

пидного (общий холестерин, ЛПВП, ЛПНП) обмена. Определены эмпирические критерии по диагностике дефицита тестостерона у пациентов мужского пола с ОИДЛ. Предложена математическая модель диагностики андрогенного дефицита, заключающаяся в расчете вероятности его наличия на основании данных о нейтрофильно-лимфоцитарном индексе, концентрации альбумина и общего холестерина сыворотки крови.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бисенков, Л. Н. Хирургия острых инфекционных деструкций легких: рук-во для врачей / Л. Н. Бисенков, В. И. Попов, С. А. Шалаев; под ред. д-ра мед. наук, проф. Ф. Х. Кутушева. — СПб., 2003. — 400 с.
2. Лечение остро абсцесса легкого с секвестрацией / Я. Н. Шойхет [и др.] // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. — 2012. — № 1. — С. 37–41.
3. Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. The ACCP/SCCM Consensus Conference Committee. American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine. / R. C. Bone [et al.] // Chest. — 1992. — Vol. 101, № 6. — P. 1644–1655.
4. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3) / M. Singer [et al.] // JAMA. — 2016. — Vol. 315, № 8. — P. 801–810.
5. Мурашко, Н. В. Современные подходы к диагностике и лечению синдрома дефицита тестостерона у мужчин: учеб-метод. пособие / Н. В. Мурашко. — Минск: БелМАПО, 2016. — 20 с.

УДК 617.7-073

### ШКОЛА ЗДОРОВЬЯ ГЛАУКОМНЫХ ПАЦИЕНТОВ КАК ОДИН ИЗ ЭТАПОВ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

*Куриленко А. Н.<sup>1,2</sup>, Бобр Т. В.<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Учреждение здравоохранения

«Гомельская областная специализированная клиническая больница»,

<sup>2</sup>Государственное учреждение

«Гомельский государственный медицинский университет»,

<sup>3</sup>Государственное учреждение

«Республиканский научно-практический центр  
радиационной медицины и экологии человека»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### **Введение**

Изучение распространенности заболеваний и разработка методов по ее снижению является одной из важнейших задач медицинской науки и здравоохранения. Оценка эффективности медико-санитарной помощи, оказываемой населению, проводится по таким главным социально-гигиеническим показателям как заболеваемость и инвалидность. Многие первичные и вторичные нейродистрофические заболевания глаз — актуальнейшая проблема офтальмологии из-за значительного распространения, полиэтиологической природы и рефрактерного характера их течения, имеющего инвалидизирующий финал. Это касается и глаукомы — локальной нейродегенеративной офтальмопатологии, поражающей 1,5–2,5 % населения в возрасте старше 40 лет, существенно снижающей качество жизни и приводящей в 14–20 %, даже в развитых странах, к необратимой слепоте, занимая по этому показателю второе место в мире, неуклонно увеличивая многомиллионную армию незрячих [1, 2].

Глаукома является одной из наиболее тяжелых и распространенных форм инвалидизирующих зрительных расстройств, занимающая лидирующее место среди причин слепоты и слабовидения [1–4]. По данным Всемирной Организации Здравоохранения в настоящее время в мире имеется около 105 млн лиц, больных глаукомой, из них слепых на оба глаза 9,1 млн. Глаукома занимает одно из ведущих ранговых мест среди причин утраты зрительных функций и в Республике Беларусь [5]. Распространенность ПОУГ увеличивается с возрастом. Так, в 40–45 лет ПОУГ страдает 1–1,5 % населения, в 50–

60 лет — 1,5–2 %, а в 75 лет и старше — 10–14%. В то же время, есть основания считать, что лишь половина заболевших знают о своей болезни и только четверть из них получает адекватное лечение [4–6].

Глаукома вышла на первое место в нозологической структуре инвалидности по зрению как по демографическими причинами («старение» населения), так и с организационными — отсутствие нормативных документов, нацеливающих офтальмологическую службу на раннее выявление и эффективную диспансеризацию больных глаукомой, отменой доврачебной тонометрии, ослаблением внимания к профилактическим осмотрам на глаукому. Поэтому одной из основных проблем борьбы с глаукомой является проблема организации. Поскольку глаукома является хронически текущим заболеванием, установление данного диагноза обуславливает необходимость постоянной диспансеризации этой группы больных, даже после проведенных гипотензивных операций или нормализации ВГД каким-либо другим способом [5]. Диспансеризация представляет собой научно обоснованную систему профилактических и лечебно-диагностических мероприятий, направленных на сохранение, укрепление и восстановление здоровья человека. Элементами диспансерного наблюдения являются: систематический контроль за состоянием больных, рациональное лечение глаукомы и сопутствующих заболеваний, обучение больных методам самоконтроля и выполнения врачебных назначений.

