

Результаты исследования показали, что забота о здоровье для значительной части респондентов проявляется в повышенном внимании к вопросам питания.

Ответы респондентов свидетельствуют о том, что качество питания в значительной степени определяет состояние здоровья человека. Позитивным результатом является то, что больше половины опрошенных (52,9 %) следят за маркировкой, сроком годности употребляемых продуктов, употребляют больше овощей и фруктов (41,5 %), стараются употреблять натуральные продукты (без добавок, консервантов) (40,8 %), стараются сделать рацион питания максимально разнообразным (32,7 %). В то же время сохраняется значительная доля респондентов (32,7 %), которые отмечают, что питаются как придется.

Доля респондентов, которые несколько раз в месяц употребляют легкие вина — 43,4 %, крепкие алкогольные напитки — 36,0 %, пиво — 30,8 %.

Согласно данным исследования среди опрошенных курит 21,0 %, из них: постоянно курит — 14,0 %, от случая к случаю — 7,0 %. Доля респондентов, бросивших курить, составила 20,2 %.

### **Выводы**

В целом, данные проведенного исследования позволили выявить наиболее распространенные для населения г. Гомеля факторы риска, связанные с особенностями образа жизни человека: низкая физическая активность населения, нерациональное питание, недостаточное употребление овощей и фруктов, табакокурение, употребление алкоголя.

Настораживающим моментом является то, что практически половина опрошенных (45 %) наиболее важную информацию о здоровье получают из Интернета, лишь 2,9 % опрошенных получают информацию в «школах здоровья» при поликлиниках. Проведенное исследование показало низкий уровень просветительской, обучающей и воспитательной деятельности, направленной на повышение информированности по вопросам здоровья и его охраны, на формирование навыков укрепления здоровья.

Необходимо повышение роли первичного звена здравоохранения в профилактике заболеваний и формировании здорового образа жизни у населения, совершенствование службы медицинской профилактики, создание условий для укрепления здоровья на рабочем месте.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Медик, В. А. Анализ медико-социальной ситуации в регионе (по материалам социологического исследования) / В. А. Медик, А. М. Осипов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2004. — № 4. — С. 14–18.
2. Организация оказания медицинской помощи пациентам с болезнями системы кровообращения в Республике Беларусь / А. Г. Мрочек [и др.] // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — 2010. — № 3. — С. 9–17.
3. Протокол и практическое руководство. Общациональная интегрированная программа профилактики неинфекционных заболеваний (CINDI). ЕБВ. — Копенгаген, 1996.

УДК 616.1-08-084:614.12

## **ОЦЕНКА ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

*Будник Я. И., Шаршакова Т. М., Чешик И. А.*

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Ключевой составляющей процесса депопуляции в Беларуси является высокий уровень смертности, в том числе среди граждан, находящихся в трудоспособном возрасте.

По прогнозу при существующих тенденциях к 2030 г. на 1000 человек трудоспособного возраста будет приходиться 841 человек в нетрудоспособном возрасте (в 2010 г. — 693 человека).

Одной из причин создавшейся ситуации является ухудшение по ряду причин качества амбулаторного наблюдения за пациентами с болезнями системы кровообращения (БСК), хотя известно, что адекватное ведение больных на поликлиническом этапе позволяет значительно улучшить не только качество жизни пациентов, но и увеличить ее продолжительность.

В существующей системе организации медицинской помощи в первичном звене здравоохранения пациентам с болезнями системы кровообращения трудоспособного возраста амбулаторному этапу уделяется особое внимание. Именно в поликлинике осуществляется первичная диагностика БСК, выявляются факторы риска их возникновения и прогрессирования, проводится диспансеризация и реабилитация пациентов.

Мировой опыт показал, что основные неинфекционные болезни в значительной степени могут быть предупреждены с помощью мер, направленных против основных поведенческих факторов риска БСК.

### **Цель**

Проведение оценки лечебно-профилактических рекомендаций при диспансерном наблюдении за пациентами трудоспособного возраста с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца на терапевтическом участке.

### **Материалы и методы исследования**

Экспертная оценка лечебно-профилактических рекомендаций при диспансерном наблюдении за пациентами с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца проводилась по карте-схеме, разработанной авторами в соответствии с инструкцией о порядке организации диспансерного наблюдения взрослого населения Республики Беларусь постановления МЗРБ от 12 октября 2007 г. № 92 (в редакции Постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 01.06.2011 г. № 51).

