

Среди обследованных студенток с низкими значениями ИМТ, согласно измерениям размеров костного таза, было определено, что у 73 (80,22 %) студенток, имел место поперечно-суженный таз (ПСТ), у 13 (14,29 %) студенток — простой плоский таз (ППТ), у 5 (5,5 %) студенток — плоско-рахитический таз (ПРТ). У 100 % студенток зафиксированы уменьшения 1–3 внешних размеров таза на 1,5–2 см, что трактуется как анатомически узкий таз (АУТ) [4]. Сужение таза I степени определено у 49 (53,85 %), II степени — у 37 (40,66 %), III–IV степени у 5 (5,5 %). В исследовании мы получили такие результаты значений индекса относительной ширины таза (ИОШТ): показатель ИОШТ во всей исследуемой группе (n = 91) составляет  $13,5 \pm 0,11$  см. У 100 % студенток ИОШТ отвечал значениям стенопиелии (узкий таз) [4]. Для оценки сформированности костей таза и определения взаимосвязи с показателями половой зрелости нами был использован индекс костей таза (ИКТ), предложенный Н. И. Ковтюк [3]. Среди обследованных студенток (n = 91), ИКТ составлял  $38,64 \pm 0,61$  см, что соответствует среднему значению этого показателя для данной возрастной группы [3]. У 4 (4,4 %) студенток этот показатель был менее 30 см. Это указывает на то, что эти студентки находятся в группе риска по возрастным темпам формирования костной зрелости костей таза [3].

Значения показателя всей выборки у студенток двух курсов соответствует значениям эурипии (большого таза), с преимущественным увеличением трех поперечных размеров костного таза [4]. По результатам измерений костного таза студентки I–II курсов СМГ с повышенной массой тела, были разделены на 3 группы: 1) с «нормальными» размерами — 2 (5,26 %) студентки; 2) широкий таз — 26 (68,42 %) [9]; 3) «смешанная форма таза» была определена у 10 (26,32 %) студенток [4].

Таким образом, среди обследованных студенток преобладают те из них, которые имеют «смешанный» и широкий таз — 36 (94,74 %) студенток. Полученные данные совпадают с данными Н. И. Ковтюк и других исследователей данного вопроса [3, 4]. В последнее время, при проведении подобных исследований среди женщин репродуктивного возраста, достаточно часто определяются нестандартные, так называемые «смешанные» формы узкого таза [3, 4].

#### **Выводы**

1. У 98,7 % обследованных студенток имеется сложная сочетанная патология с изменениями МЦ, размеров таза и антропометрических показателей.
2. Снижение массы тела и показателей ИМТ ниже уровня  $18,5 \text{ кг/м}^2$  и более  $25 \text{ кг/м}^2$  выражено у студенток первых лет обучения в вузе.
3. Среди 25,28 % студенток, имеющих массу тела ниже 45–47 кг и ИМТ меньше  $16 \text{ кг/м}^2$ , все 100 % имеют комбинированные нарушения МЦ.
4. У 97,4 % обследованных студенток СМГ, с повышенной массой тела и у всех 100 % студенток с низкими значениями ИМТ имеются многообразные нарушения МЦ по типу гипоменструального синдрома.
5. Среди выявленных нарушений менструальной функции у 80,22 % студенток преобладают альгодисменорея, пройоменорея, вторичная аменорея, выраженный предменструальный синдром.
6. У большинства студенток с низкими показателями ИМТ выявляются различные виды узкого таза с I–III степенями сужения, у 94,74 % студенток с высокими показателями ИМТ определены «смешанный» и широкий тазы.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Абдуллаева, Р. Г.* Особенности формирования репродуктивного здоровья девушек-подростков с дефицитом массы тела: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Р. Г. Абдуллаева. — М., 2009. — 23 с.
2. *Алиева, Н. А.* Особенности репродуктивного здоровья девочек-подростков с ожирением различного генеза: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Волгоград, 2006. — 21 с.
3. *Ковтюк, Н. І.* Динаміка формування розмірів таза у дівчат шкільного віку Чернівецької області / Н. І. Ковтюк // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. — 2004. — Т. 3. — С. 48–49.
4. *Стрелкович, Т. Н.* Антропометрическая характеристика таза женщин в зависимости от соматотипа / Т. Н. Стрелкович, Н. И. Медведова, Е. А. Хапилина // В мире научных открытий. — 2012. — № 2 (2). — С. 60–73.
5. *Bergman, R. N.* A Better Index of Body Adiposity / R. N. Bergman, D. Stefanovski, T. A. Buchanan // Obesity (Silver Spring). — 2011. — № 19(5). — P. 1083–1089.

**УДК 616.1-084**

## **ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПАЦИЕНТАМ С ФАКТОРАМИ РИСКА БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

**Будник Я. И.**

**Учреждение образования**

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

#### **Введение**

Ключевой составляющей процесса депопуляции в Беларуси является высокий уровень смертности среди населения трудоспособного возраста.

