

**КЕАҚ «МАРАТ ОСПАНОВТЫҢ АТЫНДАҒЫ
БАТЫС ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНАЛЫҚ УНИВЕРСИТЕТІ»**

**PHD ДОКТОРЛЫҚ ДИССЕРТАЦИЯСЫНЫҢ
АННОТАЦИЯСЫ**

Тақырып атауы: Алғашқы медициналық-санитарлық көмек деңгейінде миокард инфарктісі бар науқастарда реабилитациялық бағдарламасының тиімділігі

Оқыту бағыты: 6D110100 «Медицина»

Білім беру бағдарламаларының тобы: D 141 «Медицина»

Докторанттың Т.А.Ә.: Жаманкулова Дамира Гиниатовна

Уақыт аралығы: 2018-2021 жж

Ғылыми кеңесшілер: м.ғ.к., қауымдастырылған профессор
Жамалиева Лаззат Манбетжановна,

м.ғ.к., қауымдастырылған профессор
Базарғалиев Ерлан Шаймерденович

Шетелдік кеңесші: медицина докторы, профессор
Гржибовский Андрей Мечиславович

Ақтөбе, 2024 жыл

Өзектілігі. Жүрек-қан тамырлары аурулары (ЖҚА) әлемдегі өлімнің негізгі себебі және адамзаттың тұрақты дамуына негізгі кедергі болып табылады [1]. ДДҰ мәліметтері бойынша, 2016 жылы жүрек-қан тамырлары ауруларынан 17,9 миллион адам қайтыс болды, бұл әлемдегі барлық өлім-жітімнің 31% құрайды. Бұл өлімнің 85% инфаркт пен инсульттан болады. Жүректің ишемиялық ауруы (ЖИА) әлемнің барлық аймақтарында денсаулығының жоғалуына айтарлықтай үлес қосады [2, 3], дегенмен, елдер арасындағы ЖИА-дан болатын өлім деңгейі 20 еседен астам өзгереді [4]. 2015 жылы жұқпалы емес аурулардан болған 17 миллион мезгілсіз өлімнің 82%-ы табысы төмен және орташа елдерден, ал 37% - ы ЖҚА-дан туындаған. Жылына жан басына шаққанда 100 000 адамға шаққанда ЖИА-дан жас бойынша стандартталған өлім-жітім көрсеткіштері Қазақстанда (97) АҚШ-қа (60), Бразилияға (54) және Ұлыбританияға (46) қарағанда әлдеқайда жоғары болды, өлімнің басқа себептерінің айырмашылығы әлдеқайда аз [5].

Қазақстандық авторлардың деректері бойынша Қазақстанда ЖҚА-дан өлім-жітім одан да жоғары және 2015 жылы 100 000-ға шаққанда 219,0 құрады, олардың ішінде ЖҚА және ОВЗ тиісінше 47,7% және 36,4% - заним иеленді. [6,7,8]. Қазақстанда ЖҚА бойынша бастапқы сырқаттанушылық көрсеткіші 2010-2014 жылдар аралығында 15% - ға өсті (100 мың тұрғынға шаққанда 2086,7-ден 2394,7-ге дейін). Осы жылдар ішінде Қазақстанда миокард инфарктісімен сырқаттанушылық көрсеткішінің өсуі байқалады, оның өлім-жітім көрсеткіші 30-50% - ға дейін жетеді. ДДҰ деректері бойынша олардан өлім деңгейі Қазақстанда 55,7% - ға тең, Ресейде-44%, АҚШ-та-42,2% [9].

МСАК-та жүрек ауруы бар науқастарды оңалту-бұл ауруханаға қайта жатқызу және одан кейінгі барлық себептерден болатын өлім қаупін азайту үшін ең маңызды ғылыми негізделген араласу [10]. АЖЖ бар науқастарда кардиореабилитация (КР) өлім-жітімді төмендетуден және одан кейінгі ауруханаға жатқыздан басқа, аурудың ағымын жақсартады, жаттығуларға төзімділік пен өмір сапасын арттырады [11]. Олардан кейінгі оңалту өмір салтын өзгертуді, дене шынықтыруды, өзін-өзі басқаруды, психоәлеуметтік іс-шараларды қамтиды. Темекі шегу, дұрыс тамақтанбау және семіздік, физикалық белсенділіктің жеткіліксіздігі және алкогольді зиянды тұтыну сияқты мінез-құлық қауіп факторларын жою арқылы ЖҚА-ның көпшілігінің алдын алуға болады [12,13]. Бірақ СР тиімділігі дәлелденгеніне қарамастан, пациенттерді қалпына келтіру бағдарламаларымен қамту төмен болып қала береді. Мәселен, Мысалы, батыс елдерінде КР бағдарламасына пациенттердің 25-35% - дан аспайтын бөлігі қатысады [14,15].

Қазақстанда ЖҚА бастапқы және қайталама профилактикасы бойынша жүргізіліп жатқан іс-шаралар ЖҚА бар пациенттердің басым көпшілігі темекі шегуді, дұрыс тамақтанбауды және аз қозғалуды жалғастыратынын, қан липидтерінің деңгейін нашар бақылайтынын көрсетті, бұл олардың өмірі мен денсаулығының болжамына теріс әсер етеді. Амбулаториялық жағдайда КР бойынша клиникалық хаттама қазіргі ғылыми негізделген ұсыныстарға сәйкес келмейді, пациенттерді белсенді тарту және оларға үйде көмек көрсету көзделмеген. МСАК-та КР үшін қажетті әр түрлі мамандықтағы дәрігерлер мен мультидисциплинарлық командалар жетіспейді. Алайда, денсаулық сақтау жүйесінің басқа қызметкерлері, мысалы, медбикелер, дәрігерлердің көмекшілері профилактикалық бағдарламаларды сәтті жүргізетіні белгілі [16]. Науқастарды физикалық белсенділікке, дұрыс тамақтануға, темекі шегуден бас тартуға, дәрі-дәрмектерді қабылдауға үйрету, учаскелік дәрігер мен кардиологқа оңалту бағдарламаларын жүзеге асыруға дайындалған медицина студенттері көмектесе алады, бірақ мұндай зерттеулер жүргізілген жоқ. Сонымен қатар, бұл зерттеулер ЖҚА бар науқастарда қайталама профилактика үшін орта медициналық қызметкерлердің оң әсерін көрсетті [17]. Осы зерттеудің мақсаты медициналық университеттің оқытылған студенттері әзірленген әдістеме бойынша жүргізілетін және өзі ауыстырған пациенттерге емханалық күтімнің әдеттегі алгоритміне біріктірілген дәрігер-тәлімгердің басшылығымен жүзеге асыратын амбулаториялық оңалту бағдарламасының әсерін бағалау болды.

Зерттеудің мақсаты: амбулаториялық жағдайда миокард инфарктісі бар науқастар үшін әзірленген оңалту бағдарламасының тиімділігін бағалау.

Зерттеу міндеттері:

1. Ақтөбеде 2008-2018жж кезеңінде миокард инфарктісінен кейінгі пациенттердің өмір сүруіне эпидемиологиялық зерттеу жүргізу

2. Халықаралық ұсынымдар негізінде миокард инфарктісінен кейінгі пациенттерге оның тиімділігін енгізу және кейіннен бағалау үшін амбулаториялық оңалту бағдарламасын әзірлеу

3. Ақтөбе қаласында миокард инфарктісі бар пациенттердің 2 тобында әзірленген оңалту бағдарламасының тиімділігіне перспективалық рандомизацияланған бақыланатын зерттеу жүргізу: әзірленген оңалту бағдарламасының бағдарламасына енгізілген және бір жыл ішінде миокард инфарктісінің қайталану жиілігін, инсультті, жалпы өлімді, бейінді стационарға қайта жатқызуды, сондай-ақ пациенттердің медициналық ұсынымдарға, миокард инфарктісінің өзгеруіне, жалпы өлім-жітімнің өзгеруіне бейілділігін зерделеу үшін стандартты көмек алатын өмір салты, өзін-өзі бақылау және өзін-өзі басқару дағдылары.

Зерттеу материалдары мен әдістері:

Бірінші тапсырма үшін:

Бұл зерттеудің дизайны ретроспективті бақылау зерттеуі болып табылады.

