

они превышают 100 мкг/л и для определения показателей йодурии возможно использовать и другие, менее чувствительные методы, т. к. церий-арсенитный метод дорог, требует использования высоко токсичных реагентов и в условиях больничных биохимических лабораторий не используется. Других же методов, позволяющих оценивать показатели йодурии — прямого биологического показателя йодной обеспеченности организма человека, действующий в Республике Беларусь перечень исследований в клинической лабораторной диагностике не содержит. Это значительно затрудняет осуществление биологического мониторинга, оптимизацию содержания йода в пищевых цепях населения различных возрастных групп, препятствует своевременной дифференциации выявляемой экологозависимой патологии в регионах и снижает эффективность профилактической программы устранения йодной недостаточности. В связи с тем, что Гомельская область является регионом Беларуси, для которого все рассматриваемые вопросы носят особенную актуальность.

Таким образом, требуется разработка модели мониторинга йодной обеспеченности населения Гомельской области, что позволит эффективно оценивать показатели йодного статуса индивидуума и популяции, обеспечить возможность управления основным потоком йода и оптимизации содержания йода в пищевых цепях. Она должна включать оценку основных показателей, рекомендуемых ВОЗ, при проведении профилактических программ устранения йодной недостаточности и использовании йодированной соли, что позволит повысить эффективность проводимых профилактических мероприятий, направленных на снижение распространенности экологозависимой патологии и улучшения состояния здоровья населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гигиеническая оценка содержания йода в окружающей среде и влияние на здоровье детей / Ю. В. Новиков [и др.] // Гигиена и санитария. — 2001. — № 1. — С. 60–63.
2. Болезни щитовидной железы в Республике Беларусь, в современных условиях / В. М. Дрозд [и др.] // Весці НАНБ. Сер. медыцынскіх навук. — 2006. — № 2. — С. 103–113.
3. Оптимизация йодной обеспеченности в современных условиях и возможности использования альтернативных методов мониторинга йодурии в Республике Беларусь / И. В. Яблонская, В. В. Валетов // Проблемы здоровья экологии. — Гомель, 2008. — № 3(17). — С. 7–10.
4. Дун, Д. Практическое руководство по устранению йодной недостаточности: техническое пособие / Д. Дун, Ф. Ван дер Хаар; ВОЗ, ЮНИСЕФ и ICCIDD. — 1994. — 59 с.
5. Яблонская, И. В. Эколого-гигиеническая характеристика геоландшафта и йодная обеспеченность населения Гомельской области / И. В. Яблонская // Актуальные проблемы патологии щитовидной железы: Материалы научно-практической конференции «Международное сотрудничество в области изучения патологии щитовидной железы». — Гомель: Союз, 2006. — С. 178–183.

УДК 618.1-02-058-053.8:614.21(476.6 Гродно)

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ОТДЕЛЕНИЯ СТАЦИОНАРОВ ОБЛАСТНОГО ЦЕНТРА

Сурмач М. Ю., Урбанович В. С., Грек Н. И.

Учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь

Понятие «здоровье населения» в современной его трактовке неотъемлемо включает анализ и оценку медико-социальных факторов риска и антириска здоровью. Изучение медико-социальных характеристик населения как потребителей услуг медицинского назначения необходимо в анализе маркетинговой среды [2], в обосновании адекватных управленческих решений по реформированию здравоохранения [4], в разработке эффективных направлений общественной профилактики, продвижения здорового образа жизни [1]. В сферах, связанных с репродуктивным здоровьем, оценка состояния медико-социальных факторов особенно актуальна [3].

Целью исследования являлось установить медико-социальную характеристику пациенток репродуктивного возраста, получающих медицинскую помощь в условиях гинекологических отделений стационаров областного центра.

В июне-августе 2015 г. был проведен анонимный раздаточный опрос пациенток трех стационаров: «Городская клиническая больница № 4», «Гродненская областная клиническая больница», «Гродненская городская клиническая больница скорой медицинской помощи». На основе добровольного согласия, сплошным методом, были опрошены 152 пациентки возраста от 18 до 40 лет; в статистический анализ включены данные опроса 150 человек. Использован оригинальный социологический инструментарий. Опросники включали сведения о проживании, образовании, профессиональной дея-

тельности, семейном положении, медицинской активности, профессиональных вредностях и стрессовых факторах, образе жизни (сон, питание, вредные привычки, физическая активность), самооценке здоровья (по 10-балльной шкале) и наличии той или иной патологии в анамнезе. Информация вводилась в компьютерную базу данных и обрабатывалась в среде Excel.