Одной из причин создавшейся ситуации является ухудшение по ряду причин качества амбулаторного наблюдения за пациентами с болезнями системы кровообращения (БСК). 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. В развитие ишемической болезни сердца (ИБС) вносят свой вклад несколько факторов риска, но уровень артериального давления (АД) — один из наиболее важных. Исследование влияния потенциально модифицируемых факторов риска инфаркта миокарда в 52 странах (INTERHEART) показало, что в общей популяции примерно 50 % риска инфаркта миокарда обусловлено дислипидемией, а около 25 % обусловлено артериальной гипертензией (АГ) [1].

АГ — ведущий фактор риска развития сердечной недостаточности, которая сейчас относится к почти столь же частым осложнениям АГ, как и инсульт [2]. Описана тесная зависимость между распространенностью АГ и смертностью от инсульта [3].

### **Цель**

Обоснование и внедрение профилактических мероприятий в амбулаторных условиях при диспансерном наблюдении за пациентами с факторами риска болезней системы кровообращения для оптимизации подходов к реализации профилактических программ.

### **Материал и методы исследования**

Было проведено социологическое исследование, направленное на выявление поведенческих факторов риска, влияющих на здоровье. В исследовании приняли участие пациенты амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения г. Гомеля. Выборка респондентов (n = 272) осуществлялась случайным способом, необходимая степень достоверности результатов исследования была обеспечена. Сбор данных проводился методом анкетирования [4].

Экспертная оценка лечебно-профилактических рекомендаций при диспансерном наблюдении за пациентами с АГ и ИБС 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 № 51).

Необходимые сведения выкопировывались из формы N 025/у-07 «Медицинская карта амбулаторного пациента» в экспертную карту-схему и переносились в электронную базу данных. Всего проанализирована медицинская документация 300 пациентов с АГ и ИБС, которые находились на амбулаторном наблюдении в поликлиниках г. Гомеля (200 пациентов) и г. Петрикова (100 пациентов).

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

Социологическое исследование, направленное на выявление поведенческих факторов риска, влияющих на здоровье, показало, что 64,7 % респондентов недостаточно внимания уделяют своему здоровью. Среди опрошенных наиболее распространенными причинами, не позволяющими в полной мере заботиться о своем здоровье, являются: недостаток материальных средств (62,5 %), дефицит времени (54,7 %), недостаток силы воли (34,5 %), недостаток физических и моральных сил (18,4 %), наличие более важных дел (17,3 %).

Большинство респондентов (74,6 %) отмечают, что в их семье принято заботливо и доброжелательно относиться друг к другу, однако только 30,5 % респондентов обращаются за помощью к врачу при первых симптомах заболеваний.

В целом, данные проведенного исследования показали наиболее распространенные для населения г. Гомеля факторы риска, связанные с некоторыми особенностями образа жизни человека: низкая физическая активность, нерациональное питание, недостаточное употребление овощей и фруктов, склонность к табакокурению, употребление алкоголя. Настораживающим моментом является то, что практически половина опрошенных (45 %) наиболее важную информацию о здоровье получают из интернета и лишь 2,9 % — в «школах здоровья» при поликлиниках.

Результаты исследования показали низкий уровень просветительской, обучающей и воспитательной деятельности, направленной на повышение информированности по вопросам здоровья и его охраны, на формирование навыков укрепления здоровья.

Проведенный анализ карт амбулаторного больного показал, что уже при постановке на диспансерный учет у пациентов с БСК не в полном объеме выявлялись причины и факторы риска заболеваний. У трети всех наблюдаемых пациентов с сочетанной патологией отсутствовали медикаментозные рекомендации. При диспансерном наблюдении пациентов с БСК важным аспектом является оценка динамики состояния и эффективность предупреждения рецидивирования болезни. Однако по записям

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, %

Годы	Отсутствие медикаментозных рекомендаций, %					
	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, %						
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, %						
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

Антигипертензивная терапия современными препаратами, 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.

Крайне редко отмечены рекомендации по ведению здорового образа жизни: у 1,2 % пациентов с АГ в районной поликлинике, 2,7 % — в городской поликлинике, отсутствовали рекомендации по коррекции стрессовых ситуаций, очень редко назначались рекомендации по отказу от курения и употребления алкоголя. У большинства пациентов в дневниках наблюдения отсутствуют рекомендации по диетической коррекции, модификации образа жизни.

У 70 % пациентов с сочетанной патологией оценка риска смерти по шкале SCORE не проводилась. У всех пациентов трудоспособного возраста с БСК городской и районной поликлиник отсутствовали рекомендации по ранней реабилитации.

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

Необходимо повышение роли первичного звена здравоохранения в профилактике заболеваний и формировании здорового образа жизни у населения, совершенствование службы медицинской профилактики, создание условий и разработка оздоровительных технологий для укрепления здоровья на производстве и в учреждениях образования, внедрение информационно-образовательной системы по вопросам здоровья.