С момента диагностики глаукома начинает оказывать отрицательное действие на качество жизни больного. Поскольку это заболевание приводит к потере зрения, установление диагноза глаукома является стрессовым фактором для больного, вызывая беспокойство и тревогу. Степень психоэмоционального воздействия зависит от личностных особенностей больного, а также от уровня его информированности о данном заболевании, что может влиять на его приверженность к лечению [6].

Участие больных глаукомой в образовательных программах способствует формированию адекватного представления о механизмах развития болезни, клинических проявлениях заболевания, симптомах декомпенсации процесса, факторах риска развития глаукомы и методах лечения.

### ***Цель***

Изучить эффективность профилактической образовательной технологии — Школа здоровья для пациентов с глаукомой.

### ***Материал и методы исследования***

В течение двух лет на базе офтальмологического консультативно-диагностического поликлинического отделения Гомельской областной специализированной клинической больницы функционирует школа для пациентов с глаукомой. Обучение прошло 186 человек. Средний возраст  $63,7 \pm 6,7$  лет. Набор пациентов-курсантов в школу проводится офтальмологом глаукомного кабинета на консультативном приеме. Для создания психологического комфорта количество слушателей не превышает 7 человек. Занятия проводятся в фиксированный день недели в фиксированное время по единому плану. Группы разделяем в зависимости от уровня образования, возраста, стажа заболевания. Перед началом занятий всем пациентам предлагается анонимно заполнить анкету, которая содержит вопросы, касающиеся возраста, профессии, стажа заболевания, режима гипотензивной терапии, сопутствующей патологии. Кроме того, каждый пациент в анкете сообщал о степени информированности о своем заболевании и каким образом болезнь влияет на качество его жизни. В процессе проведения занятий всем участникам были розданы методические пособия для пациентов с глаукомой. Для оценки качества обучения в школе здоровья для пациентов с глаукомой мы разработали анкету, которую пациенты заполняли анонимно после завершения обучения. Результаты оценивались по 5-балльной шкале.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Самые высокие баллы (по 5 баллов) получили за ответы-утверждения о полезности информации о заболевании. Повышение информированности о заболевании позволяет влиять на поведенческие факторы риска. Более высокий уровень информированности значимо влияет на потребление экзогенного холестерина с пищей — 54,4 против 33,3 % у пациентов с низким и высоким уровнем информированности ( $p < 0,01$ ). На степень медицинской грамотности влияет уровень образования. Исследование показало, что уровень знаний различался у пациентов с высшим и средним образованием. В результате обучения в Школе здоровья для пациентов с глаукомой уровень информированности достоверно повышается с  $35,9 \pm 1,3$  до  $47,2 \pm 0,8$  баллов, на 31,5 %.

Ответ: «Начну следить за регулярностью инстилляций гипотензивных препаратов» — говорит о высоком уровне комплаенса между врачом и пациентом, способствует позитивной настроенности на проведение лечения с целью повышения эффективности проводимой терапии и возможности пациенту контролировать свое заболевание. Сотрудничество пациента и врача — комплаенс (compliance (англ.)) — определяет течение и прогноз заболевания. Даже при точной диагностике, грамотно назначенном лечении, эффективность лечения будет низкой, если пациент не следует ему. Если для купирования острого состояния грамотные и четкие действия требуются от врача, то при профилактическом подходе фокус перемещается на пациента. Использование информационной образовательной программы для пациентов с глаукомой с участием лечащего врача-офтальмолога увеличивает комплаентность. Существенно изменились установки пациентов и отношение к здоровью: улучшилась мотивация пациентов на выполнение профилактических рекомендаций; снизилось число пациентов, считающих действия медицинского персонала неэффективными; экономический фактор перестал считаться главным препятствием для выполнения рекомендаций врача по оздоровлению. Увеличилось число пациентов, проводящих инстилляционную гипотензивную терапию регулярно (с 58,5 до 96,7 %). Вдвое уменьшилось число случаев госпитализации по поводу некомпенсированного офтальмотонуса и втрое — с острым приступом глаукомы. В процессе обучения пациенты освоили ряд практических навыков: пальпаторная транспальпебральная оценка офтальмотонуса, обучение инстилляции глазных капель, самоконтроль артериального давления. После участия в обучающих семинарах большинство пациентов (88,4 %) готовы вовремя обратиться за медицинской помощью ( $p < 0,05$  — по сравнению с исходным уровнем).