Зерттеу объектілері ретінде 2008 жылғы қаңтардан 2018 жылғы қыркүйекке дейінгі кезеңде Ақтөбе қаласының барлық стационарларынан (Марат Оспанов атындағы БҚММУ МО, АМО, ЖЖБ, БСМП) миокард инфарктісінен зардап шеккен және шығарылған пациенттердің медициналық карталары пайдаланылды. Барлығы 606 медициналық тарих талданды. Медициналық карталардан мәліметтер базасына енгізілген миокард инфарктісі диагнозы тексерілген пациенттердің деректері көшірілді.

Ақтөбе қаласының АХАТ бөлімінен 2008-2009 жылдары жіті миокард инфарктісін бастан өткерген пациенттердің (егер қайтыс болса, қайтыс болған күні) жағдайы туралы мәліметтер 20.08.2019 жылғы жағдай бойынша пациенттердің тізімін қоса бере отырып, 10 жылдық өмір сүруді зерттеу үшін алынды.

Толық мәліметтер 592 адам болды, оның 397-сі ер адамдар және 195-і әйелдер. Орташа жасы $61,5 \pm 12,2$ жасты құрады. Барлық пациенттер тек дәрі-дәрмек терапиясын алды (операциясыз). Алынған мәліметтер де мәліметтер базасына енгізілді. Өмір сүруді статистикалық талдау үшін өмір сүру қисығы мен өмір сүру кестесін құрумен Каплан-Мейер әдісі қолданылды. Деректерді өңдеу SPSS бағдарламасында жүргізілді. Жалпы өмір сүруден басқа, өмір сүру деңгейі жынысына, жасына, сондай-ақ артериялық гипертензия (дәрежесі бойынша), қант диабеті және бұрын миокард инфарктісі сияқты қауіп факторларының тарихына байланысты есептелді.

Екінші тапсырма үшін:

Ресурстардың шектеулілігін ескере отырып, біз миокард инфарктісін оңалту бойынша оңалту бағдарламасын (РП) құру үшін дайын халықаралық басшылықты контекстуализациялау әдісін қолдану туралы шешім қабылдадық.

Біз CPR контекстуализациясының төрт сатылы процесін орындадық:

1 кезең - контексті талдау. Біз миокард инфарктісінен кейін пациенттердің өмір сүруіне ретроспективті зерттеу жүргіздік, ҚР ДСМ СҚА бар пациенттерді оңалту жөніндегі клиникалық хаттамаларға шолу жасадық, созылмалы науқастарды диспансерлік бақылауды, тегін дәрілік препараттарды беруді реттейтін нормативтік құжаттар, пациенттердің амбулаториялық карталары, МСАК ұйымдарында миокард инфарктісінен кейінгі пациенттерге контекстік факторларға, халықтың мінез-құлық үлгілеріне және пациенттердің амбулаториялық карталарына көмек көрсетудің ағымдағы практикасын бағалады. амбулаториялық жағдайда оңалту тиімділігіне әсер ететін пациенттер.

2 кезең - Іздеу және бағалау. Жұмыс пациенттерді оңалту стратегияларын анықтауға бағытталған. Оқуға қолжетімді амбулаториялық оңалту бойынша МСАК үшін қолданыстағы халықаралық КПП анықтау және бағалау мақсатында іздеу жүргізілді. Біз Medline, Guidelines International Network, National Institute for Health and Care Excellence, Scottish Intercollegiate Guidelines Network National guideline Clearinghouse онлайн дерекқорларында алдын ала анықталған кілт сөздерді (оңалту, миокард инфарктісі, бастапқы медициналық көмек) пайдалана отырып іздедік.-санитарлық көмек). Қосу критерийлеріне сәйкес келетін КР әдіснамалық сапасы AGREE II көмегімен бағаланды.

3 кезең - контекстік интеграция. Алдыңғы кезеңдерде алынған ақпаратты докторант және ғылыми кеңесші Ақтөбе қаласындағы МСАК жағдайларына жарамдылығы мен қолайлылығын ескере отырып, іріктелген КПП клиникалық ұсынымдарын талқылау үшін пайдаланды. Олардың контекстік толықтыруларымен мақұлданған ұсыныстар RP алдын-ала мәтініне жиналды.

4 кезең - Сыртқы шолу. РП-ның алдын-ала нұсқасы екі сыртқы рецензентке, сараптамалық деңгейдегі кардиологтарға РП-ның жергілікті жағдайларға жарамдылығы мен қолданылуы туралы пікірлерін алу үшін берілді. Қолдану критерийлеріне көмектің ұйымдастырушылық аспектілері, медициналық қызметтердің қол жетімділігі, халықтың және пациенттердің сипаттамалары кірді. Қолайлылыққа қатысты мәселелер КПП-ның күшті және әлсіз жақтарына, модификация ұсыныстарына, ағымдағы процестерге әсеріне, қажетті оқытуға, кедергілер мен көмекшілерге, ресурстарды тартуға және практикалық мәселелерге бағытталған.

Үшінші тапсырма үшін:

Зерттеу дизайны

Бұл зерттеу пациенттерді оңалтудың әзірленген амбулаториялық бағдарламасын (стандартты көмекке қосымша жүргізілетін) амбулаториялық жағдайда стандартты көмекпен салыстыратын ашық рандомизацияланған бақыланатын сынақтар болып табылады.

РІСО схемасы бойынша зерттеу сұрағын тұжырымдау:

P- миокард инфарктісі бар науқастар

I - стандартты көмекке қосымша жүргізілетін оңалту бағдарламасы

C- стандартты амбулаториялық көмек

O - өлім, шұғыл госпитализация, оны қайталау, инсульт, СНФ класының салмағы, БАҚ, dad, HR, дәрі-дәрмектерді қабылдау, липидтер алмасуының көрсеткіштері, BMI, бел шеңбері, темекі шегу және темекі шегу саны, FN-дегі төзімділік.

T- зерттеу ұзақтығы 1 жыл.

Зерттеу объектілерінің сипаттамасы (P)

Зерттеуге Ақтөбе қаласы стационарының кардиологиялық бөлімшесінде "жіті миокард инфарктісі" диагнозы қойылған барлық пациенттер, олар ақпараттандырылған келісімге қол қойған жағдайда енгізілді.

Қатысушыларды қабылдау ҚМУ орталығының базасында өткізілді, оның басшылығынан медициналық деректерге және пациенттерге қол жеткізуге келісім алынды.

Стационарда АЖ алғаннан кейін пациенттермен: ақпарат жинау, пациенттердің жай-күйін бағалау, қатысушылардың сауалнамаларды толтыруы (өмір сапасы, мазасыздық пен депрессия деңгейі және тамақтану бойынша) жүргізілді. Клиникалық, зертханалық және аспаптық зерттеулердің нәтижелері, жүргізілген емдеу және ұсыныстар туралы ақпарат пациенттердің медициналық жазбаларынан алынды.

Бөлінген уақыт кезеңінде 01.04.2019 жылдан 31.03.2020 жылға дейін Марат Оспанов атындағы БҚММУ МО кардиологиялық бөлімшесінде 207 пациент емделіп, жіті миокард инфарктісі диагнозы қойылды. Оның ішінде 30 адам зерттеуге қатысудан бас тартты, 22 адам алып тастау критерийлері бойынша зерттеуге кірмеді.

Осылайша, біздің зерттеуге барлығы 155 пациент қатысты. Олардың үшеуі (1,9%) зерттеуге қатысуды аяқтамады: біреуі шығарылғаннан кейін бір айдан кейін қатысудан бас тартты, екеуі шығарылғаннан кейін жоғалды (тұрғылықты жері бойынша дәрігерлерге хабарласпады, байланысқа шықпады). 7 пациент (4,5%) шығарылғаннан кейін бір жыл ішінде қайтыс болды. Зерттеуді 145 пациент аяқтады.

Пациенттер кездейсоқ сандар генераторының көмегімен 2 топқа рандомизацияланды: негізгі және бақылау. Рандомизация негізгі және бақылау топтары арасындағы 1:1 қатынасында жүргізілді.

Зерттеуге енгізу критерийлері: Ақтөбе қаласының ауруханаларынан шығарылатын және зерттеуге қатысуға келіскен барлық жіті науқастар.

Алып тастау критерийлері:

* зерттеу нәтижелерін ауыстыра алатын қатар жүретін патологияның болуы: декомпенсацияланған жүрек, бүйрек, бауыр жеткіліксіздігі, қатерлі ісіктер, когнитивті бұзылулар

* Ақтөбе облысының алыс аудандарында тұру

* жасқа байланысты есту қабілетінің жоғалуы

* энцефалопатиялар

* қатысудан бас тарту.