Необходимые сведения выкопировывались из формы N 025/у-07 «Медицинская карта амбулаторного больного» в экспертную карту-схему и переносились в электронную базу данных. Всего проанализирована медицинская документация 300 пациентов с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца, которые находились на амбулаторном наблюдении в городской поликлинике г. Гомеля (200 пациентов) и г. Петрикова (100 пациентов).

Статистический анализ результатов исследования проводился на персональном компьютере с использованием программы «Statistica» 7.0. Количественные переменные представлены в виде среднего значения. Достоверность различий количественных признаков определяли с помощью t-критерия Стьюдента для сравнения независимых выборок. Результаты сравнения рассматривали как статистически значимые при  $p < 0,05$ .

### **Результаты исследования**

Среди пациентов г. Петрикова, находившихся на диспансерном учете по поводу артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца, преобладали мужчины — их было 53,0 %, среди пациентов г. Гомеля — женщины, 58,7 %. Средний возраст мужчин составил  $43 \pm 5,6$  года, средний возраст женщин —  $49 \pm 5,5$  года. При этом артериальной гипертензией страдало 81,7 % пациентов, сочетанной патологией (АГ + ИБС) — 14,3 %. Достоверных различий по возрасту, полу, отягощенности сопутствующей патологией между жителями Петриковского района и г. Гомеля не было ( $p > 0,5$ ).

Важным разделом работы участкового врача — терапевта является заполнение первичного эпикриза взятия на диспансерный учет пациента с БСК, включающего не только необходимые лабораторные и инструментальные исследования, но и программу оздоровления медикаментозными, физиотерапевтическими и другими методами.

Проведенный анализ карт амбулаторного больного показал, что уже при постановке на диспансерный учет у пациентов с БСК был недостаточно собран анамнез, не у всех выявлялись причины и факторы риска рецидивирования заболевания. Осмотр участкового врача-терапевта отсутствовал у пациентов с АГ в 2009 г. в г. Петрикове у 24 %, в г. Гомеле — 10,2 % ( $p < 0,05$ ), в 2011 г. — 13,9 и 9,2 % соответственно, что противоречит инструкции о порядке организации диспансерного наблюдения взрослого населения Республики Беларусь.

При диспансерном наблюдении пациентов с БСК важным аспектом является оценка динамики состояния и эффективность предупреждения рецидивирования болезни. Однако по записям городских и районных участковых врачей-терапевтов в амбулаторных картах составить полную картину об эффективности проводимого лечения не представлялось возможным (таблица 1).

Таблица 1 — Оценка лечебно-профилактических рекомендаций при диспансерном наблюдении за пациентами с БСК, %

Отсутствие медикаментозных рекомендаций, %						
Годы	г. Петриков (n = 100)		г. Гомель (n = 200)		всего (n = 300)	
	АГ	АГ + ИБС	АГ	АГ + ИБС	АГ	АГ + ИБС
2009	62,7	38,1	37,9	38,1	45,2	38,1
2010	54,8	29,2	30,1	18,2	37,3	23,9
2011	43,1	48,8	26,6	16,0	31,4	32,0
Отсутствие немедикаментозных рекомендаций, %						
	АГ	АГ + ИБС	АГ	АГ + ИБС	АГ	АГ + ИБС
2009	86,7	71,4	76,3	61,9	79,4	66,7
2010	76,7	83,3	66,5	50,0	69,5	67,4
2011	84,7	84,0	70,5	48,0	74,7	66,0
Отсутствие оценки риска по шкале SCORE, %						
	АГ	АГ + ИБС	АГ	АГ + ИБС	АГ	АГ + ИБС
2009	97,3	76,2	73,4	52,4	80,6	66,7
2010	95,9	87,5	66,5	54,5	75,1	70,0
2011	91,7	80,0	55,5	72,0	74,7	70,0

В 2011 г. у 43,1 % пациентов с АГ г. Петрикова, которые были осмотрены врачом — терапевтом, отсутствовали записи в амбулаторных картах о медикаментозном лечении, у 26,6 % пациентов — г. Гомеля ( $p < 0,05$ ). У трети всех наблюдаемых пациентов с сочетанной патологией в 2011 г. отсутствовали медикаментозные рекомендации.

Антигипертензивная терапия современными препаратами (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, блокаторы рецепторов ангиотензина II), комбинированная терапия назначалась крайне редко и контроль за ее выполнением участковыми врачами-терапевтами не проводился. Почти во всех дневниках наблюдения не указывалась дата следующей явки пациента.

