206

5.11. Профилактика болезней сердечно-сосудистой системы

Самкенова Балжан, Кусаинова Аружан, Научный руководитель: Жуканова А.С., Учреждение образования высший медицинский колледж «Авиценна», asem.23.08.91@mail.ru, г. Семей, Республика Казахстан 207-210

5.12. Хрупкие жизни стивена уэстаби. истории кардиохирурга о профессии, где нет места сомнениям и страху

Адилова Шахназа, Руководитель НИРС: Кисанова Н.К. преподаватель валеологии, КГП на ПХВ «Высший Медицинский Колледж», shakha07122list.ru, г. Алматы, Казахстан 211-214

5.13. Төлеби ауданындағы жасөспірімдер арасындағы жүрек ақау ауруларының алдын алу

Абдыр Балнұр Саятқызы- VI курс студенті, Жетекшісі: Туртаева Зинакул Қалиқызы, «Мейір-Бейс» жоғары медициналық колледж, med-lenger@mail.ru ҚР Түркістан обл. Ленгер қ. 215-219

5.14. Жүрек-қан тамыр жүйесі ауруларының алдын алу және салауатты өмір салтын қалыптастыру мен сақтауда халықтың сауаттылығын арттыру

Гуломов Валижон Акбарджанович, Ғылыми жетекші: Кулсеитова Г.А. «Арыстанбаб» жоғары колледжі arслан5309@mail.ru, Түркістан облысы, Сарыағаш қаласы 220-223

5.15. Салауатты өмір салтын қалыптастыру және жүргізуде тұрғындардың жүрек - қан тамыр жүйесі ауруларының алдын алу сауаттылық деңгейін көтеру.

Алматы қаласының қоғамдық денсаулық сақтау басқармасы ШЖҚ КМК «Жоғары медициналық колледжі», Баяндамашы: Дәулетқызы Ақмаржан, «Мейіргер ісі» мамандығы, II-курс студенті, Ғылыми – жетекші: Ибраимова Жамиля Джумадиловна 224-232

**5.16. Профилактика заболеваний сердечно – сосудистой системы
(Скандинавская ходьба)**

Рахмидинова Шахназ, Лечебное дело, Научный руководитель: Лаикова С. Ж.

УО колледж "Аяжан", г. Алматы, info@medayazhan.kz..... 233-235

Мазмұны / Содержание 236-243