Араласу сипаттамасы (I)

Негізгі топ қатысушыларына стандартты көмек аясында заманауи халықаралық ұсынымдар негізінде әзірленген амбулаториялық оңалту бағдарламасы жүргізілді, оны медициналық университеттің оқытылған студенттері волонтерлік қозғалыс шеңберінде жүзеге асырды және клиникалық оқытушылар, бағдарламаны әзірлеушілер үйлестірді. Оқытылған ерікті студенттер пациенттерге үйде баруды аяқтады.

Әр сапар 60 минутқа созылды және 2 бөлімнен тұрды. Бірінші бөлім-байланыс орнату, пациенттің клиникалық жағдайын бағалау (әл-ауқатын, пациенттің шағымдарын, алдыңғы сапардан бастап өзгерістердің болуын анықтау мақсатында сауалнама), келесі параметрлерді өлшеу: қан қысымы, жүрек соғу жиілігі, салмақ және бел көлемі. Темекі шегетін науқастардан темекі шегудің саны туралы сұралды. Сондай-ақ, коморбидті жағдайлардың болуы және тағайындалған терапия бағаланды. Екінші бөлім-пациентті оқыту, қолдау, қажет болған жағдайда ынталандыру. Әр сапар үшін екінші бөлімде студенттер құрметтейтін тақырып ұсынылды.

1-сапар - дәрілік препараттар бойынша оқыту. Бұл сапарда миокард инфарктісінен кейін қабылдауға міндетті препараттар бойынша пациентке бағытталған ақпараттандыру (Калгари-Кембридж әдісімен) жүргізілді. Пациенттердің дәрі - дәрмек терапиясына бейімділігін арттыру үшін сұрақтар, пациенттердің ПД-ға қатынасы, пациенттер дәрі-дәрмектерді қабылдағысы келмеген жағдайда олардың себептері анықталды, пациентпен олар үшін дәрі-дәрмектерді еске салудың қолайлы әдістері талқыланды. Сондай-ақ пациенттерді емдеу мониторингіне тарта отырып, ақ, ЖЖЖ, холестерин, LDL және т.б. "нысаналы көрсеткіштері" туралы пациенттерді хабардар етті.

2-сапар - дене шынықтыру жаттығулары. Бұл сапар алдымен науқастың физикалық белсенділігінің бастапқы деңгейін анықтау үшін 6 минуттық жаяу жүру сынағын өткізді. Әрі қарай-тест нәтижелерін түсіндіру және оның мақсатты мәндері, ЖҚА қаупіне әсер ету тұрғысынан пациенттің физикалық белсенділігін талқылау, пациенттің физикалық белсенділік деңгейін арттыруға дайындығы анықталды. Миокард инфарктісінен кейін ұсынылатын физикалық белсенділік түрлері туралы ақпарат берілді, ал пациент өзі үшін қолайлы белсенділік түрін таңдады. Осыдан кейін берілген науқас үшін физикалық белсенділіктің жеке жоспары жасалды.

3-сапар - тамақтану бойынша оқыту. Бұл сапарда ЖҚА қаупіне әсер ету тұрғысынан пациенттің тамақтану әдеттері анықталды, пациенттің тамақтануды өзгертуге дайындығы анықталды, жаңа тамақтану мінез-құлқының нұсқалары туралы ақпарат берілді. Ақпараттандыру клиникалық тәжірибеде жүрек-қан тамырлары ауруларының алдын алу

бойынша Еуропалық ұсыныстарға негізделген (қайта қарау 2016). Науқасқа ол үшін қолайлы ұсыныстарды таңдау ұсынылады, содан кейін науқас үшін жеке тамақтану жоспары жасалды.

4-сапар - тәуекел факторының болуына байланысты темекі шегуден бас тарту немесе салмақ жоғалту бойынша оқыту. Бұл сапар темекі шегудің бастапқы күйін (күніне қанша темекі шегеді, қанша жыл темекі шегеді) немесе науқастың бастапқы салмағын, дене салмағының индексі (BMI) есептеді. Бұдан әрі пациентті темекі шегуден бас тарту/салмақ жоғалту бойынша Мотивациялық сұхбат (МИ) техникасын пайдалана отырып хабардар ету жүргізілді. Осы пациент үшін қолайлы темекі шегуден бас тарту/салмақ жоғалту бойынша жеке жоспар жасалды.

5-сапар және одан әрі-қолдау сапарлары, оның барысында ұсынымдардың сақталуы тексерілді, қажет болған жағдайда қайта оқу және қайта оқыту жүргізілді, пациенттің жағдайының өзгеруі, сұрақтарға жауаптар талқыланды. Қажет болған жағдайда жоспарлы қайталама ЧКВ немесе АҚШ/ШЖМ учаскелік ЖПД дәрігерінен немесе кардиологтан жолдама алу ұсынылды.

Алғашқы екі айда сапарлар аптасына кемінде 1 рет, келесі айларда - 2-3 аптада 1 рет жүргізілді. Сонымен қатар, қажет болған жағдайда кез келген уақытта телефон байланысы жүзеге асырылды.

Үйлестіруші оқытушы-тәлімгер студенттермен сессиялар өткізді, сұрақтар туындаған жағдайда көмектесті немесе қажет болған жағдайда студенттермен бірге сапарлар жасады.

Стандартты амбулаториялық көмек (С)

Екі топта да пациенттерге Қазақстанда қолданыстағы ҚР ДСМ кардиологиялық аурулары бар пациенттерді оңалту жөніндегі клиникалық хаттамасына сәйкес, сондай-ақ созылмалы науқастардың МСАК кезеңінде диспансерлік жүргізу жөніндегі бұйрық бойынша стандартты көмек көрсетілді. Алғашқы медициналық көмек ұйымдарында пациенттерге олардан кейінгі "стандартты" амбулаториялық көмек 12 ай бойы ұзақ бақылауға жататын пациенттер тізімінде тіркелуді (диспансерлік есепке алу), тегін рецепт бойынша дәрілік препараттардың негізгі топтарын (бета-блокаторлар, АӨФ тежегіштері, тромбоциттерге қарсы, диуретиктер, кальций арналарының блокаторлары, статиндер) тағайындауды және жазуды қамтиды ҚР ДСМ №647 бұйрығына сәйкес демалыстар, зертханалық-аспаптық зерттеулер белгілі бір мерзімдерде (стационардан шығарылғаннан кейін, БКС-дан кейін 2,3,6,12 айдан кейін), ҚР оңалту жөніндегі хаттамасына сәйкес 7 жұмыс күні ішінде қызмет көрсету (мөлшерленген жүру, велоэргометрде динамикалық жаттығулар, лазерлік терапия, бальнеотерапия, мойын-жаға аймағының массажы), қаланың оңалту орталығында (РО) ҚР тегін 10 күндік курсы.

Тиімділікті бағалау (О)

Тиімділіктің негізгі критерийлері ретінде: өлім, бейінді стационарға шұғыл госпитализация, қайталанатын миокард инфарктісі, инсульт, HSN класының салмағы, масnew Heart Disease HRQL көмегімен өмір сапасы пайдаланылды.

Тиімділіктің қосымша критерийлері ретінде мыналар пайдаланылды: БАҚ, дада, ЖЖЖ, АҚ нысаналы көрсеткіштеріне қол жеткізген пациенттердің үлесі; дәрі-дәрмектерді қабылдауға бейімділік; қанның биохимиялық көрсеткіштері (жалпы холестерин, триглицеридтер, HDL, LDL, LDL нысаналы көрсеткіштеріне қол жеткізген пациенттердің үлесі; дене салмағының индексі; бел шеңбері; темекі шегу және темекі шегетін темекі саны; TSH көмегімен жаттығуларға төзімділік; FFQ көмегімен тамақтану тәртібін өзгерту; депрессия мен мазасыздық деңгейі және HRDS, HADS сынақтары арқылы.

Зерттеу ұзақтығы (Т)

Зерттеудің жалпы ұзақтығы-2 жыл: пациенттерді қабылдау 2019 жылдың 1 сәуірінен 2020 жылдың 31 наурызына дейін (бір жыл ішінде) жүргізілді, содан кейін пациенттер бір

жыл бойы бақылауда болды. Араласу нәтижелерін бағалау зерттеу басталғаннан кейін 12 айдан кейін жүргізілді.

