

чения (С2), энергетический ресурс и показатель катаболизма по сравнению с 3-й контрольной группой. Так, С1 был снижен на 15 %, С2 — на 16 %, энергетический ресурс — на 25 %, показатель катаболизма — на 27 %. Приведенные результаты демонстрируют, что снижение процентного содержания жировой массы в организме приводит к уменьшению уровня энергообеспечения мышечной деятельности преимущественно за счет снижения энергетических ресурсов и уменьшения процессов катаболизма, что может быть признаком скрытой перетренированности [2, 3].

Отсутствие значимых различий между 1-й и 3-й группами спортсменов по показателям анаболизма и энергетического баланса может свидетельствовать об относительной стабилизации процессов адаптации энергообмена к физическим нагрузкам, а также о незначительном преобладании анаболических процессов над катаболическими за счет усиления белкового обмена мышечной ткани вследствие прироста мышечной массы в процессе тренировок [3, 4].

В 4-й группе спортсменов выявлено значимое (по сравнению с 3-й группой) снижение таких показателей, как С1 — на 25 %, С2 — на 24 %, энергетический ресурс — на 37 %, показатель анаболизма — на 37 %, показатель катаболизма — на 30 %. Следовательно, избыточное содержание жировой ткани в организме также отрицательно сказывается на величинах энергетического обеспечения мышечной деятельности. Причем наблюдаемое уменьшение уровня энергообеспечения более выраженное, чем в 1-й группе спортсменов. Значимое снижение как показателей анаболизма, так и катаболизма у спортсменов 4-й группы указывает на низкую скорость обменных процессов, что может свидетельствовать о нарушении метаболизма и процессов мобилизации энергетических ресурсов организма [2, 3].

#### **Заключение**

Как снижение, так и избыточное содержание жировой массы в организме спортсменов приводит к значимому уменьшению уровня и резервов энергообеспечения мышечной деятельности по данным программно-аппаратного комплекса «Омега-С», при этом в первом случае преимущественно за счет снижения энергетических ресурсов, во втором — за счет уменьшения скорости метаболических процессов и нарушения процессов мобилизации энергетических ресурсов организма.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Смирнов, К. Ю. Разработка и исследование методов математического моделирования и анализа биоэлектрических сигналов / К. Ю. Смирнов, Ю. А. Смирнов. — СПб., 2001. — 24 с.
2. Ярилов, С. В. Физиологические аспекты новой информационной технологии анализа биофизических сигналов и принципы технической реализации / С. В. Ярилов. — СПб., 2001. — 37 с.
3. Перспективы диагностического применения программно-аппаратных комплексов «Омега» для оценки функционального состояния организма учащихся и спортсменов: учеб.-метод. пособие / Э. С. Питкевич [и др.]. — Гомель: ГГМУ, 2012. — 200 с.
4. Мартиросов, Э. Г. Технологии и методы определения состава тела человека / Э. Г. Мартиросов, Д. В. Николаев, С. Г. Руднев. — М.: Наука, 2006. — 248 с.

**УДК 616.12–008.331.1–08**

## **ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

**Будник Я. И., Шаршакова Т. М.**

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

#### **Введение**

Под приверженностью к лечению понимают соответствие поведения пациента ре-

комендациям врача, включая прием препаратов, диету и (или) изменение образа жизни. Проблема невыполнения врачебных рекомендаций была и остается одной из самых острых в практической медицине. Изучение причин низкой эффективности лечения артериальной гипертензии (АГ) и недостижения целевых значений артериального давления (АД) является предметом многочисленных исследований.

Проблема недостаточной приверженности больных АГ лечению имеет большую актуальность. Об этом свидетельствуют результаты клинико-эпидемиологических исследований, проводимых за рубежом и в России (Cardiomonitor, RUSH Study, РЕЛИФ) [1, 2, 3].

### **Цель**

Провести оценку приверженности к лечению пациентов трудоспособного возраста с АГ в амбулаторных условиях.

### **Материалы и методы исследования**

Исследование проведено на базе диспансерного отделения учреждения «Гомельский областной клинический кардиологический центр». Выборочную совокупность составили 256 пациентов, страдающих АГ: 113 мужчин и 143 женщины (средний возраст 47,1 лет). Вся выборка была разделена на 2 группы: 1-ю группу составили мужчины и женщины, страдающие АГ, до проведения профилактического консультирования в количестве 156 человек; 2-ю группу — мужчины и женщины, страдающие АГ, после проведения профилактического консультирования в количестве 100 человек.

Для оценки влияния субъективных факторов на качество антигипертензивной терапии больных АГ проведены социологические исследования по опроснику Н. А. Николаева «Приверженность к лечению больного артериальной гипертензией», состоящего из двух самостоятельных частей: «Важность лечения» и «Выполнение врачебных рекомендаций».

Все данные обработаны с помощью компьютерного статистического пакета «Statistica» 6.0.

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

Сравнительный анализ данных, полученных при исследовании, показал, что существуют значимые отличия в группах по показателям (таблица 1).

