

Наиболее высокая распространенность низкой приверженности в возрастной группе 40–47 лет (40 % по MMAS-8 и 45 % по КОП-25 соответственно). Наблюдается рост показателя высокой приверженности в зависимости от возраста.

Также, отдельно были проанализированы такие показатели как приверженность к лекарственной терапии (Cd), приверженность к медицинскому сопровождению (Cm), приверженность к модификации образа жизни (Cc) по опроснику КОП-25.

Таблица 4 – Показатели уровня комплаентности по Cd, Cm, Cc, %

Показатель	Низкая комплаентность	Средняя комплаентность	Высокая комплаентность
Cd	39	45,7	15,3
Cm	62	28,6	9,4
Cc	65,4	23	11,6

Исходя из полученных результатов, отмечается низкая приверженность к медицинскому сопровождению и к модификации образа жизни: 62 и 65,4% соответственно.

Выводы

1. По результатам обоих опросников отмечается высокая приверженность к лечению среди женщин, в отличие от показателей среди пациентов мужского пола (среди женщин у 41,6% по КОП-25 и MMAS-8, среди мужчин 21,7 и 13 % соответственно).

2. Наиболее высокая распространенность низкой приверженности наблюдается в возрастной группе 40–47 лет (40 % по MMAS-8 и 45 % по КОП-25).

3. Низкие показатели так же отмечались у пациентов обоих полов по показателям приверженности к медицинскому сопровождению и к модификации образа жизни: 62 и 65,4% соответственно.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Маркелова, Е. Н. Качество жизни пациентов с инфарктом миокарда / Е. Н. Маркелова // Информационный архив. – 2019. – Т. 13, № 1–2. – С. 134–137.
2. Соболева, М. С. Факторы приверженности к терапии сердечно-сосудистых заболеваний по данным современных исследований / М. С. Соболева // Клиницист. – 2020. – № 11 (2). – С. 33–39.
3. Апрелев, В. Е. Закономерности изменения заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения / В. Е. Апрелев, Е. В. Апрелев, Е. Н. Маркелова // Уральский медицинский журнал. – 2021. – № 9. – С. 68–72.
4. Небиеридзе, Д. В. Приверженность терапии как неотъемлемая часть лечения кардиологических заболеваний / Д. В. Небиеридзе // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2021. – № 16(6). – С. 128–132.

УДК 616.33-002.44-08

К. В. Митюрин, Е. И. Харамецкая

Научный руководитель: доцент, к.м.н., доцент Н. А. Никулина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДОМИНАНТНЫХ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА

Введение

Общеизвестно, что различные заболевания человека приводят к изменению его психоэмоционального статуса. Это имеет определенное значение как для полноценной жизнедеятельности человека, так и для целенаправленности на лечение. Язвенная болезнь желудка является одним из таких заболеваний, которое предусматривает определенные

изменения в образе жизни. Лечебный процесс при данной патологии, как и при любом заболевании, требует вовлеченности пациента, так как участие пациента в лечебном процессе напрямую влияет на результат терапии [1, 2].

Впервые термин «копинг» использовал Р. Лазариус в 1962, когда он изучал теории совладающего поведения детей при прохождении критических периодов жизни [3]. Под копинг-стратегиями следует понимать используемые человеком механизмы совладающего поведения со стрессовыми, трудными ситуациями, периодами жизни [4]. Главная задача копинг-стратегии состоит в минимизации влияния на человека стрессовых факторов и воздействий окружающей среды, то есть это такая манера поведения, которая приводит к поддержанию благополучия человека, его физического и психического здоровья [5].

Различают более 100 различных копинг-стратегий. Р. Лазариус выделил 8 основных: конфронтационный копинг, предусматривающий определенную агрессию и способность к риску для решения задач; «бегство и избегание», при котором человек сохраняет баланс путем бегства от стрессора; поиск социальной поддержки, предусматривающий обращение к окружающим; «дистанцирование», как уменьшение значимости стрессора; планирование выхода из ситуации, самоконтроль, принятие ответственности и «положительная переоценка», предусматривающая поиск положительных сторон стрессовой ситуации [3].

Актуальность исследования заключается в необходимости адаптации личности пациентов к заболеванию для повышения сберегающей здоровье функции, адаптированности к лечению и формированию образа жизни, ориентированного на профилактику рецидивов.