Зерттеу әдістерінің сипаттамасы

Тамақтану жиілігінің сауалнамасы (Food frequency questionnaire) - бұл өткен жылдағы жиілікті және кейбір жағдайларда порция мөлшері, азық-түлік пен сусындарды тұтыну туралы ақпаратты бағалау үшін сауалнама ретінде ұсынылған тамақтануды бағалау құралы. Бұл сауалнама Қазақстан тұрғындары үшін валидацияланды және бейімделді [18].

Өмір сапасын бағалау сауалнамасы. MacNew Heart Disease hrql сауалнамасы үш аймаққа бөлінген 27 элементтен тұрады (13 элементтен тұратын физикалық шектеулер доменінің шкаласы, 14 элементтен тұратын эмоционалды функция доменінің шкаласы және 13 элементтен тұратын әлеуметтік функция доменінің шкаласы). Бұл зерттеуде орыс тілді халық үшін валидацияланған сауалнаманың нұсқасы қолданылды [19].

Гамильтон депрессия шкаласы (Hamilton Rating Scale for Depression) депрессиялық бұзылулары бар науқастардың жағдайын сандық бағалауға арналған. Ол 21 сұрақтан тұрады [20].

Ауруханадағы мазасыздық пен депрессия шкаласы. HADS екілік шкаласы 2 кіші шкалаға бөлінеді: "мазасыздық" және "депрессия". Нәтижелерді түсіндіру кезінде әрбір кіші шкала бойынша жиынтық көрсеткіш ескерілді. Мазасыздық пен депрессия деңгейінің клиникалық маңызды төмендеуі HDRS шкаласы бойынша кемінде 3 баллға, HADS шкаласы бойынша 1,7 баллға және/немесе SMD 0,3-тен жоғары төмендеу деп саналды [22-24].

6 минуттық жаяу жүру сынағы. Тест пациенттердің күнделікті белсенділік деңгейін бағалауға мүмкіндік береді және оның нәтижелері өмір сапасының көрсеткіштерімен жақсы байланысты, оларды пациенттерді емдеу мен оңалтудың тиімділігін бағалаудың қосымша критерийлері ретінде пайдалануға болады. Тест динамикасын бағалау кезінде қашықтықты 33-41,8 м ұлғайту минималды маңызды жақсарту болып саналады [25-27].

Статистикалық зерттеу әдістері

Сандық үздіксіз айнымалылар орташа арифметикалық және стандартты ауытқумен, алыпсатарлыққа байланысты кватильаралық диапазоны бар медианамен ұсынылған. Категориялық айнымалылар 95% сi есебімен абсолютті сандар мен пайыздық үлестер түрінде ұсынылған. Үздіксіз айнымалылар үшін топтар арасындағы салыстыру Манн-Уитни (тәуелсіз үлгілерді салыстыру үшін), Вилкоксон (жұптық салыстыру үшін), категориялық үшін - хи-квадрат критерийлері және тәуелсіз үлгілер үшін нақты Фишер критерийі және жұптық үлгілерді салыстыру үшін Макнимар критерийі бойынша жүргізілді. Барлық өткізілген сынақтар үшін әсер мөлшері есептелді. Екі орташа мәнді салыстыру үшін, егер топта басқа стандартты ауытқу болса, Коэн немесе Гласс дельтасын әсердің шамасын өлшеу ретінде қолдандық. 0,20 мәні аз әсерді, 0,50 орташа әсерді және 0,80 күшті әсерді көрсетеді. Статистикалық маңыздылық деңгейі 0,05 деңгейінде тіркелді. Деректерді статистикалық өңдеу Statistica 10 және Sas JMP 11 қолданбалы бағдарламалар пакеттері арқылы жүзеге асырылды.

Нәтижелер

Бірінші тапсырма бойынша нәтижелер

ОИМ-ден кейінгі пациенттердің жалпы 10 жылдық өмір сүру деңгейі 38,2% құрады. Пациенттердің орташа өмір сүру уақыты 92 айды құрады (95% сi 76,3; 107,7).

Кокстың регрессиялық талдауын қолдана отырып, өмір сүру жасына байланысты болды (тәуекел коэффициенті (o) 1,05, 95% сi 1,04-1,06, маңыздылығы 0,000); қант диабетінің тарихы (o 1,49 95% сi 1,15; 1,94, маңыздылығы 0,003) және ОНМС тарихы (o 1,89 95% сi 1,10; 3,25, маңыздылығы 0,021).

Жынысына байланысты өмір сүруді салыстыру. Әйелдердің өмір сүру деңгейі 30,4%, мужчинерде 42,0% құрады. Талдау көрсеткендей, әйелдердің өмір сүру деңгейі мужчин қарағанда төмен (p – 0,007). Алайда, әйелдердің орташа даму жасы 67,22±11,86, ал мужчинерде тек 58,64±11,36 екенін атап өткен жөн.

Жасына байланысты өмір сүруді салыстыру. Деректер ДДҰ ұсынымдарына сәйкес жас топтарына топтастырылды. Жасы маңызды көрсеткіш болып шықты, өйткені маңыздылық деңгейі $p = 0,000$. Жас тобы неғұрлым үлкен болса, өмір сүру деңгейі соғұрлым төмен болады. Жас пациенттер тобында-71,2%; орта жастағы пациенттер тобында-58%; егде жастағы пациенттер тобында – 25,7%; Кәрілік жастағы пациенттер тобында – 3,6%. Топтар арасындағы айырмашылықтар статистикалық маңызды/

АД деңгейіне байланысты өмір сүруді салыстыру: АГ жоқ пациенттерде – 57,1%; 1 АГ дәрежесі бар емделушілерде – 63,6%; 2 АГ дәрежесі бар емделушілерде – 39,2%; 3 АГ дәрежесі бар емделушілерде – 36,0%. $p=0,046$.

ҚД болуына байланысты өмір сүруді салыстыру. Осы ауруға шалдыққан тірі қалған пациенттердің пайызы айтарлықтай төмен. ДМ-мен өмір сүру деңгейі шамамен 25,5%, қант диабеті жоқ адамдарда 40,7% құрайды.

Анамнезінде инфаркт болуына баланысты өмір сүруді салыстыру. Қайталама ИМ бар пациенттерде – 27,9%, бірінші ИМ бар пациенттерде – 4563%. Бұрын науқастың тарихы маңызды болып шықты ($p=0,000$) және инфаркт алғаш рет болған науқастар жақсы өмір сүреді.

Анамнезінде ОНМК-ға байланысты өмір сүруді салыстыру. ОНМК-бұл пациенттің инсульт тарихы бар-жоғын көрсететін болжаушы. Кесте бойынша ОНМК-мен ауыратын науқастардың өлім-жітімі жоғары екенін көруге болады. Болжаушының маңыздылығы күмән тудырмайды ($p=0,000$). Инсульт тарихы бар науқастарда-12,5%, инсультсыз науқастарда – 38,9%.

Осылайша, миокард инфарктінен кейінгі 10 жылдық өмір сүру деңгейі 38,7% құрады. Артериялық гипертензияның жоғары сатысы, қайталанатын ОИМ және ілеспе қант диабеті бар егде жастағы пациенттердің өмір сүру деңгейі артериялық гипертензияның төменгі сатысы бар, бастапқы ОИМ бар және қант диабеті жоқ жас пациенттерге қарағанда төмен болды.

Екінші тапсырма бойынша нәтижелер

Миокард инфарктінен кейін пациенттерді амбулаториялық оңалтудың әзірленген бағдарламасы пациент МСАК ұйымының (учаскелік дәрігер, медбикелер, психолог, әлеуметтік қызметкер, мамандар) көпсалалы командасымен (МДК) келісе отырып, емхана/ІАҚ, үйде және/немесе жұмыста өмір бойы үздіксіз қолданатын ғылыми негізделген араласулар кешені болып табылады, ағымдағы жағдайды және болжамды жақсарту мақсатында. Ауруханаға жатқызылғаннан кейін жедел және ауыр когнитивті бұзылулары жоқ барлық науқастар бағдарламаға шақырылады. Диссертациялық зерттеу аясында докторант және оқытылған ерікті студенттер пациенттің функционалдық жағдайын бағалады, дәрі-дәрмек және дәрілік емес араласуларды тағайындады және бақылады, пациенттерге фр-ны өзгерту дағдыларын ерте және кейінгі сапарларда үйретті, оңалту бағдарламасына ұзақ уақыт қатысуды қолдады, бекітілген сынақтар арқылы мазасыздық пен депрессия белгілерін бағалады, жеке бақылау және бару жоспарын үйлестірді. Негізгі араласулар: дәрі-дәрмектерді басқару, физикалық белсенділік, темекі шегуден бас тарту, салмақ жоғалту, дұрыс тамақтану.

