

полученные данные свидетельствуют о необходимости непрерывного валеолого-гигиенического образования.

Литература

1. Антонов, А. И. Репродуктивное поведение и диагностика рождаемости / А. И. Антонов, В. М. Медков, А. Б. Синельников / Население России на рубеже XX-XXI веков: проблемы и перспективы. – М., 2012. – С. 157-201.
2. Репродуктивное здоровье [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://adolesmed.szgmu.ru/s/15/reproduktivnoe_zdorowye.html – Дата доступа: 14.05 2017 .
3. Репродуктивное здоровье [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.km.ru/referats/725CFE3F1B6A4498ACB9B83E23396FEE> – Дата доступа: 14.05.2017 .

КОМПЛАЕНТНОСТЬ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ И ИХ ОТНОШЕНИЕ К МОДИФИЦИРУЕМЫМ ФАКТОРАМ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Смирнова Г. Д., Сульжицкий А. Г.

Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии
УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно

Актуальность. В течение нескольких десятилетий сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются ведущей причиной смерти населения в индустриально развитых странах. Республика Беларусь также находится в первой десятке стран по причинам смертности от болезней сердца. Если в 1939 г. в общей структуре причин смертности ССЗ составляли лишь 11%, то в 1980 г. – свыше 50%. По прогнозам ВОЗ, к 2030 г. от ССЗ в мире умрет около 23,6 млн чел. [1, 3].

Научной концепцией предупреждения ССЗ стала концепция факторов риска. Хотя причины возникновения ССЗ пока полностью

не ясны, однако благодаря экспериментальным, клиническим и эпидемиологическим исследованиям были выявлены факторы риска, под которыми понимают характеристики, способствующие развитию и прогрессированию заболеваний, так как они связаны с развитием этих заболеваний и их распространенность среди населения велика [2, 3]. Обычно это поддающиеся изменению биологические характеристики (повышенные уровни в крови отдельных липидов, глюкозы, артериального давления), неблагоприятное состояние окружающей среды, особенности образа жизни (курение, низкая физическая активность, злоупотребление алкоголем).

Согласно рекомендациям Европейского кардиологического общества 2013 г., наряду с артериальной гипертензией факторами риска развития сердечно-сосудистых осложнений являются такие факторы, как курение, низкая физическая активность, нарушение углеводного обмена, дислипидемия, ожирение, отягощенный наследственный анамнез ССЗ [2, 3]. Пол, возраст и некоторые генетические характеристики также могут быть факторами риска, но они не поддаются изменению и используются в основном при прогнозировании возникновения заболевания [4, 6, 7].

По мнению специалистов ВОЗ, треть снижения смертности может быть обеспечена за счет развития лекарственной терапии и клинических вмешательств, в то время как 2/3 снижения смертности обеспечит изменение привычек в образе жизни, среди которых можно назвать рациональное питание, контроль за течением гипертонической болезни, физические упражнения и отказ от курения [1, 5]. Так, в последние годы во многих экономически развитых странах отмечается снижение смертности от ССЗ. В первую очередь это объясняют изменением образа жизни.

В практической деятельности врачам часто приходится иметь дело с пациентами, у которых одновременно имеется два-три фактора риска и более. При этом даже если уровень каждого из факторов риска будет повышен умеренно, риск развития ССЗ у данного пациента может быть высоким вследствие усиливающего влияния этих факторов друг на друга.

Мониторинг эпидемиологической ситуации в отношении ССЗ среди определенных контингентов населения и оценка

эффективности профилактических программ позволяют своевременно вносить необходимые изменения на поликлиническом этапе и повышает комплаентность терапии. С целью эффективной профилактики, снижения заболеваемости, смертности, инвалидности населения от ССЗ, повышения качества и доступности медицинской помощи пациентам в Республике Беларусь разработана Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность на 2016-2020 годы». В ней предусмотрен комплекс профилактических, организационно-методических, образовательных, научных, лечебно-диагностических мероприятий, направленных на профилактику ССЗ, формирование у населения потребности в соблюдении ЗОЖ, заботе о собственном здоровье [4].