Самые низкие баллы (по 2 балла) респонденты отметили на вопрос «Изменение уровня знаний о стрессе», возможно, это говорит о том, насколько эти пациенты уязвимы. Неприятие болезни снижает мотивацию к лечению, затрудняет выбор наиболее эффективного адаптивного поведения в создавшейся ситуации, создает внутреннее напряжение в психике человека. Признание заболевания частью самого себя, мирное сосуществование с глаукомой — вот залог адекватной психологической и социальной реабилитации.

Мы установили, что основным источником информации о заболевании для 69 % является врач, для 15 % — средства массовой информации, однако, 78 % респондентов отметили, что СМИ недостаточно предоставляют информации о глаукоме.

Эффективность образовательной технологии в отзывах и предложениях отметили 75 % пациентов.

Исследования в области качества жизни, в том числе и у офтальмологических больных, являются одним из наиболее актуальных направлений современной медицины. Впервые термин «качество жизни» появился в западногерманской и американской социологии при обсуждении проблем индустриального и постиндустриального общества. Вместе с тем в литературе встречаются различные формулировки понятия «качество жизни». В современной медицине используется термин Health-Related Quality of Life (HRQOL — «качество жизни, связанное со здоровьем»). HRQOL — это степень комфортности человека, как внутри себя, так и в рамках своего общества. Изучение HRQOL позволяет определить

факторы, которые способствуют улучшению жизни и обретению ее смысла [6]. Качество жизни, являясь комплексной характеристикой физического, психологического, эмоционального и социального статуса человека, основанного на его субъективном восприятии, в медицинском понимании этого термина всегда связано со здоровьем.

**Интегральный показатель качества жизни** складывался из ответов на вопросы следующим образом:

- частыми визитами к офтальмологу (13 %);
- мрачными мыслями о болезни (12 %);
- недостатком знаний о своем заболевании (8 %);
- ограничения физической активности (7 %);
- трудности, связанные с низкой остротой зрения (7 %);
- с ориентированием в пространстве (6 %);
- трудовые (7 %);
- социальные (5 %) ограничения.

Мы считаем, что полученные результаты диктуют необходимость комплексного подхода к улучшению помощи глаукомным больным: усовершенствование организации диспансерного наблюдения и лекарственного обеспечения, а также проведение психокоррекции с привлечением квалифицированных специалистов.

#### **Выводы**

1. Школа здоровья пациентов с глаукомой 3 современная перспективная интегрированная технология профилактической помощи населению, направленная на повышение качества жизни.

2. Обучение пациентов с глаукомой в Школе здоровья достоверно повышает уровень медицинской информированности по сравнению с исходным.

3. Повышение информированности пациентов о заболевании способствует усилению мотивации к ответственному отношению к своему здоровью, оздоровлению, повышению комплаентности.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Имшенецкая, Т. А.* Сохранение качества жизни у пациентов, страдающих терминальной глаукомой / Т. А. Имшенецкая, Г. В. Вашкевич // *Рецепт.* — 2009. — № 2. — С. 173–176.
2. *Quigley, H. A.* The number of people with glaucoma worldwide in 2010 and 2020 / H. A. Quigley, A. T. Broman // *Br. Ophthalmol.* — 2006. — Vol. 90. — P. 262–267.
3. *Бирич, Т. А.* Глаукома как социальная проблема в Беларуси / Т. А. Бирич // X съезд офтальмологов Украины: Тез. докл. — Одесса, 2002. — С. 171–172.
4. Группа исследования СИЛНГ. Депрессия и показатели настроения у пациентов с недавно диагностированной глаукомой / Х. Д. Жампел [и др.] // *Ам. офтальмолог. журнал.* — 2007. — С. 238–244.
5. The association of multiple visual impairments with self-reported visual disability: SEE project / G.S. Rubin [et al.] // *Invest. Ophthalmol. Vis. Sci.* — 2001. — Vol. 42 (1). — P. 64–72.
6. Difference between ophthalmologists and patients perceptions of quality of life associated with age-related macular degeneration / G. C. Brown, M. M. Brown, S. Sharma // *Can. J. Ophthalmol.* — 2000. — Vol. 35, № 3. — P. 127–133.

**УДК 616.13-007.64:616.146**

### **АНЕВРИЗМА НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**

***Лызиков А. А., Тихманович В. Е., Каплан М. Л., Куликович Ю. К.,  
Панкова Е. Н., Приходько Т. М., Сильвистрович В. И., Мушинский В. И.***

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Аневризма нижней полой вены (НПВ) — патологическое увеличение диаметра нижней полой вены более 50 % от ее нормального диаметра. Отмечается крайне низкая встречаемость данной патологии, к настоящему времени в англоязычной литературе описано лишь 30 случаев этого заболевания. Впервые аневризму НПВ описал Harris в