

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНЫ



Сборник научных статей
Республиканской научно-практической конференции
с международным участием, посвященной 25-летию основания
учреждения образования «Гомельский государственный
медицинский университет»

(Гомель, 5–6 ноября 2015 года)

Основан в 2000 г.

Гомель
ГомГМУ
2015

На основе полученных данных после проведения теста Кверга были отмечены следующие показатели. В декабре 2014 г. студентки группы спортивной специализации по спортивной аэробике показали 1 (9 %) отличный показатель, 1 (9 %) удовлетворительный и 9 (82 %) неудовлетворительных. В апреле 2015 г. девушки показали следующие результаты: 1 (9 %) отличный показатель, 2 (18,1 %) хороших, 4 (36,4 %) удовлетворительных и 4 (36,4 %) неудовлетворительных (рисунок 1).



Рисунок 1 — Сравнительные показатели индекса Кверга у студенток ГомГМУ

Выводы

Анализ результатов с использованием теста Кверга показал, что в декабре 2014 г. девушки, зачисляемые в группах спортивной специализации по спортивной аэробике имеют низкий уровень функционального состояния сердечно-сосудистой и дыхательных систем. В конце учебного года в результатах теста Кверга произошли значительные улучшения. Это объясняется тем, что при регулярных занятиях спортивной аэробикой увеличиваются показатели тренированности сердечно-сосудистой и дыхательных систем. Хотелось бы добавить, что для подготовки к спортивной деятельности в тренировочные занятия необходимо включать средства и методы направленные на развитие общей и специфической выносливости, постепенно вводя скоростно-силовые и прыжковые упражнения, с обязательным контролем ЧСС до и после выполнения физических нагрузок.

ЛИТЕРАТУРА

1. Окорочков, А. Н. Диагностика болезней внутренних органов: диагностика болезней сердца и сосудов / А. Н. Окорочков. — Мед. лит. — С. 20–25.

Ї 616.11.4-08

ПРИЧИНЫ СНИЖЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

Новикова Р. А.

Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Проблема выполнения врачебных назначений остается в центре внимания, как исследователей, и работников практического здравоохранения, однако приверженность пациентов к лечению по-прежнему остается низкой. По данным ВОЗ, примерно половина пациентов с хроническими заболеваниями выполняет медицинские рекомендации (S. Carter, 2001, WHO 2003). Порядка 50 % прерывают пию в течение 6 месяцев от ее начала, и только 15 % продолжает лечение до 1 года (S. Carter, 2001, sterberg, 2005). Несоблюдение пациентами врачебных назначений приводит к серьезным последствиям существенно снижает эффективность лечения, создает проблему бессмысленности разработки новых подходов к терапии больных [1, 3]. Причины низкой приверженности к лечению не всегда ясны.

Цель

Выявить основные причины низкой приверженности к лечению у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и соответственно изыскать возможные пути оптимизации лечения. Задачи: оценить приверженность к лечению у исследуемых больных. Выявить значимые факторы, оказывающие влияние на выполнение врачебных назначений. Изучить гендерные и возрастные влияния на приверженность к лечению, а также качество жизни и психологические особенности у этих пациентов.

Материал и методы исследования

Исследовано 120 пациентов с ИБС различными формами — 57 мужчин и 63 женщины в возрасте 0 до 80 лет. Степень приверженности определяли по тесту Мориски — Грина [4], получившему

большое распространение в практике. Согласно критериям данного теста приверженными считаются пациенты, ответившие на нижеследующие вопросы «нет» более 3 раз (набравшие более 3 баллов):

1. Забывали ли Вы, когда-либо принять препараты? (нет/да)
2. Не относитесь ли Вы иногда невнимательно к часам приема лекарств? (нет/да)
3. Не пропускаете ли Вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо? (нет/да)
4. Если Вы чувствуете себя плохо после приема лекарств, не пропускаете ли Вы следующий прием?

Проводилось физикальное исследование. Для определения качества жизни использовали анкету часть Миннесотского опросника [5]. Наличие у пациентов тревожных и депрессивных расстройств выявляли с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии Гамильтона [2]. Для определения приверженности к лечению анализировали 4 параметра в лечении больных: связанные с больным, с высокой стоимостью терапии, со сложным режимом приема лекарств, связанные с органами здравоохранения (анкета РНПЦ «Кардиология» РФ). Анализировались результаты записанных ЭКГ (интервал ST, зубец T и наличие признаков перенесенного инфаркта миокарда), ЭхоКГ с анализом ФВ, КДО, зон гипокинеза. Определялся липидный спектр сыворотки крови. Статистическая обработка результатов исследования выполнена на компьютере с использованием пакетов прикладных программ SPSSStatitics 20.0. Математические закономерности при исследовании данных выявляли с помощью непараметрических методов.

