



СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Vigersky, R. A., Fish, L., Hogan, P., et al. The clinical endocrinology workforce: Current status and future projections of supply and demand // Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism. – 2014. - №99(9). - P. 3112–3321.
- 2 Agarwal G., Pierce M., Ridout D. The GP perspective: problemsexperienced in providing diabetes care in UK general practice // Diabetic Medicine. – 2002. - №4. – P. 13-20.
- 3 Yacov F., Margalit G., Khaled K. Managing Diabetes Mellitus: A Survey of Attitudes and Practices Among Family Physicians // Journal of Community Health. – 2015. – Vol.40, Issue 5. - P. 1002–1007.
- 4 Приказ МЗСР РК от 6 июня 2016 года № 478 «Об утверждении стандарта организации оказания эндокринологической помощи в Республике Казахстан»

А.Е. Тажиева¹, В.Л. Резник²

¹Қазақстандық медицина университеті «ҚДСЖМ»

²Әл-Фараби атындағы Қазақ Ұлттық Университеті

2 ТИПТІ ҚАНТ ДИАБЕТИ БАР НАУҚАСТАРДЫ ЖҮРГІЗУДЕГІ УЧАСКЕЛІК ДӘРІГЕРДІҢ ҚЫЗМЕТІН ҰЙЫМДАСТЫРУ

Түйін: 2 типті қант диабеті бар науқастарды жүргізудегі учаскелік дәрігер мен эндокринологтың жүргізуі Қазақстан Республикасында эндокринологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандартымен реттелген (ҚР ДС және ӘДМ 2016 жылғы 6 маусымдағы № 478 бұйрығымен бекітілген). Жүргізілген зерттеудің нәтижесі бойынша, 2 типті қант диабеті бар науқастардың көпшілігі учаскелік дәрігердің мәліметтеріне сәйкес, уақытылы тиісті медициналық мамандардың тексерулерінен (окулист, кардиолог, невропатолог, хирург), лабораториялық және инструменталдық зерттеулерден өтпейді, бұл мәселе амбулаториялық науқастардың медициналық карталарын (№025/у нысаны) қарағанда анықталынды. Қалыптасқан жағдай түрлі мамандардың өзара байланысу механизмдерін жақсартуды және науқастардың тұрақты медициналық тексерулерден өтулерінің маңыздылығы туралы хабардар болуын жоғарлатуды талап етеді.

Түйінді сөздер: 2 типті қант диабеті, амбулаториялық көмек, мамандар.

A.E. Tazhiyeva¹, V.L. Reznik²

¹Kazakhstan Medical University "KSPH, Almaty, Kazakhstan

²Al-Farabi Kazakh National University, Almaty, Kazakhstan

ORGANIZATION OF WORK DISTRICT DOCTOR FOR THE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

Resume: Management patients with type 2 diabetes mellitus district physicians and endocrinologists are governed by the standard for provision of endocrinology care in the Republic of Kazakhstan (was approved by order of the MHSД from 6.06.2016, No. 478). The results of the study found that most patients with type 2 diabetes mellitus according to the district physicians, does not pass the relevant examinations (ophthalmologist, cardiologist, neurologist, surgeon), laboratory tests, that was confirmed in the study of the medical records out-patients (form № 025/u). The current situation requires the improvement of mechanisms of interaction between doctors of different specialties and of raising awareness of patients about the importance of regular medical check-ups.

Keywords: type 2 diabetes mellitus, ambulatory care, specialists.

