

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

**ҚАЗТЕП ИНСТИТУТЫ  
МАГИСТРАТУРА**

6M050700-Денсаулық сақтау саласындағы менеджмент

**МАГИСТРЛІК ЖОБА**

Инсульттан болатын асқынулар мен өлім-жітімді төмендетуге бағытталған  
әлеуметтік-гигиеналық іс-шаралардың ғылыми негіздері

Орындаушы \_\_\_\_\_ Тлеубергенов Б.А. " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2019 ж.  
/ қолы / /Т.А.Ә./

Ғылыми жетекші доктор-PhD \_\_\_\_\_ Ботабаева Р.Е.  
/регалии/ / қолы / / Т.А.Ә./

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2019 ж.

## Мазмұны

<b>НОРМАТИВТІК СІЛТЕМЕЛЕР</b>	4
<b>АНЫҚТАМАЛАР</b>	5
<b>БЕЛГІЛЕР МЕН ҚЫСҚАРТУЛАР</b>	7
<b>КІРІСПЕ</b>	8
<b>1 МИ ИНСУЛЬТІ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК МӘСЕЛЕ РЕТІНДЕ (ӘДЕБИ ШОЛУ)</b>	11
1.1 Әлемдегі ми инсультінің эпидемиологиясы	11
1.2 Регистрлер МИ эпидемиологиясын зерттеудің жетекші құралы ретінде	13
1.3 Қазақстандағы тіркелімдер	14
1.4 МИ дамуының тәуекел факторлары	15
1.5 Инсульттан кейінгі 28 күндік өлім-жітім факторлары Қазақстанда: когорттық зерттеу	18
1.6 Инсульт тәуекелінің факторлары және олардың бір жылдық пациенттердің өміршеңдігі: когорттық зерттеу	19
1.7 Транскраниалды магнитті ынталандыру тиімділігі ми инсульті бар пациенттерді оңалту	21
<b>2 МАТЕРИАЛ ЖӘНЕ ЗЕРТТЕУ ӘДІСТЕРІ</b>	24
2.1 Жалпы зерттеу дизайны	24
2.2 Клиникалық материалдың жалпы сипаттамасы	25
2.3 Айнымалыны анықтау	26
2.4 Эксперименттік рандомизацияланған бақыланатын зерттеу	27
2.5 Клиникалық неврологиялық әдіс	28
2.6 Статистикалық әдіс	31
2.7 Клиникалық зерттеудің этикалық талаптарына сәйкестігі	32
<b>3 ӨЗІНДІК ЖҰМЫС ЗЕРТТЕУЛЕРІНІҢ НӘТИЖЕЛЕРІ</b>	33
3.1 Оңтүстік Қазақстанда Ми инсульті	33

3.2 Тіркелімнің деректері бойынша сырқаттанушылықты, өлім-жітімді талдау Шымкент қ.	35
3.3 28 күндік өлім-жітімге тәуекел факторлары әсерін талдау Қазақстанда инсульттан кейін: когорттық зерттеу	43
3.4 Бір жылдық өміршеңдікке қауіп факторлары әсерін талдау пациенттер: когорттық зерттеу	48
3.5 Тіркелімнің деректері бойынша функционалдық кіріс динамикасын талдау	53
3.6 ТМС-ны оңалтуда қолданудың тиімділігін бағалау ерте қалпына келтіру кезеңінде ишемиялық инсульті бар пациенттер	56
<b>ҚОРЫТЫНДЫ</b>	62
<b>ПРАКТИКАЛЫҚ ҰСЫНЫСТАР</b>	68
<b>ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ</b>	69
<b>А ҚОСЫМШАСЫ-</b> ми инсульті бар науқастың картасы	
<b>Б ҚОСЫМША-</b> ми инсультімен ауыратын науқастың картасы (ІДА)	

## НОРМАТИВТІК СІЛТЕМЕЛЕР

**Осы жобада келесі нормативтік құжаттар мен стандарттарға сілтемелер пайдаланылды:**

Қазақстан Республикасының 23 маусым 2015 жылы № 440 «Инфекциялық және паразиттік, кәсіптік аурулар мен улану жағдайларын тексеру қағидалары» туралы заңы Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011 - 2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасы № 1113.

МС 7.32-2001- (мемлекетаралық стандарт) ақпарат, кітапхана және баспа ісі бойынша стандарттар жүйесі. Ғылыми-зерттеу жұмысы туралы есеп. Құрылымы және рәсімдеу ережесі.1113.

МС 15.101-98- (мемлекетаралық стандарт) Өндіріске өнімді әзірлеу және қою жүйесі. Ғылыми-зерттеу жұмыстарын орындау тәртібі.

МС 7.1-2003. Бойынша стандарттар жүйесі ақпарат , кітапхана және баспа ісі. Библиографиялық жазба. Библиографиялық сипаттама. Жалпы талаптар және құрастыру ережелері.

МС 7.9-95 (ИСО 214-76) ақпарат , кітапхана және баспа ісі бойынша стандарттар жүйесі. Реферат және аннотация. Жалпы талаптар.

МС 7.12-93- Ақпарат ,Кітапхана ісі және баспа ісі бойынша стандарттар жүйесі. Библиографиялық жазба. Орыс тіліндегі сөздерді қысқарту. Жалпы талаптар және ережелер.

МС 7.54-88 ақпарат , кітапхана және баспа ісі бойынша стандарттар жүйесі. Ғылыми-техникалық құжаттарда заттар мен материалдардың қасиеттері туралы сандық деректерді ұсыну. Жалпы талаптар.

МС 8.417-2002 өлшем бірлігін қамтамасыз етудің мемлекеттік жүйесі. Өлшем бірліктері.

## АНЫҚТАМАЛАР

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

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

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

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

**Тәуекел факторы-мінез-құлықтың** немесе өмір салтының аспектісі, орта жағдайларындағы экспозиция немесе эпидемиологиялық деректерден белгілі болғандай, алдын алу маңызды деп саналатын денсаулыққа қатысты жағдайға байланысты туа біткен немесе мұра болған ерекшелік. **ТФ** термині келесі мәндердің кез келгенінде өте еркінқолданылады: Ауру сияқты нақты нәтиженің жоғары ықтималдығына байланысты белгі немесе экспозиция. Міндетті емес себеп факторы. Тәуекел маркері.

Аурудың немесе өзге нақты нәтиженің ықтималдығын арттыратын белгі немесе экспозиция. Детерминанта

Араласумен өзгеруі мүмкін Детерминант, осылайша, аурудың пайда болу ықтималдығын немесе басқа да нақты нәтижелерді төмендетеді.

**Эпидемиология-белгілі** бір популяцияларда денсаулыққа (адам) жататын жай-күйлердің немесе оқиғалардың таралуы және олардың детерминанттары туралы ғылым, сондай-ақ осы зерттеулерді денсаулық

проблемаларын бақылауда қолдану.

**Ауру** - 1000 тұрғынға есептелген белгілі бір мерзімде (жыл) туындаған инсульттің жаңа жағдайларының саны.

**Өлім** - 1000 тұрғынға есептелген өлім-жітім (бір жыл ішінде) аяқталған инсульт жағдайларының саны.

**Өлім-аурудың барлық тіркелген жағдайларына қатысты инсульттің өлім жағдайларының үлесі (пайызбен)**

**Когорттық зерттеу**-бұл бөлінген адамдар тобы (когорт) кейбір уақыт бойы бақылайтын обсервациялық зерттеу. Осы когорттың әр түрлі топшаларында сыналусылардың нәтижелері, кім зерттелетін препаратпен емдеуге ұшырағанда немесе ұшырамағанда (немесе әртүрлі дәрежеде ұшырағанда) салыстырылады.

**Нандомизацияланған сынақ**-топқа қатысушыларды бөлу кездейсоқ тәртіппен емес, зерттеушінің еркі бойынша немесе алдын ала белгіленген жоспар бойынша жүргізілетін зерттеу.

**Статистикалық мәнділік-нөлдік гипотезаның тәуелсіз және тәуелді айнымалылары арасындағы ассоциацияның байқалатын немесе жоғары дәрежесіндегі ықтималдығын бағалауға мүмкіндік беретін статистикалық әдістер.** Статистикалық маңыздылықтың қол жеткізілген деңгейін көбінесе 0,005 немесе 0,01-ге тең, статистикалық маңыздылықтың априорлы берілетін сыни деңгейінен ажырату қажет. Әдетте статистикалық мәнділік деңгейі  $p$ -шасымен көрінеді.

**Сенімді интервал (СИ)** - популяциядағы параметрдің шынайы мәні қандай шектерде болуы мүмкін екенін бағалауға мүмкіндік беретін статистикалық көрсеткіш: шынайы мәндердің тербелу диапазоны. 95% - ы сенімді интервал 95% ықтималдығы бар шынайы мән оның шегінде екенін білдіреді. Сенімді интервал шамасы деректерді дәлелдеу дәрежесін сипаттайды, ал  $p$  шамасы нөлдік гипотезаның қате ауытқу ықтималдығын көрсетеді.

**СТ (салыстырмалы тәуекел)** - белгілі бір әсерге ұшыраған және

ұшырамаған тұлғалар арасындағы зерттелетін нәтиже жиілігінің қатынасы. ОР абсолюттік тәуекелдің (сырқаттанушылықтың) шамасы туралы ақпарат алмайды. СТ әсер ету мен ауру арасындағы байланыс күшін көрсетеді.

**Оңалту-мүгедек** болып табылатын науқасқа кемістікті еңсеруге, оны өзіне-өзі қызмет көрсетуге және аурудың салдарынан туындаған жаңа жағдайларда еңбек қызметіне бейімдеуге бағытталған іс-шаралар жүйесі.

**Транскраниальды магниттік стимуляция (ТМС)** – қысқа магниттік импульстер арқылы ми қыртысын инвазивті емес ынталандыруға мүмкіндік беретін әдіс.

**Нәтиже** – зерттеушінің қызығушылығының объектісі болып табылатын клиникалық маңызды құбылыс, зертханалық көрсеткіш немесе белгі. Клиникалық сынақтарды жүргізу кезінде нәтижелер емдік немесе профилактикалық әсердің тиімділігін бағалау критерийлері болып табылады.

## **БЕЛГІЛЕУЛЕР МЕН ҚЫСҚАРТУЛАР**

<b>АҚҚ</b>	- Артериальді қан қысымы
<b>АГ</b>	- Артериальді гипертензия
<b>АПМ</b>	- Амбулаторлы –поликлиникалық мекеме
<b>АГМ</b>	- Артериальді гипертензия меектебі
<b>БжҒМ</b>	- Білім және ғылым министрлігі
<b>ДДСҰ</b>	- дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы
<b>ДБА</b>	- дене бетінің ауданы
<b>ҒЗЖ</b>	- ғылыми-зерттеу жұмысы
<b>ЖМЖА</b>	- Жедел медициналық жәрдем ауруханасы
<b>ЖПТҚ</b>	- Жалпы Перифериялық тамырлық қарсыласпа
<b>ЖЫБ</b>	- Жүрек ырғағының бұзылысы
<b>ЖҚЖ</b>	- Жүрек қан тамыр жүйесі
<b>ЖҚА</b>	- Жүрек қан тамыр аурулары
<b>ЖСС</b>	- Жүрек жиырылысының саны
<b>ЖМЖ</b>	- Жедел медициналық жәрдем
<b>ИИ</b>	- ишемиялық инсульт
<b>ИЖА</b>	- Ишемиялық жүрек аурулары
<b>ҚР</b>	- Қазақстан Республикасы
<b>КС</b>	- Күндізгі стационар
<b>МИ</b>	- Миокард инфарктсі
<b>МИ</b>	- ми инсульті
<b>МҚАЖБ</b>	- ми қан айналымының жіті бұзылуы
<b>МҚҚ</b>	- миішілік қан құйылу
<b>МСЧ</b>	- Медико санитарная часть
<b>ОҚО</b>	- Оңтүстік Қазақстан облысы
<b>ОҚОДСБ</b>	- Оңтүстік Қазақстан облысының Денсаулық сақтау басқармасы
<b>СЖЖ</b>	- Созылмалы жүрек жетіспеушілігі
<b>СКҚ</b>	- субарахноидальды қан құйылу
<b>СИ</b>	- сенімділік интервалы



<b>ТТЛ</b>	- Төмен тығыздықтағы липопротеидтер
<b>ТО</b>	- Түркістан облысы
<b>ЕГ</b>	- Емдік гимнастика
<b>ЕФК</b>	- Емдік физикалық культура
<b>ФК</b>	- функциональді класс
<b>ЭхоКГ</b>	- эхокардиография
<b>УЕЖ</b>	- Уақытша еңбекке жарамсыздық
<b>ЕПМ</b>	- Емдік және профилактикалық мекеме
<b>ҚД</b>	- Қант диабеті
<b>ҚҚ</b>	- қан қысымы
<b>ЦВА-</b>	- цереброваскулярлық аурулар

## КІРІСПЕ

**Өзектілігі.** Ми инсульті (МИ) өлім себептерінің арасында екінші орын алады және әлемде мүгедектіктің маңыздылығы бойынша үшінші орын алады (Lozano R.2010).

Қазіргі уақытта инсульт бүкіл әлем халқының өмірі мен денсаулығына қауіп төндіретін жаһандық эпидемия болып жарияланды. Жыл сайын 17 миллионға жуық адам инсульттан зардап шегеді, олардың 70% - ы табыс деңгейі төмен немесе орташа елдерде тұрады [Feigin V. 1.2014]. Егер МИ-мен күрес бойынша бірыңғай жалпы әлемдік шаралар қабылданбаса, инсульттан өлім-жітім 2030 жылға қарай 7,8 млн-ға жетеді деп болжануда [Strong K. 2007]. Қазақстан Республикасында (ҚР) МИ таралуы бойынша үшінші орын алады, миокард инфарктісі мен қатерлі ісіктерге жол бермейді. Ресми статистиканың деректері бойынша 2015 жылы 40 мыңнан астам қазақстандық инсульт алды, оның 24% - ы өлім-жітіммен аяқталған. Елдің түрлі өңірлерінде инсульт ауруымен сырқаттанушылық жылына 1000 адамға шаққанда 2,5-тен 3,7-ге дейін, ал өлім-жітім 100 мың адамға шаққанда 100-ден 180-ге дейін оқиғаны құрайды. ҚР мүгедектіктің басты себебі болып табылады және 100 000 адамға шаққанда 104,6 құрайды [А. С. Жүсіпова 2012 ж].

Қазіргі жағдайды Халыққа емдеу-алдын алу көмегінің барабар жүйесін құру жолымен ғана өзгертуге болады. ҚР-дағы ресми статистиканың біріктірілген деректері МИ проблемасының нақты көрінісін толық көлемде көрсетпейді. Тіркелім әдісі МИ эпидемиологиясы туралы шынайы ақпарат алуға, зерттелетін өңірлерде тәуекел факторларына талдау жүргізуге мүмкіндік береді. Алайда МИ регистрі тек Қазақстанның кейбір қалаларында ғана жүргізілген және Шымкент қаласында жоқ.

Пульсттен кейінгі оңалту емдеу - алдын алу іс-шараларының ажырамас бөлігі болып табылады, оның мақсаты МИ-мен ауыратын науқастардың өмір сүру сапасын арттыру, олардың қалыпты қызмет ету жағдайларына тез арада қайта оралу болып табылады. Инсульттің жіті кезеңінің соңына қарай гемипарез немесе гемиплегия түріндегі қозғалу бұзылыстары 85%-да, 1 - ші жылдың соңына қарай - 70% емделушілерде, жіті кезеңнің соңына қарай-36% - да, 1-ші жылдың соңына қарай-18% емделушілерде [Ковальчук В. В. 2015] байқалады. Сондықтан, оңалтудың бірінші кезектегі міндеттері-қимыл функцияларын қалпына келтіру, науқастың тұрмыста айналасындағылардан Тәуелсіздік дәрежесін арттыру болып табылады.

Нейрореабилитацияның жаңа технологияларын дамытуға көп көңіл бөлінеді. Мұндай әдістердің бірі транскраниальды магнитті ынталандыру (ТКС) болып табылады. Нейропластикалық-мидың бұзылған функцияларын қалпына келтіру үшін ең заманауи бағыттардың бірі. ТКС терапиялық тиімділігінің негізінде нейропластикалық жатыр. ТКС МИ оңалтудың жаңа тәсілдерін бере алады және бұзылған функцияларды қалпына келтіру процестерін жеделдетеді. Алайда, қазіргі уақытта осы процедураны жүргізу бойынша бірыңғай пікір мен нақты ұсыныстар және МИ бар науқастарда қозғалыс функцияларын қалпына келтіруге оның әсерін бағалау жоқ.

Осылайша, жоғарыда айтылғандар Шымкент қаласы аймағындағы МИ-ның эпидемиологиялық және оңалту аспектілерін зерттеу қажеттілігін түсіндіреді.

**Жобаның мақсаты** Шымкентте ми инсультінің популяциялық регистрін құру жолымен емдеу-алдын алу шараларының кешенін оңтайландыру болып табылады.

Аталған мақсатқа жету үшін жұмыс барысында келесі міндеттер қойылды және шешілді

1. Шымкент аймағында жыныстық-жастық градиенттерді есепке ала отырып, ми инсультіндегі аурушандықты, өлім-жітімді және өлім-жітімді талдау.

2. Ми инсультінің даму қауіпінің негізгі факторларына және олардың өміршеңдігіне әсерін бағалау.

3. МИ бар емделушілерде функционалдық нәтижелерді 28-ші күні, 3-ші айға, 6-шы және 12-ші айға бағалау.

4. Ерте қалпына келтіру кезеңінде ишемиялық инсульті бар пациенттерді оңалтуда ЖМС қолдану тиімділігін бағалау.

#### **Ғылыми жаңалығы**

Алғаш рет популяциялық Регистр әдісімен Шымкент қ. аймағында ми инсультінің клиникалық - эпидемиологиялық сипаттамасы зерттелді, 28 күндік өлім-жітімге және жылдық өміршеңдікке қауіп факторларының әсерін бағалау, 28 күннен, 3, 6 күннен кейін функционалдық нәтижелерді бағалау жүргізілді.

Ауру басталғаннан 12 ай. Қазақстанда алғаш рет ишемиялық инсультпен ауыратын науқастарда ЖМС-ның қозғалыс тапшылығына әсер ету ерекшеліктері анықталды.

#### **Жұмыстың практикалық маңыздылығы**

1. ММА - ның аурушандығының, өлім-жітімінің жыл сайынғы шынайы деректері алынды
2. Ми инсультінің эпидемиологиялық жағдайы туралы алынған нәтижелер Денсаулық сақтау органдарына аймақтық ерекшеліктерді ескере отырып, осы ауруды емдеу мен алдын алуды ұйымдастыру үшін ресурстарды жоспарлауға және бөлуге мүмкіндік береді.
3. Шымкент қаласында МИ тіркелімінің құрылған базасы одан әрі эпидемиологиялық зерттеулер жүргізуге мүмкіндік береді.
4. Инсульт алған науқастарда қауіп факторлары, қалпына келтіру кезеңінің динамикасы зерттелді.
5. Жұмыс нәтижесі бойынша ишемиялық инсультпен ауыратын науқастарда ерте қалпына келтіру кезеңінде ЖМС енгізу жүргізілді, жедел медициналық жәрдем ауруханасының және Шымкент қаласының медициналық орталығының неврологиялық бөлімшелеріне енгізілді.

#### **Қорғауға шығарылатын негізгі ережелер**

1. Шымкент қаласында ми аурушандығы мен инсульт кезіндегі өлім көрсеткіші Қазақстанның басқа өңірлерімен салыстырғанда жоғары. Инсульт аурушандығының орташа жылдық көрсеткіші әйелдер популяциясына

қарағанда ер адамдарда жоғары, ал әйелдерде өлім-жітім көрсеткіші жоғары, бұл Еуропа елдерінде ми инсульт аурушандығының көрсеткіштерінен айтарлықтай жоғары.

2. 28 күндік өлім-жітімге және МИ шалдыққан науқастарда жылдық өміршеңдікке әсер ететін қауіп факторларын анықтау профилактикалық іс-шараларды жақсарту бойынша кешенді әзірлеуге мүмкіндік береді.
3. Қалпына келтіру кезеңінің динамикасын бағалау зерттеудің бүкіл кезеңінде мүгедектіктің басым болуының тұрақты үрдісін көрсетеді.
4. ЖМС-ны ерте қалпына келтіру кезеңінде ишемиялық инсульті бар науқастарды кешенді емдеуде қолдану бұлшық ет тонусын қалыпқа келтіруге, қозғалыс тапшылығын азайтуға, күнделікті белсенділікті жақсартуға ықпал етеді.

**Автордың жеке қосқан үлесі.** Ұсынылған жұмыстың барлық бөлімдерін (алынған материалдарды жинау, өңдеу және талдау, түсіндіру және талқылау) автордың өзі орындаған.

#### **Тәжірибелік нәтижелерді апробациялау.**

Зерттеу нәтижелерімен диссертацияның негізгі нәтижелері

"Ғылым әлемі және жастар: дамудың жаңа жолдары" Халықаралық ғылыми-практикалық конференциясында Қарағанды, 2016;  
XXV European Stroke Conference" Италия, 2016; жыл сайынғы  
"Ғылым және денсаулық" жас ғалымдардың ғылыми-практикалық конференциясында Шымкент, 2016.

**Диссертация тақырыбы бойынша жарияланымдар.** Диссертациялық жұмыс материалдары бойынша 11 жұмыс жарияланды: ҚРБҒМ Білім және ғылым саласындағы бақылау комитеті ұсынған журналдарда 4 мақала, Scopus ("Экология человека") базасында индекстелген журналдарда 1 мақала, 6 тезис, оның ішінде 2 алыс шетелдерде "International Journal of Epidemiology" (импакт – фактор 9,17 в 2015), "Cerebrovascular Diseases" (импакт-фактор 3,75 в 2015), "Cerebrovascular Diseases" (импакт-фактор 3,75 в 2015), 2016 жылы). **Диссертацияның құрылымы мен көлемі**

Диссертация машинкамен басылған мәтіннің 97 бетінде жазылған және кіріспеден, әдебиеттерге шолудан, материалдар мен әдістерден, жеке зерттеу нәтижелерінен, қорытындыдан, қорытындылардан және практикалық ұсынымдардан тұрады. Жұмыс 37 суретпен, 7 кестемен және 7 қосымшамен безендірілген. Библиография 218 дереккөзден тұрады, оның ішінде 107 шетелдік автор.

# 1 МИ ИНСУЛЬТ - XXI ҒАСЫРДЫҢ ПРОБЛЕМАСЫ (ӘДЕБИЕТКЕ ШОЛУ)

## 1.1 Әлемдегі ми инсультінің эпидемиологиясы

Церебралдыинсультоньңкөптаралуынажәнемүгедектікпенөлімніңжоғарыд еңгейінебайланыстымедициналық-әлеуметтікмаңыздымәселеболыпқалабереді [1]. 2004 жылыДДҰ, ДүниежүзілікИнсультФедерациясыжәнеинсультмәселесібойыншаДүниежүзілік онгресс (Ванкувер, Канада) инсультбүкіләлемхалқыныңөміріменденсаулығынақауіптөндіретінғаламдықэпидемияжарияланғанхабарламаменжүгінді [2]. Инсульттанөлімнің 2015 жылы 6,7 млн. - ғадейінжәне 2030 жылы 7,8 млн. - ғадейінөсуіболжануда, егеросыіндеткеқарсыкүресжөніндегіешқандайбелсендіжаһандықшараларқабыл данбаса. Инсультауру-Үндістанда, ОңтүстікАфрикада, ИспаниядажәнеЛатынАмерикасыныңбарлықелдеріндеапатболыпжарияланды. БұлОңтүстікАфрикада 50 жастанасқанадамдарүшінбірадамсаныөлтiрген. Көптегендамығанелдердеинсульт — жүрекауруларыменобырынанкейінгіөлімжиілігібойыншаүшінші.

Бұл патологияның қайғы-қасіреті емдеу, медициналық оңалту, өндіріс салаларының жоғалуын ескере отырып, экономикаға үлкен зиян келтіреді [5,6,7,8]. Экономикалық тұрғыдан алғанда, тікелей және тікелей емес сияқты негізгі шығыстардың 2 түрі бар. Тікелей шығындар ауруханаға жатқызуды, медициналық персоналдың қызметтерін, дәрілік терапияны және ғылыми зерттеулерді, тікелей емес - мерзімінен бұрын өлім-жітімді және ұзақ мерзімді инвалидизацияны қамтиды. ДДҰ мәліметтері бойынша, инсульт алған бір пациентке жұмсалатын шығын сомасы 55-тен 73 мың АҚШ долларына дейін өзгереді. 5 болжам бойынша жалпы жылдық шығыстар 2030 жылға қарай \$240,67 млрд.дейін өседі [9]. АҚШ-тағы Инсульт мүгедектіктің, когнитивті бұзылулар мен өлім-жітімнің жетекші себебі болып табылады және денсаулық сақтауға ұлттық бюджеттен 1,7% - ды құрайды. Еуроодақ елдерінде ми инсульті кезінде стационарлық көмек көрсетудің аяқталған жағдайының құны € 3813 құрады. Жүргізілген зерттеу деректері бойынша Н. барашков С. (2010) жыл сайын Ресейде бас миының тамырлық ауруларынан емдеу, Оңалту және өндіріс саласындағы шығындар 306 млрд рубльден асады. Осылайша, тек қана экономикалық есепке алынатын деректерге негізделген бағалар инсульттің өте жоғары "бағасын" куәландырады.

АҚШ долл.жыл сайын инсульттің 1 млн. астам жаңа жағдайы тіркеледі. АҚШ-та өлім себептерінің ішінде инсульт жыл сайын 750 мың адамды зақымдайды, оның 30% - ы бірінші жыл ішінде өледі [13]. Еуропада инсульт "ауру ауыртпалығында" екінші орын алады және өмірдің жоғалған жылдарынан (DALY) 6,8% құрайды, Альцгеймер ауруы және пульттен кейінгі деменцияның басқа да түрлері бесінші орынды алады (3%) [14]. Батыс Еуропа елдеріндегі сырқаттанушылық бойынша көрсеткіштер жыл сайынғы сырқаттанушылық 1000 адамға шаққанда 20 шегінде 2,00-2,50 болады[15,16]. Францияда инсульт аурушандығы жылына 1000 тұрғынға 2,30 құрайды. Ең аз ауру Скандинавия елдерінде Нидерландыда, Швейцарияда (1000-ға 0.38-0.48 жағдай, ал Шығыс Еуропа елдерінде (Болгария және Венгрия және т.б.) тіркеледі [18]. Еуропаның

кейбір дамыған елдерінде халықтың инсульт ауруымен сырқаттанушылығының 35% - ға төмендеуі болжанған жағдайда, келесі 20 жылда осы кезеңнің соңына қарай инсульт ауруымен ауыратын науқастардың жалпы саны 11% - ға көбейеді деп күтілуде [19-26]. 2009 жылы Еуропалық стандарт бойынша стандартталған инсульт аурушандығының орташа орташа жылдық көрсеткіші 1000 адамға шаққанда 3,52 жағдайды және 2010 жылы 1000 адамға шаққанда 3,28 жағдайды құрады [27].

Еуропа елдерінде-шамамен 519 мың адам, оның ішінде әрбір үшінші науқасқа өлім-жітім байқалады [28]. Өлім-жітімнің стандартталған коэффициенті Еуропалық Одақтың 15 елі бойынша орташа көрсеткіш 0,59 болды [17,28]. Мысалы, Солтүстік Еуропа елдерінде (Финляндия 0,64, Норвегия 0,55). Оңтүстік Еуропа Италия 0,59, Испания 0,55, Батыс Еуропа: Швейцария 0,35, Франция 0,39. Әлемде Ресей инсульттан өлім-жітім бойынша екінші орынды алады, ол АҚШ-қа, Францияға және Швейцарияға қарағанда 3-8 есе жоғары (2010 жылы 1000 адамға шаққанда 0,96) [29-33].

Қазақстан бойынша жағдай Ресей картинасына ұқсас. ҚР-да жүрек-қан тамырлары ауруларынан зардап шегетін 2 млн.адам тіркелген, бұл елдің экономикалық белсенді халқының 12% - ын құрайды [34]. Тәуелсіз Мемлекеттер Достастығы елдері арасында жүрек-қан тамырлары ауруларынан болатын өлім-жітім бойынша Қазақстан Республикасы Молдовадан кейін екінші орында. Инсульттан аурушандық жылына 1000 адамға шаққанда 2,5-тен 3,7-ге дейін, ал өлім-жітім 100 мың адамға шаққанда 100-ден 180 - ге дейін. ҚР Агенттігінің деректері бойынша бүгінгі күні елімізде инсульттан кейін 275 000 мүгедек тіркелген.

Қазақстан Республикасында ТМРА-мен күрес мәселесі әлеуметтік саясаттың басым бағыттарының бірі болып табылады. Онкологиялық аурулармен ауыратын науқастарға медициналық көмекті жетілдіру үшін 2011-2015 жылдарға арналған "Саламатты Қазақстан" Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау саласын дамыту бағдарламасына енген өңірлік инсульт орталықтарын құру жөніндегі жоба әзірленді. Өңірлік қан тамырлары орталықтары желісін ашу, қан тамырлары ауруларының алдын алу және инсульт пен миокард инфарктісінен болатын өлім-жітім мен мүгедектікті азайту жөніндегі іс-шаралар кешенін әзірлеу және іске асыру арқасында үкімет деңгейінде елдегі эпидемиологиялық жағдайды дұрыс жақсартуға мүмкіндік берді [37]. Алайда, өлім-жітім өзгеруінің оң үрдістеріне қарамастан, МИ әлі де негізгі өзекті мәселелердің бірі болып қалуда және мүгедектігі жоғары болуына байланысты ҚР-да проблемалар туындайды. Біздің елімізде халықтың ми қан тамырлары ауруларынан өлім-жітімінің жоғары көрсеткішіне байланысты осы аурулардың ерте бастапқы алдын алуға барынша назар аудару қажет.

Инсультпен күресте бірқатар елдерде қол жеткізілген табыстар МИ диагностикасын, емдеу мен оңалтуды жетілдірумен қатар, бастапқы және қайталама алдын алу бойынша белсенді іс-шараларды қамтитын проблемаға кешенді тәсілдің арқасында мүмкін болды[38,39]. Қауіпті негізгі факторлармен күрестің популяциялық стратегияларын қамтитын инсульттің бастапқы алдын алу неғұрлым тиімді және экономикалық тиімді болып табылады. Алғашқы

алдын алуды енгізу 3-5 жылда 100 мың тұрғынға шаққанда инсульттің кем дегенде 150 оқиғасын болдырмауға мүмкіндік береді [40]. Инсульттің алдын алу-бұл оның даму қаупінің ықтимал факторларын анықтау және түзету жолымен оның алдын алуға бағытталған шаралар кешені. Артериялық гипертензияның тек бір ғана қауіп факторын түзету геморрагиялық инсультпен сырқаттанушылықты 60% – дан, ал ишемиялық-30-40% - ға төмендетуге мүмкіндік береді. Индивидуализацияланған қайталама профилактика қайталанған инсульт қаупін 26 -32% төмендетеді[41-43].

Инсульттің алдын алудың тиімді жүйесін құру және жоспарлау үшін инсульт бар науқастарды емдеу және оңалту үшін нақты эпидемиологиялық мәліметтер қажет (негізгі эпидемиологиялық сипаттамалар: ауру, өлім, инсульттан өлім), қауіп факторларын талдау, профилактикалық іс-шаралардың болуы мен тиімділігін бағалау, ұйымдастыру және емдеу іс-шараларының тиімділігін бағалау [44]. Нақты популяциялық эпидемиологиялық зерттеулердің болмауы халыққа барабар емдеу-алдын алу көмегін жоспарлауды қиындатады, өзгермелі әлеуметтік-тұрмыстық жағдайлардың сырқаттанушылыққа және инсульттердің нәтижесіне әсерін бағалауға мүмкіндік бермейді және Қазақстанның түрлі өңірлерінде, сондай-ақ басқа да елдермен сырқаттанушылық, өлім-жітім және қатерлі факторлар көрсеткіштерін салыстыру мүмкін емес етеді. Ми инсультінің медициналық-әлеуметтік салдарларын төмендету бойынша тиімді іс-шараларды ұйымдастыру ауру, өлім-жітім және инсульттің даму қаупі факторлары туралы нақты ақпараттың кеңейтілген көлемін талап етеді.

## **1.2 регистрлер ми инсультінің эпидемиологиясын зерттеудің жетекші құралы ретінде**

Елімізде инсульт аурушаңдығының ресми статистикасы жоқ, сондықтан нақты аймақтағы эпидемиологиялық жағдайды бағалау үшін инсульт тіркелімін ұйымдастыру қажет [45,46]. Популяциялық шетелде инсульт регистрі негізгі әдіс болып табыладымының жіті бұзылыстарын эпидемиологиялық зерттеу қанайналымы.

Инсульт тіркелімі - бұл аурушандықты, өлім-жітімді, инсульттің Медициналық және әлеуметтік-экономикалық салдарын анықтаудың сенімді жалғыз әдісі. Оның бас миының қан тамырлары ауруларының алдын алудың популяциялық және мақсатты Стратегиясын әзірлеу мәселелеріндегі маңызды рөлі белгілі. Регистр әдісі қолданылатын емдеу-алдын алу іс-шараларының тиімділігін объективті бағалауға көмектеседі [48], инсульттің Медициналық және әлеуметтік-экономикалық салдарлары, осы аймақтағы науқастарға көмек көрсету жүйесінің жағдайы, оналту іс-шараларына шынайы қажеттілік туралы шынайы мәліметтер алуға, әр түрлі аймақтардағы қауіп-қатердің жетекші факторларын анықтауға және оларды түзету жолдарын әзірлеуге мүмкіндік береді.

Алынған деректер басқа елдер мен аймақтардағы эпидемиологиялық көрсеткіштермен тікелей салыстырылуы мүмкін [49,50]. Инсульт регистрлері әлемнің көптеген елдерінде ұйымдастырылған [51-57]. Алғаш рет көпорталықты зерттеу тіркелім әдісімен ДДҰ 1970-ші жылдары әлемнің 12 елінде жүзеге асырылды. 1980 ж. әлемнің 26 елінде 35-64 жас аралығындағы популяцияда MONICA халықаралық көпорталықты зерттеу жүргізілді. Осы жоба шеңберінде инсульт пен миокард инфарктінің барлық жаңа жағдайлары тіркелді, халық өлімінің деректері талданды, ФР бағаланды, негізгі көрсеткіштердің үрдістерін анықтау үшін динамикада қайта зерттеулер жүргізілді. Бір критерий бойынша жұмыс істеу нәтижесінде әр түрлі елдерде деректерді салыстыру мүмкіндігі пайда болды [58-59].

Шет елдерде 25 жылдан астам ОНМК эпидемиология бойынша зерттеулер жүргізілуде [60-70]. Украинада ОНМК эпидемиология бойынша жұмыстар пайда болды [71-74] және Белоруссияда [49, 10 Б.]. Ресейде тіркелімдерді құруға назар аударады. Инсульт аурушандығы, инсульт кезіндегі өлім-жітім, осы көрсеткіштердің өңіраралық айырмашылықтары, олардың динамикасы туралы базалық мәліметтер алынды [75]. 2001-2003 жылдары НАБИ (инсультпен күрес жөніндегі ұлттық ассоциациясы) Ресейдің 19 қаласында 25 жастан асқан халық арасында Ұлттық Регистр ұйымдастырды. Жүргізілген зерттеулер барысында инсульттің клиникалық түрі, жыныстық қатынасқа байланысты жас ерекшеліктері, әлеуметтік-демографиялық және географиялық факторлар ескеріледі. Клиникалық-эпидемиологиялық зерттеулердің нәтижелері жекелеген қалалардағы, елдердегі немесе аймақтардағы жағдайды сипаттайды.

## **1.2 Қазақстандағы регистрлер**

Қазақстанда "инсульт тіркелімі" барлық қалаларда өткізілген жоқ. Қазақстанда алғаш рет "инсульт тіркелімі" 2001 жылы Алматы қаласында өткізілді. Зерттеу нәтижелері Алматы қаласы популяциясындағы инсульт аурушандығы, өлім-жітім және өлім-жітім әйелдерге қарағанда ерлерде жоғары екенін көрсетті. Инсульт аурушандығының стандартталған көрсеткіштері ерлерде 498/100 000 және әйелдерде 410/100 000 құрады. Инсульттің бастапқы және қайталанған жағдайларын талдау кезіндегі өлім көрсеткіші ерлер үшін 39,3% - ды және әйелдер үшін 29,9% - ды құрады. Инсульттан өлімнің



стандартталған көрсеткіштері ерлер мен әйелдер арасында тиісінше 98/100 000 және 65/100 000 құрады. Ең маңызды қауіп факторларына АГ, жүрек аурулары (стенокардия, жүректің реполяризациясының бұзылуы), қант диабеті, алкогольді асыра пайдалану жатады.