Результаты исследования и их обсуждение

По показателям теста Мориски — Грина все пациенты распределились на 3 группы.

1-я группа — приверженные к лечению 25 % больных, из них в возрасте до 40 лет — 62,5 % и 30 % — 40–60 лет. Это пациенты, имеющие, как правило, высшее образование (40 %), средний социально-экономический уровень жизни 80 %. Качество жизни у них довольно высокое (10 % высокое, 50 % ближе к высокому) 40 % мужчин и 60 % женщин. У них достоверно менее выражена депрессия по сравнению со 2-й и 3-й группами ($p < 0,05$). Нерезко выражены изменения ЭКГ и ЭхоКГ.

2-я группа — недостаточно приверженные к лечению 35 %. Здесь 40 % пациентов больше 60 лет и 30 % — 40–60 лет, больше женщин 55 %, большинство имеют среднее образование (44,5 %), значительно ниже социально-экономический уровень, а у 33,3 % ниже среднего. Средний уровень качества жизни у них 67 %, чаще выражены депрессивные расстройства (33,3 % субклинически и 22,3 % клинически).

3-я группа: неприверженные к лечению — 40 %. Среди них 44 % старше 60 лет и только 21 % моложе 40 лет, 54 % мужчин, у 43,75 % низкий уровень образования, у 43,75 % низкое качество жизни. Тем не менее депрессивные и тревожные симптомы у них нерезко выражены: 12,3 и 6,2 %, соответственно.

Уровень холестерина соответственно в группах 5–5,3–4,9 ммоль/л, триглицеридов 1,36–1,69–1,67 ммоль/л. Характер изменений на ЭКГ достоверно ($p < 0,05$) более выражен в 3-й группе, в которой отмечают наиболее частые изменения ишемического характера, что подтверждается и на ЭхоКГ (зоны гипокинеза).

Анализируя причины нерегулярного приема лекарств выяснилось, что назвали высокую стоимость лекарств 69,8 % пациентов, наличие побочных эффектов — 22,5 %, отсутствие контакта с врачом 12,5 %.

Заключение

Таким образом привержены к лечению только 25 % больных ИБС. В большинстве это женщины в возрасте до 60 лет, чаще с высшим образованием, имеющие средний социально-экономический уровень. У них достоверно ($p < 0,05$) выше качество жизни, они менее других подвержены тревожным и депрессивным расстройствам и, как результат у них отмечают значительно менее выраженные изменения со стороны ЭКГ и ЭхоКГ.

Пациенты, не приверженные лечению, составляют довольно большой процент (48 %). Чаще это мужчины с более низким уровнем образования, естественно, имеющие достоверно ($p < 0,05$) более низкое качество жизни. Обращает на себя внимание, что у них меньше выявляется депрессивных и тревожных расстройств. Возможно потому, что они меньше придают значение всем жизненным нюансам в силу того, что несколько ниже уровень образования и в этой группе больше мужчин, а возможно сказывается и более старший возраст. Изменения на ЭКГ и ЭхоКГ у них достоверно ($p < 0,05$) более глубокие. Однозначно все больные одним из факторов неприверженности отмечают высокую стоимость лекарств, сложность терапии. Немаловажно, что 12,5 % больных указали на отсутствие контакта с врачом.

Выводы:

1. Результаты лечения больных и исход заболевания достоверно зависит от степени соблюдения полноты приверженности.
2. Полнота приверженности больных к лечению зависит от субъективно-объективных факторов: от личностных особенностей больного, грамотности и выполнения этических правил врача, а также от органов здравоохранения.

3. При работе с пациентом, необходимо должное внимание уделять категории больных старших возрастных групп, интеллекту больного и его экономическим возможностям.

4. При выписке рецептов врач должен обращать внимание на стоимость лекарства, возможности тены его на менее дорогое, но полноценное и при необходимости ставить вопрос перед администрацией о льготных препаратах.

5. Врач обязан серьезно относиться к вопросам полипрогмазии и сложности терапии.

6. Пожилым и малообразованным пациентам организовывать не реже одного раза в месяц панаж медицинской сестры для контроля за выполнением рекомендаций врача.

7. Регулярный анализ приверженности к лечению у пациентов с ИБС и необходимость в постоянной коррекции ее должны стать одним из стимулов повышения эффективности лечения.

