

циентов с выявленным ХЛЛ от 50 до 59 лет охватили 3 (75 %), от 60 до 69 лет — 1 (25 %) пациент.

Сравнивая возрастные показатели пациентов с ИП и ХЛЛ за период ноябрь-декабрь 2021 г., можно сделать вывод, что наибольшее количество выявленных больных с ИП обнаружено в возрастной категории от 60 до 69 лет, а с ХЛЛ в возрастной группе от 50 до 59, что представлено на рисунке 1.

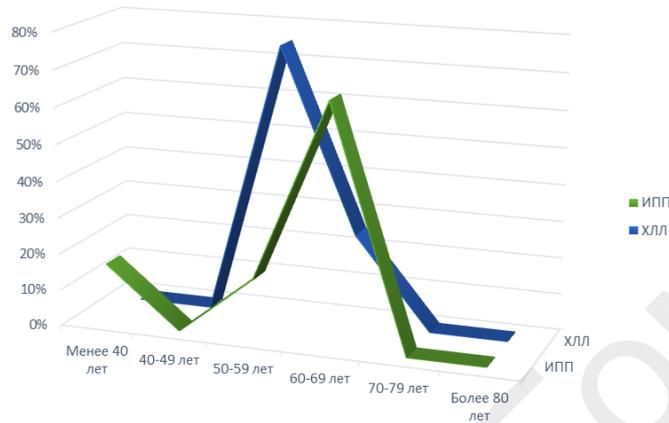


Рисунок 1 — Сравнительная характеристика пациентов с ИП и ХЛЛ по возрасту за период ноябрь-декабрь 2021 г.

Выводы

На амбулаторном приеме у врача-гематолога за период ноябрь-декабрь 2021 г. встречаемость истинной полицитемии составляет 5 %, хронического лимфолейкоза — 4 %. Во всех случаях за период ноябрь-декабрь 2021 г. ИП встречается у пациентов в возрастном диапазоне от 60 до 69 лет. Встречаемость ХЛЛ в подавляющем большинстве случаев находится в возрастном диапазоне от 50 до 59 лет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Димухаметова, А. М. Современные представления об этиологии и патогенезе истинной полицитемии / А. М. Димухаметова, А. В. Князева // Сборник статей по итогам конференции. 2021. С. 493–494.
2. Абдулкадыров, К. М. Миелопролиферативные новообразования / К. М. Абдулкадыров, В. А. Шуваев, И. С. Мартынкевич // Литтерра. 2016. С. 2–298.
3. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации «Хронический лимфоцитарный лейкоз/лимфома из малых лимфоцитов» 2020 г. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/134_1.

УДК 616.127-005.8:[159.944.4+615.2]-052

ОЦЕНКА КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ ПРЕОДОЛЕНИЯ СТРЕССА И УРОВНЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПРИЕМА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Марковский В. О., Корсакова В. И.

**Научные руководители: ассистент кафедры И. А. Мамченко;
к.м.н., доцент Е. Г. Малаева**

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

Введение

В настоящее время психологический аспект реабилитации пациентов, перенесших инфаркт миокарда находится на одном уровне с физической реабилитацией. Психологические проблемы выходят на первый план, препятствующи-

щие восстановлению трудоспособности. Для продуктивного лечения таких пациентов следует тщательный разбор основных копинг-стратегий с оценкой приверженности лечения.

Цель

Изучить варианты копинг-стратегий преодоления стресса и психоэмоциональных нарушений у пациентов, перенесших крупноочаговый и мелкоочаговый инфаркт миокарда, с последующей оценкой приверженности приема лекарственных препаратов, для профилактики повторного инфаркта миокарда.

Материал и методы исследования

В исследовании приняли участие 92 пациента г. Гомеля и г. Могилева, перенесшие инфаркт миокарда. Возраст обследованных составил от 58 до 75 лет (средний возраст — $51,8 \pm 5,1$ года). Были выделены две группы пациентов. В 1-ю группу вошли пациенты, перенесшие крупноочаговый инфаркт миокарда ($n = 45$), во 2-ю — пациенты с мелкоочаговым инфарктом миокарда в анамнезе ($n = 47$).