УДК 616-008.9-07:616.12-018.74+616-082

А.Е. Турсынбекова¹, К.Р. Карибаев², Г.Ж. Токмурзиева¹,
М.К. Кульжанов¹, Е.С. Утеулиев¹, А.Е. Тажиева^{1,3}

¹Қазақстанский медицинский университет «ВШОЗ», г. Алматы, Казахстан

²АО «Центральная клиническая больница», г. Алматы, Казахстан

³АО Национальный медицинский университет, г. Алматы, Казахстан

ВЛИЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ НА УРОВЕНЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Частота метаболического синдрома (МС) по группе составила 40,3%. Частота сочетаний метаболического синдрома (МС) и вегетативной дисфункции (ВД) составила 21,7% и значимо превышала ожидаемую при независимом распределении данных патологических состояний. Выявлено существенное превышение частоты развития нарушений регионарного кровообращения в группе сочетания метаболического синдрома и вегетативной дисфункции над обследованными с отсутствием данных патологических состояний. Значимые различия были выявлены по результатам наблюдения за группой сочетания МС и ВД в сравнении со всеми остальными: ВД без МС ($\chi^2=4,92$, $p=0,046$); МС без ВД ($\chi^2=4,26$, $p=0,057$); отсутствия МС и ВД ($\chi^2=8,35$, $p=0,022$). Между группами пациентов без сочетания синдромов существенных различий выявлено не было. Вегетативная дисфункция может быть фактором, сопряженным с МС и модифицирующим риск развития сердечно-сосудистых осложнений в направлении его увеличения. Этот аспект требует учета роли ВД в осуществлении организационных мероприятий, направленных на профилактику осложнений у больных с метаболическим синдромом.

Ключевые слова: метаболический синдром; вегетативная дисфункция; сердечно-сосудистый риск; организация медицинской помощи



Введение. Оказание медицинской помощи пациентам с сердечнососудистой патологией в современных условиях требует учета все большего спектра механизмов, оказывающих влияние на ее развитие и исходы [1,2]. Атеросклеротический процесс, лежащий в основе поражения магистральных сосудов, имеет достаточно сложный патогенез, который включает нейрогормональные, метаболические, иммунологические составляющие [3-5]. Не менее важными могут оказаться и вторичные механизмы (нарушения со стороны системы гемостаза, свободно радикального окисления), активность которых повышается при развитии острых нарушений регионарного кровообращения [6,7]. Организация медицинской помощи больным с сердечнососудистой патологией должна учитывать основной спектр факторов, относящихся к прогностическим и регулируемым, для достижения максимальной эффективности профилактики осложнений и негативных исходов, сохранения трудоспособности и качества жизни пациентов [8]. Метаболический синдром рассматривается как важный фактор риска сердечнососудистых осложнений [9,10]. Его распространенность является весьма высокой и может достигать 20% и более среди взрослого населения [11]. В то же время, влияние метаболического синдрома на риск осложнений осуществляется главным образом опосредованно [12]. Вегетативная дисфункция с преобладанием активности симпатического отдела – другой фактор риска сердечнососудистой патологии и развития ее осложнений [13]. Имеются основания считать данные состояния взаимосвязанными, а влияние их на вероятность развития осложнений – однонаправленным [14]. В то же

время данное обстоятельство в отношении организации лечебно-профилактической помощи в отечественной системе здравоохранения практически не учитывается.

Цель исследования - оценка влияния вегетативной дисфункции на уровень сердечнососудистого риска у лиц с метаболическим синдромом с учетом организации медицинской помощи.

Материалы и методы.

Обследованию подвергались 750 государственных служащих в возрасте от 35 до 70 лет, в том числе 476 мужчин и 274 женщины. Диагностика метаболического синдрома (МС) осуществлялась по критериям консенсуса IDF и АНА/NHLBI (2009). Исследование состояния вегетативной регуляции гемодинамики осуществлялось посредством вариационной интервалометрии. В качестве «конечных точек» исследования принималось развитие любых форм острого коронарного синдрома, острого нарушения мозгового кровообращения или других форм нарушения периферического артериального кровообращения в период исследования. Статистический анализ проводился с использованием критерия χ^2 Пирсона и двустороннего точного критерия Фишера.

Результаты и обсуждение.

Обследованию и наблюдению подвергались 750 государственных служащих разных категорий в возрасте от 35 до 70 лет (средний возраст – 51,4±1,1 года), в том числе 476 мужчин (63,5%) и 274 женщины (36,5%). Средний возраст мужчин и женщин не имел существенный различий. Возрастно-половое распределение обследованных представлено в таблице 1.