8. В медицинских учреждениях должна издаваться вспомогательная литература в помощь больным с низкой приверженностью к лечению.

9. Обеспечение максимально полной приверженности в лечении больных ИБС, естественно, улучшит исход заболевания, уменьшит частоту госпитализации, повысит качество жизни больных С и даст экономический эффект.

ЛИТЕРАТУРА

1. Биккинина, Г. М. Приверженность к лечению у пациентов с различным типом отношения и мотивацией к приему медикаментов / Биккинина, Э. Р. Исхаков // Современные наукоемкие технологии. — 2007. — № 4. — С. 94–95.
2. Евсегнеев, Р. А. Психиатрия в общей медицинской практике. «Шкала Гамильтона для оценки депрессии» / Р. А. Евсегнеев. — Минск, 2010. — С. 577–582.
3. Конради, А. О. Значение приверженности к терапии в лечении кардиологических заболеваний / А. О. Конради // Справочник клинического врача. — 2007. — Т. 4, № 6. — С. 21–25.
4. Morisky, D. E. Тест Мориски-Грина / D. E. Morisky, L. W. Green. — 1980.
5. Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Г. И. Ионова. — 2002.

К 616.12-005.4-053.81-07

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ

Новикова Р. А.

Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь

Введение

В последние годы значительно участилась ишемическая болезнь сердца (ИБС) особенно у молодых. Это явление имеет особенно неблагоприятные демографические и экономические последствия. В же время диагностика ИБС у молодых зачастую по ряду обстоятельств затруднена, отмечается ее ердиагностика, что влечет за собой массу осложнений и ошибок в лечении. Актуальность исследования обусловлена тенденцией к омоложению ИБС, ее ростом и возрастающими затратами государства на лечение и реабилитацию больных. Гипердиагностика заболевания многократно увеличивает экономические затраты.

Цель

Проанализировать причины ошибок в диагностике ИБС у молодых, выяснить возможности их ранения, выявить наиболее частые заболевания, протекающие под маской ИБС, наметить пути бо- точной и ранней диагностики ИБС и устранения причин диагностических расхождений.

Задачи

1. Выявить основные ошибки в диагностике ИБС у молодых людей.
2. Отметить наиболее частые заболевания, протекающие под маской ИБС у молодых.
3. Определить причины гипердиагностики и наметить пути устранения их при ИБС.

Материал и методы исследования

Исследовано 50 пациентов в возрасте от 20 до 40 лет. 44 мужчин и 6 женщин, 23 служащих и забочих.

Всем больным проводили физикальное обследование, анамнез, анализ факторов риска, исследовали липидный спектр, кардиоспецифические ферменты, ЭКГ, УЗИ сердца, выявляли депрессию шкале Гамильтона [2]. При необходимости выполняли холтеровское мониторирование ЭКГ, сцинтиграфию миокарда, КАГ, R-графию грудной клетки.

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам исследования все пациенты разделены на 2 группы: 1-я группа — ИБС подтверждена — 28 (56 %) человек, 2-я группа — диагноз изменен — 22 (44 %) человек. Во 2-ю группу вошедшие с заболеваниями, установленными после обследования:

1. Миокардиодистрофия дисметаболического генеза на фоне сахарного диабета — 1 человек.
2. Алиментарно-токсическая кардиомиопатия 4 пациента — молодые люди, злоупотребляющие алкоголем, у всех отрицательные зубцы Т на ЭКГ.
3. В₁₂-дефицитная анемия с дистрофией миокарда — 2 пациента. Один пациент поступил с сильными болями в сердце, выходил на болевой шок. На ЭКГ отрицательные зубцы Т, в V3,6, в анализе крови выраженные признаки анемии. Проведена КАГ — артерии чистые. Консультированы гематологами. После начатой терапии витамином В₁₂ отстроилась ЭКГ, исчезли боли. Второй пациент поступал повторно с теми же жалобами. Проведена витаминотерапия В₁₂, выписан с улучшением, отстроилась ЭКГ.
4. Тиреотоксикоз — 1 пациент, диагноз установлен после исследования гормонов щитовидной железы. Проведено лечение, отстроилась ЭКГ, исчезли боли в сердце.
5. Гипотиреоз — 1 человек [4]. Мужчина получил травму 7 лет назад — перелом позвоночника, в течение нескольких лет отмечал слабость, недомогание, периодические боли в сердце. На ЭКГ отрицательные зубцы Т, в V4–6, проведена КАГ, артерии чистые. После тщательного обследования выявлены изменения в щитовидной железе и явление тяжелейшего гипотиреоза. Консультирован эндокринологом. После проведенной терапии отстроилась ЭКГ, исчезли боли.
6. Аритмии на фоне дистрофии миокарда при АГ I ст. — 3 пациента. Проведена гипотензивная и антиаритмическая терапия. Выписаны со стабилизацией состояния.
7. Миокардит инфекционно-аллергический — 3 пациента (1 рецидивирующий). У 2 пациентов миокардит диагностирован на основании воспалительных изменений и классического анамнеза. Третий пациент поступал дважды. В первый раз проведена сцинтиграфия и КАГ — диагноз не совсем ясен, но склонились в пользу миокардита. При повторном поступлении проведены все исследования — на сцинтиграфии диффузный гипокинез, воспалительные изменения крови. Выставлен диагноз миокардит, проведена противовоспалительная терапия, состояние улучшилось.
8. Язва желудка с малигнизацией — 1. На протяжении нескольких лет пациента беспокоили боли в эпигастрии. На ЭКГ отрицательные зубцы Т. Начатая антиангинальная терапия неэффективна. Проведена ФГДС и выявлена язва желудка с малигнизацией. Направлен на хирургическое лечение.
9. Антифосфолипидный синдром (АФС) — 1 пациент [1]. Пациент поступил с классической картиной крупноочагового заднего инфаркта миокарда на ЭКГ и болями в области сердца. Накануне оперирован по поводу тромбоза бедренной вены. Исходя из анамнеза — диагноз ТЭЛА под вопросом. Д-димеры крови в норме. КТ легких без отклонений от нормы. Проведена КАГ — артерии чистые. Проведены исследования на АФС (обнаружены антитела к β_2 -гликопротеину 1), поставлен диагноз — АФС, коагулопатия с острым мультиорганным тромбозом, тромбозом коронарных артерий с инфарктом миокарда задней стенки. Переведен в РНПЦ «Кардиология». В отделении проводилась антиагрегантная и антикоагулянтная терапия. Рекомендовано наблюдение у ревматолога.
10. ПМК — 1 пациент. Боли в сердце неопределенного характера, проведен курс β -блокаторов, боли исчезли, липиды в норме.

В обеих группах были проанализированы факторы риска ИБС [5]. В 1-й группе практически 90 % пациентов, более половины употребляют алкоголь, все не соблюдают диету, у каждого третьего депрессия, тревога и начало заболевания со стрессов или нервного напряжения, такой фактор риска как АГ встречается у 57 % молодых людей с ИБС. Хотя характер работы (физическая или умственная) на момент заболевания не сказывался.

Во 2-й группе факторов риска значительно меньше, хотя также прослеживается свободный образ жизни — курение, злоупотребление алкоголем, отсутствие диеты.

Пациенты обеих групп отличались характером боли и особенностью начала заболевания. Так у 60 % пациентов с ИБС были классические ангинозные боли, у 14 % болей не было и 40 % пациентов жаловались на боли неопределенного характера. У 14 % отмечалась слабость, у 1 — потеря сознания. Во 2-й группе ангинозные боли лишь в 9 % случаев, у 23 % болей не было, присланы из-за изменений на ЭКГ и практически у 70 % пациентов наблюдались боли в области сердца не типичного характера — острые, ноющие. У 4 (18 %) пациентов — начало после простуды.

Лабораторные данные: у больных из 1-й группы — подтвержденная ИБС — по сравнению со здоровой группой чаще отмечалось повышение уровня холестерина (в 21 % случаев в 1-й группе и в 5 % — во 2-й группе) и кардиоспецифических ферментов: КФК-МВ (в 25 % случаев в 1-й группе и в 10 % — во 2-й группе) и тропонина (в 7 % случаев в 1-й группе и в 5 % — во 2-й группе АФС).

Инструментальные данные. На ЭКГ у больных из 1-й группы: отрицательный Т в разных отведениях — у 75 %, признаки крупноочагового ИМ — у 11 %, без выраженных изменений — 14 %; во 2-й группе: отрицательный Т в разных отведениях — у 18 %, различная экстрасистолия — у 45 %, пароксизмальная рецидивирующая желудочковая тахикардия 1 (5 %) и суправентрикулярная — 1 (5 %). ЭхоКГ: в 1-й группе: выполнена у 25 (89 %) пациентов, у 3 (11 %) пациентов — зоны гипокинеза, у 8 человек ФВ до 45 %, у 1 — ПМК. Во 2-й группе ЭхоКГ выполнена у 18 (82 %) пациентов — у 2-х ФВ снижена до 40 %, у 3 — зоны гипокинеза, у 1 — ПМК.