Кейіннен Шымкент қаласының МИ эпидемиологиялық мәселелері бойынша сұрақтарды зерттеумен Т. Т. Пазылбеков айналысты. Зерттеулерде 100 000 адамға шаққанда инсульттермен сырқаттанушылықтың жоғары стандартталған көрсеткіштері анықталған, оның ішінде ишемиялық инсульттер 74,9%, геморрагиялық – 25,2% құрады. Шымкент қаласында инсульт өлімі 100 000 адамға 194 құрады. Ерлердің орташа жасы 57,4, әйелдер-60,0 жасты құрады. Сондай – ақ, этносаралық айырмашылықтар анықталды-қазақтар популяциясынан жоғары көрсеткіштер табылды. Шымкент популяциясындағы ми инсульт қаупінің негізгі факторлары-артериялық гипертония, жіп тәрізді аритмия, жүректің ишемиялық ауруы, психоэмоциялық жарақаттану, гиподинамия.

2001-2010 ж. ж. Павлодар облысы регистрінің үлгісінде іріктемелі зерттеулердің нәтижелері. Қазақстан Республикасы бойынша 1,0-мен салыстырғанда Ми Қан Айналымының Жіті Бұзылуы жоғары жиілігін (жылына 1000 адамға шаққанда 1,3 жағдай) көрсетеді, өсу үрдісі (жылына 4,7-4,9%) және ми ишемиялық типінің басымдылығы [79]. Атырау облысында 2006 жылы жүргізілген инсульт тіркелімінің деректері бойынша инсульт ауруымен сырқаттанушылық жылына 1000 адамға шаққанда 2,7 құрады. Инсульт аурушандығы 40-59 жастағы ер адамдарда және 60-69 жастағы әйелдерде анықталған. Атырау облысында инсульттан өлім 1000 тұрғынға 1,1 құрайды. Ерлерде инсульттан болатын өлім-жітім көрсеткіштері әйелдерде болатын өлім-жітім көрсеткіштерінен (1000 ер адамға 0,7 және 1000 әйелге 0,4) жоғары болды. Науқастардың ең көп таралған қауіп факторы артериялық гипертония (91,7%) болды. 2ші орында жүрек ауруы (56,1%) (жүректің ишемиялық ауруы, ФП), 3ші орында тұқым қуалайтын кереңдік және ДК 25,5% құрайды [80].

Алайда, осы уақытқа дейін Шымкент қаласының аймағында тіркелім әдісімен эпидемиологиялық сипаттамаларды зерделеу жүргізілген жоқ. Шымкент өңірінде инсульттің популяциялық тіркелімінің әдістемесін құру және оны пайдалана отырып, эпидемиологиялық зерттеулер жүргізу міндеті өте өзекті және перспективалы.

## **1.2 Ми инсультінің даму қауіп факторлары**

Инсульт тәуекелінің негізгі факторлары (жасы, тұқым қуалайтын бейімділік, жынысы) және модификацияланатын (артериялық гипертония, темекі шегу, ішімдік ішу, дислипидемия, жүрекше фибрилляциясы және жүректің басқа да аурулары, өмір сүру салтының факторлары, транзиторлы ишемиялық шабуылдар (ТИА) және инсульт, ішілетін контрацептивтерді қолдану) болып бөлінеді [81,82,83].

Олардың арасында жасы ерекше орын алады. МИ даму тәуекелі 65 және одан жоғары жастағы науқастар арасында жасы ұлғаюда-75,0%. Жыл сайын 55 жасқа жеткеннен кейін инсульт ықтималдығы шамамен 2 есе артады. Инсульт ерлерде әйелдерге қарағанда жиі кездеседі, бірақ әйелдер инсульттан өлгендердің жартысынан астамын құрайды [85]. Жиіліктері өкілдері арасында негроидной нәсіліне Ұлыбританияда жоғары шамамен 2 есе салыстырғанда европеоидтық раса [85-86].

Артериялық гипертензия-ми бастан кешкен науқастардың 92,5% - да анықталған инсульттің даму қаупінің маңызды тәуелсіз модификацияланған факторы. INTERSTROKE зерттеуінде, әлемнің 22 елінде орындалған, АГ - ишемиялық және геморрагиялық инсульт дамуының ең маңызды ТФ (жиынтық популяциялық тәуекел 90,3% - ды құрады) көрсетілген [87]. Зерттеу нәтижелері қан қысымы көрсеткіштерінің орташа 5-6 мм рт төмендегенін көрсетті. диастолиялық қан қысымы және 10-12 мм Ср. систолалық қан қысымы үшін ст.3-5 жыл ішінде даму қаупін 31,0% - ға төмендетті. Гипотензиялық терапияны пайдалана отырып қан қысымы төмендеуі, сондай-ақ қайта инсультті төмендетуге ықпал етеді. Қан қысымы және инсульт қатері арасындағы байланыс систолалық және диастолалық үшін де орнатылған.

Қант диабеті артериялық гипертензиядан кейін ми қан айналымының жіті бұзылуы даму қаупінің маңыздылығы бойынша екінші фактор деп саналады [89,90]. АГ аясында қандағы глюкоза концентрациясының жоғарылауы ми инсультінің даму ықтималдығы артады және микроангиопатияға, ірі тамырлардың атеросклерозының жедел дамуына әкеледі. ҚД бар науқастарда инсульттің даму қаупі 5 есе жоғары. 2 В типті қант диабеті бар адамдарда инсульт дамуының салыстырмалы тәуекелі ҚД зардап шекпейтін адамдармен салыстырғанда 1,8-6,0 есе жоғары. ҚД бар емделушілер арасында инсульттан қайтыс болу қаупі ҚД жоқ емделушілермен салыстырғанда 2,8 есе жоғары болады, бұл ретте ишемиялық инсульттан қайтыс болу қаупі 3,8 есе, СКҚ - дан 1,1 есе және ВМК-дан 1,5 есе жоғары болады [91].

Жүрекше фибрилляциясы-инсульт және тромбоэмболия қаупінің 5 есе ұлғаюына әкелетін инсульт дамуының маңызды тәуелсіз факторы болып табылады. Жүректің фибрилляциясына байланысты церебральды инсульт бұзылған функциялардың нашар қалпына келтірілуіне және жоғары өлімге байланысты. Бұдан басқа, ЖФ қайта инсульт тәуекелінің және 30 күн өткендердің арасында өлім тәуекелінің тәуелсіз факторы болып табылады. [95,96]. ВаҚРаринмен алғашқы алдын алу инсульттің даму қаупін орта есеппен 64,0% - ға төмендетеді.

Инсульт миокардтың жіті инфарктісінің, әсіресе сол қарыншаның тромбозымен асқынған асқинуы болып табылады және осы науқастардың 3-12% - да дамиды [98,99]. Эмболияның ықтималдығы алғашқы 1-3 айда тромбтың белсенді түзілу кезеңі ішінде неғұрлым жоғары, дегенмен оның қаупі миокардиалды дисфункциясы, жүрек жеткіліксіздігі немесе ЖФ бар емделушілерде жіті фазадан тыс елеулі болып қала береді. EUROSTROKE зерттеуінде алынған деректер миокард инфарктісі бар адамдарда инсульт қаупі

3,1 есе артқанын қарастыруға мүмкіндік береді[100]. Жуырдағы зерттеудің мәліметтері бойынша, стационарлық емдеу кезеңінде инсульттің дамуы 44% жағдайда өлімге әкеп соқтырады және өлімге тәуелсіз болды (ДБ 95% - дан 5,7-ден 27,4-ке дейін;  $p < 0,01$ ) [101].

Фремингемдік зерттеу деректері бойынша темекі шегу ИИ - ның даму қаупін 2 есеге, ал субарахноидальды қан құйылу қаупін 3 есеге арттырады. Тәуекел дәрежесі темекі шегудің қарқындылығына (күніне темекі шегетіндердің саны) және ұзақтығына (жыл санына) байланысты болады және ол темекі шегуді тоқтатқаннан кейін 2-4 жылдан кейін азаяды. Темекі шегу фибриногеннің деңгейін және қан тұтқырлығын арттырады, тромбоциттердің функционалдық белсенділігін арттырады, ұйқы және коронарлық артериялардың атеросклерозының дамуын тездетеді, артериялық қысым деңгейінің жоғарылауына ықпал етеді [102,103].

Жүйелі талдау мен мета-талдауда алкогольді теріс пайдалану (күніне  $> 60$  г) ишемиялық (ОР 1,69; 95% ДИ 1,34–2,15) және геморрагиялық (ОР 2,18; 95% ДИ 1,48–3,20) инсульттің даму қаупін арттыратыны көрсетілген. Алайда, алкогольді аз мөлшерде қолдану ( $<$ күніне 12 г) инсульттің екі түрінің де (ОР 0,83; 95% ДИ 0,75–0,91), ишемиялық инсульт (ОР 0,80 95% ДИ 0,67–0,96) қаупінің төмендеуімен, ал орташа тұтыну (12-24 г күні) - ишемиялық инсульт қаупінің төмендеуімен байланысты (ОР 0,2 95% ДИ 0,57–0,91) [104].

Дене салмағының жоғары индексі  $\geq 25$  кг / м<sup>2</sup> артериялық гипертензия мен кант диабеті жиілігінің артуына байланысты инсульт қаупінің өсуімен байланысты. 25 зерттеуден тұратын мета-талдауда дененің артық салмағы мен семіздік жасына, өмір салтына және жүрек-қан тамырлары ауруларының басқа факторларына қарамастан ишемиялық инсульттің даму қаупінің үдемелі жоғарылауымен байланысты екендігі көрсетілді [105]. Данияда инсульт алған 21884 пациенттің бақылауымен өткен таяудағы бес жылдық ірі масштабты зерттеуде артық салмақ пен семіздік инсульттан кейінгі өмір сүрудің ең жақсы болжамымен байланысты екені анықталды [106,107]. Дене салмағының азаюы қан қысымының төмендеуіне алып келеді [108], ол инсульттің даму қаупін азайтуға әкеп соқпайды [109]. Семіздік бар емделушілерде (ДСИ  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup>) атерогенді дислипидемия дамиды. Дислипидемиясы және әртүрлі ілеспелі аурулары бар 6500-ден астам науқас қатысқан зерттеулерде статиндерді қолдану тәжірибесі жалпы холестериннің, тығыздығы төмен липоротейдтердің және жағымсыз құбылыстардың минимумы кезінде триглицеридтердің айтарлықтай төмендеуіне қол жеткізуге мүмкіндік береді[110,111].

Транзиторлық ишемиялық шабуыл (ТИШ) ми инфарктісі мен миокард инфарктісі дамуының маңызды факторы болып табылады. Ишемиялық инсульттің даму қаупі ТИШ бар науқастарда жылына шамамен 4-5% құрайды, бұл ретте ТИШ кейін алғашқы 90 күн ішінде пациенттер үлкен инсульттің дамуына аса бейім [112].

Репродуктивті жастағы 24 000 әйел адамды қосумен мета-талдаудың мәліметтері бойынша, оральды контрацептивтерді қолдану ишемиялық инсульттің даму қаупін 3 есеге дейін арттыратыны көрсетілген [113]. Жүйелі Кокрейндік шолуда алмастыру гормоналды терапия инсульт қаупінің артуымен байланысты (ОР 1,44; 95% ДИ 1,10–1,89) [114]. Кейіннен women ' s Health Initiative рандомизацияланған бақыланған зерттеуінде инсульт тәуекелі ұзақ уақыт бойы гормоналды терапияны қолданатын әйелдерде ғана өскені анықталды (>5 жас; ОР 1,32; 95% ДИ 1,12–1,56) [115,116].

## **1.2 Қазақстандағы инсульттан кейінгі 28 күндік өлім-жітім тәуекелінің факторлары: когорттық зерттеу**

Эпидемиологиялық зерттеулерге арналған әдебиетте соңғы он жылдықта миға шалдыққан науқастардың 28 күндік өлім - жітімі туралы талқылау елеулі орын алады. 2006 жылы Хельсинборг конференциясында (Хельсинборг қ., Швеция, 2006) инсульт кезінде медициналық көмек жүйесін дамытудың 10 жылға арналған бірыңғай халықаралық стратегиясын (2006-2015) әзірлеу шешілді, оның негізгі мақсаты инсульттан кейінгі 4 апта ішінде пациенттердің 85-пайыздық өміршеңдігі болып табылады [117].

Ресейде инсульттан өлім-жітім - әлемдегі ең жоғарылардың бірі (2010 жылы 100 мың тұрғынға 262,3), Ресейде инсульттан кейінгі 28 күндік өмір сүру деңгейі 65,4%, ал сол кезеңдегі өлім-жітім-34,6% құрайды [118]. Сондай-ақ, Грузияда 28 күндік өлім-жітім 35,0% - ды құрады. Жоғары көрсеткіштер ЕО елдерінде байқалады: Эстонияда 26,2%, Ұлыбританияда 23,6%, Италияда 20,6%, Португалияда 16,1%, Германияда 13,6%, ал ең төмен 28 күндік өлім Францияда-8% тіркеледі [120]. Осыған ұқсас мәліметтер Австралияда 20,2%, Жаңа Зеландияда 27,1% көрсетті. Латын Америкасы елдерінде: Мексикада 39%, Чилиде 23,3% және Бразилияда 19,1%.

28 күндік өлім-жітім қаупі факторлары ми инсультінен сырқаттанушылық пен өлім-жітімді төмендетуге бағытталған бастапқы және қайталама алдын алу шараларын әзірлеуді жоспарлау кезінде ескеріледі. Зерттеулер көрсеткендей, ми инсультінің нәтижесі көптеген факторларға байланысты болады, ең жиі аталатындар өзгеретін факторлар - артериялық гипертензия, қант диабеті, артық дене салмағы және өзгермейтін факторлар – Жасы, жынысы және этникалық тиістілігі [122-126]. Алайда, бұл факторлардың Шығыс Қазақстанның экологиялық қолайсыз аумағында тұратын көп ұлтты популяцияда қандай рөл атқаратыны белгісіз.

Дат ғалымдарының мәліметтері бойынша адамның жасы, жүрекше фибрилляциясы, жіті миокард инфарктісі және неврологиялық тапшылықтың айқын көріну дәрежесі ерте өлім-жітіммен байланысты болады[127]. 28 күндік өлім-жітімге әсер ететін факторларды зерттеу Ресей әдебиетінде жиі кездеседі. Хасанов Н.М мәліметі бойынша МИ ауырғаннан кейінгі өлім қаупінің болжамдық факторлары жасымен қатар анамнездегі инсульт және артериялық гипертензия болды [128]. Т. Н. Николаева зерттеуде миокард инфарктісі мен миокард инфарктісінің үйлесуі болжамдық қолайсыз фактор болып табылады.

Қазақстанда инсульттан 28 күндік өлім-жітім бойынша, сондай-ақ өлім-жітімге әсер ететін қауіп факторлары бойынша деректерді халықаралық рецензияланатын әдебиетте анықтау мүмкін емес, алайда өлім-жітімнің жоғары көрсеткіштерін назарға ала отырып, ерте өлім-жітім айтарлықтай жоғары деп болжауға болады. Ресми статистиканың біріктірілген деректері нақты популяциядағы зерттелетін нәтижеге қауіп факторларының әсерін бағалауға мүмкіндік беретін өңірлік деңгейде деректердің болмауы салдарынан Қазақстандағы церебральды инсульт және ерте өлім-жітім проблемаларының жай-күйін толық көлемде көрсетпейді.

### **1.3 инсульт тәуекелінің факторлары және олардың емделушілердің бір жылдық өміршеңдігіне әсері: когорттық зерттеу**

Инсульт әлемдегі аурушандық пен өлім-жітімнің жетекші себептерінің бірі болып табылады [130]. Бұл ретте инсульт санының динамикасы елдер арасында айтарлықтай ерекшеленеді, ал соңғы 20 жыл ішінде ең көп өсу табысы төмен және орташа елдерде тіркелген [131]. 2006 жылы өткен Хельсинборг конференциясында инсультпен ауыратын науқастарға көмек көрсету қызметтерін ұйымдастыруға, инсульттің жіті кезеңін жүргізуге, профилактикаға, оңалтуға, өмір сүру сапасын бағалауға және инсульттің клиникалық нәтижесіне қатысты бірыңғай халықаралық стратегиялар жасалды [117, р.14]. Жіті кезеңде МИ 30% пациент өледі. Жыл бойы тағы да 10-15% науқастар өледі. Инсульттан кейін тірі қалғандардың 80% - да күнделікті өмірде шектеу дәрежесі дамиды [132]. Дамыған елдерде жылдық өмір сүру жиілігі 57-92% шегінде өзгеріп отырады. Дамыған елдерде, мысалы, Германияда бұл көрсеткіш 76,8% - ға тең, Австралияда- 57% [134, р.Бұл-мақаланың бастамасы.Бұл ескертуді дәлдеп ауыстыру қажет Күші жойылған Ресей 65,4% [135], Белоруссияда - 62,6% [136]. МИ шығу предикторларына қатысты шешілмеген көптеген мәселелер бар. Әдебиетте проблеманың жоғары таралуына қарамастан, Қазақстандағы МИ шығысының детерминанттары бойынша бірлі-жарым басылымдар бар.

Инсульттің шығу болжамы адамның жасы, жынысы, этникалық тиістілігі, инсульт типі [137], жүрекше фибрилляциясы, жүрек ақаулары, анамнездегі миокард инфарктісі, дененің артық салмағы, ауыр тұқым қуалаушылық [138-141], емдеуге жатқызуға дейінгі уақыт және инсульттің ауырлық дәрежесі [137, б.8] сияқты көптеген факторларға байланысты. Мысалы, жұмыстарға Sania. M. Walker R. болғандай, жасы, шкаласы NIHSS болды статистикалық маңызды предикторами өміршеңдік [142,143]. Еуропа, Ресей және Азия елдерінде қант диабеті мен жағымсыз нәтиже арасындағы өзара байланыстың болуын болжады [129, б.30;144;145]. Зерттеу нәтижелері [142, р.18; 143, б.317] nihss шкаласы бойынша неврологиялық тапшылықтың жасы, айқындылық деңгейі бір жылдық өмір сүрудің статистикалық маңызды предикторлары болғанын көрсетті. К. К. Andersen өз жұмыстарында бірлескен авторлармен ми мен жыныс, миокард инфарктісі, сыртартқысында ЖФ, неврологиялық тапшылықтың айқын көріну дәрежесі арасындағы байланысты анықтады[127, р. - Алматы: "Мектеп" баспасы, 2007. Мұндай нәтижелер Ресей ғалымдарының зерттеуінде алынған,

онда өмір сүру және инсульт түрі, Жасы, жынысы, инсульт және анамнездегі миокард инфарктісінің болуы және жүрекше фибрилляциясының болуы арасындағы байланыс анықталған [128, б.28]. Шетелдік авторлардың зерттеу нәтижелері емделушілерде артық салмақтың болуы өмір сүрумен тығыз байланысты екенін көрсетті және керісінше дене салмағының тапшылығы бар науқастар инсульттен қайтыс болу қаупінің жоғары екенін көрсетті [146,147]. Инсульт нәтижесін анықтайтын маңызды факторлардың бірі аурудың басынан бастап білікті медициналық көмек көрсетуге дейінгі уақыт болып табылады [148, 149,150].

Алайда Қазақстанда МИ-мен ауыратын науқастардың өмір сүруіне жекелеген факторлардың әсері қазіргі уақытта жеткіліксіз зерттелмеген. Әдебиетте Қазақстандағы МИ-ның ұзақ мерзімді нәтижелері бойынша тек жеке басылымдар кездеседі. Қазақстан Республикасында инсульттің жақын және ұзақ мерзімді нәтижелері туралы мәліметтер ресми статистикамен шектелген, бұл Қазақстанда Ми инсультінен кейін өмір сүруге әсер ететін факторларды талдауды қиындатады.

Инсульттің ұзақ мерзімді (1 жыл және одан да көп) нәтижелерін зерттеу және инсульт нәтижесіне факторлардың әсерін бағалау халыққа медициналық көмекті ұйымдастыруды жоспарлау үшін маңызды рөл атқарады. Кейінгі өлім-жітімнің предикторлары туралы білім инсультпен ауыратын науқастарды емдеу мен оңалтуды ұйымдастыруды оңтайландыруда маңызды рөл атқарады.

### **1.3 ми инсульті бар науқастарды кешенді емдеуде транскраниальды магнитті ынталандырудың тиімділігі**

Ми инсульті бүкіл әлемде және Қазақстанда мүгедектіктің негізгі себептерінің бірі болып табылады және тұрақты дезадаптация туғызады. 2014 жылы Ми инсультінен 6,7 млн адам қайтыс болды [151]. Әлемде инсульттан кейінгі алғашқы 4 апта ішінде өлім-жітімнің орташа жиілігі 17-34% шамасында ауытқиды. Дамыған елдерде жылдық өмір сүру жиілігі 57-92% шегінде өзгереді. Қазақстанда 28 күндік өлім көрсеткіші 22,4% - ға тең, ал бір жылдық өмір сүру деңгейі 67,7% - ды құрайды. Инсульт мүгедек болу себептеріне байланысты Қазақстанда Ми инсультінен мүгедектік жиілігі 100 000 адамға шаққанда 104,6 құрайды [154]. Мүгедектіктің пайызы Ресей, батыс елдеріне қарағанда, бірінші кезекте пациентті оңалту жүйесінің жеткіліксіз дамуына байланысты айтарлықтай жоғары. Сонымен қатар, МИ салдарынан туындайтын орасан зор әлеуметтік және экономикалық залал инсульт алған пациенттерді оңалту жүйесін жетілдірудің төтенше өзектілігін айқындайды.

Мүгедектіктің алдын алу және барабар оңалту іс-шараларын жүргізу мақсатында пульттен кейінгі жағдайдағы нәтижені болжайтын құралдарды пайдалану қажет. Науқастың жағдайын бағалау үшін ең қарапайым және қолжетімді құрал-шкалалар болып табылады [155].

Бастан кешкен инсульттан кейін мүгедектік парездермен және жүріс-тұрыс бұзылуымен байланысты параличтермен көрінетін ауыр қозғалыс бұзылуымен байланысты және пациенттердің өмір сүру сапасының төмендеуіне және тәуелсіздігін айтарлықтай шектеуге әкеп соқтырады. Инсульттің жіті кезеңінің

соңына қарай гемипарез немесе гемиплегия түріндегі қозғалыс бұзылыстары 85%-да, 1 - ші жылдың соңына қарай-70% емделушілерде байқалады, жіті кезеңнің соңына қарай сөйлеу бұзылыстары 36% - да, 1-ші жылдың соңына қарай-18% емделушілерде байқалады [156]. Сондықтан оңалтудың бірінші кезектегі міндеттері қозғалу функцияларын қалпына келтіру, науқастардың тұрмыста айналасындағылардан еркіндік дәрежесін арттыру болып табылады.

Нейрореабилитацияда бар технологияларды жетілдіру және жаңа технологияларды дамыту өзекті мәселе болып отыр. Соңғы уақытта нейрореабилитация әдістерінің бар арсеналын жетілдіруден басқа (ЕДШ, массаж, физиотерапия, электрлік ынталандыру, роботтандырылған терапия, виртуалды шындық) инсульттан кейін қозғалысты қалпына келтіруге қабілетті жаңа әдістемелер пайда болады. Алайда, бұл араласулардың ешқайсысы мидың бөлімдеріне тікелей әсер етпейді. Бұл тұрғыда инсульттан кейін қозғалыс бұзылыстарын қалпына келтірудің перспективалық әдістерінің бірі транскраниальді магниттік ынталандыру (ТМЫ) болып табылады.

ТМЫ 1985 жылы Баркер басқарған медициналық Шеффилд университетінің қызметкерлері ұсынған. Бұл әдістің мәні-ТМЫ стимулятордың катушкасында электромагниттік импульстің генерациясы болады, нәтижесінде бірқатар жүйке тіндерінде импульстік токтың пайда болуына алып келетін айнымалы электр өрісі пайда болады. Күшті магнит өрісінің әсерінен ми қабығының жүйке жасушаларының мембраналары деполяризацияланады. Мембрананың деполяризациясы әсер ету әлеуетінің пайда болуына және одан әрі таралуына әкеледі. Бұл ретте жараның алғашқы үш тосқауыл Ранвье (d-толқын, directwave) деңгейінде жылдам өткізгіш мотонейрондардың аксонасының проксимальды бөлігі және бірнеше ендірмелі нейрондар қозғалады, олар әртүрлі уақытша кідіріспен мотонейронға (I-толқын, indirectwave) қозуды береді. Мысалы, моторлы қабықтың бір рет ұсынылған стимулына жауап ретінде соңғы нысана перифериялық нервтерге қозуды беретін альфа-мотонейрондар болып табылатын қозудың төмендейтін толқындары пайда болады [157].

ТМЫ терапиялық тиімділігінің негізінде нейропластикалық принцип жатыр. Қысқа магнитті импульстер арқылы моторлы трактінің стимуляциясын бірнеше рет инвазивті емес, ауыртпалықсыз қайталаған кезде ТМЫ жаңа синаптикалық байланыстарды қалыптастыруға ықпал етеді, прецентальды бұрмалануы сақталған қозғалыс нейрондарын тікелей белсендіреді, ұшараралық теңгерімді қалпына келтіреді, яғни ТМЫ жаңа дағдыларды қалыптастыру жылдамдығына әсер етуі мүмкін [158]. ЖМС-ны МИ бар науқастарды оңалтуды емдеу кешеніне енгізудің орындылығы пациенттің нейрореабилитацияның басқа әдістеріне қарағанда, неғұрлым қысқа мерзімде қалпына келуімен расталады.

Қазіргі уақытта ТМЫ әдісі бірқатар аурулар кезінде кеңінен қолданылады. Әдебиеттер мәліметтеріне сәйкес, гемипарездерден кейінгі емделушілерге ТМЫ жүргізу қолдың, жүрудің, жалпы белсенділіктің, тұрмыстық бейімделудің жылдам жақсаруына ықпал етті [158, р. Бұл-мақаланың бастамасы. Инсульттан кейін моторлы функцияларға ТМЫ әсерін зерттеу бойынша PubMed деректер базасында шамамен 174 жарияланым бар, оның ішінде 19 плацебо - бақыланатын зерттеулер және 2 мета-талдау [158, р.1851; 159], 500 пациенттің қатысуымен. ТМЫ негізгі екі режимін бөледі: төмен жиілікті ( $\leq 1$  Гц), мидың ынталандыратын аймағына тежегіш әсер етеді, жоғары жиілікті ( $\geq 3$  Гц) қоздыру әсері бар [160]. Қазіргі таңда жүргізілген зерттеулерде төмен жиілікті, жоғары жиілікті ТМЫ қолдану кезінде оң нәтижелер алынды [161-163]. Мотор функциясына арналған төмен жиіліктегі ТМЫ терапевтік тиімділігін көрсеткен алғашқы маңызды жұмыстардың бірі 2005 жылы жүргізілді. [164]. Кейінірек мотор функцияларын қалпына келтіруде төмен жиілікті ТМЫ тиімділігін дәлелдейтін зерттеулердің үлкен саны пайда болды [158, р.1852; 165 -168].

Кейбір зерттеулер инсульттің жіті және жіті сатыларында моторлы функциялардың қалпына келтірілуі кезінде зақымданған жарты шарның жоғары жиілікті стимуляциясының тиімділігін көрсетті [158, р. Бұл-мақаланың бастамасы. ТМЫ бұзылған қозғалыс функциясын қалпына келтіруге оң әсер етеді, бұл инсульт алған емделушілерде ТМЫ тиімділігін зерттеу бойынша 18 рандомизацияланған плацебо - бақыланатын зерттеулердің мета-талдауын көрсетеді. Бұл-мақаланың бастамасы.1851] және 34 жарияланымды қосқанда (392 пациент) инсульт бар емделушілерде жоғарғы аяқ-қолдың қозғалыс функцияларын қалпына келтіруде ТМЫ тиімділігі көрсетілді. Бұл ретте, дені сау жарты шарды төмен жиілікті ынталандыру жоғары жиіліктен әлдеқайда тиімді болды. Khedr зерттеуінде 36 пациент, көбінесе қорқақтық инсульттері бар, күн сайын 5 күн ішінде зақымданған жарты шарның жоғары жиілікті (3 Гц) ынталандыруын, немесе төмен жиілікті (1 Гц) - зақымданбаған немесе плацебо - стимуляцияны алды. Плацебо тобына қарағанда нақты стимуляция алған топтарда бірнеше шкала бойынша аяқталған нәтижелер жақсы болды [158, р. Бұл-мақаланың бастамасы.



Алайда, екінші жағынан, ТМЫ-ның полушариясы зақымдалған бөлігіне әсері қозғалыс функциясының нашарлауына алып келді деген пікір бар [158, р.1855; 170]. Осы орайда, көрсетіліп отырған жағдайда қызметкермен еңбек шартын бұзу барысында 55-баптың талаптары қолданылмайды. [[[170], Кокран мәліметтер базасында жарияланған, шынайы клиникалық тиімділік жоғары жиілікті те, төмен жиілікті ТМЫ кезінде де анықталмады. Әсердің болмауы Бартел күнделікті белсенділік индексі және 558 пациенттердің жалпы санымен RAL шкаласы (моторлы тапшылық) бойынша анықталды.

Қарама-қайшы тұжырымдарға байланысты қазіргі уақытта инсульт бар емделушілерде қозғалыс функциясын қалпына келтіруге ТМЫ ықпалына қатысты бірыңғай пікір жоқ, сондай-ақ МИ бар емделушілерде ТМЫ рәсімін жүргізу бойынша нақты ұсынымдар әзірленбеген, бұл зерттеу тақырыбын өзектендіреді.

Осылайша, Шымкент қаласы мысалында ми-ның клиникалық-эпидемиологиялық сипаттамаларын, қауіп факторларын және оңалту аспектілерін зерттеу Қазақстандағы өзекті медициналық-әлеуметтік мәселе болып табылады.

## 2 МАТЕРИАЛ ЖӘНЕ ЗЕРТТЕУ ӘДІСТЕРІ

### 1.3 жалпы зерттеу дизайны

Зерттеудің түрлері, әдістері мен көлемі 1-кестеде көрсетілген.

1-кесте-зерттеу түрлері, әдістері, көлемі

Зерттеу түрі	Қолданылған әдістер	Зерттеу көлемі
Ақпараттық-талдау	Әдеби деректерді талдау жинау	208 әдеби көздер
12 жылдың негізгі кезеңіндегі ретроспективті талдау	Медициналық құжаттардан деректерді көшірме Эпидемиологиялық көрсеткіштердің динамикасын зерттеу	10294 ауру тарихының деректері Жедел медициналық жәрдем ауруханасы стационары
Когорттық	Эпидемиологиялық әлеуметтік-сұхбат "Регистр МИ" сауалнамасы клиникалық-неврологиялық тексеру: NIHSS шкаласы, Бартельдің өзіне-өзі қызмет көрсету шкаласы, мүгедектік Рэнкин	Инсультпен тексерілген науқастардың жалпы саны-982 ЖМЖА стационары, Шымкент қ. ММУ, ІДА 22.
Эксперименттік рандомизацияланған бақыланатын зерттеу	Клиникалық-неврологиялық тексеру: NIHSS шкаласы, Бартельдің өзіне-өзі қызмет көрсету шкаласы, Рэнкин мүгедектігі. Психикалық мәртебесін бағалау қысқа шкаласының көмегімен нейропсихикалық әдіс-MMSE және тест " сурет сағат»	Негізгі топтың инсульті бар 22 пациент бақылау тобының инсульті бар 22 пациент "In Vitro+" консультациялық - диагностикалық емханасы.

<p>Статистикалық әдіс</p>	<p>Сипаттама статистикасының көмегімен статистикалық талдау, параметрлік емес критерий квадрат, көп өлшемді әдіс - Пуассон регрессиясы (<math>p &lt; 0,05</math>), өміршеңдікті талдау - Кокс регрессиясы (<math>p &lt; 0,15</math>) және Каплан-Майер әдісі параметрлік критерий-Вилкоксон және Манна-Уитни</p> <p>Stata, SPSS бағдарламасының көмегімен статистикалық талдау, 17,0 нұсқасы.</p>	<p>Деректер 937 сауалнама Тіркелімі "МИ»</p> <p>Ишемиялық инсультпен ауыратын 44 науқас</p>
---------------------------	---	---

### 1.3 Клиникалық материалдың жалпы сипаттамасы

Бұл жұмыс ЖМЖА неврологиялық бөлімшесі, Шымкент қ.ГМО медициналық орталығы, жедел және шұғыл медициналық көмек станциясы, 22 БМЖЖ, "In Vitro+" кеңестік-диагностикалық емханасының базасында орындалды. Сонымен қатар патологоанатомиялық және сот-медициналық қызмет бюросының секциялық хаттамалары пайдаланылды. Зерттеу бірнеше кезеңде жүргізілді.

2001-2012 жылдар аралығында 1 кезеңде инсульт бар ЖМЖА неврологиялық бөлімшесіне жатқызылған 10294 пациенттің ауру тарихына ретроспективті талдау жүргізілді. Дизайн-ретроспективті сипаттамалық зерттеу [171].

2 кезеңде инсульт эпидемиологиясы туралы шынайы деректерді алу үшін популяциялық тіркелім әдісі таңдалды. Зерттеуге Шымкент қаласында бастапқы және қайта инсультпен тұрақты тұратын 982 пациент енгізілді, ЖМЖА неврологиялық бөлімшелеріне және Шымкент қ.ГМУ медициналық орталығына жатқызылды, 01.01.2014 ж. бастап 31.12.15 ж. дейін ақпарат көзі ретінде СМП станциясын шақыру карталары, патологоанатомиялық, сот-медициналық қызметтердің және Шымкент қ. 22 БМЖЖ секциялық хаттамалары қызмет етті. ДДҰ-ның Қазақстан үшін бейімделген "ми инсульт тіркелімі" стандартты картасы әзірленді, ол 104 айнымалыны қамтиды, кейіннен тіркелімге арналған базаға мәліметтерді енгізу. Бұл карта пациенттердің әлеуметтік-демографиялық сипаттамаларын, қауіп факторларын қамтиды; көмекті ұйымдастыру сапасының индикаторлары: емдеуге жатқызудың негізгі көздері, ауру симптомдарының пайда болуынан бастап ЖМҚ бригадасын шақырғанға дейінгі уақыт, ЖМҚ машинасын шақырудан бастап емдеуге жатқызудың дейінгі уақыт; науқас жағдайының ауырлығы; инсульт нәтижесі индикаторлары: өлімді талдау [214-216].

Инсульт диагнозы ХАК-10 негізінде қойылды, Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы 1992г. Тексеру National Institutes of Health Stroke Scale (nihss) шкаласы бойынша стационарға түскен кезде пациенттің неврологиялық мәртебесін бағалауды, СҚҚ жағдайында Ханта-Хесса [173], Бартельдің өзіне-өзі қызмет көрсету шкаласы [174], мобилділік индексі Ривермид [175], мүгедектік шкаласы бойынша Рэнкин [176] қамтиды.

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы ұсынымдарына сәйкес бастапқы болып аурудың басталуынан 28 күн, 3, 6 және 12 ай өткеннен кейін бағаланды. Телефондық интервью әдісімен Бартельдің өзіне-өзі қызмет көрсету шкаласы бойынша пациенттерге сауалнама жүргізілді [174], мобилділік индексі Ривермид [175], мүгедектік шкаласы бойынша Рэнкин [176]. 28-ші тәулікке, 3-ші, 6-шы және 12-ші айға функционалдық шкалалардың динамикасы зерттелді.

Зерттеуге енгізу критерийі ретінде Шымкент қаласында тұрақты тұратын диагностикаланған бастапқы және қайталама инсульті бар пациенттер қызмет етті.

Зерттеуден шығару өлшемдермен:

1. қайтыс болғанға дейінгі науқастың жағдайы туралы клиникалық деректер, инсульт диагнозын растайтын жазбалар, аутопсияны жүргізу туралы

деректер болмаған кезде, қысқа уақыт аралығында (аурудың басталуы мен өлімнің арасында 2 сағаттан кем) қайтыс болған науқастар.

2. жарақат ішіндегі қан құйылу.
3. транзиторлық ишемиялық шабуыл

Диссертациялық жұмыстың 3-ші кезеңі 2 бөлімнен тұрады.

БІРІНШІ БӨЛІМ тәуекел факторларының 28 күндік өлім-жітімге әсерін бағалауға арналған. Зерттеу дизайны-жалпы тарихи когорттық зерттеу [177], оған Шымкент қ. ММУ, ЖМЖА неврологиялық бөліміне жатқызылған бастапқы және қайталанған миы бар 973 пациент 2014 жылдың 01-28 қаңтар аралығында кірді. Пациенттермен немесе олардың туыстарымен байланыс болмаған жағдайда, ақпарат БМЖЖ дәрігерлерінен келіп түсті [178].