Таблица 1 – Возрастно-половая характеристика основной группы обследованных

Возрастная категория	Мужчины, n=476		Женщины, n=274		Всего, n=750	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
35-40 лет, n=78	44	9,2	34	12,4	78	10,4
41-50 лет, n=211	133	27,9	78	28,5	211	28,1
51-60 лет, n=306	187	39,3	119	43,4	306	40,8
61-70 лет, n=155	112	23,5	43	15,7	155	20,7
Всего, n=750	476	100,0	274	100,0	750	100,0

Критерии включения: возраст 35-70 лет; отношение к контингенту АО «Центральная клиническая больница»; полное обследование; наличие информированного согласия на участие в исследовании. Критерии исключения: наличие острых форм ИБС или острых нарушений мозгового или других форм нарушений регионарного кровообращения атеросклеротического генеза; наличие тяжелых хронических соматических заболеваний в стадии декомпенсации или острых патологических состояний различного генеза; отказ от участия в исследовании на любом этапе. В программу обследования было включено анкетирование для выявления личного, семейного анамнеза и факторов риска, физикальное обследование с определением антропометрических показателей (рост, масса тела, окружность талии, окружность бедер), определение АД, ЭКГ (в т.ч. мониторинг с нагрузочной пробой), ЭхоКГ, определение содержания глюкозы в крови с гликемической нагрузкой, определение холестерина и липопротеидов, инсулина, С-пептида, УЗИ органов брюшной полости. Диагностика метаболического синдрома осуществлялась по критериям консенсуса IDF и АНА/NHLBI (2009). Определение наличия и характеристик вегетативной дисфункции осуществлялось посредством вариационной интервалометрии (ЭКГ-исследование) по Р.М. Баевскому в модификации В.Р. Вебер и соавт. [15,16]. Критерием наличия вегетативной дисфункции было использовано превышение индекса напряжения вариационной интервалограммы величины 100,0/c² или снижения данного показателя менее 30,0/c², тяжелой вегетативной дисфункции – 200,0/c² и 20,0/c² соответственно при отсутствии ИБС (стабильной

стенокардии напряжения или ее эквивалента в виде безболевого ишемии миокарда). При наличии стенокардии соответствующие показатели были приняты равными 300,0/c², 50,0/c² и 500,0/c², 25,0/c² соответственно. Данный комплекс показателей был разработан в результате продолжительных предшествовавших исследований [17-19]. В качестве ассоциированных с метаболическим синдромом заболеваний определялись: артериальная гипертензия, коронарная болезнь сердца, сахарный диабет II типа, атерогенная дислипидемия, неалкогольная жировая болезнь печени, желчнокаменная болезнь. В качестве «конечных точек» исследования принималось развитие любых форм острого коронарного синдрома, острого нарушения мозгового кровообращения или других форм нарушения периферического артериального кровообращения, в том числе диагностированных ретроспективно (например, нахождение ЭКГ-признаков перенесенного «на ногах» инфаркта миокарда) с момента включения пациента в исследование. Статистический анализ. Сравнение номинальных значений проводилось с использованием критерия χ^2 Пирсона, в т.ч. с поправкой Йейтса, и двустороннего точного критерия Фишера при несоблюдении условий применения критерия χ^2 [20]. Граничным уровнем статистической значимости для опровержения нулевой гипотезы принимали $p < 0,05$. В таблице 2 представлены данные о распространенности метаболического синдрома в общей группе обследованных по критериям АНА/NHLBI. Дополнительными критериями дифференцировки были возрастно-половые.