В результате исследования было выявлено, что доля женщин в возрасте до 20 лет составила 7 %, в возрасте 21–30 года — 67,7 %, 31–40 лет — 25,3 %. При этом, 6,9 % составляли пациентки из села, 93,1 % проживают в городе. Более половины опрошенных (52 %) указали, что проживают в отдельной квартире (доме), 21,3 % — в съемном жилье, 21,3 % — совместно с родителями, 5,4 % проживают в общежитии.

Почти 43,5 % пациенток гинекологических отделений стационаров возраста 18–40 лет имеют высшее образование, 4,2 % — среднее образование, а 52,3 % приходится на женщин со средне-специальным образованием. При этом 29,1 % составляют служащие организаций бюджетной сферы, 27,8 % — работники сферы обслуживания и торговли, 16,7 % — рабочие государственных предприятий, по 8,3 % — предприниматели и студенты, по 4,2 % приходится на работающих по найму в частном секторе и безработных, 1,4 % являются работниками сельского хозяйства. Семейное положение опрошенных оказалось следующим: 61,1 % — замужем, 12,5 % — разведены, 1,4 % — вдовы, 12,5 % — состоит в незарегистрированном браке, 19,4 % — опрошенных женщин не состоят и не состояли ранее в браке.

Изучение медицинской активности респонденток выявило, что 4,2 % обращаются за медицинской помощью при малейшем недомогании, 40,2 % — когда в течении нескольких дней плохо себя чувствуют, 29,2 % — только в случае тяжелой болезни, 4,2 % — когда нужен бюллетень, 15,3 % — опрошенных по своей инициативе не обращаются, но проходят обязательные диспансерные обследования, оставшиеся 6,9 % обращаются с профилактической целью. При этом, половина пациенток указали, что до госпитализации посещали медицинские учреждения в среднем 1 раз в год, 38,5 % — 2–4 раза в год, 11,5 % — более 5 раз в год; 54 % опрошенных посещали гинеколога 1 раз в год, 46 % — чаще 1 раза в год.

Исходя из оценки психоэмоционального состояния, характеристики сна и питания следует, что 34,6 % опрошенных женщин часто испытывают стресс как на работе, так и дома, 46,2 % — иногда, 19,2 % — не испытывают стресса. Около 34,7 % опрошенных женщин спят в среднем 6 часов и менее, сон длится 7–8 часов — 42,3 %, 23 % женщин указывают на продолжительность ночного сна равную 9–10 часам. Только 54 % принявших участие в опросе женщин питаются регулярно, 46 % отметили нерегулярное питание. Отметили, что не имеют никаких профессиональных вредностей, 69,2 % опрошенных, 30,7 % указывают на длительную (6 часов в день и более) работу за компьютером. При этом следует отметить, что профессиональный статус опрошенных указывает на потенциальное наличие целого ряда факторов риска здоровью, связанных с профессиональной деятельностью. Неуказание на такие факторы в материалах опроса свидетельствует скорее о незнании женщинами о потенциальном риске, чем о реальном отсутствии вредностей.

При изучении образа жизни женщин выявлено, что 34,6 % опрошенных не употребляют алкоголь, 3,9 % употребляют алкоголь 1 раз в год, 61,5 % — 1 раз в месяц; 6,7 % — курят, 10 % курили ранее. Отметили, что занимаются спортом, 12%; 46 % респонденток указали, что спортом не занимаются, 42 % занимаются спортом иногда.

Заболевания соединительной ткани отмечают у себя 3,8 % опрошенных, дыхательной системы — 19,2 %, болезни системы кровообращения — 34,6 %, патологию печени — 3,8 %, заболевания желудочно-кишечного тракта — 42,3 %, почек — 3,8 %, опорно-двигательной системы — 3,8 % женщин. При этом 7,7 % респонденток оценивают свое здоровье на высший балл — 10. Одновременно, женщины, оценившие свое здоровье на 10 баллов, указали, что не страдают какими-либо заболеваниями. Часть опрошенных (23 %) оценили свое здоровье на 8 баллов, 23 % дали своему здоровью оценку в 7 баллов, 34,8 % — 6, 7,7 % — 5, 3,8 % — 4 балла. Наиболее низкие баллы самооценки здоровья (от 1 до 3) в ответах отсутствовали. Женщины, оценившие свое здоровье на 8 баллов, в 71,4 % случаев страдают заболеваниями одновременно двух систем организма, в 14,3 % — заболеванием одной системы, либо (14,3 %) не отмечают наличие каких-либо заболеваний. Исходя из выявленных данных, самооценка не всегда является объективным критерием состояния здоровья. Даже при наличии объективных проблем, связанных с репродуктивной сферой (очевидно послуживших причиной госпитализации), часть женщин не считают себя страдающими теми или иными гинекологическими заболеваниями и дают своему здоровью высокую самооценку.