Екінші бөлімде тәуекел факторларының жылдық өміршеңдікке әсер ету нәтижелері келтіріледі. Зерттеу дизайны-Шымкент қ.ММУ, ЖМЖА неврологиялық бөліміне жатқызылған МИ бар 982 науқасты қамтитын тұтас тарихи когорттық зерттеу. Жылдық өмір сүру туралы ақпарат стационарларда және телефондық сұхбат әдісімен алынды. Пациенттермен немесе олардың туыстарымен байланыс болмаған жағдайда, ақпарат БМЖЖ дәрігерлерінен келіп түсті. Белгілі бір уақыт нүктесіне дейін т бақыланған, содан кейін басқа себеппен өлімге ұшыраудың салдарынан немесе тұрғылықты жерінің өзгеруіне байланысты бақылаудан шыққан емделушілер жылдық өлім-жітім бойынша цензурацияланған деп саналды [179]. Қадағалау Шығыс Қазақстан облысы Денсаулық сақтау басқармасының 30.04.2014 ж. №536 бұйрығына сәйкес жүргізілген. Барлық пациенттер өлімге дейін немесе 28 күндік мерзімге дейін және диагноз қойылғаннан кейін 1 жылға дейін бақыланады. Осы зерттеудің мақсаты үшін келесі ақпарат қолданылды: жынысы, жасы, этникалық тиістілігі, дене салмағының индексі, артериялық гипертензия, сыртартқысында ми инсульті, жүрекше фибрилляциясы, кез келген түрдегі қант диабеті, жүрек ақаулары, кернеу стенокардиясы, инсульт типі, симптомдардың туындауынан емдеуге жатқызылғанға дейінгі мерзім және nihss [178, с. шкаласы бойынша неврологиялық мәртебені бағалау.50; 179, с.Бұл-мақаланың бастамасы.

### **1.3 Айнымалыны анықтау**

Инсульттан кейін 28 тәулік бойы өлім-жітім талдауда тәуелді дихотомиялық айнымалы болды. Барлық сандық тәуелсіз айнымалыларды санаттарға ауыстырған. Жасы бойынша төрт топ бөлінді: 50 жасқа дейін, 50-59 жас, 60-69 жас, 70+ жас. Ұлттық тиістілігі бойынша үш санат қалыптасты: қазақтар, орыстар, басқалары. Дене салмағының индексі дихотомизацияланған: 25 кг/м<sup>2</sup> дейін - қалыпты дене салмағы, 25 кг/м<sup>2</sup> артық - артық. Ауыр тұқым қуалаушылық (артериялық гипертензия, инсульт, ата-аналардың, ағалардың, апа-сіңлілердің миокард инфарктісі) дихотомиялық айнымалы ретінде қолданылды. Үш топ инсульт типі бойынша қалыптасқан: ишемиялық, миішілік қан құйылу және субарахноидальды қан құйылу. Стационарға жатқызылғанға дейін өткен уақыт бойынша пациенттер 3 топқа бөлінді: 4,5 сағатқа дейін, 4,5-24 сағатқа дейін және 24 сағаттан астам. Референттік Санаттар ретінде басқа зерттеулердің деректері бойынша неғұрлым қолайлы деп саналатын Санаттар

пайдаланды. Референттік топтар ауыспалы "еден" үшін әйелдер, ауыспалы "Жас" үшін - 50 жасқа дейінгі пациенттер, этникалық қатыстылық жағдайында - қазақтар, инсульт түрі бойынша - ишемиялық, ауруханаға жатқызу мерзімі бойынша - 4,5 сағатқа дейін, NIHSSшкаласы бойынша - 0 балл [178, с.50;179, с.Бұл-мақаланың бастамасы.

### **1.3 эксперименттік рандомизацияланбаған бақыланатын зерттеу**

4-ші кезең ми инсультінің ерте қалпына келтіру кезеңінде емделушілерде оңалтуда ТМЫ қолдану тиімділігін бағалауды қамтиды. Зерттеу дизайны-эксперименталды рандомизацияланбаған бақыланатын зерттеу [180]. Зерттеу Шымкент қаласындағы "In Vitro+" кеңестік-диагностикалық емханасында жүргізілді.

Ишемиялық инсульттің ерте қалпына келтіру кезеңінде 44 пациент тексерілді - 20 ер адам және 34-тен 83 жасқа дейінгі 24 әйел, орташа жасы  $M=62,5$  ( $SD=8,7$ ). Зерттеуге 2016 жылдың қаңтар айынан тамыз айына дейінгі кезең аралығында БСПМ-ға келіп түскен пациенттер кірді, емдеуге жатқызу кезінде инсульт диагностикаланды. Салыстыру тобы жедел медициналық жәрдем ауруханасында, Шымкент қ. ММУ МО-да, ишемиялық инсульт диагнозымен стационарлық емделуден өткен адамдардан құралған [181, 55 б.].

Қосу критерийлері: ишемиялық инсульт, гемипарез түріндегі қозғалыс тапшылығы 0-ден 4 баллға дейін, когнитивті және эмоциялық бұзылулар, инсульт 6 айға дейін болды.

Ерекшелік критерийлері болып саналады: ауыр перцептивті афазия, психомоторлы қозу, сананың тежелуі (Глазго шкаласы бойынша <13 балл), ауыр соматикалық жағдай, жүрек ырғағының имплантацияланған жүргізушісі, Орнатылатын металл құрылғыларды пайдалана отырып нейрохирургиялық операциядан кейінгі жағдай, эпилепсия, ЭЭГ эпилептикалық белсенділік, қант диабеті, нейродегенеративті немесе психикалық аурулар, бүйрек, бауыр белсенділігі, бас миының ісіктері [180, с.55б.].

Барлық пациенттер 2 топқа бөлінген: тәжірибелі (22 адам) және бақылау (22 адам). Тәжірибелі және бақылау тобының емделушілері жынысы мен жасы бойынша, негізгі клиникалық сипаттамалары бойынша салыстырмалы болды. Барлық емделушілерге түсу кезінде МРТ, мидың КТ, аяқтардың және магистральды артериялардың тамырларын дуплексті сканерлеу, электроэнцефалограмма кіретін аспаптық зерттеулер орындалды. Жүргізілетін емдеу-оналту іс-шараларының тиімділігін бағалау үшін зерттеудің мынадай әдістері қолданылды: nihss шкаласы бойынша клиникалық-неврологиялық тексеру [172], күнделікті өмірде белсенділікті бағалау (Бартель индексі бойынша) [174], рэнкинді мүгедектендіру шкаласы бойынша [176], бұлшық ет күшін 0-5 балл шкаласы бойынша бағалау. Жалпы когнитивті тапшылықтың деңгейі Mini Mental State Examination (MMSE) шкаласы бойынша бағаланды.

"сурет салу" (ТРЧ) [183]. Шкалалар мен сауалнамаларды қолдану пациенттің неврологиялық функциялары мен дағдыларын объективті бағалауға ғана емес, сонымен қатар бұзылған функциялардың қалпына келу қарқынын бағалауға мүмкіндік берді[181 с.55б.].

Тексеру оңалту іс-шаралары басталғанға дейін және аяқталғаннан кейін жүргізілді. Екі топтағы науқастар кинезотерапиямен емдік дене шынықтырумен, массаж, магнитотерапия, Монтессори әдістемесі бойынша шағын моторикаға жеке сабақтар, бұлшық ет электростимуляциясын қамтитын оңалту іс-шаралары курсы алды. Негізгі топтағы пациенттер жоғарыда көрсетілген оңалту іс-шараларына қосымша "Neuro-MS/D" аппаратында инсульттан кейінгі ерте қалпына келтіру кезеңінде жартылай шарының (қозғалыс қабығы мен Орталық әк проекциясында) жұққан, төмен жиілікті (<1Гц) ЖМС жоғары жиілікті (>5Гц) алды. ТМС қолдану ұзақтығы 20 күн ішінде тәулігіне 1 рет 20 мин болды [181, б.55].

### **1.3 Клиникалық неврологиялық әдіс**

Болжамдық мақсатпен NIHSS, Ривермид шкалаларын, Рэнкин мүгедектігінің шкаласын және Бартель индексі пайдалану практикалық тұрғыдан ыңғайлы. Белгілі болғандай, бұл көрсеткіштер инсульт динамикасын және оңалту тиімділігін бағалау үшін қызмет етеді, сондықтан оларды есептеу болжамдау мақсаттарына қарамастан ақталды.

Неврологиялық статус жалпы қабылданған критерийлерге сәйкес nihss шкаласының көмегімен бағаланды: жеңіл дәреже 1-4 балл, орташа дәреже 5-15 балл, ауыр инсульт 15-24 балл, өте ауыр дәреже 25-42 балл [172]. NIHSS шкаласы ошақтық неврологиялық бұзылуларды да, сананың өзгеруін (бітелуі, шүмегі, кома) қоса алғанда, түрлі дәрежедегі айқын көріну симптомдарын да қамтиды. Оның негізін жедел цереброваскулярлық ауру салдарынан негізгі бұзылулардың бұзылу деңгейін көрсететін бірқатар параметрлер құрайды:

1) сананың деңгейі (сергектену, сұрақтарға жауап беру, командаларды орындау);

2) көру функциялары (көз алмаларының қозғалысы, көру өрісі);

3) жартылай шулы да, инсульт оқпанында да қозғалыс бұзылыстары;

4) координаторлық бұзылулар (саусақты және тізе-өкше сынамалар);

5) сезімталдық (гемитип бойынша бұзылыстарды ескереді);

6) аутотопозногнозия (диалект емес);

7) сөйлеу бұзылыстары (дизартрия, афазия) [172].

Жарақаттық емес субарахноидальды қан құйылулары бар науқастардың жағдайының ауырлығын бағалау және жүргізу тактикасын анықтау үшін Хант пен Хесса шкаласы қолданылды [173]. Жағдайы I-III дәрежеге сәйкес келетін науқастар хирургиялық, IV-V дәрежеге – консервативті емдеуге жатады [173].

Функционалдық қалпына келтірудің нәтижесі 10 функцияны бағалауға негізделген Бартель шкаласы бойынша бағаланды, олардың орындау дәрежесі бойынша науқас толығымен орындалғанға қарамастан бөгде адамның көмегіне толық тәуелді болғанға дейін ауытқиды. Жиынтық баға 0-ден 100-ге дейін өзгереді. Жиынтық балл 0 - ден 20 - ға дейін науқастың толық тәуелділігіне, 21 - ден 60 - қа дейін-айқын тәуелділікке, 61-ден 90-ға дейін-орташа тәуелділікке, 91-ден 99-ға дейін-жеңіл тәуелділікке, 100 балл-күнделікті қызметте толық тәуелсіздікке сәйкес келеді [174].

Пациенттің мобильділік дәрежесін бағалау үшін 15 пункттен тұратын

Ривермид шкаласы қолданылды. Нәтижелер баллмен бағаланды: 0 балдан бастап (қандай да бір еркін қозғалыстарды өз бетінше орындаудың мүмкін еместігі) 15 балға дейін (10 метр жүгірудің мүмкіндігі). 15 дағдының әрқайсысы сақталған жағдайда Ривермид индексі бойынша 1 балл есептеледі, ең төменгі баға – 0, ең жоғарғы баға-15 балл.

Мүгедектік дәрежесін анықтау үшін Рэнкин шкаласы қолданылды [176], ол бес мүгедектікті қамтиды:

*Бірінші дәреже* мүгедектік белгілерінің болмауын болжайды, науқас өзіне күтім жасау бойынша барлық әрекеттерді бөгде адамның көмегінсіз орындай алады. Алайда бұл науқаста бұлшықет әлсіздігінің, сезімталдықтың бұзылуының, сөйлеу бұзылуының немесе басқа неврологиялық функциялардың болуын жоққа шығармайды. Бұл бұзылулар шамалы дәрежеде байқалады және белсенділіктің шектелуіне алып келмейді.

*Екінші дәреже* мүгедектіктің жеңіл белгілерінің болуын болжайды, бірақ науқас бөгде адамның көмегінсіз өзіне күтім жасай алады. Мысалы, бұрынғы жұмысқа қайта орала алмайды, бірақ бөтен қарауынсыз өзіне қызмет көрсете алады.

*Үшінші дәреже*-мүгедектіктің орташа айқын белгілері, науқас киіну, өзіне гигиеналық күтім жасау кезінде бөгде адамның кейбір көмегін қажет етеді. Науқас ортопедиялық құралдарды немесе таяқтарды пайдалана алады.

*Төртінші дәреже* мүгедектіктің айқын белгілерінің болуын көздейді. Науқас бөгде адамның көмегінсіз жүре алмайды және өзіне күтім жасай алмайды, ол тәулік бойы қарауға және күнделікті бөгде адамның көмегіне мұқтаж. Бұл ретте ол өз бетінше немесе бір жағынан ең аз көмек арқылы өзіне күтім жасау жөніндегі іс-шаралардың қандай да бір бөлігін орындауға қабілетті.

*Бесінші дәреже*-мүгедектіктің айқын белгілері. Науқас төсекке тағылған, жасырылмаған және тұрақты күтім мен бақылауды қажет етеді [175].

Бұлшықет күшін бағалау үшін бұлшықет күшін бағалаудың бес балдық шкаласы қолданылды. Егер науқас 4-тен 1 баллға дейін жинаса, онда әр түрлі дәрежедегі парездің бар екендігін, жеңіл дәрежеден 4 балл болғанда терең парезге дейін-1 балл болғанда куәландырады. Егер науқаста бұлшықет күші нөлдік баллмен көрсетілсе, бұл оның бұлшықет тобының сал болуы туралы куәландырады.

Когнитивтік функциялардың айқындылық дәрежесін анықтау үшін келесі шкалалардың кешені қолданылды:

Mmse психикалық мәртебесін бағалаудың қысқаша шкаласы деменция болуын анықтау үшін [182] когнитивті қызмет етудің бірнеше салаларын қамтиды, мысалы, уақыт, орын және жергілікті бағдар, назар және шоғырлану; жаңа материалды бекіту және оны алаңдатқаннан кейін еске алу; қарапайым есеп; заттар мен бет тану; күнделікті пайдаланылатын заттарды барабар пайдалануды көрсету, жазбаша және ауызша хабар таратуды пайдалану; тарихи және соңғы Қоғамдық фактілерді есте сақтау. Әрбір тармақтың барлық балдарын түпкілікті жиынтықтау нәтижелері бойынша сандық нәтижені анықтайды. Сандық нәтижелер 30-28 балл жеңіл, когнитивті бұзылыстың болмауы, 27-24 балл алды когнитивті бұзылуларға сәйкес келеді, 23-20 балл



жеңіл дәрежедегі деменцияға сәйкес келеді, 11-19 балл орташа деменцияға сәйкес келеді және 0-10 балл ауыр деменцияға сәйкес келеді [182].

Деменция кезінде когнитивті бұзылулардың өзгеру дәрежесін зерттеу үшін ГРЧ қарапайым және дәл әдісін қолданады [183]. Тест келесідей жүргізіледі, науқасқа сызылмаған қағаз бен қарындаштың таза парағы беріледі. Нұсқау беріледі: "сағат көрсеткілері он бес екісіз көрсету үшін циферблатта сандармен дөңгелек сағаттарды сызыңыз, өтінеміз". Науқас өз бетінше шеңбер салып, барлық 12 сандарды дұрыс орынға қойып, дұрыс позицияларды көрсететін көрсеткілерді салу керек. Қалыпты жағдайда бұл тапсырма ешқашан қиындық тудырмайды. Егер пациент сағат дұрыс түсірмесе, дәрігер сандарға салынған циферблатта көрсеткілерді сызуды ұсынып, тапсырманы жеңілдете алады. Дайын шеңберде бағыттамаалардың дұрыс орналасуы алдыңғы түрдегі деменция немесе зәкірлік құрылымдарды басым зақымдайтын деменция туралы куәландырады. Сандық нәтижелер 10 балдық шкала бойынша түсіндіріледі: 10 балл- дұрыс сызылған шеңбер, дұрыс жерлердегі сандар, көрсеткі берілген уақытты көрсетеді; көрсеткі орналасуының елеусіз дәлсіздігі; 9 балл - көрсеткі орналасуының дәлсіздігі; 8 балл - көрсеткі орналасуындағы елеулі қателер; 7 балл - көрсеткі мүлдем дұрыс емес уақытты көрсетеді; 6 балл - көрсеткі өз функциясын орындамайды (мысалы, дұрыс уақыт шеңбермен қоршалған); 5 балл – циферблаттағы сандардың дұрыс орналаспауы: олар кері тәртіппен (сағат тіліне қарсы) немесе сандар арасындағы қашықтық бірдей емес.; 4 балл – сағаттардың бүтіндігі жоғалды, сандардың бөлігі жоқ немесе шеңберден тыс орналасқан; 3 балл – сандар мен циферблат бір – бірімен байланысты емес ; 2 балл-науқастың қызметі нұсқаулықты орындауға тырысты, бірақ 1 балл-науқас нұсқаулықты орындауға әрекет жасамайды. Сандық нәтижелер 10 балдық шкала бойынша түсіндіріледі: 10 балл– норма; 8-9 балл – орташа когнитивті бұзылулар; 6-7 балл 1 дәрежелі деменцияға сәйкес келеді; 3-5 балл - 2 дәрежелі деменция; 1-2 балл –3 дәрежелі деменция [183].

### 1.3 Статистикалық әдіс

Талдау нәтижелері сипаттамалық Статистика әдістерін пайдалана отырып талданды. МИ аурушаңдығының көрсеткіштері 100.000 адамға есептелген. Сандық деректер үшін орташа арифметикалық (M) және стандартты ауытқулар (SD) есептелді. CIA (Confidence Intervals Analysis) бағдарламасының көмегімен сенім интервалдары (ДИ) есептелді. 28 күндік өлім туралы зерттеу Пирсон хи-квадрат өлшемі ( $p < 0,005$ ) арқылы жүргізілді [185]. Жоғарыда аталған факторлардың Әрқайсысының нәтижеге тәуелсіз әсерін Ninss неврологиялық тапшылығының шкаласына қосымша түзетумен Пуассон регрессиясы көмегімен бағалады. Көптеген өлшемді талдаудың ең танымал әдісі болып табылатын логистикалық регрессия әдісін қолданудан, мүмкіндіктердің қарым-қатынасы арқылы аппроксимация кезінде салыстырмалы тәуекелдердің жоғарылауын болдырмау үшін өлгендердің күтілетін салыстырмалы жоғары үлесі үшін Пуассон регрессиясының пайдасына бас тартуға шешім қабылданды [178, с.Бұл-мақаланың бастамасы. Көп өлшемді модельге бивариантты талдау

кезіндегі нәтижемен статистикалық мәні бар белгілер ғана кірді. Зерттеуде сенімді ықтималдық деңгейі 0,95-ке қабылданды. 95-тен тәуекелдердің түзетілмеген (нОР) және түзетілген (сОР) қатынастарын есептеді

% сенімді интервалдармен (ДИ). Рангтік белгілерге арналған тренд мәнділік деңгейін үздіксіз айнымалы түрінде модельге рангтар мәндерін енгізу арқылы қосымша есептеді [178, с. Бұл-мақаланың бастамасы.

Науқастың өміршеңдігі Каплан-Майер әдісі арқылы бағаланып, кестелермен ұсынылды. Соңғы нүктеге дейінгі уақытты есептеді, айырмашылықтың шынайылығын Log Rank критеріі арқылы бағалады. Болжам факторларының жылдық өлім-жітімге тәуелсіз әсерін бағалау үшін біз Кокстың пропорционалды тәуекелдерінің регрессиондық үлгісін пайдаландық. Коксты көп өлшемді талдауға  $p < 0,15$  [179, с. статистикалық маңыздылық критерийлеріне ие айнымалылар енгізілді. [179,б.50].

Ми бар емделушілерде оңалтуда ТМС қолданудың тиімділігі өлшемелік емес әдістердің көмегімен бағаланды. Сандық белгілердің таралуы қалыпты (Шапиро-Уилка өлшемінің көмегімен тексерілген) ерекшеленетінін ескере отырып, деректерді өңдеу параметрлік емес әдістердің көмегімен жүргізілді [185,186]. Екі топтың жұптық салыстырулары (кейін-дейін) Вилкоксон критерийі арқылы жүргізілді [187], ал непарлы емес салыстырулар Манна-Уитни критерийі арқылы жүргізілді [188,189]. Алынған нәтижелерді статистикалық өңдеу

Stata (StataCorp., TX, USA), SPSS, 17,0 нұсқасы (SPSSInc.Chicago, IL, USA) [190].

#### **1.4 Клиникалық зерттеудің этикалық талаптарына сәйкестігі аталған зерттеу**

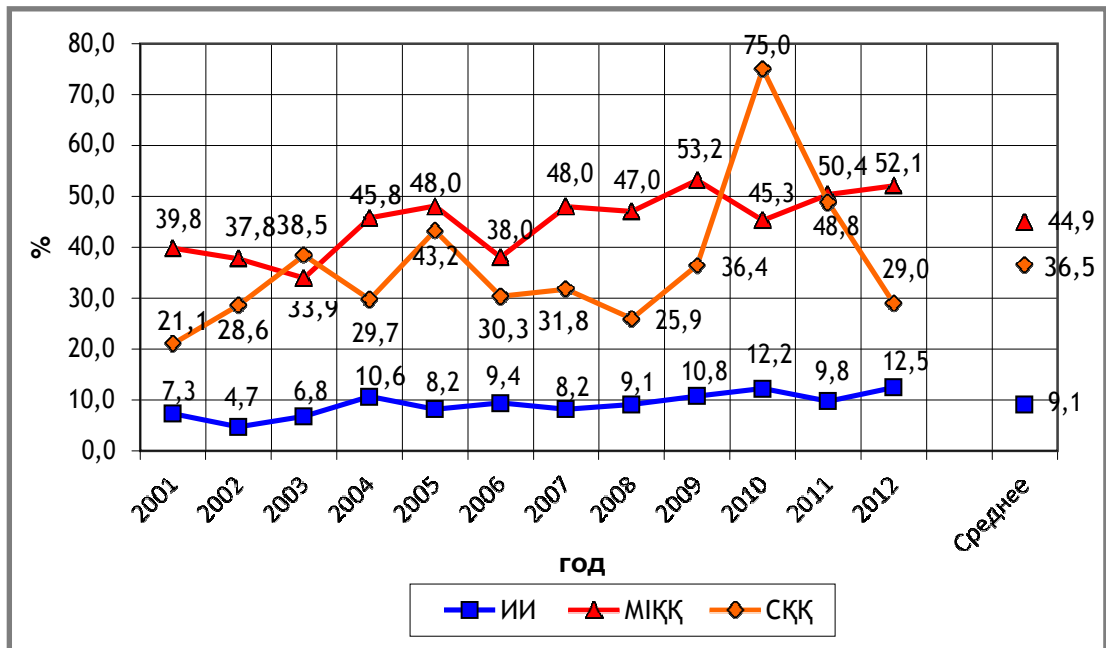
"Шымкент қаласындағы ми инсультіндегі клиникалық-эпидемиологиялық сипаттама және оңалту іс-шаралары" зерттеуді Шымкент қаласының мемлекеттік медицина университетінің этикалық комитеті мақұлдады (2013 жылғы 13 қарашадағы №2 хаттама). Барлық емделушілер алдын ала танысып, еркін нысанда [218].

Осылайша, біздің жұмысымызда біз деректерді алу үшін реабилитациялық зерттеудің ақпараттық - аналитикалық, ретроспективті, клиникалық және қазіргі заманғы әдістерін қолдандық. Жиналған материал Шымкент қаласының эпидемиологиялық жағдайы, клиникалық және оңалту ерекшеліктері бойынша нақты мәліметтер алуға мүмкіндік берді, бұл өз кезегінде алынған нәтижелерді әлемдік және халықаралық зерттеулермен салыстыруға мүмкіндік берді.

## 2 ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ ЖӘНЕ ОЛАРДЫ ТАЛҚЫЛАУ

### 1.4 Шығыс Қазақстандағы ми инсульті

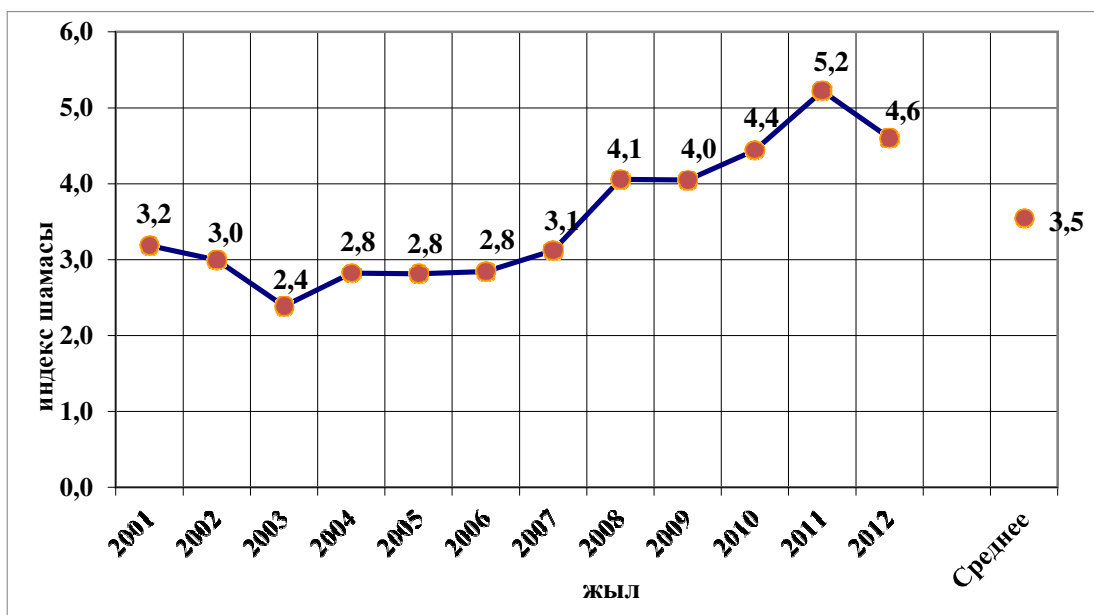
Бастапқы кезеңде 2001-2012 жж. аралығында 12 жылдық кезеңде сырқаттанушылық, өлім-жітім және өлім-жітім көрсеткіштеріне талдау жүргізілді. ОҚО, Сарыағаш ауданы, Сарыағаш қаласы, М. Ломоносов мектебі. 1-суретте көрсетілгендей 10294 науқас ауруханаға жатқызылды. Оның ішінде ишемиялық инсульт (ИИ) – 8004, мишілік қан құйылуымен (МІҚҚ) – 1851, субарахноидтік қан құйылуымен (СҚҚ) – 439 [192].



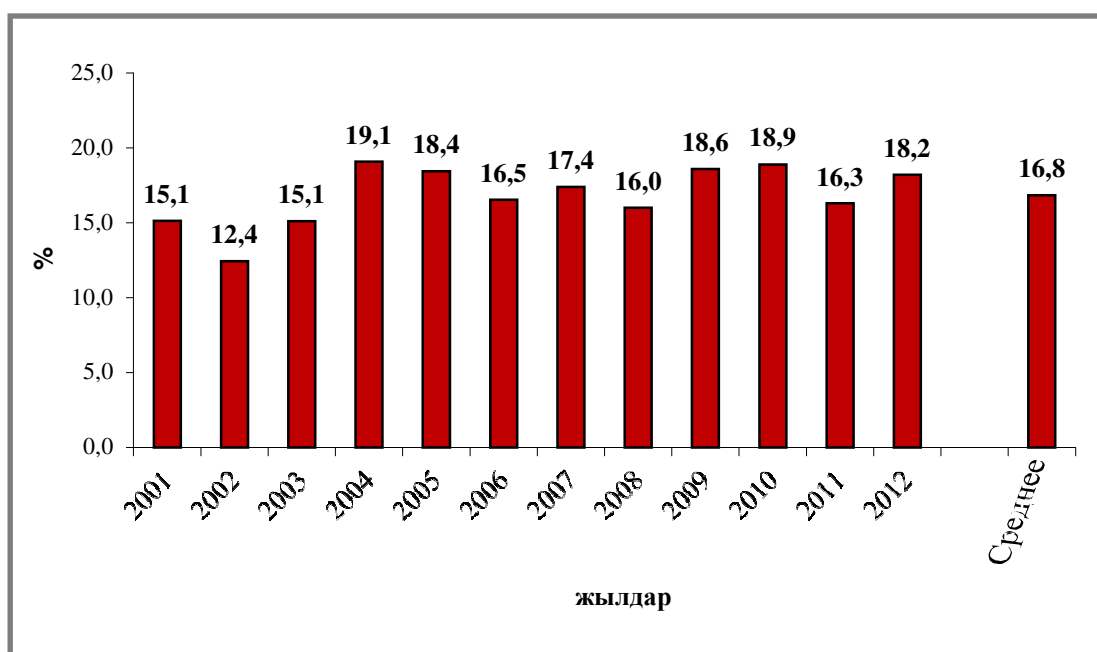
Сурет 1-Шымкент қ. ЖЖЖА емдеуге жатқызылған науқастардың сипаттамасы.

2001-2012 жылдар 2012 жылы ауруханаға жатқызылған науқастардың саны 2001 жылмен салыстырғанда. 1,6 еседен астам (тиісінше 1019 және 628) ұлғайды. Бұл өсім ишемиялық инсультпен ауыратын науқастар санының 1,8 есеге (2001 және 2012 жж. сәйкес 478 және 837 науқас) ұлғаюымен байланысты. Күнтізбелік жыл ішінде ТМК-мен емдеуге жатқызылған науқастар санының орташа көрсеткіші 154, ал СҚҚ – 36,5 - 12 жылдық кезеңде елеулі ауытқуларсыз [170 б. 161].

2-суретте көрсетілгендей, көрсетілген үрдіс ишемиялық инсульттер санының ТМК – ге қатынасының индексі бойынша анық байқалады, ол 2001 жылы 3,2-ден айтарлықтай өсті. 2012 жылы 4,6 - ға дейін, 12 жылдық кезеңде орта есеппен 3,5 [171, б.161].

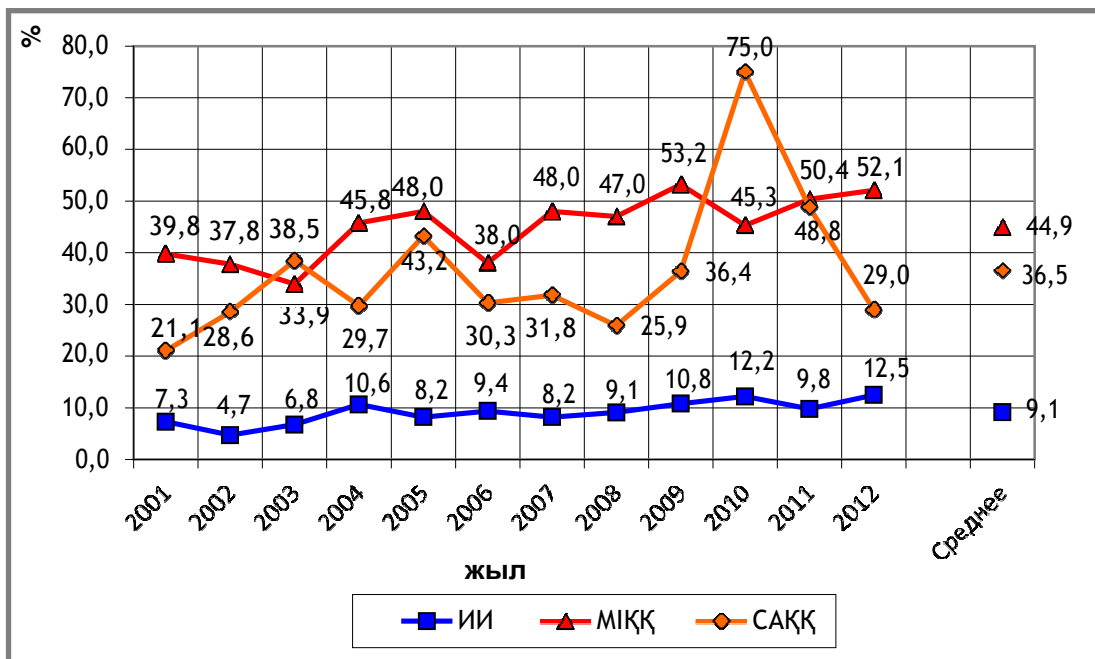


сурет 2-ишемиялық инсультпен ауыратын науқастар санының 2001-2012 жж. Шымкент қ. ЖЖЖА деректері бойынша МІҚҚ-мен ауыратын науқастар санына арақатынасының индексі



Сурет 3-2001-2012 жылдардағы Шымкент қ. ЖЖЖА деректері бойынша ми инсульті кезіндегі жалпы өлім сипаттамасы

Жалпы өлім 2001 жылы 15,1% - дан артты. 2012 жылы 18,2% - ға дейін және 12 жылдық кезеңде орташа 16,8% құрады. Қазіргі уақытта өлім-жітімнің ең төменгі көрсеткіші 2002 жылы 12,4% - ды құрады, ал ең жоғарғы-19,1% 2004 жылы. (3-сурет) [171, б.162].



Сурет 4-2001-2012 жылғы Шымкент қ. ЖЖЖА ми инсультінің жекелеген түрлері кезіндегі өлім сипаттамасы

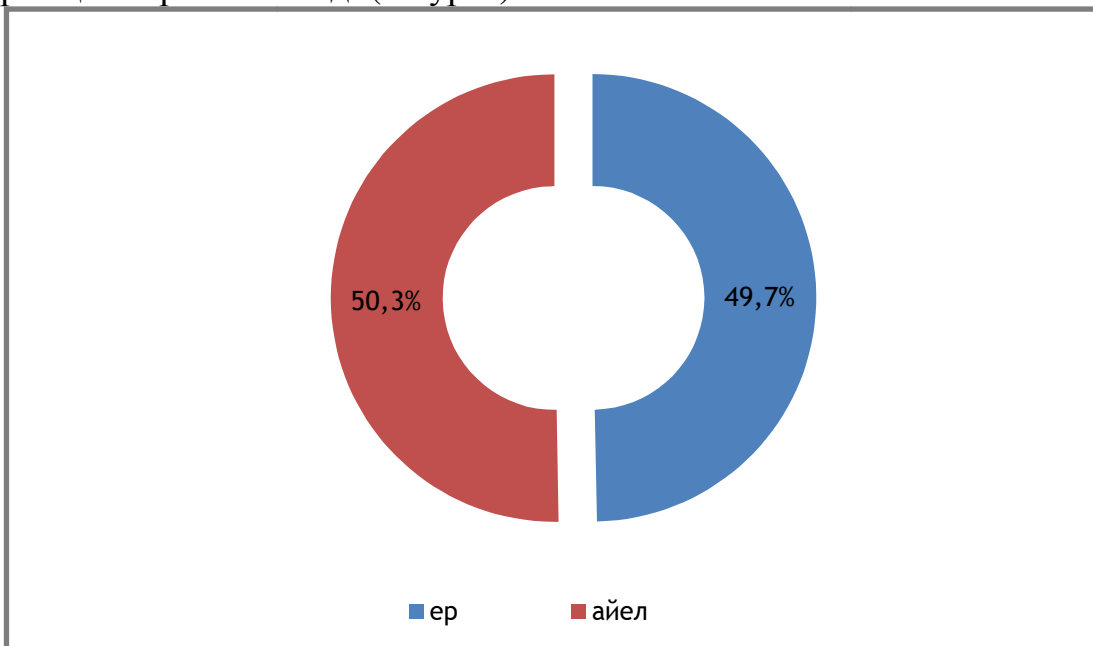
4-суретте көрсетілгендей, 12 жылдық кезеңдегі өлім-жітімнің орташа көрсеткіші ИИ - 9,1%, МИҚҚ - 44,9%, САҚҚ-36,5% құрады. 2001 жылдан бастап ИИ кезінде өлім-жітім, 2012 жылмен салыстырғанда, 1,7 есе өсті (тиісінше 7,3 және 12,5%). Инсульттің көрсетілген түрі кезіндегі ең төменгі өлім - жітім 4,7% (2002 ж.), ал ең жоғарғы өлім-жітім-12,5% (2012 ж.) құрады. ТМК кезіндегі өлім 2001 жылы 39,8% - дан 1,3 есе артты. 2012 жылы 52,1% - ға дейін МИҚҚ кезінде ең төменгі өлім - жітім 33,9% (2003 ж.), ал ең жоғарғы өлім-жітім-53,2% (2009 ж.) құрады. САҚҚ өлім-жітім әртүрлі жылдары 21,1% - дан 75,0% - ға дейін (2010 ж.) [171, с .Бұл-мақаланың бастамасы. Инсульттің осы түрінде өлімнің өсу үрдісі байқалады. 12 жылдық кезеңдегі өлім-жітім-16,8%. Стационарда инсульттан әрбір 6-шы науқас қайтыс болды. Оның ішінде: МИҚҚ – әрқайсысы 2 - ші, САҚҚ – әрқайсысы, ишемиялық инсультте әрбір 10-шы науқас[171,б.162].