Таблица 2 – Распространенность метаболического синдрома у обследованных в зависимости от возраста и пола

Возрастная категория	Распределение по полу					
	Мужчины, n=476		Женщины, n=274		Всего, n=750	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
35-40 лет, n=78	4	9,1	9	26,5	13	16,7
41-50 лет, n=211	18	13,5	33	42,3	51	24,2
51-60 лет, n=306	76	40,6	73	61,3	149	48,7
61-70 лет, n=155	59	52,7	30	69,8	89	57,4
Всего, n=750	157	33,0	145	52,9	302	40,3

Частота метаболического синдрома увеличивалась с возрастом и имела гендерные различия. Так, во всех возрастных группах было выявлено существенное превышение показателя у женщин. Аналогичные результаты в возрастной категории 41-50 лет составили по подгруппам: OR=1,50; OR=1,22; OR=1,31 ($p>0,05$ во всех случаях). В следующей возрастной категории 51-60 лет показатели различий составили OR=1,29; OR=1,06 и OR=1,16 (также без статистически значимых различий). В старшей возрастной категории наблюдалось достаточно значительное превышение, составившее среди мужчин

OR=1,31 ($p>0,05$), женщин OR=1,25 ($p>0,05$) и в среднем OR=1,29 ($\chi^2=5,163$, $p=0,03$). При объединении возрастных категорий в подгруппы по полу было выявлено, что превышение частоты у мужчин составило OR=1,32 ($\chi^2=7,368$, $p=0,02$). У женщин статистически значимых различий выявлено не было (OR=1,14, $\chi^2=2,365$, $p>0,05$). Наконец, в общей группе различия составили OR=1,23 ($\chi^2=9,017$, $p=0,021$). В таблице 3 показана частота сочетаний метаболического синдрома и наличия вегетативной дисфункции.

Таблица 3 – Сочетания метаболического синдрома и вегетативной дисфункции в зависимости от возраста

Возрастная категория	Наличие МС, ВД и их сочетаний							
	сочетание МС и ВД		МС без ВД		ВД без МС		нет ВД и МС	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
35-40 лет, n=78	13	16,7	0	0,0	36	46,2	29	37,2
41-50 лет, n=211	27	12,8	24	11,4	65	30,8	95	45,0
51-60 лет, n=306	67	21,9	82	26,8	48	15,7	109	35,6
61-70 лет, n=155	56	36,1	33	21,3	30	19,4	36	23,2
Всего, n=750	163	21,7	139	18,5	179	23,9	269	35,9

В структуре распределения обследованных всех возрастных групп частота сочетаний МС и ВД оказалась выше ожидаемой. Так, в возрастной категории 35-40 лет метаболический синдром сопровождался ВД во всех случаях – 16,7% (ожидаемая частота сочетаний – 10,5%, $p=0,007$). Несколько меньшими различия между наблюдаемой и ожидаемой частотами были у больных более старших возрастных групп. Так, сочетания МС и ВД в возрасте 41-50

лет наблюдались в 12,8% случаев (ожидаемая частота – 10,5%), 51-60 лет – 21,9% (ожидаемая – 18,3%) и 61-70 лет – 36,1% (ожидаемая – 31,9%). В среднем по группе данный показатель составил 21,7%, тогда как ожидаемая частота – 18,4% ($p=0,031$).

В таблице 4 представлены данные о зависимости частоты наступления «конечных точек» исследования в зависимости от выделенных подгрупп по наличию МС и ВД.

Таблица 4 – Частота наступления «конечных точек» в зависимости от наличия метаболического синдрома, вегетативной дисфункции и их сочетаний

Возрастная категория	Наличие МС, ВД и их сочетаний							
	сочетание МС и ВД, n=163		МС без ВД, n=139		ВД без МС, n=179		нет ВД и МС, n=269	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
35-40 лет, n=78	0	0,0	0	0,0	1	2,8	1	3,4
41-50 лет, n=211	4	14,8	2	8,3	3	4,6	5	5,3
51-60 лет, n=306	9	13,4	4	4,9	4	8,3	7	6,4
61-70 лет, n=155	11	19,6	4	12,1	5	16,7	4	11,1
Всего, n=750	24	14,7	10	7,2	13	7,3	17	6,3

Во всех возрастных категориях, кроме младшей, отмечалось существенное превышение частоты развития острых нарушений регионарного кровообращения в группе наличия сочетания метаболического синдрома и вегетативной дисфункции над обследованными с отсутствием данных патологических состояний. Подгруппы обследованных с изолированным метаболическим синдромом или вегетативной дисфункцией находились в промежуточном состоянии по частоте «конечных точек».