Цель – изучить аспекты, формирующие комплаентность кардиологических пациентов (КП) по отношению к модифицируемым факторам риска сердечно-сосудистых заболеваний

Материал и методы исследования. Валеолого-диагностическое исследование 230 респондентов, пациентов кардиологического профиля лечебных стационаров г. Гродно с диагнозом ИБС (нестабильная стенокардия, атеросклеротический кардиосклероз). Из них 64,5% – мужчины и 35,5% – женщины; все впервые поступили в кардиологическое отделение. Средний возраст пациентов составил $59,9 \pm 0,9$ года. Критерии включения: наличие информированного согласия. Основные методы диагностического психологического тестирования, используемые в проведении исследования, включали: тест National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) and the American Heart Association (AHA) и изучение самооценки состояния здоровья. Результаты обработаны с использованием методов непараметрической статистики с помощью пакета анализа STATISTICA 6,0 и Excel.

Результаты и их обсуждение. При изучении аспектов отношения респондентов к модифицируемым факторам риска значение имеет самооценка здоровья. Выяснилось, что пациенты КП в массе своей склонны к его переоценке. Важность здоровья для 50,1% респондентов состоит в прекрасном самочувствии либо в отсутствии болезней; для 27,2% – в возможности достижения поставленных целей и благополучия. Только 68,1% из числа

обследованных респондентов оценивали своё здоровье на основе врачебных осмотров. Более половины респондентов (51,9%) не обращаются регулярно за профессиональной помощью и делают выводы о состоянии своего здоровья, опираясь на собственное самочувствие или на мнения друзей, родственников, коллег (10,2%). Среди пациентов КП самооценка состояния здоровья по результатам экспресс-теста «Ваше отношение к своему здоровью» показала, что хорошим и удовлетворительным признали свое здоровье 70,8%.

Комплаентность повышает ряд моментов, во-первых, озабоченность собственным заболеванием. Если пациент не считает своё заболевание достойным внимания, реально существующим, излечимым, то он не только не будет принимать лекарства по этому поводу, но и соблюдать профилактические мероприятия. Исследование показало, что большинство респондентов (74,4%) уделяют недостаточно внимания контролю состояния своего здоровья, ссылаясь на нехватку времени, чтобы сходить на медицинский осмотр, или просто придерживаются мнения, что, если ничего не болит, значит здоров. В том, что возраст не влияет на развитие ССЗ, уверены 7,1% респондентов. В том, что некоторые симптомы ССЗ более свойственны женщинам, чем мужчинам, убеждены 28,8% пациентов КП, как и в том, что от ССЗ женщины умирают чаще, чем от всех видов онкологических заболеваний (соответственно, 36,6%). Большая часть (62,7%) уверены в том, что у них нет ССЗ, так как никогда не ощущали дискомфорта в области сердца и отрицают другие проявления нарушений работы сердечно-сосудистой системы. На дискомфорт в области сердца обращали внимание 42,9% респондентов. Чаще всего он проявлялся вследствие нервного перенапряжения (48,3%), после интенсивных физических нагрузок (29,1%) и по другим причинам (22,6%). На частые головные боли жалуются 40,1%. Страдают от бессонницы 39,5% респондентов. Знают о том, что оба симптома сопровождают заболевания сердечно-сосудистой системы, 39,8%.

Во-вторых, важен контакт врача и пациента, если врач не смог найти с пациентом «общий язык», то комплаентность снижается. Определение роли медперсонала затруднений не вызвало – респондентам предлагалось выбрать по 3 доминирующих

приоритета. Профессиональные и личностные ценности не связаны между собой и не должны влиять друг на друга – это профессиональная компетентность (67,8%), защищенность (65,3%) и общение (59,7%). Проводя оценку качеств, необходимых медперсоналу, респонденты выбирали: умение построения взаимоотношений на эффективном общении (78,9%), учет индивидуальных физических и психологических особенностей, интересов и потребностей каждого (63,1%), а также значимость, доступность и понимание проводимой терапии (62,1%).

В-третьих, играет роль престиж лечения и медицины в обществе в целом и в глазах пациента в частности. Если пациент не уважает врача и медицинское сообщество, то низкий уровень доверия будет подрывать комплаентность. Знают о высоком риске ССЗ, если родители в возрасте до 65 лет перенесли сердечный приступ, 64,8% пациентов КП. Перенесенный инфаркт миокарда у близких родственников отметили 48,7% респондентов (из них до 60 лет – 25,7%), гипертонию, диабет, повышение концентрации холестерина в крови – 44,4%. О наличии у себя артериальной гипертензии знали 64,8% респондентов, гиперхолестеринемии – 13,2%, гипергликемии – 8,4%.