#### **Заключение**

Для формирования понимания у людей необходимости позитивных изменений в образе жизни и поддержки их стремления к таким изменениям путём создания соответствующих мотиваций в отношении к своему здоровью нами предложены следующие организационные мероприятия:

1. Оптимизация деятельности помощника врача по профилактике БСК.
2. Метод профилактического консультирования.
3. Медицинский аудит качества выполнения профилактического консультирования.
4. Мероприятия по ранней реабилитации пациентов с факторами риска БСК.

Персонализация профилактики позволит повысить эффективность мероприятий по борьбе с факторами риска БСК. Нами разработаны методологические принципы и алгоритмы краткого и углубленного профилактического консультирования пациентов трудоспособного возраста с факторами риска БСК в амбулаторных условиях. Центральное место в проведении профилактического консультирования принадлежит помощнику врача. Требования к помощнику врача предъявляют необходимость в подготовке такого специалиста, который способен внедрять новые методы и технологии первичной профилактики. Оптимизация деятельности помощника врача будет способствовать обучению пациентов через внедрение методов профилактического индивидуального и группового консультирования и формированию мотивации к позитивному изменению поведения.

Цель медицинского аудита качества выполнения профилактического консультирования — контроль эффективности комплекса профилактических мероприятий, направленных на формирование у пациентов ответственности за здоровье.

В соответствии с поставленной целью нами выделены виды аудита, каждый из которых предполагает более конкретные цели и задачи, а также формы, методы осуществления: внешний аудит — осуществляется врачом-валеологом с целью контроля соблюдения требований профилактического консультирования; внутренний аудит — осуществляется администрацией учреждения здравоохранения с целью проверки эффективности рекомендаций при профилактическом консультировании.

При ранней реабилитации на догоспитальном этапе пациентам были предложены конкретные оздоровительные мероприятия, включающие чаще нефармакологические, стимулирующие естественные механизмы репарации: режим дня, отдыха, физических упражнений, питания, физиотерапевтические методы.

Результаты оптимизации профилактических мероприятий в амбулаторных условиях показали, что у пациентов трудоспособного возраста отмечены позитивные изменения в их образе жизни относительно изменений, касающихся важности модификации образа жизни, лекарственной терапии и постоянного медицинского сопровождения. Были выявлены значимые отличия относительно следующих показателей: изменение привычного образа жизни, диеты из-за болезни, ежедневного приема препаратов, измерения артериального давления, регулярное посещение врача.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study / S. Yusuf [et al.] // Lancet. — 2004. — № 364. — P. 937–952.
2. Tocci, G. M. Development of heart failure in recent hypertension trials / G. M. Tocci, S. Sciarretta // Journal of Hypertension. — 2008. — № 7. — P. 1477–1486.
3. Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries, Canada and the United States / K. Wolf-Maier [et al.] // Journal of the American Medical Association. — 2003. — № 18. — P. 2363–2369.
4. Будник, Я. И. Поведенческие факторы риска неинфекционных заболеваний в городской среде / Т. М. Шаршакова, И. А. Чешик // Вопр. организ. и информ. здравоохран. — 2014. — № 3. — С. 50–58.

УДК 616.1-084

### ОБОСНОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОГО АУДИТА ЗА КАЧЕСТВОМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ФАКТОРАМИ РИСКА БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

*Будник Я. И.<sup>1</sup>, Шаршакова Т. М.<sup>1</sup>, Попков Д. В.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

<sup>2</sup>Управление здравоохранения Гомельского облисполкома  
г. Гомель, Республика Беларусь

#### *Введение*

Результаты проведенной нами экспертной оценки диспансерного наблюдения пациентов трудоспособного возраста с артериальной гипертензией (АГ) и ишемической болезнью сердца (ИБС) на терапевтическом участке показали, что у 84,7 % пациентов районной поликлиники отсутствовали немедикаментозные рекомендации, 70,5 % — городской поликлиники ( $p < 0,05$ ). При этом в дневниках наблюдения у пациентов отсутствуют рекомендации по коррекции питания, модификации образа жизни, которые должны проводиться в рамках диспансеризации [1].

Повышение качества медицинской помощи (МП) пациентам с АГ в последние десятилетия остается приоритетной задачей современного здравоохранения как в Беларуси, так и за рубежом. Особый акцент в решении проблемы АГ сделан на амбулаторный этап лечения [2]. Опыт зарубежных стран показал, что наиболее значимых результатов в улучшении качества МП больным АГ и в снижении смертности от болезней системы кровообращения (БСК) позволяет добиться введение системы медицинского аудита [3].

#### *Цель*

Разработать и обосновать этапы медицинского аудита профилактического консультирования пациентов с факторами риска болезней системы кровообращения в амбулаторных условиях.

#### *Материал 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 № 51). Всего проанализирована медицинская документация 300 пациентов с АГ и ИБС.