Значимые различия были выявлены по результатам наблюдения за группой сочетания МС и ВД в сравнении со всеми остальными: ВД без МС ($\chi^2=4,92$, $p=0,046$); МС без ВД ($\chi^2=4,26$, $p=0,057$); отсутствия МС и ВД ($\chi^2=8,35$, $p=0,022$). Между группами пациентов без сочетания синдромов существенных различий выявлено не было.

Мнение о том, что вегетативная дисфункция, связанная с сердечнососудистой патологией, может иметь наиболее значимые проявления в сочетании с другими факторами риска, «дополняющими» ее негативные эффекты, является одним из наиболее обоснованных [21]. В качестве одного из таких состояний можно рассматривать метаболический

синдром. Действительно, артериальная гипертензия [22], нарушения свободно радикальных процессов [23], углеводного обмена [14,24] могут быть «точками пересечения» вегетативной дисфункции и метаболического синдрома в патогенезе острых и хронических форм сердечнососудистых заболеваний.

Поэтому вопрос о роли исследований функционального состояния ВНС для оценки сердечнососудистого риска у лиц с метаболическим синдромом остается актуальным.

Следует дополнительно указать на минимальные затраты на обследование пациентов с использованием в качестве основного метода вариационной интервалометрии. Имеются два основных варианта данного исследования, основанные на кратковременной записи или мониторингировании ЭКГ [25]. Согласно нашим данным, анализ кратковременных записей по информативности и прогностической значимости, по крайней мере, при острых формах ИБС, не уступает, если не превосходит, результаты мониторингирования [26]. Однако при хронических сердечнососудистых заболеваниях соотношение методов практически не изучено.



Нами получены данные о потенциальной прогностической эффективности вариационной интервалометрии у лиц с метаболическим синдромом, что является доказательством клинической значимости такого подхода.

Соответственно, внедрение данного метода в комплексное обследование лиц с метаболическим синдромом, может обеспечить более точное прогнозирование риска развития сердечнососудистых осложнений в контингенте лиц с метаболическим синдромом. Нами разработаны рекомендации по применению вариационной интервалометрии в условиях Центральной клинической больницы, включающие показания к первичному обследованию, сроки и условия повторных обследований, нормативные результаты для отнесения пациентов к разряду умеренной и выраженной вегетативной дисфункции и модификация существующих стратифицированных групп риска.

Выводы.

В целом распространенность метаболического синдрома в группе обследования оказалась высокой. Одновременно

определялась значительная распространенность вегетативной дисфункции. Частота сочетаний метаболического синдрома и вегетативной дисфункции в обследованной группе незначимо превышала равновесное распределение. В то же время, наличие выраженной вегетативной дисфункции выявлялось чаще при метаболическом синдроме.

Группу наиболее высокого риска составили пациенты с сочетанием метаболического синдрома и вегетативной дисфункции. При выраженной степени последней наблюдалось превышение частоты наступления конечных точек над общей группой и любыми альтернативными подгруппами обследованных.