Коронарнoангиография: в 1-й группе выполнена у 8 (28 %) пациентов, из них: у 2 — гипоплазия правой коронарной артерии, у 1 — бляшка в огибающей ветви (поставлен стент), у 5 — чистые коронарные сосуды; во 2-й группе КАГ выполнена у 6 (27 %) пациентов — коронарные артерии чистые. Холтеровское мониторирование ЭКГ: в 1-й группе выполнено 15 (54 %) пациентам, из них у 5 (18 %) — различные аритмии, во 2-й группе выполнено у 6 (23 %) пациентов, из них у 3 (14 %) — различные аритмии.

В 1-й группе наиболее выражены изменения на ЭКГ ишемического характера (отрицательный Т, депрессия ST у 15 (50,3 %) человек). Во 2-й группе более выражены изменения дистрофического характера (снижен вольтаж, сглажен зубец Т у 11 (50 %) человек).

Комплексное исследование, включавшее холтеровское мониторирование ЭКГ + эхокардиография + эхоэнцефалография миокарда + коронарнoангиография было проведено бo пациентам из второй группы — это пациенты с АФС, миокардитом, сложной аритмией, гипотиреозом, В₁₂-дефицитной анемией.

В обеих группах наиболее частым показателем, являющимся причиной постановки ИБС, служит отрицательный зубец Т в разных отведениях и боли за грудиной неопределенного характера.

Довольно часто отмечается атипичное течение ИБС у молодых (жалобы, ЭКГ, УЗИ), что затрудняет диагностику. Не прослеживается полноты исследования в сомнительных случаях.

У всех пациентов с измененным диагнозом прослеживается недостаточно четко собранный анамнез и отсутствие правильной клинической трактовки полученных данных.

Часто имеет место неправильная трактовка ЭКГ, что мешает разграничить изменения ЭКГ при различных заболеваниях.

Не прослеживается должного клинического мышления у врачей при постановке диагноза.

Выводы

1. Следует обращать внимание молодых врачей на значимость правильно собранного анамнеза в постановке диагноза.

2. Необходимо помнить, что у молодых людей в силу разных причин течение заболевания часто (44 %) атипичное, и под маской ИБС могут быть самые разные заболевания, требующие естественно абсолютно иного лечения.

3. В неясных случаях шире использовать комплексный подход в обследовании и диагностике.

4. С целью обучения врачей клиническому мышлению в случаях расхождения клинико-поликлинических диагнозов необходимо проведение клинико-поликлинических конференций с разбором указанных случаев.

5. Необходимо помнить «золотое» правило: зубец Т один, а болезней много.

ЛИТЕРАТУРА

1. Данилов, И. П. Патогенез антифосфолипидного синдрома: новый взгляд на проблему / И. П. Данилов // Мед. новости. — 2007. — № 11. — С. 27–28.
2. Евсегнеев, Р. А. Психиатрия общей медицинской практика. «шкала Гамильтона для оценки депрессии» / Р. А. Евсегнеев. — Минск, 2010. — С. 577–582.
3. Ишемическая болезнь сердца у лиц молодого возраста: клиническая картина, диагностика, непосредственные результаты хирургического лечения / А. В. Поддубный [и др.] // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. — 2010. — № 4. — С. 32–35.
4. Фадеев, В. В. Гипотиреоз: руководство для врачей / В. В. Фадеев, Г. А. Мельниченко. — М.: РКИ Северопресс, 2002.
5. Харджай, К. Дж. Новые факторы риска развития ишемической болезни сердца / К. Дж. Харджай // Международный журнал мед. практики. — 2001. — № 4. — С. 45–55.

JDK 612.13

FUNCTIONING OF CARDIOVASCULAR SYSTEM IN HEALTHY VOLUNTEERS DURING REFLEXOLOGY FOOT MASSAGE

Daniel Nowotczyński, Halyna Tkachenko, Renata Szlawska, Dorota Andruszczak

**Pomeranian University in Slupsk
Institute of Biology and Environmental Protection
Department of Zoology and Animal Physiology
Arciszewski Str. 22b, 76-200 Slupsk, Poland
e-mail: tkachenko@apsl.edu.pl**

Introduction

Many studies present the effectiveness of self-administered foot reflexology for healthy persons' psychological and physiological symptoms. While objective outcomes showed limited results, significant im-