### 1.5 Шымкент қаласындағы инсульт тіркелімінің деректері бойынша сырқаттанушылықты, өлім-жітімді талдау

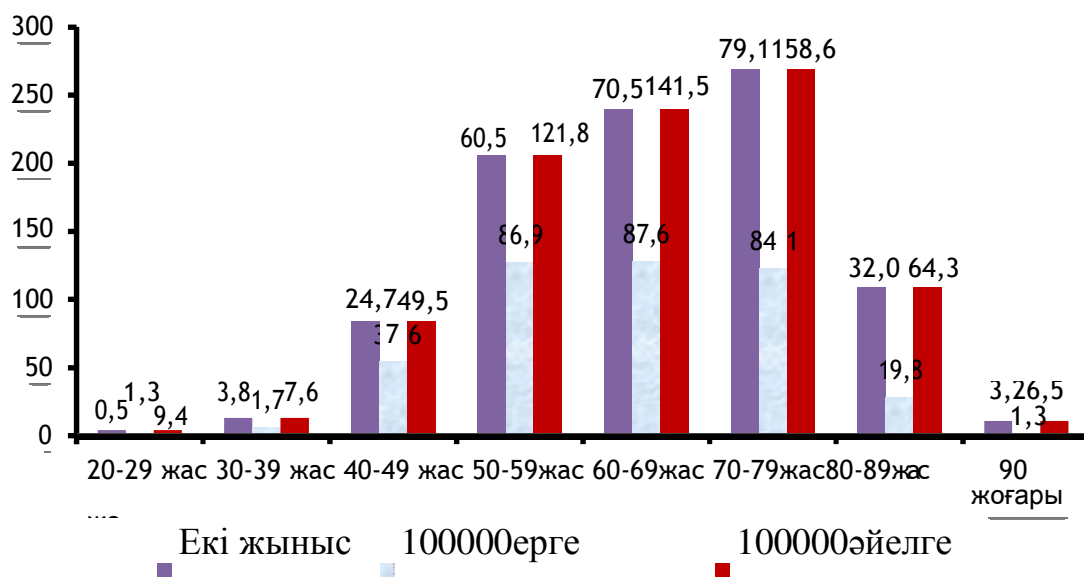
Келесі қадам зерттеу болды, эпидемиологиялық көрсеткіштерді есептеу үшін 2014г. тіркелім деректері бойынша МИ-да Шымкент қаласы.

Гендерлік талдау ерлер мен әйелдердің тірі қалғандардың арасында да,

қайтыс болған науқастардың арасында да арақатынасы 1:1 (49,7% әйел жынысының өкілдері болған, 50,3% - еркек) құрағанын көрсетті, бұл ерлер үлесі әйелдердің үлесінен басым болатын ҚР бойынша осындай арақатынастан айтарлықтай ерекшеленеді (5-сурет).

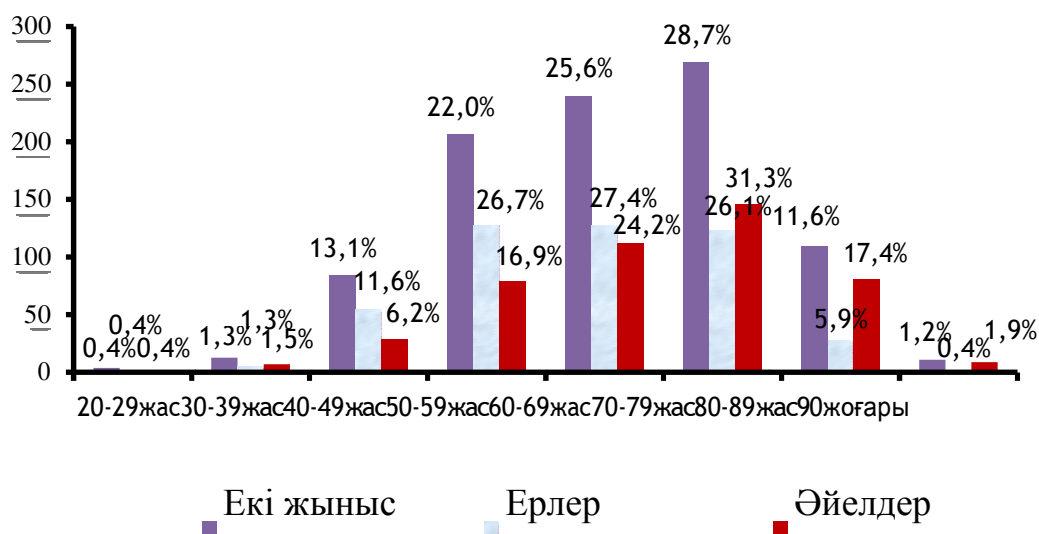


Сурет 5-науқастарды Гендерлік бөлу  
Шымкент қ. (тіркелім деректері бойынша инсульт) 2014 жылға



6-сурет-Шымкент қаласындағы 100 мың тұрғынға шаққандағы аурушандық деректері (инсульт тіркелімінің деректері бойынша)

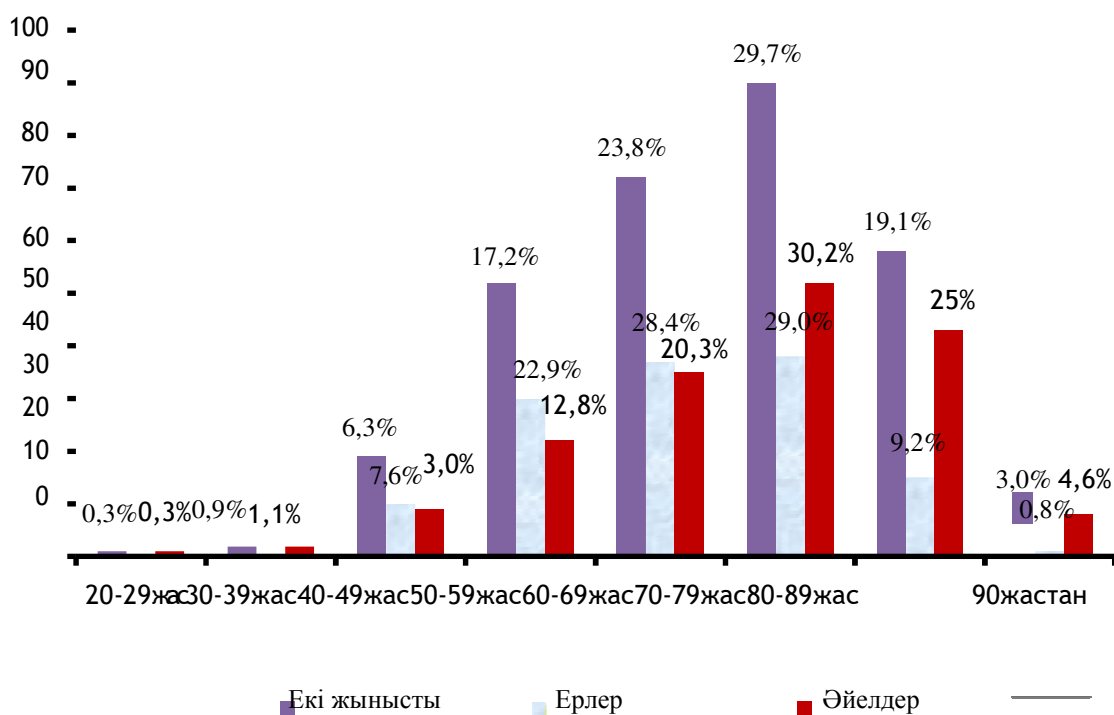
Шымкент қаласында МИ жылдық аурушандығын анықтау үшін 100 мың тұрғынға стандартталған көрсеткіштер есептелді. Аурушандық 100 мың тұрғынға 270 жағдайды құрады (2014 ж.) (ерлерде 320/100 мың адам); әйелдер 270 / 100 мың.) [193], бұл жалпы ҚР бойынша жоғары.



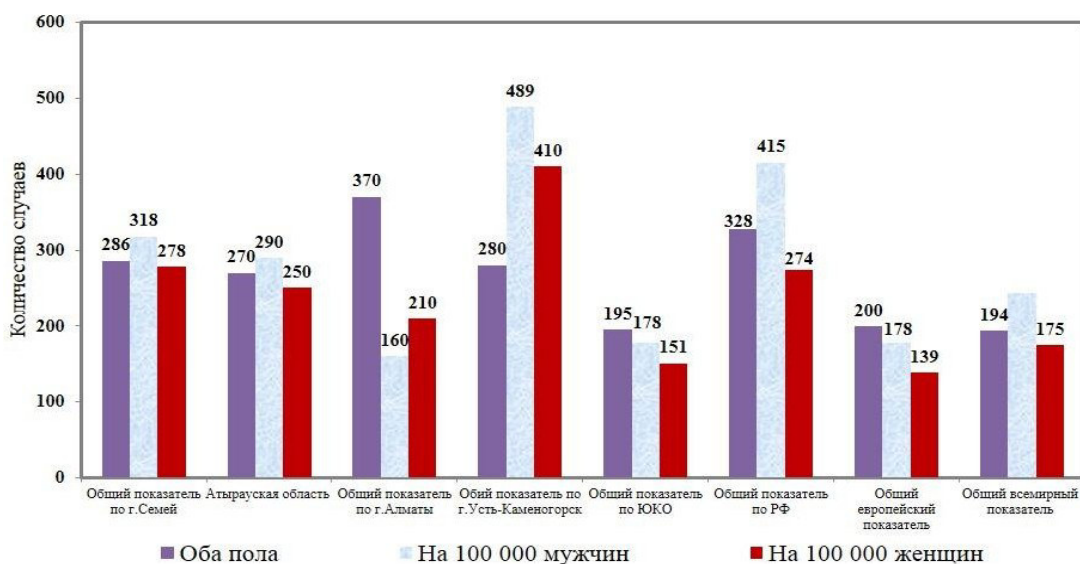
Сурет 7-әртүрлі жыныстық-жастық жастағы МИ (n=937) аурушандығының деректері топта

7-суреттен көрініп тұрғандай, МИ-ға қатысты ең осал 70-79 жас тобы болды (барлық жағдайлардың 27,7% - ы). Әрбір төртінші пациент 60-69 жас тобында және тек 12,8% - 80-89 және 90 ≥ жастағы ересек топта болды. Айта кету керек, мі бар ерлер мен әйелдердің 58,4% еңбекке қабілетті жаста, атап айтқанда 0,4%, 1,3%, 13,1 %, 22,0% және 20-29 жас үшін 25,6%, 30-39 жас, 40-49 жас, 50-59 жас және 60-69 жас үшін тиісінше (7-сурет). Гендерлік ерекшеліктерді ескере отырып, еңбекке қабілетті жаста (60 жасқа дейін) инсульт ерлердің 67,4% - ында және әйелдердің 49,2% - ында дамыды, бұл оның "жасару" үрдісін көрсетеді, әсіресе ерлер арасында. Инсультпен сырқаттанушылықтың ең жоғары деңгейі 60 - 69 жас аралығында ерлерде және 70-79 жас аралығында әйелдерде анықталған, жасы ұлғайған аурушандықтың айқын үрдісі бар (7-сурет).

Шымкент қаласында инсульттан жалпы өлім-жітім жылына 100 мың тұрғынға шаққанда 89 жағдайды құрады [193, б 80. Инсульттан қайтыс болған әйелдердің жиынтық саны ерлерге қарағанда (тиісті 100 000 жынысқа 50,6 және 38,5) көп болды, бұл ретте әйелдер мен ерлерде ең жоғары көрсеткіштер 70-79 жас тобында белгіленді (8-сурет). Қайтыс болған әйелдер санының басым болуы әйелдердің ерлерден үлкен болуына байланысты: орташа жас тиісінше 68,3 (SD=13) және 63,0 (SD=9,6) құрады.



8-сурет-Шымкент қаласының әртүрлі жыныстық-жастық топтарында 2014 жылғы өлім-жітім деректері (инсульт тіркелімінің деректері бойынша)



9 сурет-аймаққа байланысты инсульт аурушаңдығының деректері

Келесі қадаммен біз аурушаңдыққа толық талдау жүргіздік.

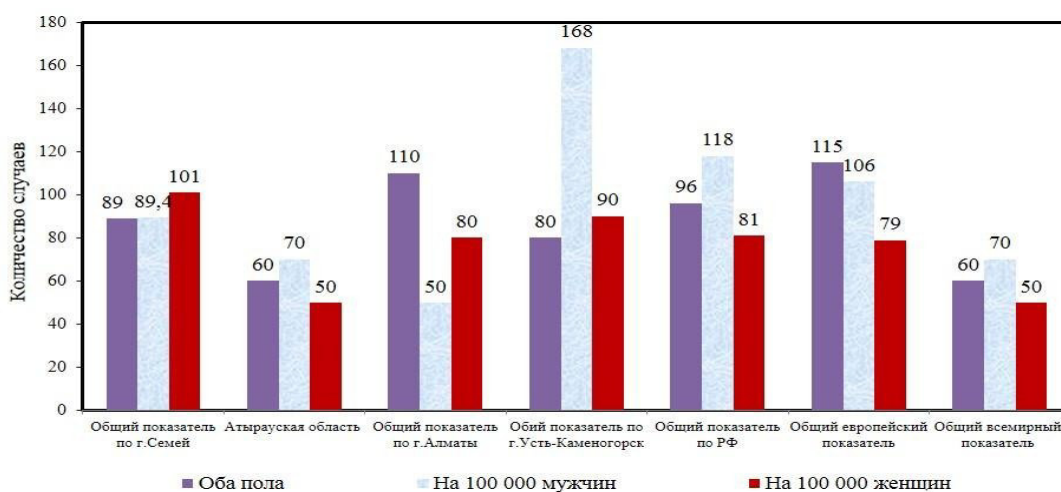


халықтың жыныстық-жастық тиістілігіне және аймаққа тәуелділігіне байланысты. Жалпы Қазақстан бойынша МИ аурушаңдығының көрсеткіштері дамыған елдерге қарағанда жоғары екенін атап өткен жөн. Атап айтқанда, ҚР бойынша Шымкент қ.Аурушаңдық бойынша екінші орында, тек Алматыға жол беріп тұр.

Көптеген аймақтарда ерлерде инсульттің эпидемиологиялық көрсеткіштері әйелдерге қарағанда жоғары болды. Мысалы, ерлер арасында ең жоғары ауру Алматыде тіркелген (489 адам).

100 мың тұрғынға) [77, с.11]. Ерлер арасында сырқаттанушылықтың жоғары көрсеткіштері 2010 жылы ҚР-да (100 мың адамға 328) тіркелді. [200, 7;201, 6;201, 18;203, 6-Б.], Атырау облысында (100 мың адамға 290) [80, 10-Б.] және Шымкентте (100 мың адамға 318). Ерлер арасында ең аз аурушаңдық Алматыда (100 мың тұрғынға 160) байқалды [194], ал әйелдер арасында ОҚО-да (100 мың адамға 178) [196] және жалпы еуропалық көрсеткіш бойынша 2010ж. ерлер мен әйелдерде 100 мыңға 200 құрады (9-сурет) [196].

Сондай-ақ, ҚР бойынша, атап айтқанда, Семейде, Өскеменде МИ аурушаңдығы ерлермен салыстырғанда әйелдерде жоғары [204, б. 8; 205, Б.7]. Осы үрдіс Алматыде (100 мыңға 410) байқалды [78, с.11] және Шымкент (100 мыңға 318).



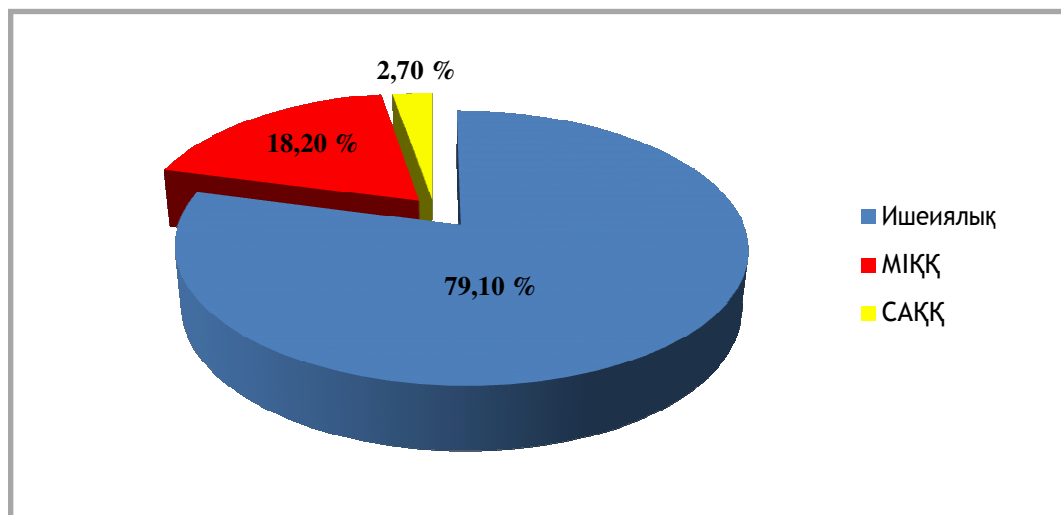
10 сурет-аймаққа байланысты инсульт өлім-жітімінің деректері

10-суретте келтірілген деректер көрсеткендей, Шымкент қаласындағы өлім-жітім

Әйелдер арасында басқа өңірлермен салыстырғанда жоғары деңгейде. 2014 жылы Шымкент қаласында инсульттан болатын өлім-жітімнің орташа көрсеткіштері 100 мың адамға шаққанда 89 құрады. Әйелдерде инсульттан өлім-жітім көрсеткіші ерлерде өлім-жітім деңгейіне қарағанда жоғары болды (100 мың ер адамда 89,4 және 100 мың әйел адамда 101).

Өлім-жітімнің стандартталған коэффициенті жынысына байланысты әртүрлі өңірлерде ерекшеленді. Мәселен, мысалы, ең жоғары ерлер арасындағы өлім-жітім көрсеткіші 2003 жылы Алматы қаласында тіркелген. (100 мыңға

168) [77, 11 Б.]. Ең төменгі - 2006 жылы Алматы қаласында ерлер арасында (100 мыңға 50). [194, с. 18], Атырау облысындағы әйелдер арасында 2006ж. [80, б. 10]. АҚШ-та, Францияда, Швецияда (2010 жылы 100 мыңға 96) ұқсас көрсеткіштерден 3-4 есе асып, инсульттан болатын өлім-жітім бойынша ҚР әлемдік рейтингте 2-орынды алады. [201, с. 6; 208, с.4; 209, с. 35]. Осылайша, МИ аурушандығы мен өлім-жітімінің деңгейі, атап айтқанда Шымкент қаласында Дамыған елдердің аурушандығы мен өлім-жітімінің көрсеткіштерінен жоғары.стран.

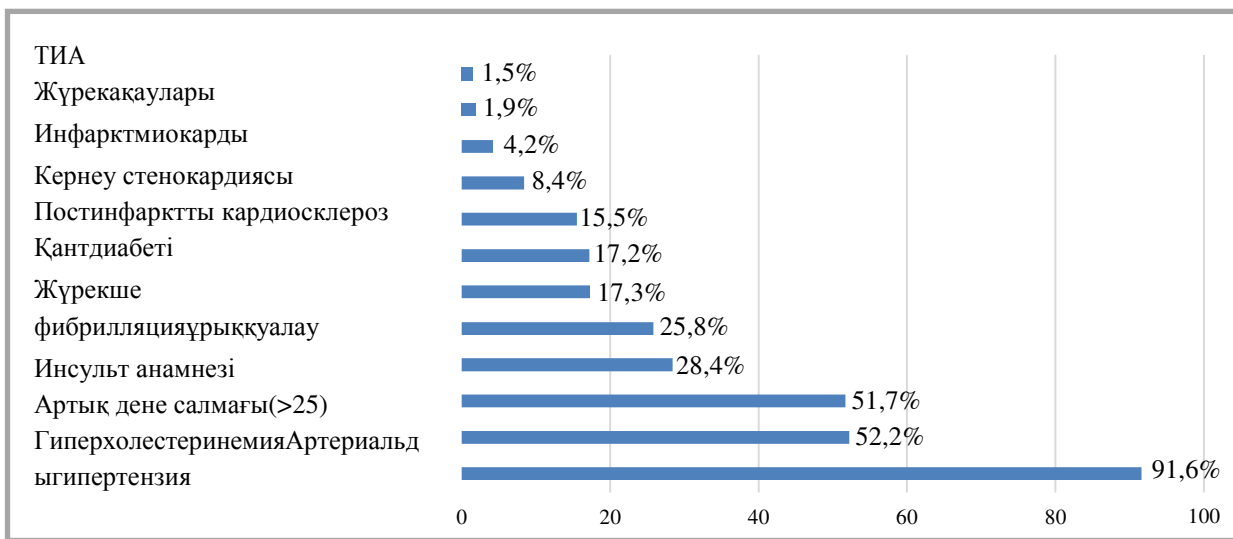


11 сурет-2014 жылғы Шымкент қаласындағы МИ құрылымының сипаттамасы (инсульт тіркелімінің деректері бойынша)

11-суретте 2014 жылғы Шымкент қаласындағы тіркелімнің деректері бойынша МИ құрылымы көрсетілген. МИ жағдайларының түрлері бойынша таралуын талдау бақылау кезеңі ішінде ишемиялық инсульттердің басымдығын анықтады. 2014 жылы ИИ бар науқастардың үлесі 79,10%, МІҚҚ - 18,20%, САҚҚ - 2,7% құрады. Алынған құрылым Шымкент қ. (192, 161 Б.) біздің ерте зерттеуімізден, сондай-ақ ҚР-ның әртүрлі қалаларында өткізілген эпидемиологиялық зерттеулерге жақын болды [199-203, 205-209].

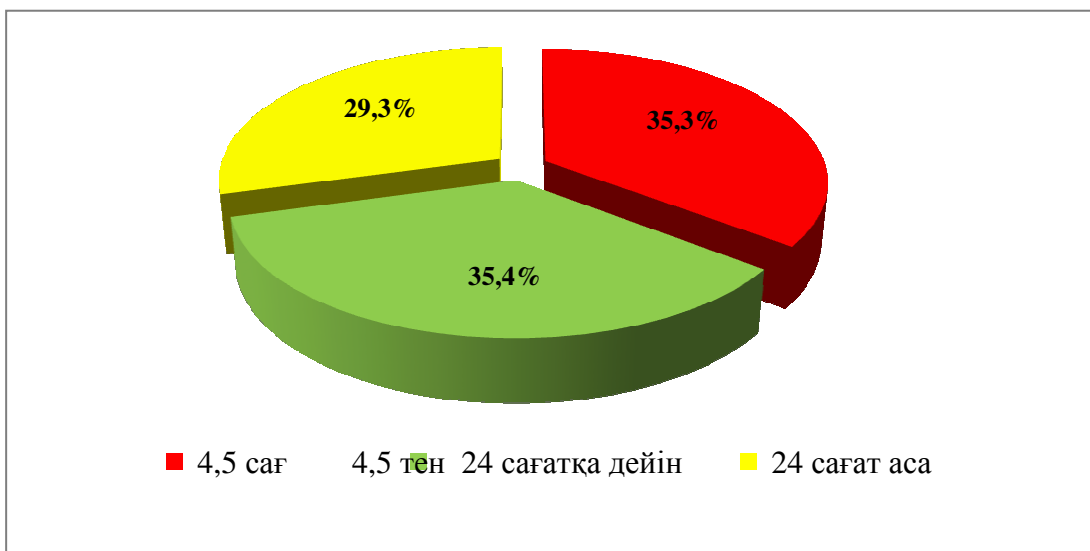
МИ бар науқастарда ең көп таралған қауіп факторы АГ - 91,6% (95% ДИ:0,89-0,93) болды. Екінші орында таралуы бойынша гиперхолестеринемия байқалады-52,2% (95% ДИ:0,49-0,55). 3 орында дененің артық салмағы-51,7% (95% ДИ:0,48-0,54) құрайды. Таралуы бойынша 4 орында жүрек-қан тамырлары аурулары бойынша тұқым қуалайтын кереғарлығы (ЖҚА) -25,8% (95% ДИ:0,23-0,29); таралуы бойынша 5 орында анамнездегі инсульт болып табылады-28,4% (95% ДИ:0,25-0,31); 6 орында қант диабеті - 17,2% (95% ДИ:0,15-0,19.); СҚА бойынша 7 орында, атап айтқанда, инфарктіден кейінгі кардиосклероз-15,5% (95% ДИ:0,13-0,18); кернеу стенокардиясы 8,4% жүрек ақаулары 1,9% (95% ДИ:0,01-0,03); жіті миокард инфаркты 4,2% (95% ДИ:0,03-

0,05); жүрекше фибрилляциясы 17,3% (95% ДИ:0,19-0,24); 7 орынға ТИА-1,5% (95% ДИ:0,08-0,025) (12-сурет)



12 сурет-Шымкент қ. инсульті бар науқастардағы қауіп факторларының ұсынылуы

МИ бар науқастарға медициналық көмек көрсету сапасының маңызды көрсеткіштерінің бірі аурудың алғашқы белгілері пайда болған сәттен бастап ауруханаға жатқызу уақыты болып табылады. Біз инсультпен ауыратын науқастарды емдеуге жатқызу мерзімін талдандық



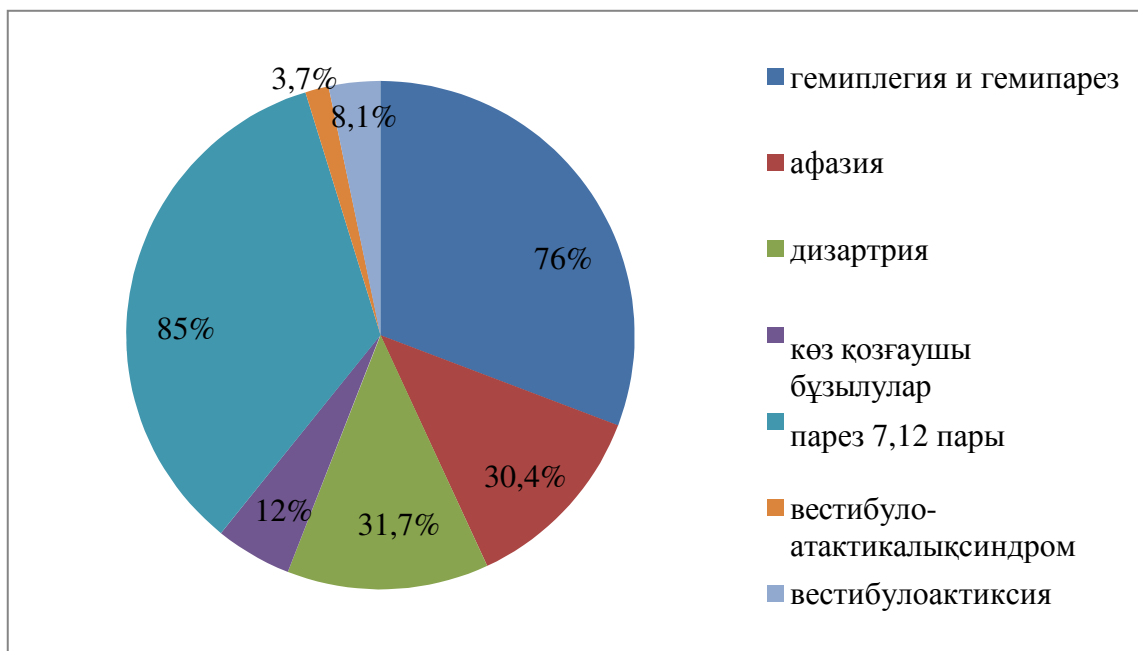
13 сурет-алғашқы симптомдар пайда болған сәттен бастап емдеуге жатқызу мерзімі

Емдеуге жатқызу мерзімдерінің талдауы көрсеткендей, 1/2 - ден астам науқастар терапевтік терезеден тыс, ал терапиялық терезенің тек 29,3% - ы ғана, бұл тромболизис жүргізуді қиындатады(13-сурет).

Пациенттерді кеш емдеуге жатқызудың негізгі себептерін талдау (24 сағаттан астам) мыналарды анықтады: инсульттің алғашқы симптомдарын білмеу (46,3%), емдеуге жатқызу алдында үйде емдеу (4,2%), басқа стационарда инсульттің дамуы (0,5%), учаскелік дәрігердің келуін күту (0,6%), мамандандырылған орталықтан алшақ болу (0,6%) (14-сурет)



14 сурет-кеш емдеуге жатқызу себептері (N=844 науқас)



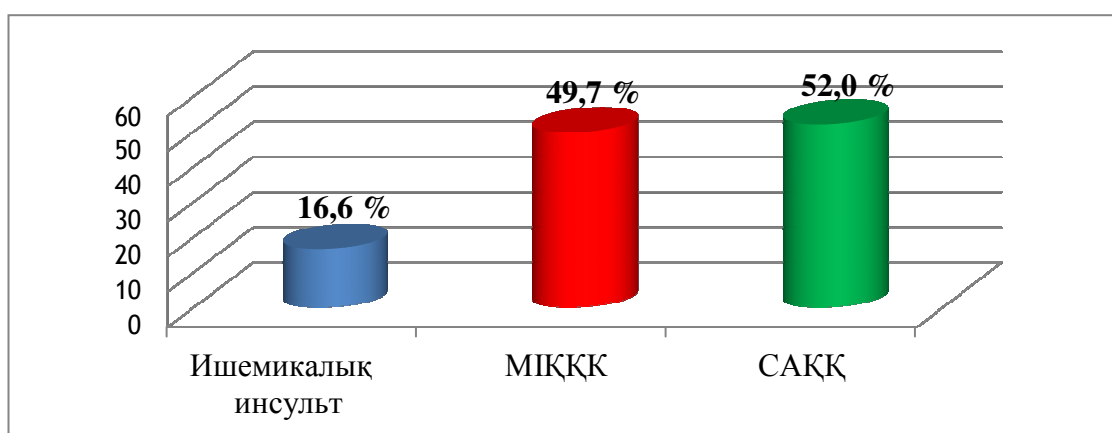
15 сурет-жіті кезеңдегі МИ бар науқастардағы ошақтық неврологиялық симптоматиканың сипаттамасы

Зерттеу барысында Шымкент қаласында тіркелімнің деректері бойынша МИ бар пациенттердің неврологиялық жетіспеушілігіне егжей-тегжейлі талдау жүргізілді. Неврологиялық тексеру жалпы қабылданған әдіс бойынша қозғалу, сезімтал, статико-координаторлық, когнитивтік сфераны зерттеумен стандартты тексеруді, сондай-ақ бас сүйек-ми нервтерін зерттеуді қамтиды. 15-суретте инсульт дамығаннан бастап алғашқы 3 күн ішінде ошақтық неврологиялық симптоматика көрсетілген, ол гемипарез және гемиплегияның қозғалу бұзылыстары түрінде – емделушілердің 76,2% - ында пайда болды, науқастардың жартысынан астамы бассүйек иннервациясы 7,12 жұп, моторлы және сенсорлы афазия - 30,4% - да, дизартрия түріндегі сөйлеу бұзылыстары науқастарда 31,7% - да анықталды, көз қозғаушы бұзылулар науқастарда 12,9% - да, бульбар синдромы-емделушілерде 7,3% - да анықталды.

### 1.5 Қазақстандағы инсульттан кейінгі 28 күндік өлім-жітімге тәуекел факторлары: когорттық зерттеу

Біздің зерттеуіміздің негізгі аспектілерінің бірі инсульттан 28 күндік өлім-жітімді анықтау, сондай-ақ Шымкент қаласында осы нәтиженің тәуекел факторларын зерттеу болып табылады. Зерттеуге бастапқыда зерттеу кезінде 973 пациент кірді. Сіз проспективті бақылау процесінде 36 пациент болғансыз, бұл бастапқы санның 2,5% - ын құрады. Шығып кеткендерді алып тастағаннан кейін, когорт 937 пациентті қамтыды, оның ішінде 220 адам инсульттан кейінгі алғашқы 28 күнде қайтыс болды, яғни 28 күндік өлім 22,4% құрады (95% ДИ: 20,7-26,1) [178, б.54].

16-суретте МИ кезінде науқастардың 28-күндік өлім құрылымы көрсетілген. МИ құрылымында 28 күндік өлім-жітімнің негізгі орны САҚ және ВМК басым. Әлеуметтік-демографиялық сипаттамалардан емделушілердің жасы мен ұлты нәтижемен статистикалық байланысты болды, ал ерлер мен әйелдер арасында ерте өлім-жітіліктегі айырмашылықтар анықталған жоқ (2-кесте).



Сурет 16-инсульттің әр түрлі түрлеріне байланысты 28 күндік өлім құрылымы

Әйелдердің өміршеңдігі 74,2%, ерлер - 78,8% құрады. Жасы бойынша тірі қалу 50 жасқа дейінгі тұлғалар арасында 87,9% - дан 57,9% - ға дейін ең үлкен жас тобындағы тұлғалар арасында өзгерген. Этникалық қазақтардың өміршеңдігі 81,7% - ды құрады, ал этникалық орыстардың арасында бұл көрсеткіш 70,3-ті құрады [178, б.54].

2-кесте-Шымкент қаласындағы 28 күндік өлім-жітім мен пациенттердің әлеуметтік-демографиялық сипаттамалары арасындағы байланыстың Биварианттық бағасы

Переменные	N (%)	28 күн ішінде қайтыс болғандар, N (%)	28 күн ішінде тірі қалғандар, N (%)	P
1	2	3	4	5
Жынысы	-	-	-	0,095
әйел	465 (49,6%)	120 (54,5%)	345 (48,1%)	-
ерлер	472 (50,4%)	100 (45,4%)	372 (51,9%)	
Жасы	-	-	-	<0,001
50 жасқа дейін	99 (10,6%)	12 (5,5%)	87 (12,1%)	
50-59 жас	207 (22,1%)	38 (17,3%)	169 (23,6%)	
60-69 жас	239 (25,5%)	55 (25,0%)	184 (25,7%)	
70+	392 (41,8%)	11 5 (52,2%)	27 7 (38,6)	
Этникалық тиістілігі	-	-	-	<0,001
қазақ	465 (49,6%)	85 (38,6%)	380 (53,0%)	
орыс	387 (41,3%)	115 (52,3%)	27 2 (38 0%)	
басқа	85 (9,1%)	20 (9,1%)	65 (9,0%)	
Барлық топ	93 7 (100,0%)	22 0 (100,0%)	71 7 (100,0%)	

Зерттелетін нәтиженің анамнестикалық және объективті бағаланған ықтимал қауіп факторларының ішінен статистикалық маңызды байланыстар анамнездегі инсульт үшін, жүрекше фибрилляциясы үшін, симптомдар пайда болған сәттен бастап емдеуге жатқызғанға дейінгі уақыт, сондай-ақ неврологиялық тапшылық дәрежесі үшін анықталды (3-кесте) [178, 54 б.].

Соңғы фактор нәтижемен тығыз байланысты болды. Неврологиялық тапшылықсыз науқастардың өміршеңдігі 85,7% - ды құрады, бірақ мұндай емделушілер барлық жағдайдың тек 1,5% - ы болды. Сонымен қатар, неврологиялық өте ауыр тапшы пациенттердің өміршеңдігі небәрі 9,8% болды [178, 54,55].