Данные аспекты следует учитывать при организации медицинской помощи лицам, находящимся под диспансерным наблюдением. В настоящее время выявление вегетативной дисфункции не является обязательным направлением обследования пациентов с сердечнососудистыми заболеваниями.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Erbel R, Görgе G. New insights in pathogenesis and etiology of coronary artery disease // Dtsch Med Wochenschr. – 2014. - №139, Suppl 1. – P. 4-8.
- 2 Swerdlow DI, Holmes MV, Harrison S, Humphries SE. The genetics of coronary heart disease // Br Med Bull. – 2012. - №102. – P. 59-77.
- 3 Palazzuoli A, Nuti R. Heart failure: pathophysiology and clinical picture // Contrib Nephrol. – 2010. - №164. – P. 1-10.
- 4 Rippe JM, Angelopoulos TJ. Sugars, obesity, and cardiovascular disease: results from recent randomized control trials // Eur J Nutr. – 2016. - №55, Suppl 2. – P. 45-53.
- 5 Gargiulo P, Marsico F, Parente A, et al. Ischemic heart disease in systemic inflammatory diseases. An appraisal // Int J Cardiol. – 2014. - №1. – P. 286-290.
- 6 Briasoulis A, Androulakis E, Christophides T, Tousoulis D. The role of inflammation and cell death in the pathogenesis, progression and treatment of heart failure // Heart Fail Rev. – 2016. - №21(2). – P. 169-176.
- 7 Zhang PY, Xu X, Li XC. Cardiovascular diseases: oxidative damage and antioxidant protection // Eur Rev Med Pharmacol Sci. – 2014. - №18(20). – P. 3091-3096.
- 8 Aggarwal M, Aggarwal B, Rao J. Integrative Medicine for Cardiovascular Disease and Prevention // Med Clin North Am. – 2017. - №101(5). – P. 895-923.
- 9 Гургенян С.В., Ватинян С.Х., Зелвеян П.А. Метаболический синдром и ишемическая болезнь сердца // Тер.архив. – 2014. – Т.86, №3. – С.106-110.
- 10 Е.И. Соколов Метаболический синдром: пособие для терапевтов и кардиологов. - М.: РКИ Соверо пресс, 2005. - 48 с.
- 11 Kwasny C, Manuwald U, Kugler J, Rothe U. Systematic Review of the Epidemiology and Natural History of the Metabolic Vascular Syndrome and its Coincidence with Type 2 Diabetes Mellitus and Cardiovascular Diseases in Different European Countries // Horm Metab Res. – 2018. - №50(3). – P. 201-208.
- 12 Wang Y, Yu Q, Chen Y, Cao F. Pathophysiology and therapeutics of cardiovascular disease in metabolic syndrome // Curr Pharm Des. – 2013. - №19(27). – P. 4799-4805.
- 13 Khoo MCK, Chalacheva P. Model-Derived Markers of Autonomic Cardiovascular Dysfunction in Sleep-Disordered Breathing // Sleep Med Clin. – 2016. - №11(4). – P. 489-501.
- 14 Кириченко Д.А. Особенности вегетативной дисфункции у больных с метаболическим синдромом и их медикаментозная коррекция: Автореф. дисс. ... канд.мед.наук – Ростов-на-Дону, 2009. – 25 с.
- 15 Баевский Р.М., Кириллов О.И., Клецкин С.З. Математический анализ изменений сердечного ритма при стрессе. - М.: Наука, 1984. – 142 с.
- 16 Храмов Ю.А., Вебер В.Р. Вегетативное обеспечение и гемодинамика при гипертонической болезни. – Новосибирск: 1985. – 129 с.
- 17 Вебер В.Р., Фаерман Я.И., Карибаев К.Р. Гемодинамические и вегетативные сдвиги при физической нагрузке у больных стабильной и нестабильной стенокардией // МРЖ. – 1987. – №13898-87. – С. 3-4.
- 18 Карибаев К.Р., Вебер В.Р. Показатели вегетативной регуляции у больных стабильной стенокардией и острым коронарным синдромом // Вестник медицинской академии им. И.Мечникова. – 2005. - №4. – С.56-62.
- 19 Карибаев К.Р., Каражанова Л.К., Акильжанова А.Р. Состояние гемостаза и вегетативной нервной системы у больных с прогрессирующей стенокардией напряжения // Клини. медицина. – 2002. - №4. - С.45-48.
- 20 Гланц С. Медико-биологическая статистика. - М.: Практика: 1998. – 459 с.
- 21 Давыдкин И.Л., Пожиленко Н.С., Низямова А.Р. Вегетативная дисфункция у больных ИБС и ХСН в сочетании с хронической анемией // Здоровье и образование в XXI веке. – 2009. - Т.11, №2. – С.85-86.
- 22 Рубанова М.П., Жмайлова С.В., Тулинцева Т.Э., Губская П.М. Вегетативные нарушения и процессы ремоделирования сердца у больных артериальной гипертензией // Вестник Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого. – 2005. - №32. – С.75-78.
- 23 Чеснокова Н.П., Понукалина Е.В., Бизенкова М.Н. Молекулярно-клеточные механизмы индукции свободнорадикального окисления в условиях патологии // Современные проблемы науки и образования. – 2006. – №6. – С.21-26.
- 24 Южакова Е.В., Смирнова Е.Н. Вегетативная дисфункция у женщин с метаболическим синдромом в постменопаузе // Врач-аспирант. – 2015. - №2. – С. 24-36.
- 25 Баевский Р.М., Иванов Г.Г. Вариабельность сердечного ритма: теоретические аспекты и возможности клинического применения // Ультразвуковая и функциональная диагностика. - 2001. - №3. - С. 108-126.
- 26 Карибаев К.Р. Состояние вегетативной нервной системы у больных нестабильной стенокардией // Журнал Медицинского центра Управления делами Президента РК. - 2008. - №1. - С. 38-45.