Таким образом, среди пациенток репродуктивного возраста, получающих медицинскую помощь в условиях гинекологических отделений стационаров областного центра, преобладают молодые женщины (возраста 21–30 лет), проживающие в городе, чаще в отдельной квартире, имеющие средне-специальное или высшее образование, являющиеся служащими организаций бюджетной сферы или

работниками сферы обслуживания и торговли. В большинстве женщины отрицают наличие у них вредных привычек (алкоголь, курение) и профессиональных вредностей, за исключением длительной работы за компьютером, ведут активный образ жизни. В числе объективных факторов риска здоровью следует отметить нерегулярное питание (46 % опрошенных) и недостаточную медицинскую активность. Неадекватная самооценка здоровья, отрицание наличия той или иной патологии в анамнезе и факторов риска здоровью, связанных с профессиональной деятельностью, при их объективном присутствии, указывает на недостаточную медицинскую информированность женщин.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Соболева, Л. Г.* Продвижение здорового образа жизни в учреждениях общего среднего образования : монография / Л. Г. Соболева, Т. М. Шаршакова, А. П. Романова. — Минск: БелМАПО, 2014. — 235 с.
2. *Решетников, А. В.* Социология пациента / А. В. Решетников, С. А. Ефименко. — М.: Здоровье и общество, 2008. — 304 с.
3. *Сурмач, М. Ю.* Медицинские и социологические аспекты репродуктивного здоровья молодежи / М. Ю. Сурмач. — Гродно: ГрГМУ, 2008. — 268 с.
4. *Сурмач, М. Ю.* Обучение будущих профессионалов здравоохранения управлять общественным здоровьем: традиции и инновации / М. Ю. Сурмач // Анализ и оценка эффективности управленческих решений в современном здравоохранении. Материалы Республиканской научно-практической конференции организаторов здравоохранения Республики Беларусь, Минск, 22 октября 2009 г. / МЗРБ, БелМАПО / редсовет: В. И. Жарко [и др.]; рецензенты: Ю. М. Ганин [и др.]. — Минск: БелМАПО, 2009. — С. 21–24.

УДК 616.127-005.4-02:159.923

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ КАК ПРЕДИКТОРЫ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Сурмач Е. М.¹, Квачук В. С.¹, Сурмач Е. И.¹, Синкевич И. А.², Венцко Ю. М.²

¹Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

²Учреждение здравоохранения

«Городская клиническая больница № 3»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Вопросы связей психосоциальных факторов с риском возникновения и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) изучаются. Так известное международное эпидемиологическое исследование INTERHEART, выполненное с участием 52 стран, представило 9 модифицируемых факторов, обусловивших около 90 % риска инфаркта миокарда (ИМ) в разных регионах мира. К ним отнесены дислипидемия, курение, диабет, гипертензия, абдоминальное ожирение, стресс, гиподинамия, малое потребление фруктов и овощей, употребление алкоголя, на основании полученных данных сформулированы принципы профилактики [1]. В ряде работ рассматривают стойкие связи между социальным, экономическим статусом и развитием ИБС. Отмечено, что каждый второй социально незащищенный субъект заболевает ишемической болезнью сердца (ИБС), бедность и социальное неблагополучие ассоциируются с более высоким уровнем ССЗ [2]. У пациентов с ИБС широко распространены и социально значимы расстройства настроения, поскольку влияют на трудоспособность, играют важную роль в адаптации к болезни. В ряде работ приводятся данные о том, что ощущение здоровья часто связано именно с психологическими факторами, но не выраженностью соматических симптомов. В исследовании с участием более 1000 пациентов с ИБС установлено, что 20 % участвующих с коморбидной депрессией сообщили о большей обременительности симптомов по сравнению с пациентами без депрессии. [4]. Особенности личности пациента определяют его уязвимость в отношении психологических факторов риска, особое внимание уделяется так называемой дисстресс-личности (тип D), характеризующейся депрессивным настроением, внутренним напряжением, раздражительностью и социальным ингибированием. Этот тип личности является доказанным предиктором плохого прогноза у пациентов с ИБС. Для ИБС типично синергичное действие прогностических факторов, приводящее к повышению риска осложнений [5]. Работы о взаимосвязях и взаимовлиянии данных факторов единичны. Данные о связях биохимических маркеров ССЗ (например, уровня гомоцистеина, мочевой кислоты) с психосоциальным статусом пациента также немногочисленны. Изучение их позволит разработать эффективные программы реабилитации для пациентов. Выявление подгрупп пациентов с наличием многих психосоциальных факторов, увеличивающих риск кардиальных осложнений, составит главную цель вторичной профилактики.

Цель

Изучить психосоциальные факторы, связанные с развитием ИМ, оценить уровни мочевой кислоты, гомоцистеина, липидный спектр у пациентов с ИБС и здоровых добровольцев в зависимости от наличия тех или иных психосоциальных факторов.