Бағдарлама авторлардың инновациялық, зияткерлік меншігі болып табылады, ҚР 2020 жылғы 7 шілдедегі № 360-VI ҚРЗ "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Кодексінің баптарына сәйкес келеді.. ҚР ДСМ "Қазақстан Республикасының Халқына медициналық оңалтуды көрсетуді ұйымдастыру стандартын бекіту туралы" 2013 жылғы 27 желтоқсандағы № 759 бұйрығына.

Үшінші тапсырма бойынша нәтижелер

Жүрек-қан тамырлары нәтижелері

Бақылаудың соңғы нүктелері ретінде (араласу тиімділігінің қатаң критерийлері) біздің зерттеуімізде өлім, қайталама, инсульт, кардиологиялық стационарға шұғыл госпитализация және СНФ класының ауырлығы сияқты көрсеткіштер пайдаланылды.

Бақылау кезінде екі топта да 7 (4,6%) өлім, 5 ОНМК жағдайы (3,3%), 11 қайталанатын миокард инфарктісі (7,2%) және тұрақсыз стенокардия (7,9%) және NYHA (4,6%) бойынша 7 СНФ ауырлау жағдайы бойынша кардиологиялық бөлімшеге 12 шұғыл госпитализация болды. Негізгі топтағы оқиғалардың жиілігі бақылау тобына қарағанда төмен болды, статистикалық маңызды айырмашылық шұғыл емдеуге жатқызу (PP 0,185 (95% СИ 0,04-0,82), $p=0,01$; ЧБНЛ 8,9) және ХСН прогрессиясы (PP 0,154 (95% СИ 0,02-1,25), $p=0,04$; ЧБНЛ 14,3).

Өмір сапасын бағалау

Өмір сапасы сауалнамасының нәтижелерін талдау үш Домен бойынша әртүрлі нәтижелер көрсетті. Оңалту шараларына дейін эмоционалды доменді бағалау кезінде негізгі және бақылау тобындағы ұпайлардың орташа мәні шамамен бірдей болды ($p=0,584$), бір жылдан кейін екі топта да өмір сапасының жоғарылауы байқалады. Алайда, негізгі топтағы бұрын/кейін салыстыру кезінде айырмашылықтар статистикалық маңызды сандарға жетеді ($p=0,000$), ал бақылау тобында бақыланатын уақыт кезеңіндегі айырмашылықтар маңызды емес ($p=0,624$). Екі топтағы араласудан бұрын/араласудан бір жыл өткен соң салыстыру кезінде физикалық Домен көрсеткіштері статистикалық маңызды айырмашылықтарға жетті (сәйкесінше $p=0,000$ және $0,001$). Әлеуметтік Домен бойынша, эмоционалды сияқты, екі топта да оң динамика байқалады, бірақ бақылау тобында статистикалық тұрғыдан маңызды емес ($p=0,863$), ал негізгі топта статистикалық маңызды айырмашылықтар ($p=0,000$) байқалды.

Өмір салтын өзгерту (қауіп факторларын бақылау)

Тамақтану

Зерттеудің басында алкогольді тұтыну бойынша (стационардан шыққан кезде) негізгі және бақылау топтары салыстырмалы болды ($p=0,686$). Шығарылғаннан кейін бір жылдан кейін өмір салтын өзгерту бойынша жүргізілген бағдарламадан кейін топтар арасында статистикалық маңызды айырмашылық байқалады ($p=0,001$). Зерттеудің басында диетаның күнделікті калория мөлшері бойынша топтар бір-бірінен ерекшеленбеді ($p=0,852$). Негізгі және бақылау топтарында тәуліктік калорияның төмендеуі байқалғанымен, шығарылғаннан кейін бір жылдан кейін топтар арасында статистикалық маңызды айырмашылық байқалады ($p=0,000$).

Калорияның төмендеуі диетаның барлық негізгі компоненттеріне байланысты байқалды, ал негізгі топта қоректік заттарды тұтынудың төмендеуі айқынырақ болды. Тамақтануды түзету бойынша пациенттермен жүргізілген қайталама сессиялардың нәтижесінде атерогенез процесінде үлкен рөл атқаратын көмірсулар мен майларды тұтыну бойынша топтар арасындағы статистикалық маңызды айырмашылық анықталды. Майдың әртүрлі түрлерін егжей-тегжейлі қарастырған кезде, бақылау тобында майдың азаюы шамалы екенін байқауға болады. Негізгі топта қаныққан май қышқылдарын, атап айтқанда холестеринді тұтыну айтарлықтай төмендейді.

Жүрек-қан тамыр жүйесінің жұмысында ең маңызды макронутриенттерге, Mg және Na жатады. 9-кестеден көріп отырғанымыздай, бақылау тобындағы K және mg төмендеуі айқынырақ, бұл ЖҚА жұмысы үшін өте жақсы емес, ал Na төмендеуі негізгі топта айқынырақ ($p=0,000$). Натрийдің тамақпен артық жеткізілуі ағзадағы артық сұйықтықтың сақталуына әкелетіндіктен, оның азаюы жүрек пен қан тамырларының жұмысына жағымды әсер етеді.

Егер біз жекелеген азық-түлік топтарын қарастыратын болсақ, онда зерттеудің басында тәжірибелі және бақылау топтарында тұтынылатын өнімдер саны бойынша ешқандай айырмашылықтар болмағанын атап өтуге болады. Негізгі топтағы пациенттермен жұмыс істеу кезінде біз негізгі бес өнім тобына назар аудардық. Зерттеудің басталуынан бір жыл өткен соң, негізгі топта балық пен балық өнімдерін тұтыну үш еседен астам өскенін көреміз, ал бақылау тобында осы азық-түлік тобын тұтынудың шамалы ғана өсуі байқалды. Ет пен ет өнімдерін тұтынудың төмендеуі негізгі топта да айқын көрінеді (бастапқы мөлшердің үштен біріне). Шығарылғаннан кейін бір жылдан

кейін негізгі топта жаңғақтар мен тұқымдарды тұтыну бақылау тобына қарағанда алты есе көп. Көкөністер мен жемістерді талшықтың негізгі көзі ретінде пайдалану бойынша негізгі топта оң динамика байқалады, ал бақылау тобында, керісінше, оларды тұтынудың төмендеуі байқалады. Нәтижесінде, бақылау тобындағы көкөністер шығарылғаннан кейін бір жылдан кейін негізгі көкөністерге қарағанда екі есе аз тұтынылды.

Осылайша, бақылау тобында Біз барлық компоненттер арқылы диеталық калориялардың жалпы төмендеуін ғана байқаймыз, ал негізгі топта кешенді кардиологиялық реабилитациядан кейін біз қызыл ет тұтынуды азайту, жаңғақтар мен балықты тұтынуды арттыру, ас тұзын күнделікті тұтынуды азайту, жаңа піскен көкөністер мен жемістерді көбейту және т. б. ұсыныстарымыздың оң нәтижелерін көреміз. алкогольді ішімдіктерді азайту.

Дәстүрлі түрде ет өнімдерін көп тұтынатынымызды ескере отырып, Жерорта теңізі диетасының өнімдері (теңіз балығы) бізде тек мұздатылған және қымбат, біз жаңғақтарды, зәйтүн майын және жаңа піскен көкөністерді күнделікті тұтынуға баса назар аудардық. Біздің пациенттердегі тамақтануды түзету жөніндегі іс-шараларымыз физикалық белсенділікпен бірге ВМІ мен бел көлемін төмендету түрінде ғана емес, сонымен қатар қан қысымының төмендеуі және қанның липидті профилинің жақсаруы түрінде де өз тиімділігін көрсетті.

Дене белсенділігі

Біздің пациенттердің физикалық белсенділігінің артуы дозаланған серуендеу түрінде, белсенділік уақытының аптасына 150 минутқа дейін біртіндеп ұлғаюымен, сондай-ақ бос уақытты көбейту түрінде жүргізілді. Физикалық оңалтудың тиімділігін бағалау үшін 6 минуттық жаяу жүру сынағы қолданылды.