1. Методика «Индикатор копинг-стратегий» (Д. Амирхан) предназначена для выделения 3 групп копинг-стратегий: разрешения проблем, поиска социальной поддержки и избегания. Были выданы бланки, содержащие 32 утверждения. Ознакомившись с утверждениями, пациент мог определить, какие из предложенных вариантов обычно им используются. Результаты интерпретировали следующим образом: три варианта ответа для каждого утверждения: «полностью согласен»; «согласен»; «не согласен». Баллы начислялись следующим образом: ответ «полностью согласен» оценивается в 3 балла; ответ «согласен» в 2 балла; ответ «не согласен» в 1 балл. Оценка значений представлена в таблице 1 [2].

Таблица 1 — «Индикатор копинг-стратегий»

Показатель	Разрешение проблем (баллы)	Поиск социальной поддержки (баллы)	Избегание проблем (баллы)
Очень низкий	<16	<13	<15
Низкий	17-21	14-8	16-23
Средний	22-30	19-28	24-26
Высокий	>31	>29	>27

2. Для оценки приверженности использовали 4-вопросный тест Мориски-Грина MMAS-4 (4-item Morisky medication adherence scale), позволяющий диагностировать общую приверженность пациентов фармакотерапии: особенности поведенческих реакций в отношении приема лекарственных препаратов. Результаты интерпретировали следующим образом: 0 баллов за ответ «нет», 1 балл за ответ «да». Сумма баллов, равная 4 — высокая (полная) приверженность лечению, 2-3 баллам — частичная не приверженность и ≤ 1 балла — не приверженность лечению [3].

3. Тест «Анализ стиля жизни» (Бостонский тест на стрессоустойчивость). Пациентам было предложено 20 утверждений, на которые следовало ответить от 1 до 5 баллов: 1 — всегда; 2 — часто; 3 — иногда; 4 — почти никогда; 5 — никогда. Интерпретировали результаты следующим образом: <10 баллов — хорошая устойчивость к стрессу; 11-30 баллов — нормальная устойчивость к стрессу; 31-50 баллов — высокий уровень стресса; >50 баллов — очень уязвимы к стрессу [1].

4. Для оценки соматического, психического здоровья и условий труда использовали карту амбулаторного больного 025/у-07, анкетирование, психологическое тестирование и социологическое анкетирование.

Анализ, полученных данных проводился с использованием пакета статистических программ Statistica 13 (Trial version) [4].

Результаты исследования и их обсуждение

Анализируя данные было установлено, что у пациентов, перенесших крупноочаговый инфаркт миокарда низкая адаптивность к стрессу — 34 (76 %) пациента ($p = 0,043$). При социологическом анализе было выявлено, что пациенты, которые отвергали веру в существование любого божества уровень стресса был статистически значимо выше, чем у представителей любых других религий.

На следующем этапе было проведено исследование качественных и количественных показателей. Результаты исследования представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Количественные и качественные показатели уровня стресса и выявление копинг-стратегий у пациентов, перенесших крупноочаговый и мелкоочаговый инфаркт миокарда

Показатель	Пациенты, перенесшие крупноочаговый инфаркт миокарда (n = 45) группа 1 ME ± SD	Пациенты, перенесшие мелкоочаговый инфаркт миокарда (n = 47) группа 2 ME ± SD	P-критерий; χ^2
«Бостонский тест на стрессоустойчивость»			
Уровень стресса (баллы)	46 ± 2,2	33 ± 1,5	= 0,043; = 2,047
Методика «Индикатор копинг-стратегий» (Д. Амирхан)			
Разрешение проблем	24 ± 1,2	25 ± 2,5	>0,05
Поиск социальной поддержки	27 ± 1,6	20 ± 2,2	<0,05
Избегание проблем	24 ± 1,5	25 ± 1,5	>0,05

Исходя из данных таблицы 2:

- Тест «Анализ стиля жизни» (Бостонский тест на стрессоустойчивость). У пациентов, перенесших крупноочаговый инфаркт миокарда уровень стрессоустойчивости составил $46 \pm 2,2$ в сравнении с пациентами после мелкоочагового инфаркта миокарда $33 \pm 1,5$ ($p = 0,043$; $\chi^2 = 2,047$).

- Методика «Индикатор копинг-стратегий» (Д. Амирхан)

При анализе данных у пациентов как 1 группы, так и 2 наблюдался средний уровень решения проблем — $24 \pm 1,2$ и $25 \pm 2,5$ ($p > 0,05$) соответственно. Такой показатель, как поиск социальной поддержки у пациентов 1 группы составил $27 \pm 1,6$ (средний уровень), в сравнении со 2-й группой — $20 \pm 2,2$ (средний уровень), ($p < 0,05$). Избегание проблем чаще наблюдалось у пациентов 2-й группы — $25 \pm 1,5$ (средний уровень), в сравнении с 1 группой — $24 \pm 1,5$ (средний уровень), ($p > 0,05$). При гендерном анализе результатов теста не было выявлено статистически значимых различий между мужчинами и женщинами, ($p < 0,05$).