Цель

Выявить доминантные копинг-стратегии у пациентов с язвенной болезнью желудка.

Материал и методы исследования

Анкетирование проводилось при помощи методики Р. Лазаруса и С. Фолкмана «Способы совладающего поведения» под адаптацией Т. Л. Крюковой, Е. В. Куфтяк, М. С. Замышляевой. Выборка для опроса и анализа составила 100 человек (50 мужчин и 50 женщин в возрасте 35–55 лет. Произвелось выравнивание выборки по полу для избежания влияния половых различий.

Обработка данных проводилась с использованием пакета Microsoft Excel.

Результаты исследования и их обсуждение (рисунок 1)



Рисунок 1 – Частота встречаемости копинг-стратегий у пациентов с язвенной болезнью желудка

По результатам исследования было выявлено, что 23% пациентов для борьбы со стрессовой ситуацией применяют методику конфронтационного копинга. У 18% па-

циентов отмечается стратегия «бегство-избегание»; 15% пациентов прибегают к поиску социальной поддержки; 12% пациентов для решения проблем применяют теорию «дис-танцирования»; 11% пациентов прибегают к планированию для выхода из стрессовой ситуации; 8% пациентов используют навыки самоконтроля; 7% применяют методику принятия ответственности, а 6% придерживаются «положительной переоценки» как способа совладающего поведения.

Выводы

Данное исследование показывает, что у пациентов с язвенной болезнью желудка доминантными стратегиями совладающего поведения являются «конфронтационный копинг», «бегство-избегание» и «стратегия поиска социальной поддержки». Так как методика конфронтационного копинга предусматривает агрессивные действия и некоторую враждебность, можно сделать вывод что решение сложной ситуации может привести к деструктивным последствиям. Методика «бегство-избегание» может привести к замкнутости человека, к самодеструкции. Следовательно, пациентам данной группы необходима поддержка и помощь в решении сложных задач, поиске выхода из стрессовой ситуации.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Деларю, В. В. Комплаентность: клинический, социологический и психологический подходы к ее оценке / В. В. Деларю, Е. Г. Вершинин // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. Волгоград. – 2015. – № 3 (55) – С. 100–102.
2. Рыжков, К. В. Роль применения мотивационного интервью для формирования приверженности к терапии лиц с хроническими соматическими заболеваниями / К. В. Рыжков, А. В. Кучеренко // Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности. Владивосток. – 2019. – № 9. – С. 122–129.
3. Causey, D. L. Negotiating the transition to junior high school: The contributions of coping strategies and perceptions of the school environment / D. L. Causey, E. F. Dubow // Prevention in Human Services. – 1993. – P. 59–81.
4. Крюкова, Т. Л. Психология совладания в разные периоды жизни / Т. Л. Крюкова. – Кострома : КГУ им. Некрасова, Костромаиздат, 2010. – 380 с.
5. Рассказова, Е. И. Копинг-стратегии в психологии стресса: подходы, методы и перспективы / Е. И. Рассказова, Т. О. Гордеева // Психологические исследования: электрон. науч. журн. – 2011. – № 3 (17). – С. 43–47.

УДК 616.155.294-073.756.8-053.2

Д. В. Михайлова, А. А. Волкович

Научный руководитель: к.м.н., доцент С. А. Ходулева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ПОЗИТРОННО-ЭМИССИОННАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА У ДЕТЕЙ

Введение

Лимфома Ходжкина (ЛХ) – клональное заболевание лимфоидной ткани, в опухолевом субстрате которого присутствуют гигантские многоядерные клетки (клетки Березовского – Рид – Штернберга) и клетки Ходжкина. На данный момент ЛХ относят к группе В-клеточных неоплазий. В Республике Беларусь ЛХ в структуре онкологической заболеваемости составляет 0,9%. ЛХ очень редко встречается у детей в возрасте до 5 лет. [1] Считается, что заболеваемость ЛХ имеет два пика: в возрасте 15–35 лет и в возрасте старше 50 лет. Мужчины болеют несколько чаще, чем женщины [2, 3].

Достижения науки позволяют считать лимфомы, в частности лимфому Ходжкина, злокачественным новообразованием с достаточно высокой вероятностью получения благоприятного исхода. Однако в основе успешного лечения ЛХ лежит точное стадирование