Стационардан шығару кезінде (араласуға дейін) негізгі және бақылау топтары ТШХ көрсеткіші бойынша салыстырылды, ал араласудан бір жыл өткен соң топтар бір-бірінен статистикалық тұрғыдан айтарлықтай ерекшеленді ($p=0,0001$). Сонымен қатар, бір жылдан кейін ТШХ көрсеткішінің өсуі екі топ үшін де тіркелді: негізгі және бақылау үшін тиісінше 24,3% және 10,3%. Бір жылдан кейін тесттің 6 мин көрсеткіші үшін Cohen әсерінің шамасы 0,8 болды, бұл араласудың үлкен әсерін көрсетеді.

Темекі шегу

Біздің зерттеуімізде темекі шегетін 152 пациенттің (үшеуі жұмыстан шыққан) 75 адам болды.

Стационардан шығару кезеңінде темекі шегетін науқастардың саны бойынша топтар салыстырмалы болды ($p=0,1031$), ал бір жылдан кейін олар айтарлықтай өзгерді ($p=0,0441$). Осы кезеңде негізгі топтағы темекі шегушілердің саны 61,4% – ға ($p<0,0001$), ал бақылау тобында-тек 16,1% - ға ($p=0,1336$) төмендеді. Темекі шегетін науқастардың арасында тәулігіне темекі шегетін темекі саны анықталды. Зерттеудің басында бір күнде темекі шегетіндердің саны екі топта да бірдей болды (тәулігіне 20 сиг), ал бір жылдан кейін негізгі топта темекі саны 7-ге дейін төмендеді, ал БАҚЫЛАУДА өзгеріссіз қалды, айырмашылықтар статистикалық маңызды болды ($p=0,000$, әсер мөлшері -1,7). Осылайша, біз негізгі топтағы темекі шегуге қарсы мотивациялық сұхбат түріндегі араласуымыз тиімді болды деп айта аламыз.

Артық салмақ және семіздік

Шығару кезінде топтар көрсеткіштермен салыстырылады, ал бір жылдан кейін ВМІ ($R=0,039$) және от ($R=0,01$) көрсеткіштері салыстырылатын екі топ арасында статистикалық тұрғыдан айтарлықтай ерекшеленеді. Қарастырылып отырған уақыт кезеңінде ВМІ ($R=0,000$) және от ($R=0,000$) көрсеткіштері негізгі және бақылау топтарында статистикалық тұрғыдан айтарлықтай өзгерді. Алайда, негізгі топта бұл көрсеткіштер төмендеді, ал БАҚЫЛАУДА, керісінше, Cohen әсерінің шамасы бір жылдан кейін -0,35 (орташа әсер) болды.

Негізгі топ үшін ВМІ көрсеткіші 4,0% - ға, бақылау тобы үшін 1,7% - ға, ал негізгі топ үшін ВМІ көрсеткіші 3,4% - ға, бақылау тобы үшін 1,8% - ға өсті.

Негізгі топтағы семіздікпен ауыратын науқастардың үлесі (BMI>30 кг/м²) 21-ден (27,6%) 12-ге (15,8%) дейін төмендеді, бақылау тобында 21-ден (30,4%) 22-ге (31,9%) дейін өсті.

Артық салмақ және семіздік

Шығару кезінде топтар көрсеткіштермен салыстырылады, ал бір жылдан кейін BMI (R-0,039) және от (R-0,01) көрсеткіштері салыстырылатын екі топ арасында статистикалық тұрғыдан айтарлықтай ерекшеленеді. Қарастырылып отырған уақыт кезеңінде BMI (R-0,000) және от (R-0,000) көрсеткіштері негізгі және бақылау топтарында статистикалық тұрғыдан айтарлықтай өзгерді. Алайда, негізгі топта бұл көрсеткіштер төмендеді, ал БАҚЫЛАУДА, керісінше, Cohen әсерінің шамасы бір жылдан кейін -0,35 (орташа әсер) болды.

Негізгі топ үшін BMI көрсеткіші 4,0% - ға, бақылау тобы үшін 1,7% - ға, ал негізгі топ үшін BMI көрсеткіші 3,4% - ға, бақылау тобы үшін 1,8% - ға өсті.

Негізгі топтағы семіздікпен ауыратын науқастардың үлесі (BMI>30 кг/м²) 21-ден (27,6%) 12-ге (15,8%) дейін төмендеді, бақылау тобында 21-ден (30,4%) 22-ге (31,9%) дейін өсті.

Артериялық гипертензия

Стационардан шыққан кезде АҚ және жүрек соғу жиілігінің көрсеткіштері бойынша негізгі және бақылау топтары бір-біріне ұқсас, бірақ бір жылдан кейін олардың арасында барлық үш көрсеткіш бойынша статистикалық маңызды айырмашылық ($p<0,0001$) байқалады. Араласу кезеңінде негізгі топтағы САД, ДАД және жүрек соғу жиілігінің көрсеткіштері статистикалық тұрғыдан айтарлықтай төмендеді ($p<0,000$). Бақылау тобында жүрек соғу жиілігінің көрсеткіші статистикалық тұрғыдан айтарлықтай төмендеді, ал бақша мен dad көрсеткіштері айтарлықтай өзгерген жоқ. Сондай – ақ, кестеде АҚ және жүрек соғу жиілігіне араласу әсерінің деңгейі көрсетілген-барлық көрсеткіштер бойынша әсер үлкен.

Осылайша , бақ көрсеткіші бір жылдан кейін негізгі топта - 13,3% – ға, бақылау тобында-3,6% - ға, негізгі топта-9,4% - ға, бақылау тобында-1,7% - ға, негізгі және бақылау топтарында жүрек соғу жиілігі тиісінше 17,1% - ға және 10,9% - ға төмендеді.

Талданатын кезеңнің соңына қарай бақылау тобымен салыстырғанда араласу тобындағы пациенттердің көпшілігі қан қысымының мақсатты көрсеткіштеріне жетті. Бақылау тобында мақсатты <130 мм сын.бағ. СҚҚна 62 (81,6%), ал <80 мм сын.бағ. ДҚҚна 30 (39,5%) пациенттер жетті, ал бақылауда мақсатты ДҚҚ бір жылдан кейін 25 (36,2%), ДҚҚ - 8 (11,6%) пациенттер болды. Негізгі топтағы қан қысымы мен жүрек соғу жиілігін төмендету бойынша осындай маңызды нәтижелерге өмір салтын өзгерту және дәрі-дәрмек терапиясын ұстануды арттыру бойынша кешенді оңалту бағдарламасы түріндегі араласуымыздың арқасында қол жеткізілді.

Дислипидемия

Стационардан шығарылған кезде негізгі және бақылау топтарының көрсеткіштері статистикалық тұрғыдан бір-бірінен айтарлықтай ерекшеленбейді. Бір жылдан кейін негізгі және бақылау топтары арасындағы статистикалық маңызды айырмашылық анықталды холестерин, ЖТЛП және ТТЛП көрсеткіштері. Негізгі топтағы ТТЛП бақылаумен салыстырғанда орташа есеппен 0,6-ға төмендеді ($p<0,0001$), ЖТЛП орташа есеппен 0,2-ге өсті ($p<0,0001$), ал жалпы холестерин орташа есеппен 0,9-ға төмендеді ($p<0,0001$).

Негізгі топта Холестерин, ЖТЛП, ТТЛП көрсеткіштері статистикалық тұрғыдан айтарлықтай өзгерді (ТТЛП орташа есеппен 1,1; $p<0,0001$; холестерин орташа есеппен 1,6; $p<0,0001$; ЖТЛП орташа 0,18; $p<0,0028$). Бақылау тобында Біз тек холестерин бойынша статистикалық маңызды өзгерістерді көреміз (орта есеппен 0,04; $P = 0,0110$). Көрсеткіш Холестерин көрсетілген кезеңде негізгі және бақылау топтарында тиісінше 27,4% және 7,2% төмендеді. Сондай-ақ, 2 топ арасындағы "бұрын және кейін" айырмашылықтарының

айырмашылығын талдау кезінде жалпы холестерин (-0,85; $p = 0,001$), ТТЛП (-0,7) үшін араласудың қосымша әсері анықталды; $p=0,001$) және ЖТЛП (-0,67; $p=0,001$).