А.Е. Турсынбекова¹, К.Р. Карibaев², Г.Ж. Токмурзиева¹,
М.К. Кульжанов¹, Е.С. Утеулиев¹, А.Е. Тажиева^{1,3}

Қазақстандық медицина университеті «ҚДСЖМ», Алматы қ., Қазақстан
«Орталық клиникалық аурухана» АҚ, Алматы қ., Қазақстан
Ұлттық медицина университеті АҚ, Алматы қ., Қазақстан

МЕТАБОЛИЗМДІК СИНДРОМ КЕЗІНДЕГІ ЖҮРЕК-ҚАНТАМЫРЛЫҚ ҚАУІП ДЕҢГЕЙІНЕ ВЕГЕТАТИВТІ ДИСФУНКЦИЯНЫҢ ӘСЕР ЕТУІ ЖӘНЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТІҢ ҰЙЫМДАСТЫРУШЫЛЫҚ АСПЕКТІЛЕРІ

Түйін: Топтар бойынша метаболикалық синдром жиілігі 40,3% құрады. Метаболикалық синдром (МС) мен вегетативті (ВД) үйлесімдерінің жиілігі 21,7%-ды құрады және осы патологиялық жағдайларды тәуелсіз бөлінуі кезінде күтілгеннен айтарлықтай жоғары болды. Метаболикалық синдром мен вегетативті дисфункция байланысы бар топта аймақтық қан айналымының жедел бұзылуының даму жиілігінің айтарлықтай артуы анықталса, тексерілгендерде осы патологиялық жағдайдың жоқтығы байқалды. МС мен ВД үйлесім тобын бақылау мен басқа барлық қалған топтармен салыстырғанда нәтижелері бойынша мәнді айырмашылықтар анықталды: МС жоқ ВД ($\chi^2=4,92$, $p=0,046$); ВД жоқ МС ($\chi^2=4,26$, $p=0,057$); МС және ВД жоқ ($\chi^2=8,35$, $p=0,022$). Синдромдар байланысы жоқ науқастар топтары арасында мәнді айырмашылықтар анықталған жоқ. Метаболикалық синдроммен үйлесімді вегетативті дисфункция фактор ретінде жүрек қан тамырлары ауруларының асқынуларының дамуының өсу бағыты бойынша модифицирленген қауіп факторы болуы мүмкін. Бұл аспект метаболикалық синдромы бар науқастардағы асқынулардың алдын алуға бағытталған ұйымдастырушылық іс-шараларын жүзеге асыруда ВД рөлін есепке алуды талап етеді.