Причиной большинства сердечных приступов являются тромбозы, повышенная свертываемость крови и высокий уровень сахара в крови, об этом знали 85,9% респондентов. Настораживает тот факт, что, несмотря на доступность базовых методов диагностики, 46,2% респондентов никогда не измеряли уровень сахара или холестерина в крови. 27,1% признались, что вообще не контролируют уровень своего артериального давления. Ещё 23,2% делают это не систематически. Доля тех, кто измеряет уровень артериального давления каждый день, составляет лишь 4,7%.

Боль за грудиной и одышку, как самые распространённые симптомы инфаркта миокарда, определили 86,7% респондентов, но если эти симптомы будут «не сильно выражены» – то они просто примут аспирин и подождут, чтобы симптомы исчезли, при этом 58,9% склонны к самодиагностике и самолечению. Таков менталитет большинства населения – «привычка терпеть до последнего» и только при наличии каких-либо осложнений обращаться за помощью.

Среди основных модифицируемых факторов риска, способствующих развитию ССЗ, респонденты на первое место поставили нерациональное питание (97,3%). Наиболее часто это нерегулярность, злоупотребление фаст-фудом, нехватка отдельных пищевых веществ. На второе место определили недостаточную физическую активность (94,1%) и на третье – неполноценный отдых (84,8%). Не имели представления о том, что низкая физическая активность и высокий уровень холестерина являются факторами риска ИБС, 54,9% респондентов.

Анализ антропометрических показателей выявил наибольшую частоту встречаемости ожирения среди пациентов – ожирение является доказанным, независимым фактором ССЗ. Тем не менее, только половина респондентов (53,2%) следят за своим весом. Признались, что у них масса тела «выше нормы», 34,5%.

Доля курящих мужчин составила 38,1%, встречаемость курения среди женщин – 19,7%. Курение среди пациентов достоверно чаще встречалось среди мужчин (41,3%) по сравнению с женщинами, что указывает на высокую его значимость у мужчин как фактора риска.

Самооценка подверженности манипулятивному воздействию показала, что все респонденты зависят от современных технологий информационного воздействия, которые определяют их заинтересованность. По шкале Банта показатели, указывающие на высокий и средний (с тенденцией к высокому) уровень манипулятивности, оказались, соответственно, у 31,9% (составив $85,5 \pm 0,06$) и 33,9% (составив $71,3 \pm 0,06$).

Выводы. Полученные данные позволяют сделать заключение о том, что среди пациентов кардиологического профиля имеет место, с одной стороны, недостаточное внимание к отдельным модифицируемым факторам риска (физическая активность, курение, вес, привычки питания), с другой стороны – недостаточно агрессивная тактика при выявлении отдельных факторов риска (повышенное артериальное давление, гиперхолестеринемия и гипергликемия). Поэтому профилактику негативного воздействия модифицируемых факторов риска ССЗ и способов их коррекции следует проводить с использованием современных информационных технологий.

Литература

1. Влияние нерационального питания на сердечно-сосудистую систему [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.med74.ru/articlesitem1263>. – (Дата обращения 17.03.2017 г.).
2. Информация ВОЗ: Сердечно-сосудистые заболевания // Информационный бюллетень №317. – Январь, 2017. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: – <http://www.saphia.ru/index.prip?id=1185>. – (Дата обращения 15 апреля 2017 года).
3. Новейшая статистика сердечно-сосудистых заболеваний // КМ Здоровье. – 07.06.2016. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: – <http://health.km.ru/8D6BE1EF695B4C3487751E61E4846C21/> – (Дата обращения 17 апреля 2017 года).
4. Руководство по профилактике в практическом здравоохранении Адаптированный вариант рекомендаций ВОЗ «Prevention in primary care» п/р И.С. Глазунова, Р.Г. Оганова, Н.В. Перовой, Р.А. Потемкиной М, 2000
5. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://vetka-crb.by/polezno-znat/443-factory-riska-zabolevanij-serdechno-sosudistoj-sistemy> – (Дата обращения: 21.08.2017).

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПИТАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО В УСЛОВИЯХ ПОВЫШЕННОГО РАДИАЦИОННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

Соболь А. А., Зиматкина Т.И.

Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии
УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно

Актуальность. 26 апреля 1986 г. произошла самая масштабная техногенная катастрофа за всю историю существования атомной энергетики – авария на Чернобыльской атомной электростанции (ЧАЭС). Причины трагедии, ее последствия и их ликвидация на протяжении прошедших 32 лет продолжают находиться в