3-кесте-Шымкент қаласындағы 28 күндік өлім-жітім мен пациенттердің анамнестикалық және объективті сипаттамалары арасындағы байланыстың Биварианттық бағасы

Переменные	N (%)	28 күн ішінде қайтыс болғандар, N(%)	28 күн ішінде тірі қалғандар, N (%)	P*
1	2	3	4	5
ИМТ	-	-	-	0,047
жақсы	452 (48,2%)	119 (54,0%)	333 (46,0%)	
>25	485 (51,8%)	101 (45,9%)	384 (53,5)	
Артериальді гипертензия	-	-	-	0,519
ия	859 (9,7%)	204 (92,7%)	655 (91,4%)	
жоқ	78 (8,3%)	16 (7,3%)	62 (8,6%)	
Анамнездегі Инсульт	-	-	-	0,048
ия	266 (28,4%)	74 (33,6%)	192 (26,8%)	
жоқ	671 (71,6%)	146 (66,4%)	525 (73,2%)	
Жүрекше фибрилляциясы	-	-	-	0,004
ия	199 (21,2%)	62 (28,2%)	137 (19,1%)	
жоқ	738 (78,8%)	158 (71,8%)	580 (80,9%)	
Инфаркт миокарда	-	-	-	0,362
ия	46 (5,0%)	13 (5,9%)	33 (4,6%)	
жоқ	891 (95,0%)	207 (94,1%)	684 (95,4%)	
Қант диабеті	-	-	-	0,068
ия	162 (17,3%)	47 (21,4%)	115 (16,0%)	
жоқ	775 (82,7%)	173 (78,6%)	602 (84,0%)	
Жүрек ақаулары	-	-	-	0,211
ия	18 (2,0%)	2 (1,0%)	16 (2,2)	
жоқ	919 (98,0%)	218 (99,0%)	701 (97,8%)	
Инфарктіден кейінгі кардиосклероз	-	-	-	0,101
ия	146 (15,6%)	42 (19,0%)	104 (14,5%)	
жоқ	791 (84,4%)	178 (81,0%)	613 (85,5%)	
Кернеу стенокардиясы	-	-	-	0,154

ия	77 (8,2%)	13 (6,0%)	64 (9,0%)	
жоқ	860 (91,8%)	207 (94,0%)	653 (91,0)	
Инсульт типі	-	-	-	<0,001
Ишемиялық	745 (79,6%)	124 (56,4%)	621 (86,6%)	
МІҚҚ	167 (17,%)	83 (37,7%)	84 (11,7%)	
САҚҚ	25 (2,6%)	13 (5,9%)	12 (1,7%)	

Кестенің жалғасы 3

1	2	3	4	5
Емдеуге жатқызу мерзімі	-	-	-	<0,001
4, 5сағ	331 (35,3%)	72 (32,7%)	259 (36,1%)	
4, 5-24сағ	332 (35,4%)	55 (25,0%)	277 (38,6%)	
>24 сағ	274 (29,3%)	93 (42,3%)	181 (25,3%)	
Шкала NIHSS	-	-	-	<0,001
Тапшылық жоқ	14 (1,5%)	2 (1,0%)	12 (1,7%)	
Тапшылық минимальді.(0-4)	280 (29,9%)	14 (6,3%)	266 (37,1%)	
Тапшылық орташа (5-15)	468 (50,0%)	69 (31,4%)	399 (55,7%)	
Тапшылық ауыр (16-20)	83 (8,8%)	52 (23,6%)	31 (4,3%)	
Тапшылық өте ауыр (21-42)	92 (9,8%)	83 (37,7%)	9 (1,2%)	
Барлық топ	937 (100,0%)	220 (100,0%)	717 (100,0%)	
Ескерту - * p сызықтық тренд үшін.				

Бивариантты талдау жүргізу кезінде маңызды байланыстар анықталған факторлар көп өлшемді регрессиялық үлгіге қосылмаған. Вариантты талдаудың нәтижесімен байланысты барлық тәуекел факторларының ішінен тек анамнездегі инсульт 28 күндік өлім-жітімнің маңызды предикторы болудан қалды. Зерттелетін факторлардың көпшілігі үшін тәуекелдер қатынастарының мәні шамалы ғана өзгерді, бұл олардың бір-бірімен шамалы байланысын көрсетеді.

Емделушілердің жасымен өлім-жітім қаупінің прогрессивті өсуі анықталды. Осылайша, 70 және одан жоғары жастағы емделушілер 50 жасқа дейінгі адамдарға карағанда зерделенетін нәтиже қаупінен 2,4 есе жоғары болды. Сонымен қатар 50 жасқа дейінгі топта және 50-59 жастағы топта шығу тәуекелі арасында елеулі айырмашылық болған жоқ. Инсульттан кейінгі 28



күндік кезеңде орыстар үшін өлім-жітім қаупі қазақтарға қарағанда орта есеппен 44% - ға жоғары болды. Өзге ұлттардың өлім-жітімі титулдық ұлтқа қарағанда ерекшеленбеді. САҚҚ және Ми қарыншалық қан құйылу бар емделушілер инсульттан кейінгі алғашқы 4 аптада орташа есеппен 2,9 және 3,8 есе өлім қаупі жоғары болды. Жүрекше фибрилляциясы өлім-жітім қаупін орта есеппен 38% - ға арттырды. Алғашқы 4,5 сағатта және 24 сағатқа дейінгі кезеңде емдеуге жатқызу кезінде өлім-жітім арасындағы айырмашылық байқалған жоқ, алайда кеш емдеуге жатқызу өлім-жітім қаупін орташа есеппен 2,1 есе арттырды. Неврологиялық тапшылық жоқ пациенттер мен пациенттер арасындағы өлім-жітімнің айырмашылығы орташа тапшылыққа дейін анықталған жоқ. Сонымен қатар, инсульттан кейінгі 28 күн ішінде өлім қаупі ауыр және өте ауыр тапшы пациенттер үшін басқа топтар үшін 4 еседен артық болды (4-кесте). Трендтердің қосымша талдауы пациенттердің нәтижесі мен жасы, емдеуге жатқызу уақыты мен nihss шкаласы бойынша балл саны арасындағы тікелей пропорционалды байланыстардың болуын анықтады [178, б.54].

4-кесте-Шымкент қаласындағы емделушілерде инсульттан кейінгі алғашқы 28 күндегі өлім - жітім тәуекелдерінің қатынасы

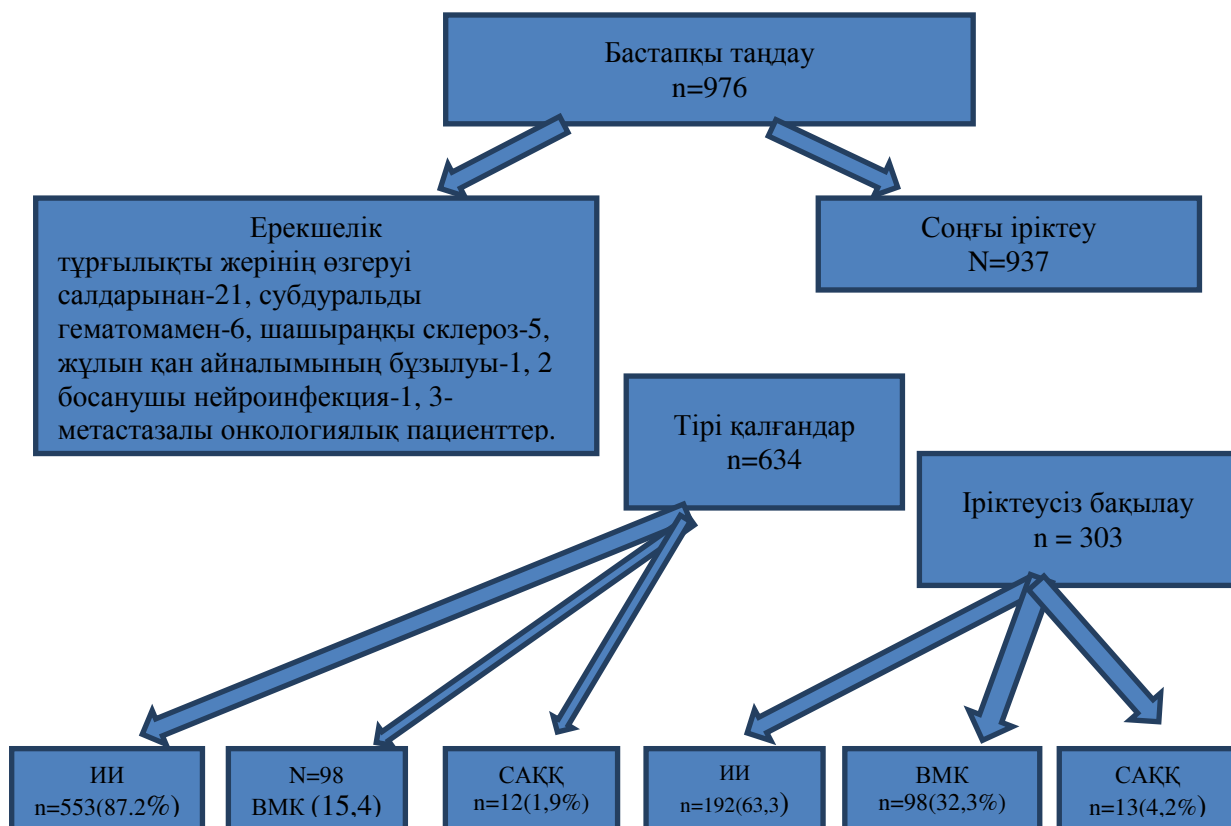
Белгісі	ОР	95%ДИ	p	ОР	95%ДИ	P
1	2	3	4	5	6	7
Жасы	-	-	<0.001*	--	-	<0.001*
50 жасқа дейін	1,00	Референтты	-	1,00	Референтты	-
50-59 жас	1,51	0,82-2,76	-	1,37	0,83-2,25	-
60-69 жас	1,89	1,06-3,38	-	1,91	1,16-3,16	-
70+ лжас	2,42	1,39-4,20	-	2,40	1,48-3,89	-
Ұлты	-	-	<0.001	-	-	<0.001
қазақ	1,00	Референтты	-	1,00	Референтты	-
орыс	1,62	1,27-2,07	-	1,44	1,17-2,78	-
басқа	1,28	0,8-1,8	-	1,00	0,73-1,37	-
Инсульт типі	-	-	<0.001	-	-	<0.001
Ишемиялық	1,00	Референтты	-	1,00	Референтты	
МІҚҚ	2,98	2,39-3,72	-	2,86	1,86-2,89	
САҚҚ	3,12	2,1-4,7	-	3,77	2,22-6,42	
ФП	-	-	0,003	-	-	0,002
ия	1,45	1,1-1,9	-	1,38	1,12-1,69	
жоқ	1,00	Референттік	-	1,00	Референттік	
Анамнез инсульті	-	-	0,046	-	-	0,563
бар	1,27	1,00-1,62	-	0,97	0,80-1,18	-

жоқ	1,00	Референттік		1,00	Референттік	
Емдеуге жатқызғанға дейінгі уақыт	-	-	<0.001*	-	-	<0.001*
<4.5 сағ	1,00	Референттік	-	1,00	Референттік	-
4,5-24 сағ	0,84	0,58-1,20	-	0,99	0,74-1,32	-
>24 сағ	2,44	1,84-3,24	-	2,10	1,64-2,69	-
Nihss шкаласы бойынша неврологиялық тапшылық	-	-	<0.001*	-	-	<0.001*
Тапшылық жоқ	1,00	Референттік	-	1,00	Референттік	-
аз	0,34	0,09-1,39	-	0,48	0,14-1,60	-
орташа	1,03	0,28-3,79	-	1,29	0,40-3,90	-
ауыр	4,38	1,20-16,0	-	4,30	1,42-12,9	-
Өте ауыр	6,31	1,74-22,8	-	4,98	1,66-14,8	-
Ескерту - * - р желілік тренд үшін						

## 1.5 емделушілердің бір жылдық өміршеңдігіне қауіп факторларының әсерін талдау: когорттық зерттеу

Бұл кезеңде біздің зерттеуіміздің мақсаты Шымкент қаласында инсультпен ауыратын науқастардың жылдық өміршеңдігіне қауіп факторларының әсерін зерттеу болды.

Зерттеуге 982 науқас енгізілді. Оның ішінде 36 (2,5%) науқас бақылаудан шықты: тұрғылықты жерінің өзгеруіне байланысты, босанушылар, субдуральды гематомамен, шашыраңқы склерозбен, жұлын қан айналымының бұзылуына, нейроинфекциямен ауыратын науқастар, метастазасы бар онкологиялық пациенттер. Мұнда 9 жағдай жатқызылды, онда МИ диагнозы тек қана мамандардың жансыз тексерулерінсіз өлімнің сертификаты, мидың томографиясы және патоморфологиялық зерттеуінсіз қойылды. Осылайша, соңғы іріктеу 937 науқасты құрады (17-сурет). Біржылдық өсімдік өміршеңдігін құрап, 67,7% - ға (95%ДИ: 64,6-70,6) [179, с. 50]. Бірқатар бастапқы факторлар бойынша МИ науқастарының өміршеңдігі бойынша елеулі айырмашылықтар анықталды. Каплан-Майер әдісі бойынша бивариантты талдау нәтижесінде оқиға басталғанға дейінгі уақыт айырмашылықтары келесі ауыспалы: жынысы, жасы, ұлты, инсульт типі, жүрекше фибрилляциясы, жүрек ақаулары, анамнездегі инсульт, емдеуге жатқызу уақыты, nihss шкаласы [179, б. 50] бойынша анықталды



17 сурет-Шымкент қаласында 2014-2015 жылдардағы МИ (n=937) пациенттерінің бір жылдық өміршеңдігінің сипаттамасы

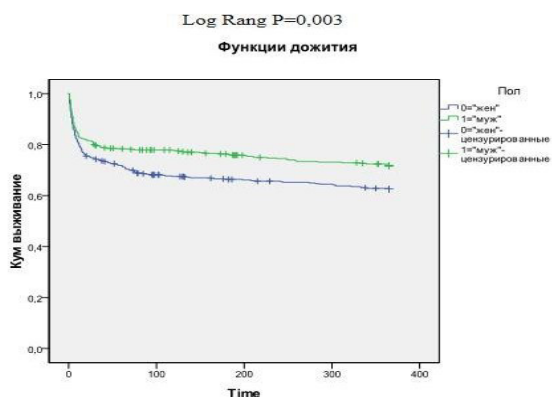


Рисунок 18 - Выживаемость больных с МИ в г.Семей в 2014-2015 годах в зависимости от пола (n=937).

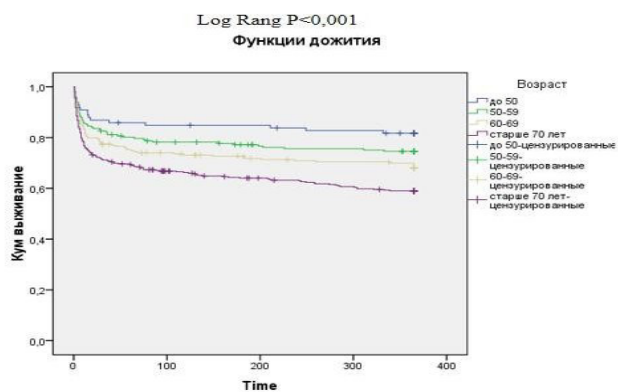


Рисунок 19 - Выживаемость больных с МИ в г.Семей в 2014-2015 годах в зависимости от возраста (n=937).

18-суретте көрсетілгендей, ерлер әйелдерге қарағанда анағұрлым жоғары өмір сүруге ие болды(логрангты критерий  $p=0,003$ ). 50 жастан кіші және 50-59 жастағы пациенттер үлкен топтарға қарағанда анағұрлым жоғары өміршеңдікке ие болды; 70 жастан асқан топтағы пациенттер нашар өміршеңдікке ие болды ( $p<0,001$ ) (19-сурет) [179, б.51].

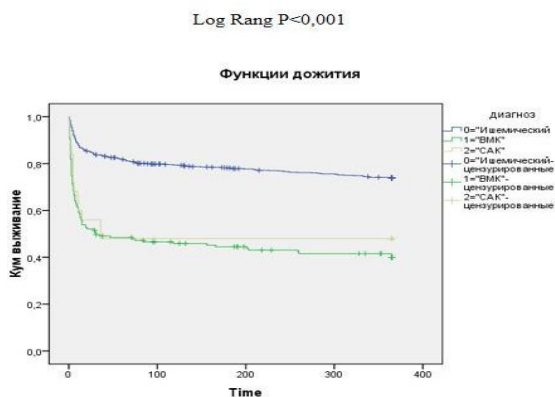


Рисунок 20 - Выживаемость больных с МИ в г.Семей 2014-2015 годах (n=937) в зависимости от типа инсульта.

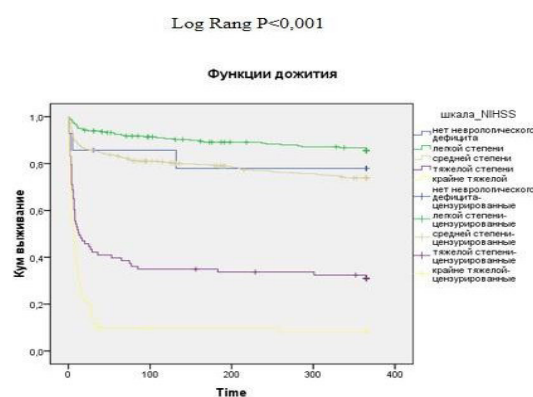


Рисунок 21 - Выживаемость больных с МИ в г.Семей 2014-2015 годах (n=937) в зависимости от степени тяжести.

Ишемиялық инсультпен өміршеңдік қисығы миішілік, субарахноидальды қан құйылулары бар емделушілерде (лог - ранг тест  $p<0,001$ ) (20 сурет) [179, б.51] қарағанда айтарлықтай жоғары болды. Мидың бір жылдық өміршеңдігі неврологиялық тапшылық дәрежесінің жоғарылауына пропорционалды түрде төмендеді. Ауыр және ауырлығы орташа дәрежедегі пациенттер nihss шкаласы

бойынша жоғары балмен емделушілерге қарағанда анағұрлым жоғары өміршеңдікке ие болды; ауыр және ауыр дәрежедегі топтағы пациенттер нашар өміршеңдігі болды ( $p < 0,001$ ) (21-сурет) [179, б. 51].

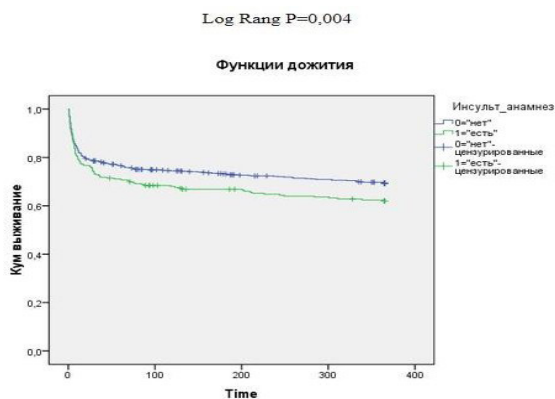


Рисунок 22 - Выживаемость больных с МИ в г.Семей 2014-2015 годах ( $n=937$ ) в зависимости от инсульта в анамнезе.

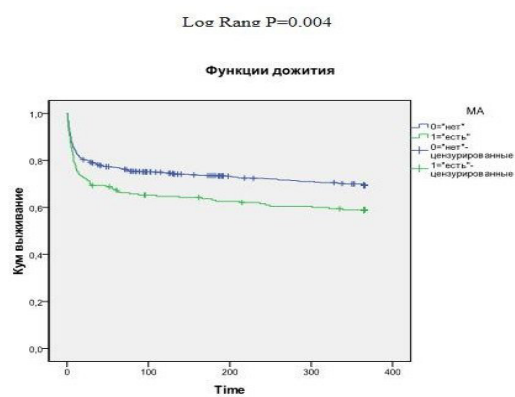


Рисунок 23 - Выживаемость больных с МИ в г.Семей 2014-2015 годах ( $n=937$ ) в зависимости от фибрилляции предсердий.

Каплан-Мейер бойынша өміршеңдікті талдау (22-сурет), сыртартқысында инсульт жоқ емделушілер сыртартқысында инсульт бар емделушілерге қарағанда (лог-ранг тест  $p=0,004$ ) ұзақ өмір сүргенін көрсетті [179,б. 52]. Өміршеңдіктің елеулі айырмашылығы жүрекше фибрилляциясы бойынша салыстыру кезінде анықталды (23-сурет). Пациенттердің аман қалуын жоқ фибрилляция предсердий статистикалық көтерілісті артық тахиаритмиялары [179, б. 52].

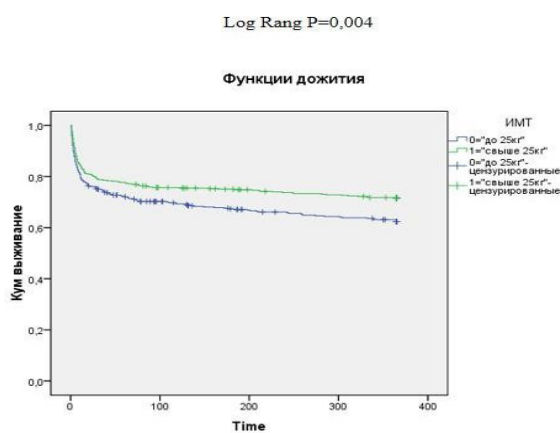


Рисунок 24 - Выживаемость больных с МИ в г.Семей в 2014-2015 годах в зависимости от ИМТ ( $n=937$ ).

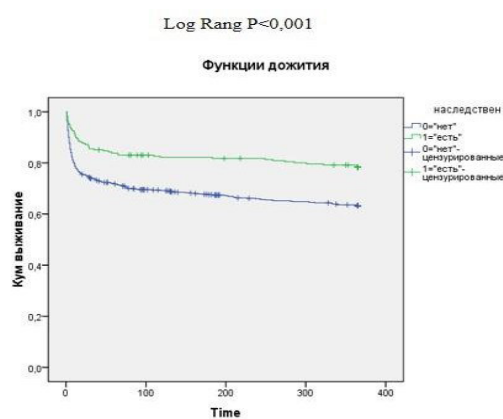


Рисунок 25 - Выживаемость больных с МИ в г.Семей в 2014-2015 годах в зависимости от отягощенной наследственности ( $n=937$ ).

Өлім қаупі артық дене салмағы бар емделушілерде төмен болды. МИ бастан кешкен артық салмағы бар емделушілерде ДСИ бар емделушілерде <math>25 \text{ кг/м}^2</math> (24-сурет) қарағанда ең жақсы өміршеңдік байқалды. Өміршеңдіктің неғұрлым қолайлы болжамы инсульт бойынша тұқым қуалаушылық ( $p < 0,001$ ) ауырлаған емделушілерде анықталған (25-сурет)

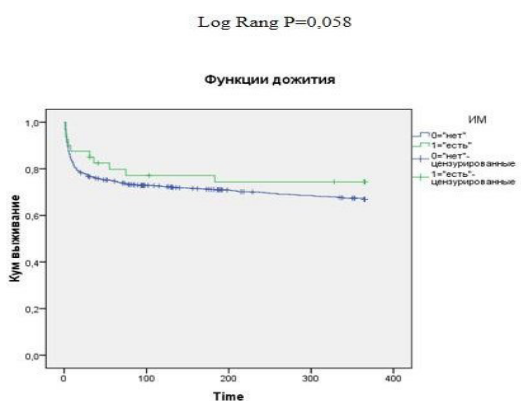


Рисунок 26 - Выживаемость больных с МИ в г.Семей 2014-2015 годах (n=937) в зависимости от инфаркта миокарда.

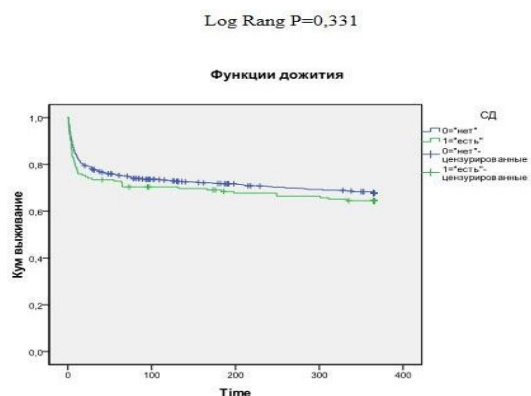


Рисунок 27 - Выживаемость больных с МИ в г.Семей 2014-2015 годах (n=937) в зависимости от сахарного диабета.

26-суретте көрсетілгендей, сыртартқысында миокард инфарктісінің болуына байланысты науқастардың өмір сүруінің статистикалық маңызды айырмашылықтары анықталған жоқ ( $p=0,058$ ). Ілеспе қант диабетінің болуы сондай-ақ пациенттердің өмір сүруіне статистикалық маңызды әсер еткен жоқ ( $p=0,331$ ) (27-сурет).

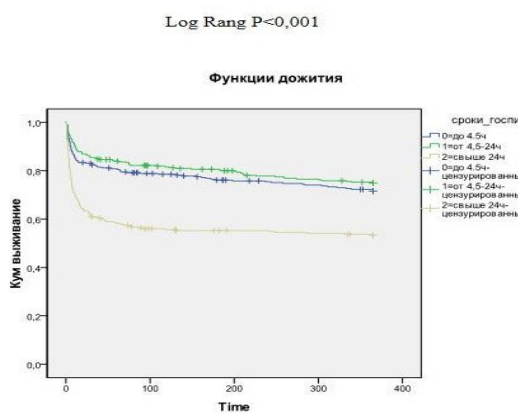


Рисунок 28 - Выживаемость больных с МИ в г.Семей 2014-2015 годах (n=937) в зависимости от сроков госпитализации.

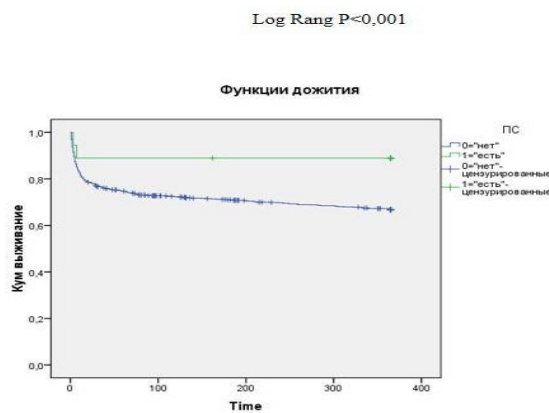


Рисунок 29 - Выживаемость больных с МИ в г.Семей 2014-2015 годах (n=937) в зависимости от пороков сердца.

Шымкент қаласында МИ-мен ауыратын науқастардың өміршеңдігі ауруханаға жатқызу уақытына байланысты ерекшеленеді. Ауруханаға жатқызу уақыты бойынша өміршеңдіктің неғұрлым жоғары көрсеткіштері стационарға 4,5 сағатқа дейін және ауру басталғаннан 4,5 сағаттан 24 сағатқа дейін келіп түскен пациенттер болды (28-сурет). Жүрек ақауымен ( $p < 0,001$ ) салыстырғанда, жүрек ақауы жоқ емделушілерде өмір сүрудің қолайлылығы аз болып табылады (29-сурет) [179, б.55].

Кокстың пропорционалды тәуекелдеріне бір өлшемді талдау жүргізу кезінде бастан кешкен МИ мен жасынан кейінгі бір жылдық өмір сүру, этникалық тиістілік, инсульт түрі, жүрекше фибрилляциясы, анамнездегі инсульт, сондай-ақ емдеуге жатқызу уақыты, ауырлық дәрежесі арасындағы байланыс анықталды (5-кесте) [179, 52 б.]. Ықтимал араласатын факторларды түзеткеннен кейін анамнезде инсульттің болуымен байланыс статистикалық маңыздылығын жоғалтқан ( $OR=0,98$ ; 95% ДИ 0,76-1,27). Көп өлшемді модельде зерттелетін нәтиженің ең маңызды предикторы nihss инсульт шкаласы бойынша балл саны болды. Аса ауыр ( $OR=8,1$ ; 95% ДИ 2,49-26,69) және ауыр ( $OR=3,1$ ; 95% ДИ 1,68-6,03) емделушілерде зерттелетін нәтиженің ең жоғары жылдамдығы. Бұдан басқа, миішілік және субарахноидальды қан құйылу ишемиялық инсультпен емделушілерге қарағанда нәтижемен статистикалық түрде байланысты болды. Жағымсыз нәтиженің басқа да маңызды тәуелсіз предикторлары болды: жасы 70 жастан асқан ( $OR=1,87$ ; 95% ДИ 1,09-3,20), орыс ұлты ( $OR=1,69$ ; 95% ДИ 1,31-2,17), жүрекше фибрилляциясының болуы ( $OR=1,42$ ; 95% ДИ 1,06-1,90), анамнездегі инсульт ( $OR=1,41$ ; 95% ДИ 1,03-1,94) және стационарға емдеуге жатқызғанға дейінгі уақыт ауру басталғаннан 24 сағаттан астам ( $OR=2,17$ ; 95%-Алматы: "Мектеп" баспасы, 2007. - Алматы: "Мектеп" баспасы, 2007. №5 кестеде зерттелетін тәуекел факторлары үшін ДИ-дан түзетілмеген және түзетілген  $OR$  ұсынылған [179, б.52].

5 - кесте-инсульт бар науқастардың өміршеңдігін болжау факторларын талдау: толық іріктеуге арналған Кокстың пропорционалды моделі ( $n=937$ )

Айнымалылар	$нOR$	95% ДИ	$сOR$	95% ДИ
1	2	3	4	5
Жынысы	-	-	-	-
Әйел	1,00	референттік	1,00	референттік
Ер	0,71	0,56-0,89	0,74	0,58-0,95
Жас	-	-	-	-
до 50 жас	1,00	референттік	1,00	референттік
50-59 жас	1,45	0,85-2,48	1,03	0,58-1,82
60-69 жас	1,88	1,12-3,14	1,45	0,83-2,52
70+ жас	2,57	1,58-4,19	1,87	1,09-3,20
Этникалық тиістілігі	-	-	-	-
Қазақ	1,00	референттік	1,00	референттік
Орыс	1,76	1,39-2,23	1,69	1,31-2,17
Басқа	1,16	0,75-1,79	1,07	0,68-1,71
Инсульт түрі	-	-	-	-
Ишемиялық	1,00	референттік	1,00	референттік

MIKK	3,26	2,54-4,16	3,06	2,32-4,05
CAKK	2,67	1,52-4,68	3,72	1,97-7,01

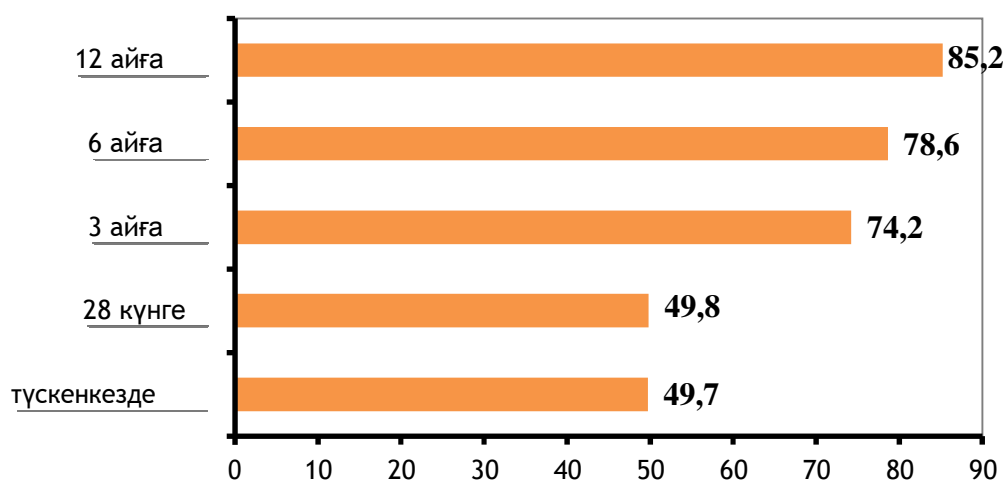


5ші-кестенің жалғасы

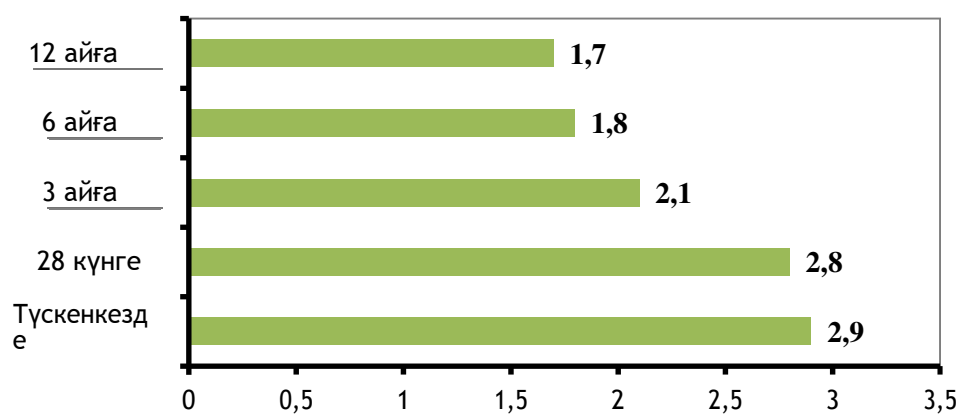
1	2	3	4	5
Жүрекше фибрилляциясы				
Иә	1,44	1,12-1,86	1,42	1,06-1,90
Жоқ	1,00	референттік	1,00	референттік
Жүрек ақаулары	-	-	-	-
Иә	0,30	0,07-1,21	0,69	0,17-2,90
Жоқ	1,00	референттік	1,00	референттік
Анамнезінде миокард инфарктісі				
Иә	1,31	0,99-1,76	1,41	1,03-1,94
Жоқ	1,00	референттік	1,00	референттік
Анамнездегі инсульт				-
Иә	1,29	1,01-1,63	0,98	0,76-1,27
Жоқ	1,00	референттік	1,00	референттік
ДМИ				-
Қалыпты	1,00	референттік	1,00	референттік
>25	0,72	0,57-0,90	0,85	0,68-1,07
Тұқым қуалаушылық				-
Иә	0,53	0,39-0,71	0,54	0,40-0,74
Жоқ	1,00	референттік	1,00	референттік
Емдеуге жатқызу мерзімі				-
4, 5 ч	1,00	референттік	1,00	референттік
4, 5-24 ч	0,85	0,63-1,15	0,98	0,73-1,35
>24 ч	2,00	1,53-2,62	2,17	1,62-2,88
NIHSS шкаласы	-	-	-	-
Тапшылық жоқ	1,00	референттік	1,00	референттік
Аз тапшылық (0-4)	0,59	0,12-1,90	0,73	0,21-2,47
Орташа тапшылық (5-15)	1,17	0,37-3,67	1,27	0,39-4,17
Тапшылық ауыр (16-20)	4,97	1,55-15,87	2	1,38-15,45
Тапшылық өте ауыр (21-42)	10,62	3,35-33,71	9	2,43-26,29
Ескерту - * мәнділік деңгейі $p < 0,15$				

### 1.5 Тіркелімнің деректері бойынша функционалдық кіріс динамикасын талдау

Келесі кезең Шымкент қаласындағы МИ регистрінің мәліметтері бойынша функционалдық нәтижелерді талдауға арналды [211]. Оңалту іс-шараларының нәтижелілігін және күнделікті өмірлік белсенділік деңгейін анықтау үшін Бартель индексі, рэнкинді мүгедектендіру шкаласы, ривермид ұтқырлық индексі бойынша бағалау жүргізілді. ДДҰ ұсынымдарына сәйкес бастапқы бағалау 28 күн, 3, 6 және 12 айдан кейін бағаланды [212].



30-шы сурет-2014-2015 жылдардағы оңалту үдерісіндегі Бартель индексі бойынша функционалдық нәтиженің динамикасы (инсульт тіркелімінің деректері бойынша)ы



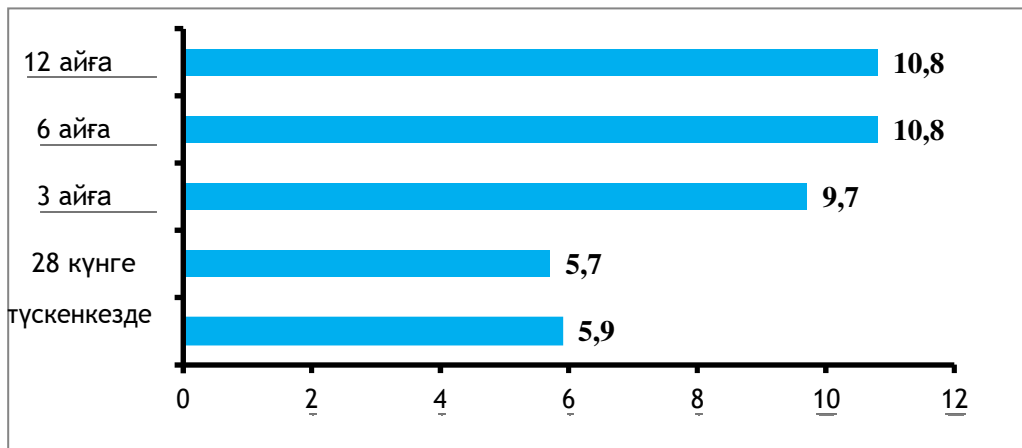
Суретте көрсетілгендей, келіп түскен сәтте функциялық шкаланың көрсеткіші Бартель күнделікті өмірде айқын тәуелділікті көрсетті, бұл ретте орташа балл 49,7 (SD=29,3) құрады, алайда жыл соңына қарай тірі қалғандар арасында функционалдық күнделікті өмірде орташа шектеулер сақталды, яғни өзіне-өзі қызмет көрсетуді едәуір жақсарту үрдісі байқалмады (30-сурет).