Таблица 1 — Оценка респондентами важности модификации образа жизни (%)

Насколько важно для вас	Совершенно не важно		Почти не важно		Скорее не важно, чем важно		Скорее важно, чем не важно		Достаточно важно		Очень важно	
	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа
Вести привычную сексуальную жизнь	9,6	2,0	6,4	1,0	18,6	7,0	23,1	11,0	30,1	39,0	12,2	40,0
Изменить из-за болезни привычный образ жизни	0,6	0	5,1	0	12,8	1,0	35,9	7,0	31,4	66,0	14,1	26,0
Изменить из-за болезни привычную диету	2,6	1,0	4,5	0	16,7	2,0	32,1	11,0	29,5	62,0	14,7	24,0
Верить в Бога	1,9	0	5,1	1,0	5,1	1,0	23,7	11,0	38,5	35,0	23,6	52,0
В целом изменить жизнь из-за болезни	0,6	0	8,3	0	8,3	0	28,8	1,0	35,3	48,0	18,6	51,0

При анализе факторов, способных повлиять на лечение, оказалось, что пациенты сравниваемых групп степень их важности оценивают по-разному.

Согласно полученным данным, увеличилось число респондентов, для которых очень важно изменить из-за болезни привычный образ жизни (с 14,1 до 26,0 %;  $p = 0,023$ ). С 29,5 до 62 % ( $p < 0,001$ ) увеличилось количество респондентов, для которых достаточно важно изменить из-за болезни привычную диету. После проведения профилактического консультирования увеличилась доля лиц, для которых очень важно в целом изменить жизнь из-за болезни — с 18,6 % до 51 % ( $p < 0,001$ ). Вторая группа респондентов продемонстрировала

большую значимость нематериальных факторов (вопросы веры).

При оценке респондентами важности антигипертензивной терапии было выявлено, что количество пациентов, для которых достаточно важно и очень важно ежедневно принимать препараты, увеличилось с 41 % до 61 % ( $p = 0,002$ ) и с 23,7 % до 36 % ( $p = 0,038$ ) соответственно. Увеличилось количество респондентов, для которых очень важны ощущения, связанные с приемом лекарственных препаратов — с 17,9 до 52 % ( $p < 0,001$ ).

При анализе значимости измерения АД было выявлено, что во 2-й группе количество респондентов, которым очень важно знать величину своего АД значительно больше (88 %), чем в 1-й группе (34,6 %) ( $p < 0,001$ ).

Итоговый показатель ИЕЕТ (прогнозируемая эффективность лечения) продемонстрировал различия в выборках 1-й и 2-й групп: у 2-й группы (1,36) эффективность лечения ожидалась выше, чем у 1-й (1,76).

### **Заключение**

Результаты исследования по изучению приверженности к лечению показали, что участие пациентов трудоспособного возраста в профилактическом консультировании повлекло за собой позитивные изменения в их образе жизни относительно изменений, касающихся важности модификации образа жизни, лекарственной терапии и постоянного медицинского сопровождения. Также это способствовало позитивным изменениям в приверженности к лечению АГ. Были выявлены значимые отличия относительно следующих показателей: изменение привычного образа жизни, диеты из-за болезни, ежедневного приема препаратов, измерения АД, регулярное посещение врача. На основании полученных результатов были рассчитаны индексы ожидаемой эффективности модификации образа жизни (EUWL), лекарственной терапии (EMT) и медицинского сопровождения (EMS). Они прогнозируют высокие результаты вмешательств, а у 2-й группы ожидаемая эффективность лекарственной терапии и медицинского сопровождения может быть прогностически оценена выше, чем у 1-й группы.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Hosie, J.* Managing hypertension in general practice: can we do better? / J. Hosie, I. Wiklund // J. Hum. Hypertens. — 1995. — № 9. — P. 15–18.
2. *Оганов, Р. Г.* РЕЛИФ — регулярное лечение и профилактика — ключ к улучшению ситуации с сердечно-сосудистыми заболеваниями в России: результаты российского многоцентрового исследования. Часть III. / Р. Г. Оганов [и др.] // Кардиология. — 2008, № 4. — С. 46–53.
3. Приверженность к лечению сердечно-сосудистых заболеваний: проблема врачей и пациентов / Г. В. Погосова [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2009, № 4. — С. 98–102.

**УДК 159.943:614.8.026.1 (476.2)**

## **ИЗУЧЕНИЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАСЕЛЕНИЯ Г. ГОМЕЛЯ (ПО МАТЕРИАЛАМ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА)**

***Будник Я. И., Шаршакова Т. М., Чешик И. А., Попков Д. В.***

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**Управление здравоохранения Гомельского облисполкома**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Неинфекционные заболевания (НИЗ) приводят к значительным потерям населения во многих странах, что представляет глобальную социально-экономическую проблему. По данным ВОЗ, высокая смертность от НИЗ объясняется широким распространением среди населения поведенческих факторов риска таких, как курение, артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, избыточная масса тела, низкая физическая активность. Многолетний отечественный и зарубежный опыт изучения данной проблемы показывает, что существует достоверная связь между уровнями смертности от основных НЗ и распространенно-