Дәрілік терапияға бейімділік

Ауруханадан шыққан кезде екі топтың пациенттері де дәрі-дәрмектерге сәйкес келді. ААФи, статин және аспиринді қолдану екі топта да 100% болды, ББ-сәл төмен, бірақ екі топта да жеткілікті жоғары ($R = 0,797$). Екінші антитромботикалық агент ретінде клопидогрел немесе тикагрелор қолданылды және оларды шығарғаннан кейін барлық дерлік пациенттер де қолданды. Кальций өзекшелерінің блокаторлары мен диуретиктер сирек тағайындалды, бірақ оларды қолданғаннан кейін топтар бір-бірінен ерекшеленбеді. Бір жылдан кейін негізгі және бақылау топтары арасындағы статистикалық маңызды айырмашылық ББ, ААФи, статиндер, аспирин, клопидогрел (бақылау тобында төменрек) және ККБ (бақылау тобында жоғарырақ) қолдану арқылы анықталды. Негізгі топта бір жылдан кейін бета-блокаторлар мен аспирин бойынша міндеттеменің төмендеуі байқалмады, ААФи және статиндер бойынша аздап төмендеді (тиісінше 5,3% және 7,9% -ға). Клопидогрелді (+1,7%) және тикагрелорды (5,5%) қолдану ерекше өзгерген жоқ (бір науқас тикагрелордан клопидогрелге ауыстырылды). Бақылау тобында терапияға деген міндеттеменің төмендеуі байқалды. Негізгі төмендеу тикагрелор (-61,8%; $p=0,003$) және статиндер (-46,4%; $p=0,000$), аз дәрежеде – бета-блокаторлар (-33,9%; $p=0,000$), клопидогрел (-32,7%; $p=0,038$) және ААФи (-23,2%; $p=0,000$) бойынша болды.

Екі топта да ККБ (негізгі топта+49,4% және бақылау тобында +112,1%; $p=0,028$) және тиазид тәрізді препараттарды (негізгі топта+50% және бақылау тобында +34,9%) пайдаланудың ұлғаюы байқалды. Ілмекті диуретиктерді қолдану негізгі топта көбірек төмендеді (-49,5% қарсы -30,3%), бұл оларға қажеттіліктің төмендеуімен түсіндіріледі, ал калий сақтайтын диуретиктерді қолдану бақылау тобында көбірек төмендеді (-66,7% қарсы -33,3%; $p = 0,008$).

Осылайша, бақылау тобына дейін/кейін салыстыру кезінде ББ, ААФи, статиндер, клопидогрел, тикагрелор және альдостерон антагонистері бойынша дәрілік терапияға бейімділік статистикалық тұрғыдан айтарлықтай төмендеді, ВСС бойынша өсті. ККБ-ны салыстыру тобында қолданудың жоғарылауын осы топтағы дәрі-дәрмектерді ЖПД дәрігерлері қан қысымын төмендету мақсатында тағайындайтындығымен түсіндіруге болады, бұл топта негізгі топқа қарағанда нашар бақыланады.

Психикалық денсаулық

Зерттеудің басында жасы ($p=0,243$), өзгертілетін қауіп факторлары (темекі шегу, іштің семіздігі, АГ, ДМ, гиперлипидемия), жағдайдың ауырлығы (Killip бойынша ауырлық, Q-түзуші, қайталама), сондай-ақ психикалық бұзылулардың таралуы бойынша салыстырылатын топтар да салыстырылады. Топтардың ешқайсысында өте ауыр депрессиялық бұзылыс болған жоқ.

Араласуға дейінгі екі топтағы hads депрессия ұпайлары статистикалық жағынан ұқсас болды (негізгі топта 3,04(3,7) қарсы 3,83(3,89) бақылау, $p=0,07$), HRDS ұпайлары (4,2(4,7) қарсы 4,5(5,3), $p=0,5$). HADS дабыл ұпайлары да ерекшеленбеді(3,9 (3,2) қарсы 4,5 (3,4), $p=0,35$, сәйкесінше негізгі және бақылау топтарында). 12 айдан кейін hads депрессиясының орташа ұпайлары негізгі топта 1,1(1,7) болды, бақылау тобында 2,6(2,9) қарсы, $R<0,0001$, HRDS ұпайлары 1,5(1,7) қарсы 3,1(4,3), $R=0,0086$, HADS дабыл ұпайлары 1,9(1,5) қарсы 3,0(1,8), $R=0,0002$, сәйкесінше негізгі және бақылау топтарында.

Негізгі топта мазасыздық пен депрессияның төмендеуі екі шкала бойынша да бақылаудағы төмендеуден асып түсті, бірақ айырмашылықтарды салыстыру статистикалық тұрғыдан маңызды болмады. 12 айдан кейін Гамильтон шкаласы бойынша топтық айырмашылық негізгі пайдасына -1,29 құрады (95% сі, -0,7-ден -1,88-ге дейін); SMD 0,36 (95% сі, 0,03-тен 0,69-ға дейін). HADS шкаласы бойынша топтық айырмашылық-дабыл 12 айдан кейін -0.5 негізгі пайдасына (95% сі, -0,09-дан -0.9-ға дейін); SMD 0,2 (95% сі, -0,13-тен 0,5-ке дейін). Hads шкаласы бойынша топтық

айырмашылық-12 айдан кейінгі депрессия -0,7 негізгі пайдасына (95% сі, -0,22-ден -1,17-ге дейін); SMD 0,24 (95% сі, -0,09-дан 0,56-ға дейін).

Hads шкаласы бойынша мазасыздығы бар пациенттердің үлесі негізгі топта 18,4% – дан 1,3% - ға дейін ($p=0,0002$), бақылау тобында-18,8% - дан 5,8% - ға дейін ($p=0,001$) төмендеді. Негізгі топта депрессияға ұшыраған пациенттердің үлесі 15,8% – дан 0-ге дейін ($p=0,0007$) және 14,5% - дан 2,6% - ға дейін ($p=0,002$), бақылау тобында-14,5% - дан 4,4% - ға дейін ($p=0,04$) және 14,5% - дан 4,4% - ға дейін ($p=0,19$), сәйкесінше HADS және HDRS таразыларына. Бір жыл ішінде депрессияның дамуы бастапқыда депрессияға ұшырамаған бақылау тобындағы екі пациентте анықталды, бұл жағдайдың 100% - основной оң динамика байқалған негізгіден айырмашылығы, бірақ өзгерістер арасында айтарлықтай айырмашылықтар табылған жоқ.

Қорытындылар:

- Пациенттердің 10 жылдық өмір сүру деңгейі 38,7% (95% сі 34-42%) құрады, бұл дамыған еуропа елдерінің көрсеткішінен төмен.
- Әзірленген оңалту бағдарламасы Жергілікті МСАК ресурстарын ескеретін заманауи ғылыми деректерге негізделген миокард инфарктісі бар пациенттерді оңалтудың клиникалық хаттамасын және пациенттерге құрылымдық үй сапарларының жоспарын қамтиды. Бағдарлама практикалық денсаулық сақтау саласына енгізуге жарамдылығын көрсетті.
- Араласу шұғыл госпитализация (RR 0,19 (95% сі 0,04-0,82), $R=0,01$; CHBNL 8,9) және СНФ прогрессиясының (RR 0,15 (95% сі 0,02-1,25), $R=0,04$; CHBNL 14,3), Ақ, жүрек соғу жиілігі, жалпы холестерин деңгейі, LDL CS, темекі шегу, артық салмақ және жаттығуларға төзімділікті арттырады ($p<0,05$), КЖ профилін, депрессияны, мазасыздықты, емдік ұсыныстарды ұстануды жақсартады.