31 - сурет-2014-2015 жылдардағы оңалту процесінде оңалту модифицирленген шкаласы бойынша функционалдық нәтиженің динамикасы (инсульт тіркелімінің деректері бойынша)

Рэнкин шкаласы функцияның бұзылу дәрежесін, сондай-ақ тіршілік әрекетінің бұзылуының айқындылығын бағалайтын тестілерге жатады. Зерттеу жүргізу кезінде оңалту нәтижелерін бағалау әдісі ретінде қолданылды. Түскен кезде

Рэнкиннің модификацияланған шкаласы бойынша орташа мәні бойынша нәтижелердің

динамикасын талдай отырып, қалыпты белгілер белгіленебұл ретте орташа көрсеткіш 2,9 (SD=1,1) тең болды, 12 айдан кейін емделушілер мүгедектіктің жеңіл белгілері болды (31-сурет).

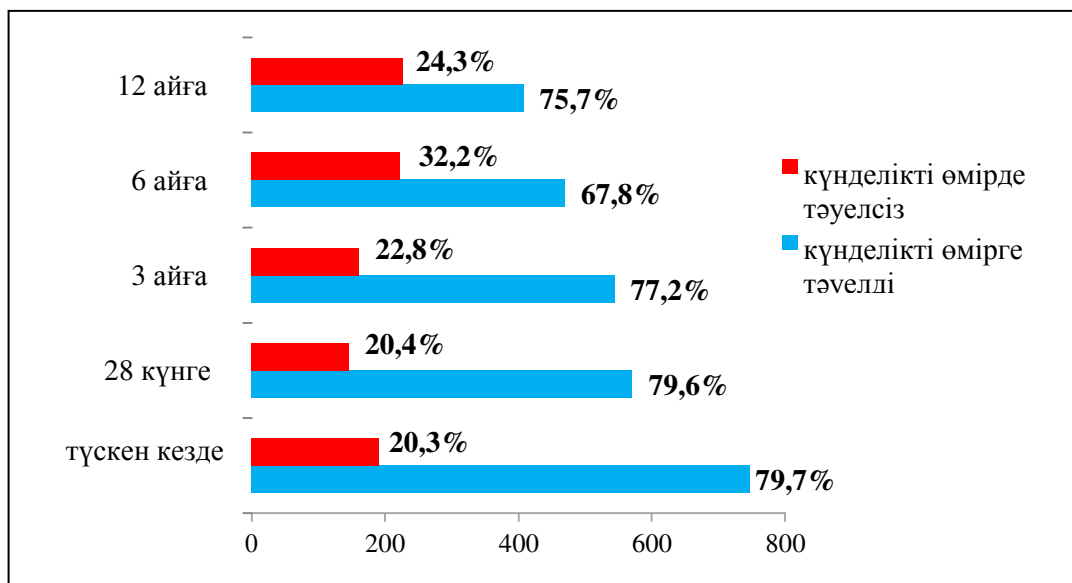


32-сурет - 2014-2015 жылдардағы оналту процесінде Ривермид мобилділік шкаласы бойынша функционалдық нәтиженің динамикасы (инсульт тіркелімінің деректері бойынша)

Біз жүргізген талдауға сәйкес мобилділік шкаласы бойынша мүгедектік дәрежесін бағалау Ривермид мынадай түрде көрінеді: динамикалық бақылау кезінде түскен кездегі жиынтық көрсеткіш 5,9 (SD=4,3) баллды құрады, ал кейінгі қалпына келтіру кезеңінің соңында тірі қалғандар арасында 10,8 (SD=3,8) дейін жетті, бұл да науқастардың әлеуметтік бейімделуін бұзатын ұтқырлықты шектеудің болуын куәландырады (32-сурет).

Клиникалық бағалау шкаласы жедел кезеңде қолдану нәтижелері инсульттан кейінгі 28 күн, 3, 6 және 12 айдан кейін қалпына келтіру МИ дамуынан кейінгі алғашқы 3 айда баяулайтынын көрсетті, алайда келесі 3 айда функционалдық тапшылықтың көріну тенденциясы байқалады.

35-суретте келтірілген деректер зерттеудің бүкіл кезеңінде мүгедектіктің басым болуының тұрақты тенденциясын көрсетеді. Жіті кезеңнің соңына (28-ші күн) өзіне - өзі қызмет көрсетуге бөгде адамның көмегі 79,7%, 3 айдан кейін 77,2%, 6 айдан кейін-67,8% және бірінші жылдың соңына тірі қалған науқастардың 75,7% қажет болды.



33 сурет-реабилитация процесінде МИ-мен ауыратын науқастардың функционалдық нәтижелерінің сипаттамасы

Осылайша, жоғарыда келтірілген деректерді талдай отырып, қорытынды жасауға болады: мүгедектіктің жоғары көрсеткіштері 12 айдан кейін оңалтудың, емдеудің және профилактиканың қазіргі заманғы әдістерін енгізу, сондай-ақ халықтың ақпараттандырылуын жақсарту қажеттілігін негіздейді, бұл жалпы инсульттердің нәтижесіне қолайлы әсер етеді [211, 139 Б.]. Клиникалық бағалау шкалаларын қолдану арқылы популяциялық тіркелімнің деректері бойынша МИ қалпына келтіру кезеңінің динамикасына жүргізілген бақылау: Бартель, Ривермид, Рэнкин өткір және кейінгі қалпына келтіру кезеңінде сандық жағынан балмен, МИ ауырлық дәрежесін сипаттауға, функционалдық бұзылулардың динамикасын объективтеуге, оңалту іс-шараларының тиімділігін бағалауға мүмкіндік береді, сондай-ақ **МСЭК** жұмысында пайдаланылуы мүмкін.

### 1.6 ерте қалпына келтіру кезеңінде ишемиялық инсульті бар емделушілерде оңалтуда **ТМС** қолдану тиімділігін бағалау

Тәжірибелі топ науқастарының орташа жасы бақылау салыстыру тобымен салыстырғанда төмен болды. Ишемиялық инсультпен ауыратын науқастарда ерлер мен әйелдердің ара қатынасы бойынша тәжірибелік топта және салыстыру тобында айырмашылық болған жоқ (6-кесте) [181, б.57]. Неврологиялық мәртебеде негізгі топтағы емделушілерде зерттеу басталған сәтте NIHSS бойынша орташа балл  $M=9,3$  ( $SD=2,6$ ), ал бақылау тобында  $M=8,8$  ( $SD=4,7$ ) балл құрады, бұл орташа дәрежедегі инсультқа сәйкес келеді (6-кесте) [181, б.57]. Бартель индексі бойынша тәжірибелік топтағы науқастардағы орташа балл бақылау тобымен салыстырғанда жоғары болды. Тәжірибелі және бақылау тобының емделушілері күнделікті өмірде толығымен тәуелді болды. Рэнкиннің модификацияланған шкаласы бойынша екі топтың емделушілері мүгедектіктің III дәрежесіне сәйкес келді. Екі топта да негізгі топтағы күштің

орташа мәні бар гемипарез түріндегі қозғалыс бұзылыстары басым болды қолдарында  $M=2,1$  ( $SD=1,3$ ) және аяқтарында  $M=3,3$  ( $SD=1,6$ ); бақылау тобында -  $m=2,4$  ( $SD=1,7$ ) және  $M=3,1$  ( $SD=1,3$ ) тиісінше. ТМС жүргізілгенге дейін тәжірибелі және бақылау тобының барлық емделушілерінде жеңіл дәрежелі деменция түрінде когнитивті бұзылулар болды (6-кесте) [181, 57 Б.]. Екі топта да негізгі топтағы күштің орташа мәні бар гемипарез түріндегі қозғалыс бұзылыстары басым болды қолдарында  $M=2,1$  ( $SD=1,3$ ) және аяқтарында  $M=3,3$  ( $SD=1,6$ ); бақылау тобында -  $m=2,4$  ( $SD=1,7$ ) және  $M=3,1$  ( $SD=1,3$ ) тиісінше. ТМС жүргізілгенге дейін тәжірибелі және бақылау тобының барлық емделушілерінде жеңіл дәрежелі деменция түрінде когнитивті бұзылулар болды (6-кесте) [181, 57 Б.].

6-кесте-негізгі және бақылау тобындағы науқастардың сипаттамасы

Көрсеткіштер	Тәжірибелі топ	Бақылау тобы
Орташа жасы (M+SD)	61,0+7,4	64+9,9
Ерлер мен әйелдердің арақатынасы бойынша айырмашылықтар		
$\chi^2=0,820$ ; $p=0,365$		
NIHSS шкаласы	9,3+2,6	8,8+4,7
$U=220$ ; $Z=-0,508$ ; $p=0,611$		
Бартель Индексі	53,2+21,47	44,8+29,7
$U=201$ ; $Z=-0,957$ ; $p=0,339$		
Өзгертілген Рэнкин шкаласы	3,1+1,1	3,2+0,9
$U=234$ ; $Z=-0,209$ ; $p=0,834$		
Қолдың бұлшық күші	2,1+1,3	2,4+1,7
$U=200$ ; $Z=-0,996$ ; $p=0,319$		
Аяқтың бұлшық күші	3,3+1,6	3,1+1,3
$U=215$ ; $Z=-0,649$ ; $p=0,516$		
MMSE шкаласы	20,36+6,7	20,7+5,1
$U=238$ ; $Z=-0,094$ ; $p=0,925$		
«Сурет салу сағаты» тесті	6,2+2,1	7,1+1,8
$U=185$ ; $Z=-1,343$ ; $p=0,179$		

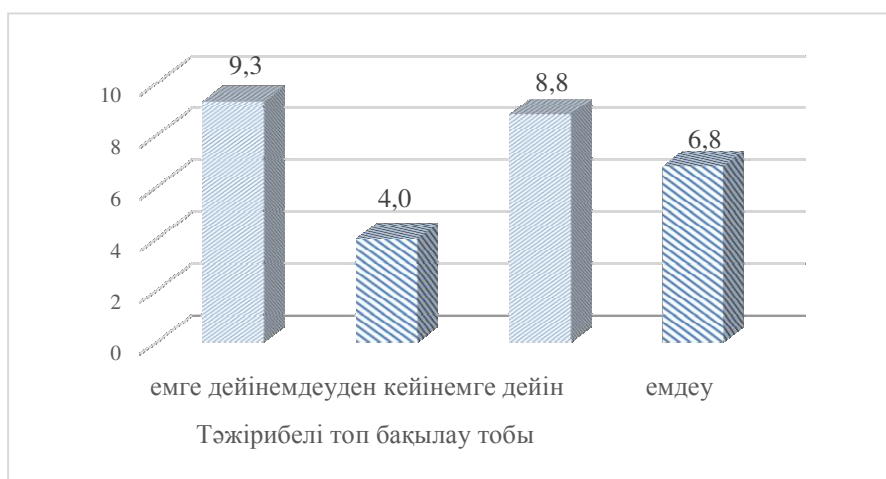
Ишемиялық инсультпен ауыратын науқастарға араласуға дейін және кейін NIHSS шкаласы бойынша мәндердің арасындағы айырмашылықтар үшін орташа мәндерді және стандартты ауытқуларды салыстыру кезінде 5,3 және 2,0 арасындағы айырмашылықтың статистикалық мәні анықталды (кесте.2). Сонымен қатар, орташа мәндерді және Бартель индексі бойынша, рэнкиннің модификацияланған шкаласы бойынша, аяқ-қол бұлшық етінің күші бойынша, mmse шкаласы бойынша және "сағаттарды салу" тесті арасындағы айырмашылықтар үшін стандартты ауытқуларды салыстыру кезінде статистикалық маңызды айырмашылықтар анықталды (7-кесте) [181, б.57].

7 - кесте-ишемиялық инсультпен ауыратын науқастарда араласуға дейінгі және одан кейінгі зерттелетін белгілердің мәндерінің арасындағы айырмашылықтар үшін орташа мәндер және стандартты ауытқулар

Өлшемдер	Тәжірибелі топ M(SD)	Бақылау тобы M (SD)	P*
1	2	3	4
NIHSS шкаласы	-5,3 ( 3,48)	-2,0 (4,45)	0,026

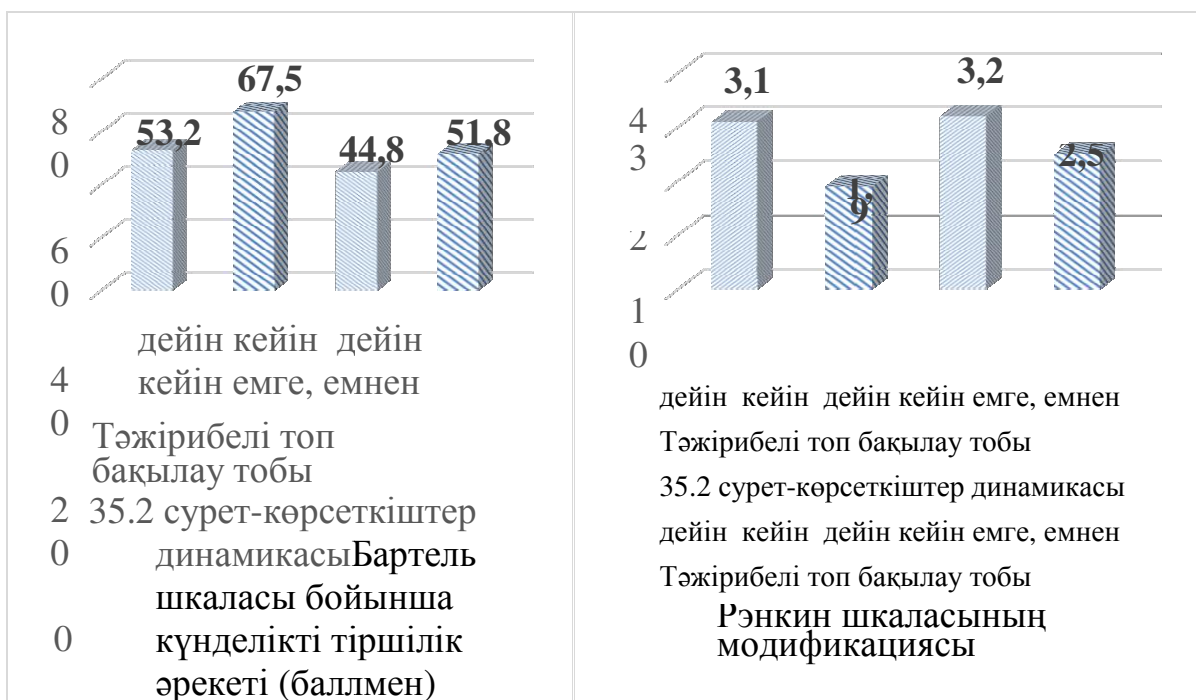
7-кестенің жалғасы

1	2	3	4
Бартель Индекс	-14,3 (26,74)	-7,0 (29,37)	0,042
Рэнкин шкаласыныңмодификациясы	-1,2 (1,23)	-0,7 (1,03)	0,049
Қолдың бұлшық ет күші	-1,8 (1,45)	-1,0 (1,49)	0,040
Аяқтың бұлшық ет күші	-1,0 (1,48)	-0,3 (1,18)	0,021
MMSE шкаласы	-6,5 (6,60)	-2,7 (5,23)	0,007
<b>TPC</b>	-2,3 (2,14)	-0,4 (1,67)	0,042
Ескертпе - *қол жеткізілген мәнділік деңгейі Манна Уитни критериясы			



34 сурет - NIHSS шкаласы бойынша көрсеткіштердің динамикасы (баллмен)

NIHSS шкаласы бойынша деректер динамикасын талдау бақылау тобымен салыстырғанда тәжірибелік топта ишемиялық инсульті бар емделушілерде неврологиялық тапшылықтың статистикалық мәні бар регрессін анықтауға мүмкіндік береді. Негізгі топтағы неврологиялық тапшылық дәрежесі 20 күннен кейін  $M=9,3$  ( $SD=2,6$ ) бастап  $M=4,0$  ( $SD=4,7$ ) дейін, салыстыру тобында  $M=8,8$  ( $SD=4,7$ ) бастап  $M=6,8$  ( $SD=4,1$ ) ( $p=0,026$ ) дейін төмендеді (34 сурет, (7 кесте) [181, б.58].

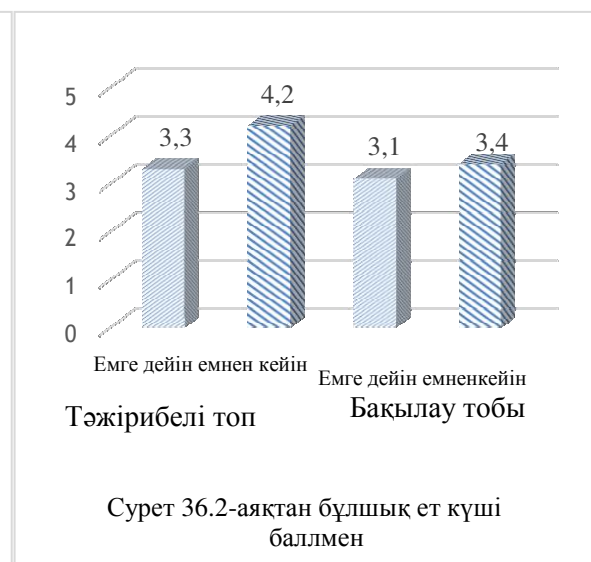
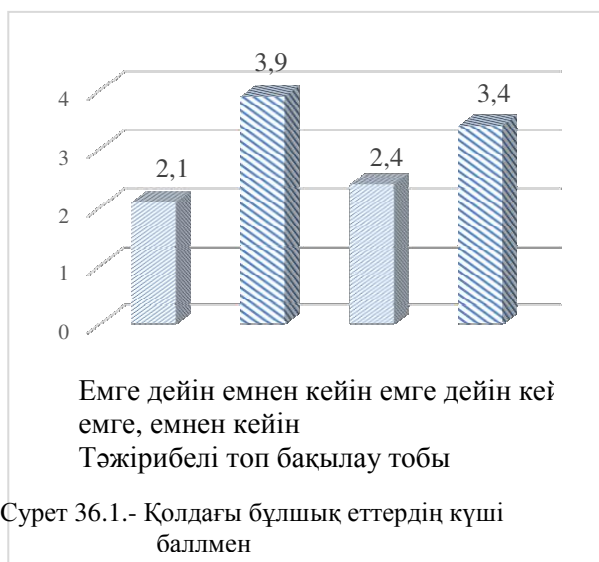


### 35 сурет-функционалдық нәтиженің динамикасы

Терапевтік әсері Бартель индексі бойынша және Рэнкиннің модификацияланған шкаласы бойынша баллдардың көбеюіне әсер етті. Аурудың ерте қалпына келтіру кезеңінде ишемиялық инсультпен ауыратын науқастардың күнделікті белсенділігінің салыстырмалы талдауы екі топта бастапқы көрсеткіштер айтарлықтай ерекшеленбейтінін көрсетті. Емдеуден кейін динамикадағы күнделікті белсенділікті талдау кезінде тәжірибелік топта көрсеткіштер салыстыру тобына қарағанда анық жоғары екені анықталды. Негізгі топтағы күнделікті белсенділік деңгейі 14,3-ке артты, ал бақылау тобында тек 7-ге ( $p=0,042$ ), бұл 35.1-суретте көрсетілген (7-кесте) [181, б.58]. Демек, бұл күнделікті өмір белсенділігін қалпына келтірудегі ТМС тиімділігін растайды.

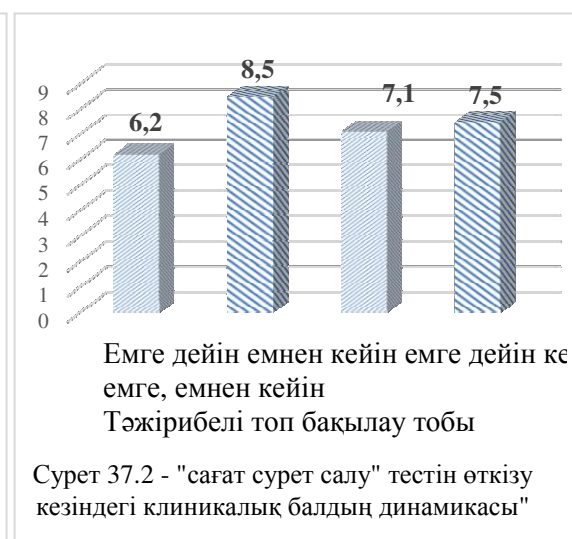
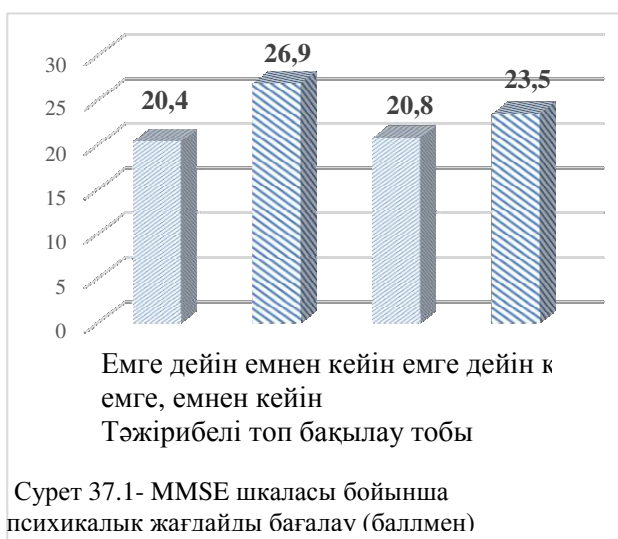
Рэнкинді мүгедектік шкаласы бойынша өзгерістерді талдау кезінде тәжірибелік топта мүгедектік дәрежесін  $M=3,1$  ( $SD=1,1$ ) бастап  $M=1,9$  ( $SD=0,9$ ) дейін, ал бақылау тобының емделушілерінде  $M=3,2$  ( $SD=0,9$ ) бастап  $M=2,5$  ( $SD=1,0$ ) дейін ( $p=0,049$ ) (35.2 сурет), (7 кесте) [181, б.58] айтарлықтай азаю үрдісі байқалады.





### 36 сурет - ишемиялық инсульті бар науқастардағы қозғалыс тапшылығының динамикасы

Емдеу жүргізілгеннен кейін жалпы қозғалыс тапшылығы екі топта да төмендеді, бірақ ең жақсы нәтиже де негізгі топта белгіленді. Осылайша тәжірибелі топта қолындағы бұлшық ет күшінің орташа мәні 1,8 баллға артты, ал салыстыру тобында өсу тек 1,0 баллды құрады ( $p=0,040$ ) (36.1 сурет) [181, с.59]. Негізгі топта аяқтың бұлшық еті күшінің 1,0 балға, ал бақылау тобында 0,3 балға ( $p=0,021$ ) статистикалық маңызды артуы анықталды (36.2-сурет). Демек, жалпы қозғалыс тапшылығы бақылау тобымен салыстырғанда айтарлықтай төмендеді [181, б. 59].



### 37 сурет - нейрпсихологиялық зерттеу деректері бойынша когнитивті мәртебені бағалау динамикасы

Инсульттің жиі салдарының бірі когнитивті бұзылулар болып табылады. MMSE тестінің мәліметтері бойынша когнитивті функцияларды зертте "сағат салу" емге дейін екі топта барлық бағаланатын көрсеткіштердің төмендегенін анықтады. MMSE шкаласы бойынша орташа бағалар екі топта 20 күнге дейін және одан кейін жеңіл дәрежелі деменцияға сәйкес келеді. Алайда, бағдарлау, есте сақтау, сөйлеу көрсеткіштерінің статистикалық маңызды жақсаруы тәжірибелі топта байқалды ( $p=0,007$ ) (37.1 сурет), (7-кесте) [181, с.59]. MMSE шкаласы бойынша баллдардың статистикалық мәні бар динамикасын салыстыру тобында емделушілерде байқалған жоқ [181, б.59].

"Немом" циферблат бойынша уақытты анықтауға арналған Тест 10 балдық жүйе бойынша бағаланды. ТМС басталғанға дейін ТРЧ-ны орындау нәтижелері екі топта да 1 дәрежелі деменцияға сәйкес келді. Емдеу аяқталғаннан кейін негізгі топта психикалық мәртебесінің статистикалық маңызды жақсаруы атап өтілді, ТРЧ қайталама нәтижелері орташа когнитивті бұзылуларға ( $p=0,042$ ) сәйкес келді. Бақылау тобында статистикалық маңызды айырмашылықтар байқалмады (37.2 сурет) [181, б.59].

Осылайша, жүргізілген зерттеу ТМС ишемиялық инсультпен ауыратын науқастарды кешенді оңалтуға енгізу неврологиялық симптоматиканың едәуір регрессасына ықпал ете отырып, емдеу тиімділігін арттыратынын көрсетті: қозғалыс тапшылығын азайту, функционалдық Тәуелсіздік арттыру және когнитивтік функцияларды жақсарту.

## Қорытынды

Ми инсульт проблемасы 2011-2015 жылдарға арналған денсаулық сақтауды дамытудың мемлекеттік бағдарламасында кеңінен көрініс тапты."Саламатты Қазақстан", онда халықтың өлім-жітімі мен мүгедектігін төмендету басым міндеттер қатарына енгізілген, ал осы нәтижеге қол жеткізу жолдары ретінде профилактикалық іс-шараларды, скринингтік зерттеулерді күшейту, диагностиканы, емдеуді және оңалтуды жетілдіру белгіленген [37].

Қазіргі уақытта МИ Қазақстан халқының, оның ішінде Түркістан облысындағы өлім-жітім мен мүгедектігінің ең көп тараған себептерінің бірі болып табылады. Ресми статистиканың мәліметтері бойынша республикада жыл сайын 40 мыңнан астам инсульт болады. Жыл сайын 15,5 мың қазақстандық инсульттан көз жұмады.

Осы зерттеу Шымкент қаласында медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыруды жетілдіру мақсатында клиникалық - эпидемиологиялық аспектілерді, МИ дамуының қауіп факторларын, 28 күндік өлім және жылдық өміршеңдік предикторларын зерттеуге, нейрореабилитацияның қазіргі заманғы әдістерін зерделеуге өзекті мәселелерді шешуге бағытталған.

Бірінші кезеңде Шымкент қаласының Жедел медициналық жәрдем ауруханасы неврологиялық бөлімшесіне жатқызылған 10294 пациенттің ауру тарихына ретроспективті талдау жүргізілді. Екінші кезеңде популяциялық тіркелім әдісімен Шымкент қ.популяциясындағы (n=982) 2014-2015жж аралығындағы МИ клиникалық-эпидемиологиялық көрсеткіштеріне бағалау жүргізілді. Осы тіркелімнің деректері бойынша, жұмыстың 2-ші бөлімі шеңберінде МИ қауіпінің аса маңызды факторлары, сондай-ақ 937 пациенттің 28 күндік өлім-жітіммен және жылдық өмір сүрумен байланысты тәуекел факторлары ашылды. Үшінші кезеңде МИ диагнозы бар пациенттердің 28-ші күні, 3-ші ай, 6-ші ай, ауру басталғаннан кейін 12-ші ай функционалдық нәтижесін бағалау жүргізілді. Төртінші кезеңде **ТМС** ерте қалпына келтіру кезеңінде 44 емделушіде оңалтуда қолдану тиімділігі бағаланды.

12 жылдық бақылауды талдау нәтижелері ауруханаға жатқызылған науқастар санының өсуі өңірде тұратын халық санының ұлғаюымен, орташа өмір сүру ұзақтығының ұлғаюымен, көбінесе ишемиялық инсульт есебінен сырқаттанушылықтың ұлғаюымен, сондай-ақ мамандандырылған стационар жағдайында емдеу үрдісімен, сондай-ақ диагностиканың жақсаруымен байланысты екенін көрсетті.

Жұмыстың келесі кезеңі 2014 ж. тіркелімнің деректері бойынша Шымкент қаласында МИ клиникалық-эпидемиологиялық сипаттамасын зерттеуге арналды. Біздің зерттеуіміздің деректеріне сәйкес ауру 100 мың тұрғынға шаққанда 286 жағдайды (2014 ж.) құрағаны анықталды (ерлерде 318/100 мың.; әйелдерде 278 / 100 мың.), бұл ҚР бойынша жоғары [193]. Қазақстанда МИ аурушаңдығы бойынша біздің сандар дамыған елдерге қарағанда жоғары болды. Шымкент қаласында инсульттан өлім-жітім 100 мың тұрғынға шаққанда

2014 жылы әйелдер мен ерлерде ең жоғары көрсеткіштер 70-79 жас тобында белгіленді. Әйелдерде өлім-жітімнің стандартталған көрсеткіштері ерлермен салыстырғанда (100 мың адамға 89,4) жоғары (101 мың адамға 101 мың адамға), бұл жас ерекшелігіне байланысты болуы мүмкін: біздің когорттағы әйелдердің орташа жасы  $M=68,3$  ( $SD=13$ ), ал ерлерде  $M=63,0$  ( $SD=9,6$ ) құрады. Сондай-ақ әйелдер келіп түскен кезде ерлермен салыстырғанда ауыр неврологиялық тапшылық болды. Әйелдер арасындағы МИ-дан болатын өлім-жітім көрсеткіштері басқа өңірлермен салыстырғанда жоғары болды. Мысалы, ҚР-да ерлерден қайтыс болғандардың үлесі әйелдердің үлесінен айтарлықтай басым. МИ қауіп-қатерінің негізгі факторлары арасында АГ (91,6%), гиперхолестеринемия (52,2%), артық дене салмағы (51,7%), анемнезінде инсульт (28,4%), СҚА бойынша тұқым қуалайтын ауырлығы (25,8%), жүрекше фибрилляциясы (21,2%), СД (17,2%), инфарктіден кейінгі кардиосклероз (15,6%) байқалды.%, миокардтың жіті инфарктісі (4,2%), жүрек ақаулары (1,9%), ТИШ (1,5%).

Жұмыстың келесі кезеңінде тұтас тарихи когорттық зерттеу ( $N = 937$ ) дизайнын пайдалана отырып, біз Шымкент қаласындағы ми-дан 28 күндік өлім-жітім факторлары арасындағы байланысты бағаладық. Біздің нәтижелер дамыған елдерде жүргізілген зерттеулердің нәтижелеріне ұқсас болды. Жалпы 28 күндік өлім-жітім 22,4% құрады. Өлім мен жас арасындағы, симптомдардың пайда болуынан ауруханаға дейінгі мерзімге және  $nhss$  неврологиялық тапшылық шкаласы бойынша баллдармен тікелей пропорционалды байланыстар анықталды. Қазақтармен салыстырғанда этникалық орыстар зерттелген кезеңдегі өлім-жітім қаупінен орта есеппен 44% - ға жоғары болды ( $OR=1,44$ ; 95% ДИ: 1,17-2,78).

Мүмкін, бұл орыс этникалық тобының емделушілерінде жүрекше фибрилляциясы басқа этникалық топтардың өкілдеріне қарағанда 1,7 есе тостағанға байланысты. Бұдан басқа, орыс этникалық тобының емделушілері жасы бойынша айтарлықтай жоғары болды және  $nhss$  шкаласы бойынша неғұрлым ауыр неврологиялық тапшылық болды. Сондай-ақ жоғары тәуекелдер ТМ ( $OR=2,86$ ; 95% ДИ: 1,86-4,89) және СҚҚ ( $OR=3,77$ ; 95% ДИ: 2,22-6,42) үшін ИИ-мен салыстырғанда тіркелді. ЖФ бар пациенттер сондай-ақ 28 күндік кезеңде ( $OR = 1,38$ ; 95% ДИ: 1,12-1,69) өліммен аяқталу қаупі жоғары болды. Алайда, ДСИ, не АГ, инсульт сыртартқысында Шымкент қ.28 күндік өлім-жітіммен байланысты емес екенін атап өту қызықты, бұл аталған факторлардың медициналық көмек көрсетудің уақтылы деңгейінде нәтижесіне емес, инсульттің пайда болуына үлкен әсер ететінін көрсетеді [178, 56 б.]. Тәуекел факторларының пациенттердің бір жылдық өміршеңдігіне әсерін талдау кезінде мыналар анықталды: бір жылдық өміршеңдік 67,7% (95% ДИ: 64,6-70,6) құрады, бұл дамыған елдерде мұндайдан айтарлықтай айырмашылығы жоқ. Қазақстанда МИ бар пациенттердің жылдық өмір сүруіне әсер ететін факторлар анықталды. Жынысы, жасы, жүрек ақаулары, артық дене салмағы, ауыр тұқым қуалаушылық, емдеуге жатқызу мерзімі және инсульттің ауырлығы  $nhss$  шкаласы бойынша 12 айда тірі қалумен тығыз байланысты. Біз сыртартқысында және онсыз ДК бар пациенттер арасында өмір сүрудің статистикалық маңызды

айырмашылықтарын анықтадық.

Мүмкін, бұл ДК-мен ауыратын науқастарды іріктеудің аз өлшемімен байланысты болуы мүмкін [178, б. 53]. Артық ДСИ біздің зерттеуде пациенттердің өмір сүруінің қолайлы көрсеткіші болды. Біздің мәліметтер шетелдік авторлардың зерттеулерінің нәтижелеріне қайшы келмейді, онда емделушілерде артық ДМИ бар болуы өмір сүрумен тығыз байланысты болды [178, б. 54]. Сонымен қатар, жоғарыда келтірілген деректер ФР-ның 28 күндік өлім-жітімге әсерін талдау нәтижелеріне ұқсас болды, себебі емделушілердің басым көпшілігі дәл осы кезеңде қолайсыз нәтижемен болды. Өз зерттеуінде науқастың қантамыр апатының басталуы мен оның стационарға түсуі арасындағы үлкен уақыт аралығына назар аударады [193, Б. 81]. Атап айтқанда, 1/2 астам пациенттер терапевтік терезеден тыс ауруханаға жатқызылды.

Біздің нәтижеміз бойынша, неврологиялық бөлімшеге ауру басталғаннан 24 сағаттан астам уақыт өткен соң келіп түскен науқастар өмір сүрудің ең нашар деңгейі болды [179, б. 54]. Біздің когортта емделушінің кеш қаралуының негізгі себебі инсульттің алғашқы симптомдары туралы нашар хабардар болуы мүмкін, себебі науқастардың 40% - дан астамы осы себеп бойынша дәрігерге дер кезінде қаралмаған. Алғашқы терапия алғашқы симптомдардың пайда болуынан алғашқы сағаттарда басталуы тиіс, науқастарды ерте емдеуге жатқызу МИ нәтижелері үшін маңызды. Шамасы, бұл факт МИ проблемасына қатысты емдеу-алдын алу іс-шаралары кешенін оңтайландырудың ең маңызды сәті болып табылады. Осы зерттеу Шымкент қаласы тұрғындарының 28 күндік өліммен және жылдық өмір сүруімен байланысты тәуекел факторлары Қазақстандағы популяциялық Регистр әдісімен үлкен таңдауда клиникалық көріністерді егжей-тегжейлі зерттеумен алғашқы когорттық зерттеулердің бірі болып табылады. Алынған мәліметтер МИ өлім-жітімінің жоғары қаупі бар науқастар тобын бөліп көрсетуге және жіті мидан кейін ұзақ мерзімді нәтижелерді жақсарту үшін нақты науқаста қолайсыз нәтиже қаупін болжауға дифференциалды тәсіл жасауға мүмкіндік береді. Халықтың сырқаттанушылығының жоғары көрсеткіштері Шымкент қаласы мен Қазақстанда өмір сүрудің қанағаттанарлық көрсеткіштерімен үйлескен Осы аурулардың алдын алуға көп көңіл бөлу және емдеуді ерте бастау мүмкіндігін қамтамасыз ету үшін алғашқы симптомдар туралы халықты хабардар ету қажеттігін куәландырады.

Жұмыстың келесі бөлімі стандартталған шкалаларды пайдалана отырып, инсульт тіркелімінің деректері бойынша функционалдық нәтиженің динамикасын талдауға арналған. Күнделікті белсенділікті бағалау нәтижелері жіті кезеңнің соңына қарай (28 күн) тірі қалған науқастардың 20,3% бөгде көмек пен күтімге мұқтаж болғанын көрсетеді. 3 айдан кейін тірі қалған науқастардың 22,8% - ы толығымен тәуелсіз болды, ал 6 айдан кейін 64,8% - да және жылдың соңында тірі қалған науқастардың 75,7% - да инвалидизация белгілері сақталды. Жоғарыда айтылған деректер 2006 жылғы Хельсинборг декларациясына сәйкес келмейді, Қазақстан да қол қойған 2006-2015 жылдарға арналған стратегияны қабылдаған. Негізгі мақсаты инсульттан кейін 3 айдан

кейін тірі қалған пациенттердің 70% және одан да көп күнделікті өмірде толық тәуелсіздікке қол жеткізу болып табылады. Қалыптасқан жағдай мультидәрттілік бригаданың (невролог, реаниматолог, кардиолог, нейрохирург, кинезиотерапевт, эрготерапевт, психотерапевт, логопед) болмауына; нейровизуализациялық қызметтің тәулік бойы жұмысының болмауына байланысты болуы мүмкін.; Шымкент қаласындағы МИ алдын алу бағдарламасының сабақтастық принциптері бойынша әрекет ететін бірыңғай әлемдік стандарттарға сәйкес келеді. Біздің деректеріміз МИ кейін науқастарды оңалту жүйесін дамытудың өткір проблемасын куәландырады.