Түйінді сөздер: метаболикалық синдром; вегетативті дисфункция; жүрек-қантамырлар аурулар қауіпі, медициналық көмекті ұйымдастыру

А.Е. Tursynbekova¹, K.R. Karibaev², G.Zh. Tokmurzieva¹,
M.K. Kulzhanov¹, E.S.Uteuliev¹, A.E. Tazhiyeva^{1,3}

Kazakhstan's Medical University "KSPH", Almaty, Kazakhstan
JSC "Central Clinical Hospital", Almaty, Kazakhstan
JSC National Medical University, Almaty, Kazakhstan

THE INFLUENCE OF AUTONOMIC DYSFUNCTION ON THE LEVEL OF CARDIOVASCULAR RISK IN THE METABOLIC SYNDROME AND THE ORGANIZATIONAL ASPECTS OF MEDICAL CARE

Resume: The frequency of metabolic syndrome in the group was 40.3%. The frequency of combinations of metabolic syndrome and VND was 21.7% and significantly exceeded the expected with an independent distribution of these pathological conditions. A significant excess of the frequency of development of acute violations of the regional circulation in the group of the presence of a combination of metabolic syndrome and autonomic dysfunction was observed over those surveyed with the absence of these pathological conditions. Significant differences were revealed by the results of the observation of the combination group of MS and VND in comparison with all the others: VND without MS ($\chi^2 = 4.92$, $p = 0.046$); MS without VND ($\chi^2=4.26$, $p = 0.057$); absence of MS and VD ($\chi^2 = 8.35$, $p = 0.022$). Between groups of patients without a combination of syndromes, no significant differences were revealed. Autonomic dysfunction can be a factor associated with metabolic syndrome and modifying the risk of cardiovascular complications in the direction of its increase. This aspect requires taking into account the role of VD in the implementation of organizational measures aimed at preventing complications in patients with metabolic syndrome.

Keywords: metabolic syndrome; vegetative nervous dysfunction; cardiovascular risk; organization of medical care

УДК 61:614:001.92:616-08

А.М. Арингазина, Д.А. Айнақұлов, Ю.Б. Камхен, Е.А. Хегай

Казахстанский медицинский университет «Высшая школа общественного здравоохранения»,
г. Алматы

ГРАМОТНОСТЬ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ В КАЗАХСТАНЕ: ПЕРСПЕКТИВЫ НА БУДУЩЕЕ

Уровень грамотности, как в целом, так и в вопросах здоровья, оказывает существенное влияние на состояние здоровья человека, на возможность его культурного, социального и личного развития. Низкий уровень компетентности в вопросах здоровья может ухудшить качество жизни человека. В нашей статье рассматривается влияние различных факторов на уровень грамотности в вопросах здоровья и распределение уровней грамотности среди населения Казахстана по умениям осуществлять поиск, понимать, оценивать и использовать информацию для укрепления здоровья.

Ключевые слова: грамотность в вопросах здоровья, измерение грамотности, детерминанты здоровья

Введение. В 2012 году Европейским консорциумом по грамотности в вопросах здоровья было предложено следующее определение грамотности: «Грамотность в вопросах здоровья связана с общей грамотностью и подразумевает наличие у людей знаний, мотивации и умений, необходимых для получения, понимания, оценки и применения медицинской информации с тем, чтобы выносить собственные суждения и принимать решения в повседневной жизни, касающиеся медико-санитарной помощи, профилактики заболеваний и укрепления здоровья, для поддержания или улучшения качества жизни» (1,2).

На уровень грамотности в вопросах здоровья влияют многие показатели, такие как возраст, уровень образования, социально-экономическое положение, наличие или отсутствие хронических заболеваний и др.

Однако, зачастую, даже люди с хорошим образованием и нормальным уровнем достатка затрудняются в принятии адекватных решений относительно собственного здоровья. Это объясняется тем, что грамотность в вопросах здоровья зависит не только от индивидуальных способностей людей, но и от того, насколько доступную, легко воспринимаемую, оцениваемую и применимую информацию о профилактике и лечении заболеваний они получают от системы