Результаты исследования приверженности приема лекарственных препаратов представлены в таблице 3.

Таблица 3 — Качественный и количественный анализ 4-вопросного теста Мориски — Грина (MMAS-4) у пациентов, перенесших крупноочаговый и мелкоочаговый инфаркт миокарда

Пациенты, перенесшие крупноочаговый инфаркт миокарда (n = 45) группа 1		Пациенты, перенесшие мелкоочаговый инфаркт миокарда (n = 47) группа 2		Двусторонний критерий Фишера (p-value)
Забывали принимать лекарства				
абсолютное количество	%	абсолютное количество	%	=0,0006
4	9	19	40	
Пропуск приема лекарства при хорошем самочувствии				
10	22	31	58	<0,0001
Невнимательны по отношению к времени приема				
9	20	36	66	<0,0001
Пропуск приема лекарства при плохом самочувствии				
8	18	10	21	=0,7944

Исходя из данных таблицы 3, чаще забывали принимать лекарства пациенты 2-й группы — 19 (40 %) пациентов по сравнению с 1-й группой — 4 (9 %) пациента, ($p = 0,0006$). Невнимательны по отношению к времени приема были пациенты 2-й группы — 36 (66 %) пациентов по сравнению с 1-й группой — 9 (20 %) пациентов, ($p < 0,0001$). Похожие результаты получены при анализе вопроса, касающегося пропуска приема лекарства при хорошем самочувствии — 31 (58 %) пациент — 2-й группы по сравнению с 1-й группой — 10 (22 %) пациентов, ($p < 0,0001$). Статистически не значимыми оказались результаты вопроса, касающегося пропуска приема лекарства при плохом самочувствии — 8 (18 %) пациентов — 1-й группы в сравнении со 2-й группой — 10 (21 %) пациентов, ($p = 0,7944$).

Выводы

1. У пациентов, перенесших крупноочаговый инфаркт миокарда уровень стрессоустойчивости составил $46 \pm 2,2$ в сравнении с пациентами, перенесших мелкоочаговый инфаркт миокарда — $33 \pm 1,5$ ($p = 0,043$; $\chi^2 = 2,047$).

2. При анализе копинг-стратегий (Д. Амирхан) у пациентов как 1-й группы, так и 2-й наблюдался средний уровень решения проблем. Статистически значимо выше такой показатель, как поиск социальной поддержки у пациентов 1-й группы составил $27 \pm 1,6$ (средний уровень), в сравнении со 2-й группой — $20 \pm 2,2$ (средний уровень), $p < 0,05$. Такой показатель избегание проблем как в 1 группе, так и во 2 находились на среднем уровне.

3. По результатам исследования у пациентов, перенесших мелкоочаговый инфаркт миокарда, наблюдается очень низкий уровень приверженности приема лекарственных препаратов по сравнению с пациентами, перенесшими крупноочаговый инфаркт миокарда.

ЛИТЕРАТУРА

1. Технологии психологической помощи в кризисных и чрезвычайных ситуациях: учеб.-метод. комплекс. СПб. : Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2008. С. 183–189.
2. Scutti, S. Following a heart attack, sticking with medicines improves chances of survival / S. Scutti // Medical Daily. October 22. 2018. P. 147–149.
3. Morisky, D. E. Concurrent and predictive validity of a self reported measure of medication adherence / D. E. Morisky // Med care. 1986 (24). P. 67–74.
4. Реброва, О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О. Ю. Реброва. М., Медиа Сфера, 2002. 312 с.

УДК 616.12-073.75-089

РЕНТГЕНОХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Маркоз Я. Н.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. В. Николаева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Сердечно-сосудистые заболевания продолжают оставаться наиболее актуальной проблемой во всем мире. По данным Всемирной организации здравоохранения, болезни сердца остаются лидирующей причиной смертности во всем мире уже 20 лет. С 2000 г. число случаев смерти от сердечно-сосудистых заболеваний возросло более чем на 2 миллиона и в 2019 г. достигло почти 9 млн. Наиболее серьезной кардиальной патологией, сопровождающейся сердечно-сосудистым синдромом и требующей экстренных лечебных мероприятий, являются: стенокардия; нестабильная стенокардия и инфаркт миокарда; расслаиваю-