Диссертациялық жұмыстың соңғы кезеңінде МИ бар пациенттерді оңалтудағы ТМС тиімділігінің нәтижелері ұсынылған. Біз жүргізген эксперименталды нандомизацияланған бақылаудағы зерттеу, ишемиялық инсульт бар пациенттерді кешенді оңалтуда ТМС қолдану кезінде NIHSS ( $p=0,026$ ) шкаласы көрсеткіштерінің деректері бойынша неврологиялық тапшылықты қалпына келтіру процесі мен дәрежесі тездесетінін көрсетті, қолдың бұлшық еттерінің ( $p=0,040$ ) және аяқтардың ( $p=0,021$ ) күшінің ұлғаюы, MMSE ( $p=0,007$ ) шкаласы бойынша пульттен кейінгі когнитивтік бұзылулар дәрежесінің азаюы және "сағатты салу" тесті ( $p=0,042$ ), Бартель индексі ( $p=0,042$ ) бойынша күнделікті өмірде функционалдық Тәуелсіздік), рэнкиннің модификацияланған шкаласы бойынша ( $p=0,049$ ). Осы зерттеудің кемшіліктерінің бірі салыстырмалы шағын уақыт аралығында (20 күн) ТКС тиімділігін бағалау болып табылады. Тек алғашқы 20 күнде ғана емес, сонымен қатар келесі 6 айда да тиімділікті анықтау ақпараттық болар еді, өйткені әдеби көздерде [181, б.60] ТКС динамикадағы қозғалыс функцияларына әсері байқалады. Бұл терапия тек жақын ғана емес, сондай-ақ алыс әсерлерін бағалауға мүмкіндік береді. Біз не үйреніп, катамнез науқастар ишемическим инсультпен кейін 6 айдан соң жүргізілген кешенді емдеу. Зерттеудің осы кезеңінің екінші кемшілігі зерттеудің статистикалық қуатын айтарлықтай шектейді, сондай - ақ қатысушылардың рандомизациясының және соққыларының болмауы болып табылады, бұл әсерді жоғарылатуға әкелуі мүмкін [181, 60 Б.]. Сондай-ақ, негізгі топта когнитивтік функцияларды бағалау нәтижелеріне мұқият қарау керек. Біріншіден, MMSE шкаласы бойынша нәтижелерді бағалау кезінде нәтижелер расталмады, алайда оң динамика байқалса да, екіншіден, тестіні қайта өткізу есебінен нәтижелерді жақсарту мүмкін емес.

Осылайша, біздің зерттеу Қазақстанда алғашқылардың бірі болып табылады, ол жалпы қозғалыс және когнитивті тапшылыққа ТМС-ның оң әсерін көрсетеді, сондай-ақ ресейлік және шетелдік ғалымдардың зерттеулерін толықтырады. Біздің нәтижелер осы әдісті ерте қалпына келтіру кезеңінде ишемиялық инсульті бар емделушілерде нейрореабилитациялық іс-шаралар кешеніне енгізу үшін тағы бір дәлел береді. Дегенмен, зерттеу дизайнының кемшіліктерін ескере отырып, нәтижелер ірі көп орталықты рандомизацияланған бақыланатын сынақтарда репродукциялануы тиіс. Бұдан әрі инсультті емдеуде ТМС әртүрлі хаттамаларының дифференциалды рөлін (стимуляция жиілігі, ұзақтығы, қарқындылығы) анықтау мақсатында үлкен

іріктеумен жақсы жоспарланған зерттеу жүргізу қажет.

Қорытындылай келе, жүргізілген жұмыс клиникалық-эпидемиологиялық жағдайдың таралуына, өлім-жітімге, өлім-жітімге, қауіп факторларына, қолайсыз нәтиженің алдын алуға, ауырлықты және күнделікті белсенділікті бағалауға, жыл ішіндегі қалпына келтіру процесінің серпініне және Шымкент қаласындағы МИ ауруларына оңалту көмегін жүргізу әдістемесіне қатысты шынайы мәліметтерді алуға мүмкіндік бергенін атап өткен жөн. Алынған деректер емдеу - алдын алу шараларын ұйымдастырудың маңызды міндеттерін шешу және МИ бар науқастарды нейрореабилитациялауды жүргізу әдістемесін жетілдіру үшін әлеуетке ие.

*Зерттеу барысында алынған нәтижелер мен олардың талдаулары келесі қорытындыларды тұжырымдауға мүмкіндік берді:*

1. МИ аурушандығы 100 мың тұрғынға шаққанда 286 жағдайды құрады (2014 ж.) (ерлерде 318/100 000; әйелдерде 278/100 000). Инсульттің ең жоғары ауруы 60-69 жастағы ер адамдарда және 50-59 жастағы әйелдерде анықталған. Шымкент қаласында инсульттан өлім-жітім жылына 100 мың тұрғынға шаққанда 89 жағдайды құрайды (ерлер арасында 89/100 00; әйелдерде 101/100 000). Түркістан облысында (Шымкент қаласында) МИ аурушандығы мен өлім-жітімінің көрсеткіштері дамыған елдерге қарағанда 2 есе жоғары, бұл алдын алуды оңтайландыруды талап етеді. 28 күндік өлім-22,4%, орташа жылдық өлім-31,1%.
2. Емделушілерде 91,6% (95% ДИ:0,89-0,93) АГ анықталды; әрбір екінші гиперхолестеринемияда-52,2% (95% ДИ:0,49-0,55) және дененің артық салмағы - 51,7% (95% ДИ:0,48-0,54); әрбір төртінші кезеңде анамнезде инсульт тіркелген-28,4% (95% ДИ:0,25-0,31); жүрек-қантамыр аурулары бойынша ауыр тұқым қуалаушылық-25,4% (95% ДИ:0,23-0,29) және жүрек фибрилляциясы-21,2% (95% ди:Ескерту. Келесі қауіп факторлары сирек байқалды:қант диабеті-17,2% (95% ДИ:0,15-0,19); инфарктіден кейінгі кардиосклероз - 15,6% (95% ДИ:0,13-0,18); жіті миокард инфаркты (жим)- 4,2% (95% ДИ: 0,03-0,05)); жүрек ақаулары-1,9% (95% ДИ:0,01-0,03); транзиторлы ишемиялық шабуыл - 1,5% (95% ДИ:0,08-0,025).

28 күндік өлім-жітімнің даму ықтималдығына статистикалық тұрғыдан елеулі әсер ететін факторлар: 70 жастан асқан жас (ОШ, 95% ДИ: 2,40 (1,48-3,89), ВМК (ОШ, 95% ДИ: 2,86 (1,86-2,89), сақ(ОШ, 95% ДИ: 3,77 (2,22)-6,42), фибрилляциясы (НМ, 95% ДИ: 1,38 (1,12-1,69), ОИМ (НМ, 95%ДИ: 1,41 (1,03-1,94), кеш емдеуге жатқызу (НМ, 95% ДИ:2,10 (1,64-2,69), ауыр (nihss бойынша 15-24 балл) және өте ауыр (IHSS бойынша 25-42 балл) неврологиялық тапшылық (НМ, 95% ДИ:4,30 (1,42-12,9) және (НМ, 95% ДИ:4,98 (1,66-14,8).

МИ бар емделушілердің жылдық өмір сүруіне әсер ететін қолайлы предикторлар: ер жынысы (Log Rang P<0,001), инсульттің ишемиялық түрі (Log Rang P<0,001), жасы 50 жасқа дейін (Log Rang P<0,001), жеңіл неврологиялық тапшылық (NIHSS бойынша 1-4 балл) (Log Rang P<0,001), аурудың басынан 4,5 сағатқа дейінгі мерзімде емдеуге жатқызу (Log Rang P<0,001), артық дене салмағы (Log Rang P<0,001),<0,004), ауырлаған тұқым қуалаушылық (log rang P < 0,001).

Жіті кезеңнің соңына (28 - ші күн) өзіне-өзі қызмет көрсетуге бөгде адамның көмегі 79,7%, 3 айдан кейін 77,2%, 6 айдан кейін-67,8% және бірінші жылдың соңына тірі қалған науқастардың 75,7% қажет болды.

ТМС ишемиялық инсультпен ауыратын науқастарды кешенді оңалтуға қосу емдеу тиімділігін арттырады (инсульт ауырлығының едәуір төмендеуіне ( $p=0,026$ ), Бартель индексі ( $p=0,042$ ), Рэнкин шкаласы бойынша ( $p=0,049$ ), бұлшық ет тонусының қалыпқа келуіне ( $p=0,040$ ), mmse шкаласы бойынша когнитивті функцияны жақсартуға ( $p=0,007$ ), ТРЧ бойынша ( $p=0,042$ )).



## ПРАКТИКАЛЫҚ ҰСЫНЫСТАР

1. Инсульт аурушаңдығы мен өлім-жітімі және МИ негізгі көрсеткіштерінің серпіні бойынша нақты жағдайды бағалау үшін Шымкент өңірінде инсульт тіркелімін жасау бойынша жұмысты жалғастыру қажет. Салыстырмалы талдау үшін Қазақстан аумағында осындай тіркелімдерді жасау қажет. Алынған деректер мақсатты және пәрменді алдын алу іс-шараларының негізіне жатқызылуы мүмкін.
2. Халықтың инсульт тәуекелінің алғашқы белгілері мен факторлары туралы хабардар болуын жақсартуға бағытталған оқыту бағдарламаларын енгізуді және жетілдіруді жалғастыру қажет. Бұл пациенттерді стационарға дер кезінде жатқызуды қамтамасыз етуге, ми кезінде таралуын, өлім-жітімді, өлім-жітімді және мүгедектікті азайтуға мүмкіндік береді. Жүрекше фибрилляциясы бар емделушілерде ми инсультінің алдын алуды оңтайландыруға ерекше назар аудару қажет.
3. **ЖМС**-ны ерте қалпына келтіру кезеңінде ишемиялық инсультпен ауыратын науқастарды кешенді емдеуде қолдану қозғалыс тапшылығының регрессін жеделдетуге, бұлшықет тонусын қалыпқа келтіруге, күнделікті белсенділікті жақсартуға ықпал етеді.

## ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1. Скворцова В. И. Инсульт: диагностика, емдеу, алдын алу. - М.: МЕДпресс-информ, 2008. - б.288.
2. Скворцова В. И. Нейропротекторлы терапия, ишемиялық инсульт // Дәрігер. - 2004. - № 6.
3. Кулебрас А. Инсульт-алдын алуға болатын жіті ауру / / неврология және психиатрия журналы. С. Корсаков -2007. - Спец. вып.- С. 74-76.
4. Хаким А. М. инсульт кезіндегі көмек жүйесіндегі өзгерістер: канадалық тәжірибе
5. Неврология және психиатрия журналы. С. Корсаков -2007. - Спец. вып. - С. 129-132.Исмагилов М. Ф.Татарстан Республикасындағы цереброваскулярлық патология мәселесі / / баяндама тезистері. - 2003.- С. 15-17.
6. Whisnant J.P. Modeling of risk factors for ischemic stroke. The Willis lecture // Stroke. -1997 - Vol.28. - P.1839-1843.
7. Tuomilehto J., Sarty C., Narva E.V. et al. The FINMONICA Stroke Register. Community-based stroke registration and analysis of stroke incidence in Finland, 1983-1985 // Am. J. Epidemiol. -1992. -Vol.135. -P.1259-1270.
8. Мағлұмат А. Уфа қ.инсульттің эпидемиологиялық сипаттамасы Регистр мәліметтері бойынша // неврологиялық вестник им. В. М. Бехтерева. -2007. - 39, № 1 Том. - С. 45-48..
9. Ovbiagele B., Goldstein L.B., Higashida R.T. at el. American Heart Association Advocacy Coordinating Committee and Stroke Council // Stroke. - 2013.- №44(8). -P.2361-75.
- 10.Evers S.M., Ament A.J., Blaauw G. Economic evaluation in stroke research: A systematic review // Stroke. - 2000. - №5 (31). -P.1046–1053.
11. Vega T, Zurriaga O, Mauro J, Milagros Gil R, Alamo R, Lozano J, et al. Stroke in Spain: Epidemiologic Incidence and Patterns; A Health Sentinel Network Study // Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases. – 2009. - Vol. 18, №1. – P.11-16.
12. Барашков Н.С. Артериялық гипертензиясы бар науқастарда ми қан айналымының жіті бұзылуының клиникалық-экономикалық аспектілері: автореф. канд. мед. наук: 14.00.13. – Ульяновск: УГМУ, 2010. - 25с.
13. Alberts M.J. Ischemic stroke. // Cerebrovascular Diseases, 2002. -Vol. 13.- (suppl 1). - P.12-16.
14. Knopman D.S. Dementia and Cerebrovascular Disease // Mayo Clinic Proceedings. - 2006. - Vol. 81, №2. -P.223–230.
15. Khan F.A. Incidence of Stroke and Stroke Subtypes in Malmo, Sweden, 1990-2000: Marked Differences Between Groups Defined by Birth Country // Stroke. - 2004. - Vol. 35. - P.2054-2058
16. Medin J., Nordlund A., Ekberg K. Increasing Stroke Incidence in Sweden between 1989 and 2000 among Persons Aged 30 to 65 Years// Evidence from the Swedish Hospital Discharge Register Stroke. -2004. - Vol.35. - P.1047

17. Hajat C. Ethnic Differences in Risk Factors for Ischemic Stroke: A European Case-Control Study // *Stroke*. -2004. -Vol. 35. -P.1562-1567.
18. European stroke initiative recommendations, 2004 <http://www.eso-stroke.org>.
19. Суслина З.А. Бас миының тамыр аурулары. - М.: МЕД пресс-информ, 2009.
20. ПаКРенов В.А. Ишемиялық инсульт. - М.: МИА, 2012. - С.312.
21. Гусев Е.И. Ресейдегі инсульт эпидемиологиясы. Геморрагиялық инсульт.- М.: Мастер-класс, 2004. - С.4–8.
22. Гусев Е.И. Ресейде инсульт мәселесі // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. Корсакова. Инсульт (приложение к журналу)*. - 2003. - №. 9. - С.3–5.
23. European Stroke Initiative: European stroke initiative recommendations for stroke management. European stroke council, european neurological society and european federation of neurological societies // *Cerebrovasc Dis*. - 2000. -№10. - P. 350-351.
24. Виленский Б.С. Ресейдегі ангионеврологияның дамуы// *Неврологический журнал*. -2004.- № 4.- С.53–56.
25. Feigin V.L. et al. Global and regional burden of stroke during 1990—2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010 // *Lancet*. -2013. - Vol.6736, №13.-P.61953-61954.
26. Epstein L. Mortality from ischemic heart disease and cerebrovascular disease in Israel 1969-1978 // *Stroke*. -1982. - №13. - P.570–573.
27. Стаховская Л.В. Ресейдегі инсульт эпидемиологиясы аумақтық-популяциялық тіркелімнің нәтижелері бойынша (2009 – 2010) // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Инсульт*. -2013. - Вып. 5. -С.4–10.
28. Patients with Calcification of the Aortic Valve with or Without Stenosis // *Stroke*.-1996. -Vol.27, № 5. – P.847-851
29. Пинчук Е.А. 2001-2002 жж. Екатеринбургтегі цереброваскулярлық патология бойынша жағдайды талдау // *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. -2003.-№ 9 - С.121
30. Белкин А.А. Ірі өнеркәсіп орталығында ми қан айналымының жіті бұзушылықтары бар науқастарға көмек көрсетуді ұйымдастыру // *Неотложная терапия. Инсульт*. - 2003. - № 3–4. – С.61–64.
31. Бродерик Дж. П. 2025 ж. инсультті емдеу: популяциядағы таралуы, жетістіктер мен қиындықтар (лекция, посвященная памяти Уильяма М.Фейнберга) // *Ж. Stroke: российское издание*. -2004.- № 3. – С.69–77.
32. Varlamova T., Zhukovski G., Chazova L., Britov A. Monitoring of Major Cardiovascular Diseases in Moscow, USSR // *Acta. Med. Scand*. -1988.-№728. - P.73-78.
33. Ворлоу Ч.П. Инсульт. Науқастарды жүргізу үшін практикалық басшылық.-СПб.: Политехника, 1998. – 629 с.

34. Абсеитова С.Р. Оңтүстік Қазақстан облысындағы жүрек-қан тамырлары ауруларының қазіргі жағдайы // Қазақстан Республикасының дәрігерлері мен провизорларының 111 съезінің материалдары. -2007. -Т. 1, Ч. 1.- С.21-23
35. Абсеитова С.Р. 2008 жылы Оңтүстік Қазақстан облысында жүрек-қан тамырлары ауруларының қазіргі жағдайы //www.cardiocenter.Kz.
36. Жусупова А.С. Инсульт-отандық неврологияның жаһандық мәселесі // Журнал Человек и Лекарство – Казахстан. - 2011.- № 3. -С.6-9.
37. Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау саласын дамытудың мемлекеттік бағдарламасы «Саламатты Қазақстан» на 2011- 2015 жылдар. - Астана, 2010. -№1113. - С.56.
38. Change in stroke incidence, mortality, case fatality, severity and risk factors in Oxford shire, UK from 1981 to 2004 (Oxford Vascular Study) // Lancet. -2004. - Vol. 363. - P.1925–1933.
39. Towfighi A. Stroke declines from third to fourth leading cause of death in the United States: historical perspective and challenges ahead // Stroke. -2011. -Vol. 42. - P.2351–2355.
40. Хасанова Д.Р. Ишемиялық инсультті емдеу тәжірибесі // Матер. II Росс. междунар. конгресс «Цереброваскулярлық патология және инсульт " адам және дәрі». - Казань. - 2007. -С.13.
41. Хахим А.М. Инсульт кезіндегі көмек жүйесіндегі өзгерістер: канадалық тәжірибе // Журнал неврологии и психиатрии им. С. Корсакова. -2007. - Спец. вып. - С.129-132.
42. Радд Э.Г. Ұлыбритания мысалында жіті инсульті бар пациенттерге госпитальдық көмекті жақсартудың ұлттық стратегиясы // Журнал неврологии и психиатрии им. С. Корсакова. -2007. - Спец. вып. -С.347-151.
43. Грейди Б.О. Инсульт кезінде кешенді көмек жүйесін дамыту және іске асыру. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.Корсакова. -2007. - Спец. вып. -С.133-136.
44. Гусев Е.И. и др. Жедел ми инсультін емдеу: диагностикалық және терапиялық Алгоритмдер. -М: Медицинская книга, 1997. – С.258.
45. Скворцова В.И. Ресей Федерациясында инсульттерден сырқаттанушылықты, өлім-жітімді және мүгедектікті төмендету. - М.: Литера, 2007. -С.192.
46. Суслина З.А., Танащян М.М., Ионова В.Г. Ишемиялық инсульт: қан, тамыр қабырғасы, анти тромботикалық терапия. - М.: Медицинская книга, 2005. – 247с.
47. Верещагин Н.В., Суслина З.А., Гераскина Л.А. Неврологиядағы шұғыл жағдайлар. - СПб., 2002. - 397с.
48. Скворцова В.И., Стаховская Л.В., Айриян Н.Ю. Ресей Федерациясындағы инсульт эпидемиологиясы // Consilium medicum. -2003. -Т. 8, № 5. - С. 3—4.
49. Кулеш С.Д. Инсульттің популяциялық тіркелімі: Беларусь Республикасында пайдаланудың халықаралық тәжірибесі мен перспективалары // Медицинские новости. - 2006. -№ 7.- С.63–65.

50. Лихачев, С.А., Кулеш С.Д. Беларусь Республикасында инсульттің популяциялық тіркелімін жүргізудің бірінші тәжірибесі // Украин неврологиялық журналы. -2008.- № 1.- С.42–47.
51. Feigin V.L., et al. Stroke epidemiology: a review of population-based studies of incidence, prevalence, and case-fatality in the late 20th century // *Stroke*. -1994. - Vol. 25. - P.1241–1246.
52. Hong Y.L. et al. Stroke incidence and mortality in rural and urban Shanghai from 1984 through 1991: findings from a community-based registry // *Stroke*. - 1994- Vol. 25. - P.1165–1169.
53. Liu L. et al. Changes in stroke mortality rates for 1950-1997 (A great slowdown of decline trend in Japan) // *Stroke*. -2001. - Vol. 32. - P.1745-1749.
54. Muntner P. et al. Trends in stroke prevalence between 1973 and 1991 in the US population 25 to 74 years of age // *Stroke*. -2002. - Vol.33. -P.1209-1213.
55. Pessah-Rasmussen H., et al. Increasing Stroke Incidence and Decreasing Case Fatality, 1989-1998: A Study From the Stroke Register in Malmö, Sweden // *Stroke*. -2003. - Vol. 34. - P.913-918.
56. Tsai C. et al. Epidemiology of stroke and its subtypes in the Chinese against the white population // *Neurology*. -2013. - Vol.81, №3. - P. 264-272.
57. Weimer W. et al. Deficient production of immune interferon in renal transplant recipients // *N. Engl. J. Med*. -1982. - Vol. 307. -P. 1403–1407.
58. Суслина З.А., Варакин Ю.Я., Верещагин Н.В. Сосудистые заболевания головного мозга. М.: МЕДпресс-информ, 2009.
59. Derex L. Factors influencing early admission in a French Stroke Unit // *Stroke*. - 2002. - Vol. 33.-P.153–156.
60. Gusev E.I. *Cerebrovasc Dis.* - 1999. - С.126.
61. Howard G. For the ARIC investigators. Cigarette smoking and profession of atherosclerosis: the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study // *JAMA*. - 1998. - Vol. 279. - P.119-125.
62. Malmgren R. Geographical and secular trends in stroke incidence // *Lancet*. - 1987. - Vol.2.-P.1196–1200.
63. Bogousslavsky J., VanMell G., Regli F. The Lausanne Stroke Registry: Analysis of 1000 consecutive patients with first stroke // *Stroke*. -1988. -Vol. 19. -P. 1083-1092.
64. Bamford J., Sandercock P., Dennis M. A prospective study of acute cerebrovascular disease in the community. The Oxford Community Stroke Project 1981–1986 // *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. -1988. -Vol. 51. - P.23-24.
65. Bonita R. Epidemiology of stroke // *Lancet*. - 1992. -Vol. 339. - P. 342-344.
66. Eisenblatter D., Heinmann L., Ckassen E. Community based stroke trends from the 1970s through the 1980s in East Germany // *Stroke*. - 1995. - Vol.26. -P.919-923.
67. Hansen B.S., Marquardsen J. Incident of stroke in Frederiksberg, Denmark // *Stroke*. -1977. - Vol.8. -P.663-665.

- 68 Hantasaari F., Asplund K., Stegmayr B., Lundberg V., Wester P.O. Trends in cardiovascular risk factors in Northern Sweden MONICA study // Cardiovascular risk factors. - 1993. -Vol. 3. - P.215-221.
- 69 Sacco R.L. Current epidemiology of stroke. Current review of cerebrovascular disease // Current Medicine. -1993. - P.3-14.
- 70 Wang X.D. Study in cerebrovascular disease of the elder in China // Advances in Experimental Medicine and Biology. -1995. -Vol. 363. -P.155-163.
- 71 БулецаБ.А., МігалкоВ.В., МедвецькийА. Деякі фактори ризику мозкових інсультів. Ужгороді. Дебрецен // Мат-ли Першого національного конгресу «Інсульт судинно-мозкові захворювання». - 2006. - С. 15-16.
- 72 Гринчук А.Д. Обуховська Л.І. Епідеміологія цереброваскулярних захворювань в Рівненській області // Мат-ли Першого національного конгресу «Інсульт та судинно-мозкові захворювання». -2006. - С. 17.
- 73 Коленко О.І. Епідеміологія мозкового інсульту за даними реєстру у місті Сумах (Епідеміологічне і клініко-мокрологічне дослідження): Автореф. дис... канд. мед. наук. 14.00.13. -Київ: ГУ, 2005. -20с.
- 74 Шкробот С.І., Салій З.В., Колесникова Л.І., Стоян С.Б. Епідеміологія мозкового інсульту в Тернопільській області // Мат-ли Першого національного конгресу «Інсульт та судинно-мозкові захворювання». - 2006. - С.19.
- 75 Фейгин В.Л. Эпидемиологическая характеристика малого инсульта в Семейске // Журнал неврологии и психиатрии им. С. Корсакова. -1986.- № 8.- С.1149-1152.
- 76 Верещагин Н.В., Варакин Ю.Я. Регистры инсульта в России: результаты и методологические аспекты проблемы // Журнал неврологии и психиатрии им. С.Корсакова. -2001.- № 2.-С.34-40.
- 77 Омарова А.А. Алматы қ. ашық популяциясындағы инсульт және оның қауіп факторларын эпидемиологиялық зерттеу: автореф. ... дисс. канд.мед.наук: 14.00.13. - Семейск: НГМУ, 2004. - 13с.
- 78 Пазылбеков Т.Т. Қалалық популяциядағы ми инсультінің клиникалық-эпидемиологиялық ерекшеліктері (Шымкент қаласы мысалында): автореф. ... канд. мед. наук: 14.00.13. – Алматы: КНМА им.С.Асфендинова, 2007. – 19с.
- 79 Бекбосынов А.Ж. Павлодар облысындағы ишемиялық инсульттің клиникалық-эпидемиологиялық аспектілері және оның хирургиялық және кешенді емі: автореф. ... дисс. док. мед. наук: 14.00.13. -Бишкек: КГМА им.И.Ахунбаева, 2014. -15с.
- 80 Ли Е.Ю. Атырау облысындағы ми инсультінің эпидемиологиясы. Медициналық-генетикалық болжау: автореф. ... канд. мед. наук: 14.00.13. – Алматы: КНМА им.С.Асфендинова, 2009. – 18с.
- 81 Цукурова Л.А., Бурса Ю.А. Қауіп факторлары, ми қан айналымының жіті бұзылуының бастапқы және қайталама алдын алу // Русский Медицинский журнал: приложение «Неврология». - 2012. - № 10. - С.494-498.
- 82 Freitas G.R. de, Bogousslavsky J. Primary stroke prevention // European journal of neurology. -2001. - №8. -P.1-15.

83 Elkind M.S., Sacco R.L. Stroke risk Factors and stroke prevention. // Semin.Neurol. - 1998. - Vol. 18. - P.429-440.

84 Kleindorfer D.O., Khoury J., Moomaw C.J., Alwell K., Wood D., Flaherty M.L. et al. Stroke incidence is decreasing in whites but not in blacks: a population-based estimate of temporal trends in stroke incidence from the Greater Cincinnati/Northern Kentucky Stroke Study // Stroke. -2010. - Vol.41. - P.1326–1331.

85 Truelsen T., Piechowski-Józwiak B., Bonita R., Mathers C., Bogousslavsky J., Boysen G. Stroke incidence and prevalence in Europe: a review of available data // Eur J Neurol. -2006. - Vol.13. - P.581–598.

86 Heuschmann P.U., Grieve A.P., Toschke A.M., Rudd A.G., Wolfe C.D. Ethnic group disparities in 10-year trends in stroke incidence and vascular risk factors: the South London Stroke Register (SLSR) // Stroke. -2008. - Vol.9, №3. - P.2204–2210.

87 O'Donnell M., Xavier D., Liu L. et al. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE Study): a case-control study Reference // Lancet.-2010. - Vol. 376. -P.112-123.

88 Sierra C., Coca A. High blood pressure, alcohol, and cardiovascular risk // Eur. Society of Hypertension Scient. Newsletter. -2011. - Vol. 12, №39.-P.177-189

89 Bejot Y., Giroud M. Stroke in diabetic patients. // Diabetes Metab. -2010. - Vol 36. -P.84-87.

90 Tuttolomondo A., Pinto A., Salemi G., et al. Diabetic and non-diabetic subjects with ischemic stroke: differences, subtype distribution and outcome. // Nutr Metab Cardio vasc Dis. -2008. – Vol.18, №2.- P.152–157.

91 Ярек-Мартынова, И.Р. Мозговая гемодинамика и церебральный перфузионный резерв у больных сахарным диабетом 1-го типа // Журнал неврологии и психиатрии им. С. Корсакова. Инсульт. - 2012. - Вып. 2. - С.43–48.92 Friberg L.

Hammar N. Rosenqvist M. Stroke in paroxysmal atrial fibrillation: report from the Stockholm Cohort of Atrial Fibrillation. // Eur Heart J. -2010. -31.- P. 967–997.

93 Jorgensen H. S., Nakayama H., Reith J. et al. Acute stroke with atrial fibrillation. The Copenhagen Stroke Study // Stroke. -1996. -Vol. 27. - P. 1765–1769.

94 Kannel W. B., Abbott R. D., Savage D. D., Wolf P.A., Abbott R. D., Kannel W.B. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study // Stroke. -1991. -Vol 22. - P.983-988.

95 Kaarisalo M.M., Immonen-Räihä P.I, Martilla R.J. et al. Atrial Fibrillation and Stroke. Mortality and Causes of Death after the First Acute Ischemic Stroke // Stroke. - 1997. - Vol.28, № 4. – P. 311-315.

96 Truelsen I., Prescott E., Gronback M. Trends in Stroke Incidence: The Copenhagen City Heart Study // Stroke. - 1997. - Vol.28, № 10. -P.1903-1907.

97 ПаКренов В.А. Факторы риска и патогенетические подтипы ишемического инсульта // Атеротромбоз. – 2012. – №1 (12). – С.16-25.

- 98 Hart. Б., R.G. Meta-analysis: antithrombotic therapy to prevent stroke in patients who have nonvalvular atrial fibrillation // *Ann Intern Med.* – 2007. – Vol. 146. –P.857–867.
- 99 Виберс Д., Фейгин В., Браун Р. Инсульт: клиникалық басшылық / пер. с англ.-Изд.2-е, испр. и дополн. — М.: БИНОМ, 2005.-608с.
- 100 A Statement for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association Council on Stroke: Co-Sponsored by the Council on Cardiovascular Radiology and Intervention: The American Academy of Neurology affirms the value of this guideline // *Stroke.* -2006. -№ 37. - P.577-617.
- 101 Albaker O., Zubaid M., Alsheikh-Ali A.A. at al. Gulf RACE Investigators. Early stroke following acute myocardial infarction: incidence, predictors and outcome in six Middle-Eastern countries // *Cerebrovasc Dis.* - 2001. - Vol.32. - P.471-482.
- 102 Wolf D.A., D'Agostino R.B., Kannel W.B. et al. Cigarette Smoking as a Risk Factor for Stroke: the Framingham Study // *JAMA.* - 1994. - Vol.298. – P. 789-794.
- 103 Haheim L.L., Holme I., Leren P. Smoking Habits and Risk of Fatal Stroke: 18 Years Follow-up of the Oslo Study // *Stroke.* - 1997. - Vol.28, № 5. –P.195-211.
- 104 Paul E Ronksley, Susan E Brien, Barbara J Turner et al. Association of alcohol consumption with selected cardiovascular disease outcomes: a systematic review and meta-analysis // *BMJ.* -2011.-P.342.
- 105 Страззулло П., Д'Эллиа Л., Каирелла Г., Гарбагнати Ф., Каппуцио Ф.П., Скальфи Л. Избыточная масса тела и заболеваемость инсультом: мета-анализ проспективных исследований с участием 2 миллионов человек // *Stroke.* -2010.- №4.- С. 15-25.
- 106 Doehner W., SchenkelJ., Anker S.D., Springer J.,AudebertH.J. Overweight and obesity are associated with improved survival, functional outcome, and stroke recurrence after acute stroke or transient ischaemic attack: observations from the TEMPiS trial // *Eur Heart J.*– 2013. – Vol. 34(4). -P.268-277.
- 107 Wilson P.W., D'Agostino R.B., Sullivan L., Parise H., Kannel W.B. Overweight and obesity as determinants of cardiovascular risk: the Framingham experience. // *Arch Intern Med.* -2002. - Vol. 9, №162 (16). -P.1867-1872.
- 108 Neter J., Stam B., Kok F., Grobbee D., Geleijnse J. Influence of weight reduction on blood pressure: A meta-analysis of randomized controlled trials // *Hypertension.* -2003. - Vol. 42. - P.878-884.
- 109 Curioni C., Andre C., Veras R. Weight reduction for primary prevention of stroke in adults with overweight or obesity // *Cochrane Database Syst. Rev.*-2006.
- 110 Лугинова З.Г. Статиналармен емдеу кезінде ұйқы артерияларында атеросклерозды тұрақтандыру мүмкіндігі // *CardioСоматика.* -2015. – № 1. – С.36-45.
- 111 Драпкина О.М. Статиндердің плейотропты әсерлері. Қан тамырларының қаттылығына әсері // *Врач.* – 2012. – № 9. – С.5-8.
- 112 Giles M.F., Rothwell P.M. Risk of stroke early after transient ischaemic attack: a systematic review and meta-analysis // *Lancet Neurol.* - 2007. - Vol. 6. – P. 163-172.



113 Gillum. L.A. Mamidipudi S.K., Johnston S.C. Ischemic stroke risk with oral contraceptives: a metaanalysis // JAMA. – 2000. – Vol.284. -P.72–78.

114 Gabriel S., Carmona L., Roque M., Sanchez G., Bonfill X. Hormone replacement therapy for preventing cardiovascular disease in post-menopausal women // Cochrane Database Syst. Rev.-2005.

115 Brunner R., Gass M., Aragaki A., Hays J., Granek I., Woods N., Mason E., Brzyski R., Ockene J., Assaf A., LaCroix A., Matthews K., Wallace R. Effects of conjugated equine estrogen on health-related quality of life in postmenopausal women with hysterectomy: Results from the women's health initiative randomized clinical trial // Arch. Intern. Med. -2005. - Vol. 165. -P.1976-1986.

116 Rossouw J.E., Prentice R.L., Manson J.E., Wu L., Barad D., Barnabei V.M., Ko M., La Croix A.Z., Margolis K.L., Stefanick M.L. Postmenopausal hormone therapy and risk of cardiovascular disease by age and years since menopause // JAMA. -2007. – Vol. 297. -P.1465-1477.

117 World Health Organization. WHO STEPS stroke manual: The WHO Stepwise approach to stroke surveillance. - Geneva: WHO,2006.

118 Варакин Ю. Я. Ми қан айналымының бұзылуының алдын алудың эпидемиологиялық аспектілері // Атмосфера. Нервныеболезни.-2005.- №2.-С. 4-10.

119 Tsiskaridze A., Djibuti M., van Melle G., Lomidze G., Apridonidze S., Gauarashvili I, Piechowski-Józwiak B., Shakarishvili R., Bogousslavsky J.. Stroke incidence and 30-day case-fatality in a suburb of Tbilisi: results of the first prospective population-based study in Georgia. Stroke. – 2004. - №35 (11). - P.2523-2528.

120 Peters, Sanne A. E., Huxley, Rachel R. and Woodward. Smoking as a risk factor for stroke in women compared with men: a systematic review and meta-analysis of 81 cohorts, including 3 980 359 individuals and 42 401 strokes // Stroke. - 2013. – Vol.44, №10. -P.2821-2828.

121 Luciano A., Sposato, Saposnik G. Gross Domestic Product and Health Expenditure associated with incidence, 30-day fatality, and age at stroke onset. A systematic review // Stroke. -2012. - № 43. -P.170-177.

122 Huxley R. R., Hirakawa Y., Hussain M. A., Aekplakorn W., Wang X., Peters S.A., Mamun A., Woodward M. Age- and Sex-Specific Burden of Cardiovascular Disease Attributable to 5 Major and Modifiable Risk Factors in 10 Asian Countries of the Western Pacific Region // Circ J. -2015 .- Vol. 79, №8.- P. 1662–1674.

123 Bejot Y, Giroud M. Stroke in diabetic patients // Diabetes Metab. -2010. - Vol 36, №3. -P.84-87.

124 Doehner W., Schenkel J., Anker S.D., Springer J., Audebert H.J..Overweight and obesity are associated with improved survival, functional outcome, andstroke recurrence after acute stroke or transient ischaemic attack: observations from the TEMPiS trial // Eur Heart J. – 2013. – Vol. 34, №4. - P.268-277.

125 Heuschmann P.U., Grieve A.P., Toschke A.M, Rudd A.G., Wolfe C.D. Ethnic group disparities in 10-year trends in stroke incidence and vascular risk factors: the South London Stroke Register (SLSR) // Stroke. - 2008. - Vol.9. - P. 2204–2210.

126 Bonita R., Broad J.B., Beaglehole R. Ethnic variations in stroke incidence and case fatality: the Auckland Stroke study // Stroke.-1997- Vol. 28. -P.758–761.

127 Andersen K.K., Andersen Z.V., Olsen T.M. Predictors of early and late case-fatality in a nationwide Danish study of 26 818 patients with first-ever ischemic stroke // Stroke. -2011. -P.2806-2811.