Ғылыми жаңалық

Осы зерттеу аясында Ақтөбеде алғаш рет:

- Бағалау жүргізілді және миокард инфарктісінен кейінгі науқастардың 10 жылдық өмір сүру деңгейінің төмендігі көрсетілді
- Қазіргі тәжірибеде пациенттерде ЖҚА (гиперлипидемия, артериялық гипертензия, темекі шегу, артық салмақ) қауіп факторларын оңтайлы бақылау зерттелмеген және көрсетілген
- Ағымдағы тәжірибеде пациенттерде бір жыл ішінде жағымсыз нәтижелердің жоғары жиілігі зерттелді және көрсетілді
- Әзірленген бағдарлама мен пациенттерді амбулаториялық оңалту стратегиясының қол жетімді араласуларының тиімділігін бағалау және көрсету

Практикалық маңыздылығы

- Алынған деректердің негізінде онымен пациенттерді амбулаториялық оңалту бойынша СОП әзірленді (КСМ жұмысына енгізілді)
- Алынған мәліметтер негізінде жалпы практика дәрігерлерінің, терапевттердің біліктілігін арттырудың Оқу материалдары мен сертификаттау курстары әзірленді
- Алынған мәліметтер негізінде амбулаториялық жағдайда миокард инфарктісінен кейін пациенттерді оңалту бойынша практикалық денсаулық сақтау дәрігерлеріне арналған әдістемелік ұсынымдар әзірленді

Енгізу нысандары

Диссертациялық жұмыстың негізгі ережелері баяндалды және талқыланды:

1. The III International scientific and educational conference «The Internationalization of Continuing Medical Education. Prospection», (25-26 апреля 2019г) Aktobe, Kazakhstan
2. 12 Международной научной конференции «Challenges and Needs of the society in the area of prevention and promotion of health at all levels of health care» (6 июня 2019г), Блед, Словения.
3. Leiden International (Bio) Medical Student Conference, (11 март 2019 г.), Лейден, Нидерланды

4. 42nd International medical scientific Congress», (май 2019г.), Охрид, Северная Македония
5. XIII Российской научной конференции с международным участием «Реабилитация и вторичная профилактика в кардиологии, (октябрь 2019г), Нижний Новгород, Россия
6. European Conference of family doctors Degam Annual Congress. (December 15-19, 2020) Berlin, Germany
7. Республиканская научно-практическая конференция с международным участием. (6 ноября 2020 года), г. Семей, Казахстан
8. IV Международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов «Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения» IV Всероссийского форума медицинских и фармацевтических вузов «За качественное образование, (апрель 2019 г.), Екатеринбург, Россия
9. II студенческой научно-практической конференции, посвященной Всемирному Дню Семейного Врача «Вклад студентов в развитие ПМСП и семейной медицины», (май 2019г), Актобе, Казахстан.
10. III международной научно-практической конференции, посвященной Всемирному дню семейного врача «Вклад студентов в развитие ПМСП и Семейной медицины», (14-15 мая 2020г). Актобе, Казахстан.

Ақпарат көздеріне сілтемелер

1. Clark H. NCDs. A challenge to sustainable human development // Lancet. – 2013. – 381 - p: 510–511.
2. Khan Moien Ab, Hashim Muhammad Jawad, Mustafa Halla et all. Global Epidemiology of Ischemic Heart Disease: Results from the Global Burden of Disease Study // Cureus. - 2020. - Jul 23 - 12(7). - p9349.
3. Roth GA., Johnson C., Abajobir A., et al. Global, Regional, and National Burden of Cardiovascular Diseases for 10 Causes, 1990 to 2015 // J Am Coll Cardiol. - 2017 - 70(1).
4. Finegold Judith A, Asaria Perviz, Francis Darrel P. Mortality from ischaemic heart disease by country, region, and age: statistics from World Health Organisation and United Nations // Int J Cardiol. - 2013 Sep 30. - 168(2). - p:934-45.
5. Nowbar Alexandra N, Gitto Mauro, Howard James P, Francis Darrel P, Al-Lamee Rasha. Mortality From Ischemic Heart Disease // Circ Cardiovasc Qual Outcomes. - 2019 - 12(6).
6. M. Pivina, Zh. T. Moldagalieva, Zh. E. Muzdubayeva, T. I. Belikhina, A. M. Markabayeva, T. Zhunussova. Medical and social problem of cardiovascular diseases in Kazakhstan // Science & Healthcare. –2015.- 50 UDC 616.12 – 008 (574).
7. Altyn Aringazina, Tleuberdi Kuandikov, and Viktor Arkhipov. Burden of the Cardiovascular Diseases in Central Asia // Cent Asian J Glob Health. -2018. - 7 (1). - p321.
8. Jayaraj J.C., Davatyan K., Submanian S.S. Epidemiology of Myocardial Infarction // Submitted: September 26th 2017 Reviewed: February 1st 2018
9. А.Д. Садыкова, А.А. Смаилова, Д.М. Шалапов, С.К. Саттиева, А.А. Ауелбекова. Эпидемиология основных фатальных осложнений сердечно-сосудистых заболеваний // Эпидемиология. - 2017. - УДК 616.01.
10. Kim C., Choi I., Cho S., Kim AR., Kim W., Jee S. Do Cardiac Rehabilitation Affect Clinical Prognoses Such as Recurrence, Readmission, Revascularization, and Mortality After AMI // Systematic Review and Meta-Analysis. Ann Rehabil Med. - 2021 Feb. - 45(1). - p57-70.
11. McMahon SR., Ades PA., Thompson PD. The role of cardiac rehabilitation in patients with heart disease // Trends Cardiovasc Med. – 2017. - 27(6). - p:420–425.
12. Chow CK et al. Association of diet, exercise, and smoking modification with risk of early cardiovascular events after acute coronary syndromes // Circulation. - 2018 - 121(6) - p:750
13. Lawler Patrick R, Filion Kristian B, Eisenberg Mark J. Efficacy of exercise-based cardiac rehabilitation post-myocardial infarction: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials // American Heart Journal. - 2011. - 162(4). – p:571-584. - e2.

14. Urbinati S., Tonet E. Cardiac rehabilitation after STEMI // *Minerva Cardioangiol.* – 2018 - 66(4). - p:464-470.
15. Kotseva K., De Backer G., De Bacquer D., et al. Lifestyle and impact on cardiovascular risk factor control in coronary patients across 27 countries: Results from the European Society of Cardiology ESC-EORP EUROASPIRE V registry // *Eur J Prev Cardiol.* - 2019 - 26(8). - p:824-835.
16. Jorstad HT., von Birgelen C., Alings AM., et al. Effect of a nurse-coordinated prevention programme on cardiovascular risk after an acute coronary syndrome: main results of the RESPONSE randomised trial // *Heart.* - 2013. - 99(19). - p:1421-1430.
17. Allen JK., Dennison CR. Randomized trials of nursing interventions for secondary prevention in patients with coronary artery disease and heart failure: systematic review // *J Cardiovasc Nurs.* - 2010 May-Jun. - 25(3). - p:207-20.
18. Тулеуова Р.Ш., Гржибовский А.М., Жамалиева Л.М. Адаптация и валидизация русской и казахской версий опросника Food frequency questionnaire // *West Kazakhstan Medical Journal.* - 2019. - 61 (1).
19. N.V. Pogosova, A.A. Kursakov, I.H. Boycharov. Validation of the macnew questionnaire for the assessment of health-related quality of life in patients with ischemic heart disease // *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии.* – 2014. - 10(6).
20. Assanovich M.A. Optimization of the Hamilton Depression Rating Scale using Rasc model // *Med. psihol. Ross.* – 2015. - no. 2(31). - p. 7. - Available at: <http://mprj.ru>
21. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review // *J Psychosom Res.* – 2002. 52:69. –77. - doi: 10.1016/s0022-3999(01)00296-3
22. Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson BT. Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration // *PLoS Med.* - 2008 Feb. - 5(2). - e45. - doi: 10.1371/journal.pmed.0050045. - PMID: 18303940. - PMCID: PMC2253608.
23. Hieronymus F, Jauhar S, Østergaard SD, Young AH. One (effect) size does not fit at all: Interpreting clinical significance and effect sizes in depression treatment trials // *Journal of Psychopharmacology.* – 2020. - 34(10). - 1074-1078. - doi:10.1177/0269881120922950.
24. Lemay KR, Tulloch HE, Pipe AL, Reed JL. Establishing the Minimal Clinically Important Difference for the Hospital Anxiety and Depression Scale in Patients With Cardiovascular Disease // *J Cardiopulm Rehabil Prev.* - 2019 Nov. - 39(6). - E6-E11. - doi: 10.1097/HCR.0000000000000379. - PMID: 30489438.
25. Gilbert C, Brown MCJ, Cappelleri JC, et al. Estimating a minimally important difference in pulmonary arterial hypertension following treatment with sildenafil // *Chest.* – 2009. - 135(1). - 137-42. - DOI:10.1378/chest.07-0275.
26. Mathai SC, Puhan MA, Lam D, Wise RA. The minimal important difference in the 6-minute walk test for patients with pulmonary arterial hypertension // *Am J Respir Crit Care Med.* – 2012. - 186(5). - 428-33. - DOI:10.1164/rccm.201203-0480OC.
27. Gabler NB, French B, Strom BL, et al. Validation of 6-minute walk distance as a surrogate end point in pulmonary arterial hypertension trials // *Circulation.* – 2012. - 126(3) - 349-56.