В 2011 г. у 84,0 % пациентов с сочетанной патологией районной поликлиники отсутствовали немедикаментозные рекомендации, у 48,0 % — городской поликлиники, у 84,7 % пациентов с АГ районной поликлиники, 70,5 % — в г. Гомеля ( $p < 0,05$ ). Крайне редко отмечены рекомендации по ведению здорового образа жизни: у 1,2 % пациентов с АГ в районной поликлинике, 2,7 % — в городской поликлинике. В 2011 г. у всех пациентов отсутствовали рекомендации по коррекции стрессовых ситуаций, очень редко назначались рекомендации по отказу от курения и употребления алкоголя.

Диетические рекомендации присутствовали у пациентов с АГ в 2009 г. в г. Петрикове лишь у 18 %, в г. Гомеле — 27,4 %, в 2011 г. — 15,3 и 31,9 % ( $p < 0,05$ ) соответственно, рекомендации по двигательной активности в 2011 г. у 3,5 % пациентов с АГ г. Петрикова, 8,8 % — пациентов г. Гомеля.

У 70 % пациентов с сочетанной патологией в 2011 г. оценка риска смерти по шкале SCORE не проводилась.

У всех пациентов трудоспособного возраста с БСК городской и районной поликлиник отсутствовали рекомендации по ранней реабилитации.

Следует отметить более внимательное отношение к пациентам с БСК со стороны городских участковых врачей-терапевтов, которые достоверно чаще отражали профилактические рекомендации в медицинской документации.

### **Выводы**

У большинства пациентов в дневниках наблюдения отсутствуют рекомендации по диетической коррекции, модификации образа жизни.

Регулярная противорецидивная терапия назначалась лишь у двух третей городских пациентов и у половины районных пациентов. В городской и районной поликлиниках врачами-терапевтами не проводился контроль за назначением лечебно-профилактических рекомендаций пациентам с БСК.

Среди пациентов диспансерной группы в 2011 г. 26,6 % пациентов с АГ в городе и более трети в районном центре не получали противорецидивного лечения вообще.

Таким образом, результаты экспертной оценки лечебно-профилактических рекомендаций при диспансерном наблюдении за пациентами трудоспособного возраста с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца на терапевтическом участке свидетельствуют о недостаточной работе с этой группой пациентов.

Если врачи не верят в необходимость контроля факторов риска, то больные тем более не используют эти доказанные и эффективные методы лечения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Щавелева, М. В. Роль всеобщей диспансеризации в повышении качества жизни населения / М. В. Щавелева, Т. Н. Глинская, Э. А. Вальчук // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — 2010. — № 3. — С. 65–69.
2. Организация оказания медицинской помощи пациентам с болезнями системы кровообращения в Республике Беларусь / А. Г. Мрочек [и др.] // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — 2010. — № 3. — С. 9–17.
3. Протокол и практическое руководство. Общенациональная интегрированная программа профилактики неинфекционных заболеваний (CINDI). ЕБВ. — Копенгаген, 1996.

УДК 613.62

### РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

*Бусалаева Е. И., Тарасова Л. В., Опалинская И. В., Васильева Н. П.*

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
«Чувашский государственный университет им. И. Н. Ульянова»  
г. Чебоксары, Российская Федерация**

В современном мире человек вынужден жить в условиях хронического стресса, негативное воздействие которого может сказаться в любом возрасте. Термин «синдром эмоционального выгорания» (СЭВ) был предложен американским психиатром Фрейденом в 1974 г. для характеристики психического состояния здоровых людей, находящихся в интенсивном общении с другими людьми в эмоциональной атмосфере. Особенности трудовой деятельности и сложившегося индивидуального стиля работника, влияя на свойства его личности, могут иногда привести к так называемой «профессиональной деформации» [1].

В соответствии с современными понятиями СЭВ — это процесс постепенной утраты эмоциональной, познавательной и физической энергии, проявляющийся в симптомах эмоционального, умственного истощения, физического утомления, личной отстраненности и снижения удовлетворения исполнением работы [2].

Симптомы СЭВ можно (в некоторой степени условно) разделить на группы:

- 1) физические — усталость, физическое утомление, истощение, недостаточный сон;
- 2) эмоциональные — пессимизм, безразличие, агрессивность;
- 3) поведенческие — малая физическая нагрузка, безразличие к еде;
- 4) интеллектуальные — уменьшение интереса к новым идеям в работе;
- 5) социальные — все контакты ограничиваются работой.

Наиболее «мягкими» признаками стрессового состояния (человек их легче корректирует) являются поведенческие признаки, а наиболее «жесткими» — физиологические (физическое состояние). Примерно так же они проявляются под воздействием стрессовых факторов: сначала происходят изменения в поведении и общении (которые трудно осознаются), затем проявляются эмоциональные и физиологические (физическое состояние) признаки.