128 Хасанова Н. М., Попов В. В., Шарашова Е. Е. Факторы риска инсульта и их влияние на 28-дневную выживаемость пациентов // Экология человека. - 2011.- №8.- С.25–32.

129 Николаева Т. Н. Томск қаласындағы инсульттердің клиникалық-эпидемиологиялық сипаттамасы: автореф. дис. ... канд. мед.наук: 14.00.13- Семейск, НГМУ, 2006. -10с.

130 Lopez A.D., Mathers C.D., Ezzati M., Jamison D.T., Murray C.J. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: Systematic analysis of population health data // Lancet. – 2006. - Vol.367. - P.1747—1757.

131 Feigin V.L., Forouzanfar M.H., Krishnamurthi R. Global and regional burden of stroke during 1990-2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010 // Lancet. -2014. - Vol.18 (383). - P.245-254.

132 Гусев Е.И., Бурд Г.С., Гехт А.Б. и др. Метаболическая терапия в остром периоде ишемического инсульта. //Журн. невропатол. и психиатрии. – 1997. –Т.10.–С.24–28.

133 Palm F., Urbanek. C., Rose S., et al. Stroke incidence and survival in Ludwigshafen am Rhim, Germany: the Ludwigshafen stroke study // Stroke. -2010.- № 41.- P. 1865-1870.

134 Luciano A., Sposato; Saposnik G. Gross Domestic Product and Health Expenditure associated with incidence, 30-day fatality, and age at stroke onset. A systematic review // Stroke. -2012.- № 43.-P.170-177.

135 Варакин Ю.Я. Эпидемиологические аспекты профилактики острых нарушений мозгового кровообращения: авторефер... д-ра мед. наук. -М.:1-й МГМУ, 2012. -42с.

136 Kulesh S.D., Filina N.A., Frantava N.M., Zhytko N.L., Kastsinevich T.M., Kliatskova L.A., Shumskas M.S., Hilz M.J.,Schwab S., Kolominsky-Rabas P.L. Incidence and case-fatality of stroke on the East border of the European union: The Grodno Stroke Study // Stroke.-2010.- Vol. 41, №12.-P.2726-2730.

137 Ермошкина Н.Ю. Емдеуге жатқызу мерзімінің және емдеудің басталуының нәтижесіне әсері: автореф. дис. ... кан. мед. наук: 14.00.13. - М.; :1-й МГМУ, 2007. - 10с.

138 Гусев Е.И. Инсульт нәтижесіне әсер ететін негізгі факторлар // Журн. неврологии и психиатрии им. С. Корсакова. - 1995. - Т. 95, № 1. - С.4-7

139 Семенова Г. М. Инсульт нәтижесіне әсер ететін факторлар: автореф... канд. мед. наук: 14.00.13. - СПб.:1-й СпбГМУ им. Павлова, 1993.-16с.

- 140 Albaker O., Zubaid M., Alsheikh-Ali A.A. et al. Gulf RACE Investigators. Early stroke following acute myocardial infarction: incidence, predictors and outcome in six Middle-Eastern countries // *Cerebrovasc Dis.* -2001.-Vol.32. - P.471-482.
- 141 Першина Ю.В. Факторы, повлиявшие на исходы инсультов // *Медицина сегодня и завтра.* -2012.- № 2(55).- С.105-110.
- 142 Sania Medic, Beslac-Bumbasirevic I., Kistic-Tepavcevic D., Pekmezovic T. Short-Term and Long-Term Stroke Survival: The Belgrade Prognostic Study // *J Clin Neurol.* -2013. - № 9. -P.14-20.
- 143 Walker R.W., Jusabani A., Aris E., Gray W.K., et al. Stroke risk factors in an incident population in urban and rural Tanzania: a prospective, community-based, case-control study // *Lancet Glob Health* -2013. - № 1(5). - P.282-288.
- 144 Correia M., Magalhães R., Rui Silva M., et al. Stroke Types in Rural and Urban Northern Portugal: Incidence and 7-Year Survival in a Community-Based Study // *Cerebrovasc Dis.* -2013. - №3. - P.137–149.
- 145 Sun Y., Lee S.H., Heng B.H., Chin V.S. 5-years survival and rehospitalization due to stroke recurrence among patients with hemorrhagic or ischemic strokes in Singapore // *BMC Neurol.* -2013. - №13.-P.133-141.
- 146 Гришанов Г.Р. Шоломова Е.И. Ми қан айналымының жіті бұзылуынан дене салмағының индексі мен өлімнің өзара байланысы // *Бюллетень медицинских интернет-конференций.* -2013.- Вып. 3.-С.770-770.
- 147 Flegal K. M., Kit B.K., Orpana H. Graubard B.I. Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis // *JAMA.* -2013. -Vol. 309. -P.71–82.
- 148 Галкина Т.Н. Организация медицинской помощи и многофакторный анализ исходов нетравматических внутричерепных кровоизлияний: автореф. ... канд. мед. наук: 14.00.13. –СПб.: Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им. А.Л. Поленова, 2000.- С.25.
- Гусев Е.Н., Виленский Б.С., Скоромец А.А. и др. Инсульт нәтижесіне әсер ететін негізгі факторлар // *Журн. неврол. и психиат.* - 1995. - Т.95, №1.- С.4-7.
- 149 Пономарева Е.Н., Короткевич Е.А., Сидорович Э.К., Рушкевич Ю.Н. Факторы риска инфаркта мозга, исход заболевания в зависимости от сроков госпитализации // *Неврол.журн.* -2003. - Т.8, №1.-С.6-20.
- 150 Official periodical: World Health Organization: Ten Leading causes of death // [http://www.who.int/eb/who\\_constitution\\_ru.pdf](http://www.who.int/eb/who_constitution_ru.pdf) (дата обращения: 15.04.2015).
- 151 Акимжанова А.К. Хайбуллин Т.Н., Гржибовский А. М. Инсультпен ауыратын науқастардың 28 күндік өлім-жітіміне қауіп факторларының әсері // *Материалы научно-практической конференции молодых ученых «Наука и Здоровье», посвященной 75-летию Президента Ассоциации оториноларингологов Республики Казахстан, Академика НАН РК, доктора медицинских наук, профессора Төлебаева Райса Кажкеновича.* - Шымкент, 2016. –С.17.

- 152 Акимжанова А.К., Хайбуллин Т.Н., Гржибовский А.М. Инсульттәуекелінің факторлары және олардың емделушілердің бір жылдық көмірше ндігіне әсері: Материалымеждународной конференции молодых ученых «Мирнаукии молодежь: новые пути развития». - Караганда, 2016. – С. 36-37. когорттық зерттеу//
- 153 Жусупова А.С., Альжанова Д.С., Нурманова Ш.А., Сыздыкова Б.Р., Джумахаева А.С., Алтаева Б.С. Инсультпен ауыратын науқастарға медициналық көмек көрсетудің қазіргі заманғы стратегиясы // Нейрохирургия және неврология Казахстана. - 2013. - №1 (30). - Р.32-35.
- 154 Кадырова И. А., Миндубаева Ф. А., Гржибовский А. М. Ми инсультінің нәтижесін болжау әдістеріне жүйелі шолу // Экология человека. - 2015. - № 10. - С.55–64.
- 155 Ковальчук В. В., Хайбуллин Т. Н., Миннуллин Т. И. Пациенттерді инсульттан кейін тиімді оңалту факторы ретінде жүргізудің мультидисциплинарлық қағидатын сақтау // Наука и здравоохранение. -2015. - № 4.- С.29-41.
- 156 Terao Y., Ugawa Y. Basic mechanisms of TMS // J. Clin. Neurophysiol. - 2002.- №19.- P.322-43.
- 157 Wan-Yu Hsu, Chia-Hsiung Cheng, Kwong-Kum Liao. Effects of repetitive transcranial magnetic stimulation on motor functions in patients with stroke a meta-analysis // Stroke. -2012. -№ 43. -P.1849-1857.
- 158 Le. Q., Qu Y., Tao Y., Zhu S. Effects of repetitive transcranial magnetic stimulation on hand function recovery and excitability of the motor cortex after stroke: a meta-analysis // Am. J. Phys. Med. Rehabil. -2014. - Vol. 93. - P.422–430.
- 159 Takeuchi N, Chuma T, Matsuo Y, Watanabe I, Ikoma K. Repetitive transcranial magnetic stimulation of contralesional primary motor cortex improves hand function after stroke // Stroke. -2005. - №36. -P.2681–2686.
- 160 Мусаев А.В. Транскраниальды магниттік стимуляция. Нейрофизиологиялық механизмдер, нерв жүйесі ауруларымен ауыратын науқастарды диагностикалау мен оңалтудағы маңызы // Физиотерапия, бальнеотерапия и реабилитация. - 2008.- №2.- С.3–12.
- 161 Скачкова Н.А. Ишемиялық инсультпен ауыратын науқастарда ми мен жүрек-қан тамырлары жүйесінің функционалдық жағдайына транскраниальды магниттік стимуляцияның әсерін кешенді талдау: автореф.д. ... кан. мед. наук: 14.00.13. - Киев: КМУ, 2014. - 20с.
163. Червяков А.В., Пойдашева А.Г., Коржова Ю.Е., Супонева Н.А., Черникова Л.А., Пирадов М.А. Жүйке жүйесі ауруларын емдеудегі ырғақты транскраниальды магнитті ынталандырудың заманауи терапиялық мүмкіндіктері // РМЖ. – 2014. - №22. - С.1567
- 164 Talelli P, Greenwood R.J, Rothwell J.C. Arm function after stroke neurophysiological correlates and recovery mechanisms assessed by transcranial magnetic stimulation // Clin Neurophysiol. -2006. - №117. -P.1641–1659.

- 165 Кузьмичев А.А., Михайлов В.П., Визило Т.Л. Миинсультибарнауқастарды оңалтудатранскраниальдымагниттіынталандыру мүмкіндіктері // Бюллетень. -2002.- № 11.- С.39-45.
- 166 Люсенюк В.П., Засуха В.А., Балицкий А.П. Диагностикалық және емдеу - оңалту мақсатында жіті және ерте қалпына келтіру кезеңдерінде ишемиялық инсультпен ауыратын науқастард атранскраниальдымагниттіынталандыруды қолдану: әдістемелік ұсынымдар // Физиотерапия, бальнеология және реабилитология. -2013.- №3.- С.4-12.
- 167 Шинкоренко О.В. Транскраниальдымагниттік стимуляцияның қоса отырып, жіті кезеңде ишемиялық инсультпен ауыратын науқастарды кешенді емдеу тиімділігі: автореф. . . . кан. мед. наук: 14.00.13. – М.: 1-й МГМУ, 2016. -10с
- 168 James T.H. Orinaldo B.C. Swayne, Binith Cheeran. Human theta burst stimulation enhances subsequent motor learning and increases performance variability // Cerebral cortex. -2011. - №21. -P.1627-1638.
- 169 Giovanni Pennisi, Ciuseppe Rapisarda, Rita Bella, et. all. Absence of response to early transcranial magnetic stimulation in ischemic stroke patients prognostic value hand motor recovery // Stroke. -1999. -№30. - P.2666-2670.
- 170 Hao Z., Wang D., Zeng Y., et.el. Repetitive transcranial magnetic stimulation for improving function after stroke // Cochrane Database Syst. Rev. - 2013.-Vol.5.
- 171 Хайбуллин Т.Н., Жокебаев Е.С., Бикбаев Р.М., Акимжанова А.К. Шығыс Қазақстанда Инсульт: 12 жылдық бақылау // Astana Medical Journal. - 2013.- № 3.- С.160-162
- 172 Brott T., Adams H.P., Olinger C.P. et al. Measurements of acute cerebral infarction- a clinical examination scale // Stroke. -1989. - №20. -P.864-870.
- 173 Hunt W.E., Hess R.M. Surgical risk as related to time of intervention in the repair of intracranial aneurysms // J. Neurological Surgeons Committee on a universal subarachnoid hemorrhage grading scale (letter) // J. Neurourg. -1988.-Vol. 68.- P.985-986.
- 174 Machoney F., Barthel D. Functional evaluation: the Barthel Index // Md State Med J. -1965.- Vol.14.- P.61-65.
- 175 Collen F.M., Wade D.T., Robb G.F, Bradshaw C.M. The Rivermead Mobility Index: a further development of the Rivermead Motor Assessment // Int Disabil Stud. - 1991. - Vol. 13. -P.50–54
- 176 Rankin J. Cerebral vascular accidents in patients over the age of 60: II Prognosis // Scott. Med. J. -1957. - №2.- P.200-215.
- 177 Гржибовский А.М., Иванов С.В. Денсаулық сақтаудағы когорттық зерттеулер // Наука и здравоохранение. -2015.- № 3.- С.5-16.
- 178 Акимжанова А. К., Хайбуллин Т. Н., Гржибовский А. М. Қазақстандағы инсульттан кейінгі 28 күндік өлім-жітім тәуекелінің факторлары: когорттық зерттеу // Экология человека. -2016.- № 3.- С.52–58.
- 179 Акимжанова А.К., Гржибовский А.М., Хайбуллин Т.Н., Патрушева О.П., Акимжанов К.Д. Қазақстандағы инсульттан кейінгі пациенттердің бір жылдық өмір сүруіне әсер ететін факторлар: когорттық зерттеу // Наука и

- здравоохранение. - 2016.- №3.- С. 46-57.
- 180 Гржибовский А.М., Иванов С.В., Горбатова М.А. Денсаулық сақтаудағы Тәжірибелік зерттеулер // Наука и здравоохранение. -2015.- № 6.- С. 5- 17.
- 181 Акимжанова А.К., Гржибовский А.М., Хайбуллин Т.Н., Изатуллаева Н.С., Гордиенко М.И., Акимжанов К.Д. Ми инсульті бар пациенттерді оңалтудағы транскраниальды магнитті ынталандырудың тиімділігі // Наука и здравоохранение. -2016. -№4.- С.50-65.
- 182 Lovenstone S., Cauthier S. Management of dementia-London // Martin Duint Ltd. -2000. -P.145.
- 183 Ware JE. Jr., Sherbourne C.D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection // Med Care. – 2010.-Vol.30 (6).- P.473-483.
- 184 Гржибовский А. М. Доверительные интервалы для частот и долей // Экология человека. -2008. -№5.- С.57-60.
- 185 Гржибовский А. М. Выбор статистического критерия для проверки гипотез // Экология человека. -2008.- №11.- С.48–57.
- 186 Гржибовский А. М., Иванов С. В., Горбатова М. А. Описательная статистика с использованием пакетов статистических программ Statistica и SPSS // Наука и здравоохранение. - 2016.- №1.- С.7-23.
- 187 Субботина А.В., Гржибовский А.М. Сипаттама статистикасы және сандық деректерді бөлу нормальдылығын тексеру // Экология человека. -2014.- №2.- С.51-57.
- 188 Субботина А.В., Гржибовский А.М. STATA статистикалық бағдарламалар пакетін пайдалана отырып, екі жұп іріктемедегі сандық деректерді салыстыру // Экология человека. -2014. -№10.- С.61-64.
- 189 Гржибовский А. М., Иванов С. В., Горбатова М. А. Statistica және spss бағдарламалық қамтамасыз етуін пайдалана отырып екі жұп іріктемелердің сандық деректерін салыстыру: параметрлік және параметрлік емес өлшемдер // Наука и здравоохранение. - 2016.- №3.- С.5-25.
- 190 Харькова О. А., Гржибовский А. М. STATA статистикалық бағдарламалар пакетін пайдалана отырып, екі байланысты емес іріктеуді салыстыру: параметрлік емес өлшемдер // Экология человека. - 2014. -№4.- С.60-64.
- 191 Унгурияну Т. Н., Гржибовский А. М. STATA деректерді статистикалық өңдеу бағдарламалық қамтамасыз ету: кіріспе // Экология человека. - 2014.- № 1.- С.60–63.
- 192 Khaibullin T., Akimzhanova A., Semenova Yu., Bikbaev R., Kirillova E. Structure of and Fatality from stroke in 2001-12 in Semey, East Kazakhstan: A descriptive Study» The 20 th IEA World Congress of Epidemiology // International Journal of Epidemiology. – 2015. - Vol. 44, №1.- P.202-203.
- 193 Акимжанова А.К., Лебедев И.А. Шымкент қаласында церебральды инсульттің таралуы, құрылымы және нәтижелері // Медицинская наука и образование Урала. - 2016.- №1.-С.78-82.

- 194 Аманжолова З.Д., Каменова С.У., Нетесова О.Г., и др. Алматы қ. ми инсультінің бірінші тіркелімінің нәтижелері // Материалы 5-ой ежегодной межд. науч.-практ. конф. «Современные аспекты общественного здоровья и здравоохранения». -Алматы, 2006. -С.16-19.
- 195 Еркебаева С.К., Нургожаев Е.С., Гафуров Б.Г., Жаркинбаева Н.А., Абасова Г.Б. ОҚО-да церебральды инсульт қаупінің эпидемиологиялық және климатогеографиялық факторлары // Журнал неврологии и психиатрии. -2013.- №3. - С. 3-8.
- 196 Heuschmann P.U., Di Carlo A., Bejot Y., Rastenyte D., Ryglewicz D., Sarti C., Torrent M., Wolfe CD. Incidence of stroke in Europe at the beginning of the 21<sup>st</sup> century // Stroke. -2009. - Vol. 40, №5. - P.1557-63.
- 197 Алфимова Г.Ю. Анализ основных клинико-эпидемиологических факторов риска мозгового инсульта в Смоленской области: автореф. ... канд.мед.наук: 14.00.13. – Томск:Сиб.ГМУ, 2005. - 181с.
- 198 Кудряшев А.А. Анализ эпидемиологических показателей и факторов риска в популяции г. Тюмени: автор. ... канд.мед.наук: 14.00.13. - Пермь: ПГМУ, 2008. -181с.
- 199 Лебедев И.А. Ханты-Мансий округінің тұрғындарында церебральды инсульт тәуекел факторларының таралуы және құрылымы // Журнал неврологии и психиатрии. - 2011.- №12.-С.70-76.
- 200 Лебедев И.А. Ханты-Мансий автономиялық округіндегі ми инсультінің клиникалық-эпидемиологиялық ерекшеліктері және қауіп-қатерінің патогенетикалық факторлары (популяциялық тіркелімнің деректері бойынша): автореф. ... док. мед. наук: 14.00.11. – СПб.: 1-йСпбГМУ,2012.-С.12–19.
- 201 Улимбашева Э.С. Артериялық гипертония кезінде қайталанған инсульттарды клиникалық-эпидемиологиялық зерттеу (Нальчика қаласындағы инсульт тіркелімі): автореф ... канд.мед.наук. – Томск: Сиб.ГМУ, 2005.- 181с.
- 202 Харакоз О.С. Краснодардағы инсульт тіркелімінің алғашқы нәтижелері // Инсульт: к қосымша Неврология және психиатрия атында. С. Корсакова. - 2001. –Вып. 2. - С.26–30.
- 203 Алифиров В.М., Антухова О.М., Виноградов Т.Е. инсульт регистры Северске: алғашқы нәтижелер // Сібір медицинасы Бюллетені. -2005.- С.81- 86.
- 204 Суслин З.А. Бас миының тамыр аурулары. -М.: МЕДпресс-информ.2009.
- 205 Виноградов Т.Е. Ишемиялық инсульттің эпидемиологиялық және хирургиялық алдын алу: автореф. ... канд.мед.наук: 14.00.13. – Семейск: НГМУ, 2008. - 181с.
- 206 Федин А.П. Ми инсультінің аймақтық регистрінің деректері бойынша ми қан айналымының жіті бұзылуының клиникалық-эпидемиологиялық сипаттамасы: автореф .... канд.мед.наук: 14.00.13- Томск: Сиб.ГМУ, 2005. -181с.

- 207 Котов Е.Ю. Инсульт ағымының сипаты, негізгі факторларының клиникалық-эпидемиологиялық сипаттамасы в г. Ульяновск: автореф дисс. ... канд.мед.наук: 14.00.13. – Иркутск: ИГМУ, 2008. - 181с.
- 208 Жуков В.А. Кезеңдік көмек жүйесін жетілдіру мақсатында инсультпен сырқаттанушылықтың клиникалық-эпидемиологиялық сипаттамасы: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.11. – Л.: ЛМИ, 1986. -с.24
- 209 Оганов Р.Г. Халық арасында ми инсульт аурушаңдығы және өлім-жітімі Мәскеу // Терапиялық мұрағат. - 1989. – Т. 61, № 9. – С.29–32.
- 210 Бродерик, Дж. П. 2025 ж. инсультті емдеу: популяциядағы таралуы, жетістіктер мен қиындықтар (Уильям М. Фейнбергті еске алуға арналған дәріс) // Ж. Stroke: Ресей басылымы. - 2004. - № 3. - С. 69–77.
- 211 Акимжанова А. К. Шымкент қ.регистрінің мәліметтері бойынша церебральды инсульт нәтижесі мен аурушаңдықтың гендерлік ерекшеліктерінің салыстырмалы талдауының нәтижелері // жас ғалымдардың VI Ресей (қорытынды)ғылыми-практикалық конференциясының материалдары. - Семейск, 2015. - С. 3-4.
- 212 Хайбуллин Т. Н., Е. в. Кириллова, А. К. Әкімжанова, Р. М. Бикбаев және т.б. ми инсультінің нәтижесі // "Экология және Радиация. Мемлекеттік қызметтің жауапкершілігі аса зор. - Шымкент, 2015. – С. 138.
- 213 A. Akimzhanova, T. Khaibullin, A. Grjibovski, E. Kirillova, K. Akimzhanov. Prevalence and determinants of a 28-day stroke case fatality in Kazakhstan. The XXVth European stroke conference // Cerebrovascular Diseases. - 2016. – P.219. Internet address:[www.karger.com/CED\\_41\\_S1\\_2016](http://www.karger.com/CED_41_S1_2016).
- 214 А қосымшасы - ми инсультімен ауыратын науқастың картасы (стационар)
- 215 Б қосымшасы-ми инсультімен ауыратын науқастың картасы (ІДА)
- 216 В қосымшасы-ми инсультін тіркеу картасы-жедел жәрдем
- 217 Д қосымшасы-ЖҚБ бұйрығы
- 218 Г қосымшасы-зерттеуге ақпараттандырылған келісім



## ПРИЛОЖЕНИЕ А

Ми инсультімен ауыратын науқастың картасы (стационар)

1	Карта нөмері	№
2	Аты-жөні	
3	Туылған күні	
4	Адрес	ул.
5	телефон	Тел.дом: _____ сот : _____
5	Наблюдение СВА, ПСТ	№
6	Жынысы	1-әйел, 2-ер
7	Ұлты	1-қазақ 2-орыс 3-украина 4-татар 5-неміс
8	Білім деңгейі	1-білімі жоқ, 2-аяқталмаған бастауыш, 4-толық емес орта, 5-орта, 6- жоғары 7 – орташа мамандандырылған, 8-ғылым дәрежесі, 9-белгісіз
9	Әлеуметтік жағдайы соңғы 12 айда	1-жұмысшы, 2-қызметші, 3-жұмыссыз, 4-инвалид «» группасы, 5-зейнеткер, 6-жеке кәсіпкер 7-белгісіз
10	алғашқы белгілерінің пайда болу уақыты	
11	«жедел жәрдем» шақыру уақыты	
12	Жедел жәрдем келу уақыты	
13	Стационарға жеткізу уақыты	
14	Ауру кезінде жатқызу уақыты	1сағ, 13-24 сағ 144 сағ,:6дн 1-2 сағ, 24-48 сағ 168 сағ7күн 2-3 сағ 72ч (3күн.) 3-4,5 сағ 96ч (4күн) 4,5-12 сағ 120ч(5күн)
15	Жедел жәрдем бригадасының көрсеткен емдік амалдары	
16	СМЖ АҚ деңгейі	<u>АҚ деңгейі</u> <u>1. 140/90 мм.сын.бағ. төмен.</u> <u>2. 140/90-159/99 мм.рт.ст.мм. сын.бағ</u> <u>3. 160/100-179/109 мм.сын. бағ</u> <u>4. 180/110 және одан жоғары мм.сын.бағ.5- .белгісіз</u>
17	Артериялық гипертензия (дейін)	1-ия 2-жоқ 3-белгісіз

	инсульт)	
18	Гипертония уақыты	1-1-3жыл. 2-3-5жыл 3-5-10жыл 4-10жыл 5- 10жылдан аса 6-жақында білген7- белгісіз
19	АҚ деңгейі	<u>АҚ деңгейі</u> <u>1.140/90 мм.сын.бағ. төмен.</u> <u>2. 140/90-159/99 мм.рт.ст.мм. сын.бағ</u> <u>3. 160/100-179/109 мм.сын. бағ</u> <u>4. 180/110 және одан</u> <u>жоғары мм.сын.бағ.5-</u> <u>.белгісіз</u>
20	АҚ бақылау	1-үнемі 2-тұрақты емес 9-белгісіз 3-АҚ өлшемейді
21	АҚ емі	1-емделмеген 2-эпизодтық 3-курстық 4-тұрақты емес 5-тұрақты дәрілерін қабылдамайды- 5- белгісіз
22	АҚД қолдану режимі	1-тек күшті бас ауырғанда 2-тек АҚ көтерілгенде 3-жағдайдың нашарлауын сезінетін уақытта 4-Нұсқаулық бойынша күн сайын
23	Соңғы 3 айдағы АҚ емдеу	1-емделмеген 2-эпизодтық 3-курстық 4-тұрақты емес 5-тұрақты 6-белгісіз
24	Инсультке дейін соңғы 2 аптада АҚД қабылдау	1-тұрақты қабылдамады 2- АҚД тек АҚ көтергенде 4-ешқашан 9-белгісіз
25	Статиндерді қабылдау	1-ия 2-жоқ 3-белгісіз
26	Антиагреганттарды қабылдау	1-ия 2-жоқ 3-белгісіз
27	Науқас кеш жеткізілді	1-Иә 1.1-инсульттің алғашқы симптомдарын білмеуіне байланысты дәрігерге уақытында қаралмау 2.1-үйде емдеу, ауруханаға жатқызу алдында амбулаториялық емдеуді жалғастыру 3.1-басқа стационарда инсульттің дамуы 4.1-учаскелік дәрігердің келуін күту 5.1-мамандандырылған орталықтан алыстығы 2-жоқ
28	Инсульт дамыды	1 –үйде 2-көшеде 3-жұмыста - 4 Емханада (стац) 5-емханада
29	Бірінші медициналық тексеру жүргізілген	1-дәрігер (ЖМК) 2 - учаскелік терапевт Емхананың 3-неврологы

30	Науқас стационарға жеткізілді	1-СМЖ 2-туыстар немесе өз бетінше жүгінген 3.ҮЙЛЕНУ 4.ауыстыру, т. б. стационар
31	Диагнозы	1-ишемиялық инсульт 2-ВМК 3-аралас 4-сақ
32	Ишемиялық инсульт инсультінің подтипі	1-атеротромботикалық 2-кардиоэмболиялық, 3-лакунарлық Этиологиясы белгісіз 4-ишемиялық инсульт 4- Басқа белгілі этиологиядағы 5-ишемиялық инсульт
33	Ми инфарктісін оқшаулау бойынша Бассейн:	1- 1-каротидті бассейнде 2- 2-вертебробазиллярлық бассейнде
		3-жұлын қан айналымында
34	Каротидті бассейн	1-ПМА .2-СМА. 3-ЗМА
35	Инсульттің диагностикалық санаты	1 - белгілі бір инсульт, 4-инсульт емес, 5-белгілі бір ҚӘБ-мен үйлескен белгілі инсульт, 9-жеткіліксіз деректер
36	Анамнездегі Инсульт (>осы инсультке дейін 28 күн) күні.ай.жыл	1-Иә 1.1 - иә құжатпен расталды 1.2-иә, бірақ құжат түрінде емес, 1.3-жоқ, құжат түрінде, 1.4-құжат түрінде емес, 2-жоқ 9-белгісіз
37	Диагнозы	1-ишемиялық инсульт 2-геморрагиялық 3 субарахноидальды қан құйылу 4-белгісіз түрі
	Түскен кездегі шкалалар	
38	NIHSS	
39	Бартель	
40	Рэнкин	
41	Ривермид	
42	Ханта и Хесса при САК	
43	Глазго	1-Ашық 2-бітеу 3-сопор - 4-кома
44	Тұқым қуалаушылық (АГ, инсульт, ата-анасындағы миокард инфарктісі, аға-інілері, апа-қарындастары)	1-иә, 2-жоқ, 3-белгісіз

45	Жүрек ауруы	1-Иә 1.1-ИБС инфарктіден кейінгі кардиосклероз 1.2 ИБС диффузды кардиосклероз 1.3-ИБС кернеу стенокардиясы 1.4.- кардиомиопатия 1.5-Инфаркт 1.6-ИБС 1.7 - жүрек жеткіліксіздігі 1.8 миокард реполяризациясының бұзылуы 2.0 ВПО 2.1 ПОҚ 2-жоқ
46	Сыртартқысында миокард инфарктісі.	1-жоқ 2-бір, 3-қайта, 4-мүмкін 5- белгісіз
47	Жүрекше фибрилляциясы	1-иә 2-жоқ 3-белгісіз
48	Қант диабеті	1-иә 2-жоқ 9 - белгісіз 1.1-1 түрі, 1.2-2 түрі.
49	ТИА (соңғы 2 жыл)	1-бір рет 2-қайта 9-жоқ
50	Бассейн (егер иә болса - бассейнді көрсету)	1-каротидті бассейнде
51	Салмағы	
52	Бойы	
53	Бөксе көлемі	
54	Жамбас көлемі	
	<u>Субъективті аурудың көріністері</u>	
55	Оң немесе сол аяқтардағы әлсіздік	1-иә 2-жоқ, 3-Белгісіз
56	Бас ауруы	1-Иә 1.1 - "үйреншікті – әрдайым 2.2 -" мұндай күшті ауырсыну ешқашан болған емес 3.3-өмірдегі ең нашар", 4.4-"өмірде алғаш рет, бірақ төзуге болады") 2-жоқ
57	Бас айналу	1-иә 2-жоқ 3-белгісіз 1.1-жүйелік 1.2-жүйесіз
58	Жүрек айнуы құсу	1-иә 2-жоқ 3-Белгісіз
59	Тұрақсыздық	1-иә 2-жоқ 3-Белгісіз
60	Көрудің бұзылуы	1-иә 2-жоқ 3-Белгісіз
61	Сезімталдықтың бұзылуы	1-иә 2-жоқ 3-Белгісіз
62	Сөйлеу бұзылысы	1-иә 2-жоқ 3-Белгісіз
63	Шашалып қалу	1-иә 2-жоқ 3-Белгісіз
	<u>Клиникалық белгілері</u>	
64	Дизартрия	1-иә 2-жоқ 3-Белгісіз
65	Моторлы афазия	1-иә 2-жоқ 3-Белгісіз

66	Сенсорлық афазия	1-иә 2-жоқ 3-Белгісіз
67	Сенсомоторлы афазия	1-иә 2-жоқ 3-Белгісіз
68	Гемианопсия	1-иә 2-жоқ 3-Белгісіз
69	Көз қозғаушы бұзылулар	1-иә 2-жоқ 3-Белгісіз
70	Бульбар синдромы	1-иә 2-жоқ 3-Белгісіз
71	Псевдобульбарный синдромы	1-иә 2-жоқ 3-Белгісіз
72	Мимиялық бұлшықет парезі	1-иә 2-жоқ 3-Белгісіз
73	Парез 12 ЧМН	1-иә 2-жоқ 3-Белгісіз
74	Дисфония	1-иә 2-жоқ 3-Белгісіз
75	Назолалия	1-иә 2-жоқ 3-Белгісіз
76	Гемипарез	1-иә 2-жоқ
77	Контралатеральды гемиплегия	1-Иә-Жоқ 3-Белгісіз
78	Гемигипестезия	1-иә 2-жоқ 3-Белгісіз
79	Анозогнозия, аутотопагнозия	1-иә 2-жоқ 3-Белгісіз
80	Бұлшық ет тонусының бұзылуы	1-иә 2-жоқ 3-Белгісіз
81	Вестибулопатия	1-иә 2-жоқ 3-Белгісіз
82	Вестибуло-атактикалық синдром	1-иә 2-жоқ 3-Белгісіз
83	Когнитивті бұзылулар	1-иә 2-жоқ 3-Белгісіз
84	Мойын бұлшық етінің ригидтілігі	1-иә 2-жоқ
85	Кернига Симптомы	1-Иә 2.1.әлсіз 2.2 орташа ++
86	МРТ КТ бірінші симптомдардың дамуынан бастап өткізуге дейін өткен уақыт	1-Иә 1.1-1 сағат 1.6. 13-24 сағат 1.2-1-2 сағат, 1.7. 48 сағ 1.3-2-3 сағат, 1.8 72с (3күн.) 1.4-3-4, 5 сағат, 1.9 96 (4күн) 1.5 4,5-12 сағат, 2.0 120 (5) 2-секцияда бекітілді 3-өткізілген жоқ

87	Гематоманы немесе инфаркті оқшаулау	1-Үлкен жартылай ашық оң 2-Үлкен жартылай ашық сол 3-баған 4-латеральная 5-лобарная 6-ми денесі 7-қарыншалар 8-мишық 3-медиалық 10-субарлар. 11-орта құрылымдардың субдуральды 12-орналасуы 13-окклюзиялық гидроцефалия 14 - неокклюзиялық емес гидроцефалия 15.локализация белгісіз 16-ишемияға немесе геморрагияға тән өзгерістер анықталған жоқ 17-пульстен кейінгі кисталар
88	мишық	8.1-жарты шар 8.2.күрт
89	Соматикалық асқынулар	1- пневмония 2-тері мен подк-ның трофикалық зақымдануы. 3 клетчаткалар - өкпе артериясының тромбоэмболиясы 4-терең көктамырлардың тромбозы. 5-асқазан-ішек қан кету 6-бұлшық ет тонусының бұзылуы (спастикалық немесе атония) 7-зәр шығарудың бұзылуы 8-зәр шығару жолдарының жұқпасы 9-нейропатиялық ауырсыну 10-трофикалық бұзылулар (аяқ-қолдың ісінуі)
90	Науқас жазылып шықты	1-үйге, 2-басқа бөлімге ауыстырылды, 3-қоғамдық мекеме
91	Арудың нәтижесі	1-жақсару, 2-өзгеріссіз 3-стационардағы өлім
92	Н \ Х бөлімшесіне ауруханаға жатқызылды	1-иә, 2-жоқ, 3-Белгісіз
93	Ота жүргізілді	1-Иә 1-24 (1 тәулік) 2-48 сағат (2 тәулік), 3-72 сағат(3 тәулік), 4-96(4 тәулік),5-120 сағ(5 тәулік), 6-144 сағ(6), 7-168 сағ(7), 8-192сағ(8) 2-жоқ, 3-Белгісіз
94	Ота нәтижесі	1-жақсару 2-өзгеріссіз 3-Нашарлауы 4-қайтыс болды
95	Н \ Х-дан шығару кезіндегі шкалалар	
96	NIHSS	
97	Бартель	

98	Рэнкин	
99	Ривермид	
100	Науқас 28 күн аман қалды	1-да, 2-нет, 3-неизвестно
101	Науқас ауруханада қайтыс болған күн	
102	Ми құрылымының тікелей зақымдануымен байланысты асқынулар	1-мидың ісінуі, 2-жіті окклюзиялық гидроцефалия, 3-зақымдалған жарты шардың дислокациясы, желке тесігі, 6 - ликвородинамикалық жолдардың блокадасы, 7-кейінге қалдырылған инфаркт (САК) қалыптасуымен церебралды ангиоспазм, 8-қайталанған САК, 9-гемор.инфаркттің өзгеруі, 10-ағзаның сусыздануы, 11-эпилептикалық синдром, 14-гипергликемия, 15-құсу, 16-тіректі икота, конъюнктиваға және мөлдір қабықтарға 17-іріңді зақымдау, 18-алиментарлық тапшылық, 19-бас ауруы
103	Негізгі ауру немесе өлімнің тікелей себебі	1.АҚ 2. 3. 4.
104	Патологоанатомиялық сараптаманың қорытындысы. Аутопсия	1- ия 2- жоқ

## Б ҚОСЫМШАСЫ

### Ми инсульті бар науқастың картасы (ІДА)

1	Аты-жөні				
2	Туылған жылы, жасы				
3	Жынысы, ұлты	1-әйел, 2-ер, ұлты:			
4	СВАПСТ-ға бақылау (нөмірін көрсету))				
5	Адрес телефоны				
6	Инсульттің басталу күні				
7	Осы келу күні				
8	Диагноз:				
9	Бақылауға бару мерзімі (ауру болған сәттен бастап))	28 күн сәуір	3 ай Маусым	6 ай	қыркүйек 12
10	Бартель шкаласы бойынша баға				
11	Рэнкин шкаласы бойынша баға				
12	Ривермид шкаласы бойынша баға				
13	Қайтыс болған күні (егер науқас қайтыс болса)				



