

### **Выводы**

1. Изолированное применение консервативного лечения не достаточно для прилегания ретиношизиса.

2. В раннем послеоперационном периоде (через 3 дня после операции) эффективность лазерной коагуляции, хирургического и комбинированного методов лечения составила 100 %.

3. Количество рецидивов в позднем послеоперационном периоде (через 6 месяцев после оперативного вмешательства) было практически одинаковым среди пациентов, у которых применялись лазерная коагуляция и хирургическое лечение, а также комбинация указанных методов ( $p > 0,05$ ). Таким образом, выбор метода лечения должен быть индивидуальным и учитывать особенности клинической картины у каждого пациента.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Дравица, Л. В. Опыт применения Окувайт Лютеина при миопическом ретиношизисе / Л. В. Дравица, Н. М. Самохвалова, Ж. И. Ленкова // Современные технологии лечения витреоретинальной патологии – 2012: материалы междунар. науч.-практ. конф., Москва, 22–23 марта 2012 г. / под общ. ред. проф. Б. Э. Малюгина. — М., 2012. — С. 75.

2. Самохвалова, Н. М. Клинический случай хирургического лечения миопического ретиношизиса, сочетающегося с отслойкой сетчатки / Н. М. Самохвалова, Ю. Л. Белькевич, Л. В. Дравица // Современные технологии лечения витреоретинальной патологии – 2010: сб. тезисов VIII науч.-практ. конф., Москва, 18–19 марта 2010 г. / под ред. Х. П. Тахчиди. — М., 2010. — С. 137–139.

**УДК 614.253.5:616.1–084**

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

*Шешко Л. И.*

**Научный руководитель: старший преподаватель Я. И. Будник**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

По рекомендации Всемирной организации здравоохранения скрининговые программы должны содержать тесты на выявление факторов риска хронических неинфекционных заболеваний, являющихся основными причинами смерти населения. Опыт экономически развитых стран свидетельствует, что увеличение продолжительности жизни их населения достигнуто не путем улучшения качества лечения, а за счет снижения заболеваемости посредством первичной профилактики [2]. Результаты проведенной нами экспертной оценки диспансерного наблюдения пациентов трудоспособного возраста с артериальной гипертензией (АГ) и ишемической болезнью сердца 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].

Одним из элементов взаимодействия врача и пациента является профилактическое консультирование, которое направлено не только на информирование пациента, но и на создание у него мотивации к выполнению рекомендаций, повышение приверженности соблюдению врачебных назначений [3].

### **Цель**

Оценить эффективность профилактического консультирования пациентов с АГ в амбулаторных условиях.

### **Материал и методы исследования**

Проведено исследование на базе амбулаторно-поликлинических учреждений г. Гомеля. Выборочную совокупность составили 100 пациентов, страдающих АГ: 43 мужчины и 57 жен-

щин (средний возраст 47,1 лет). Вся выборка была разделена на 2 группы: 1-ю группу составили мужчины и женщины, страдающие АГ, до проведения индивидуального профилактического консультирования в количестве 50 человек; 2-ю группу — мужчины и женщины, страдающие АГ, после проведения индивидуального профилактического консультирования в количестве 50 человек. Все данные обработаны с помощью компьютерного статистического пакета «StatSoftStatistica» 6.0.

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

Нами предложены методологические принципы и алгоритмы краткого и углубленного профилактического консультирования. Центральное место в проведении профилактического консультирования принадлежит помощнику врача.

Профилактическое консультирование — это процесс информирования о факторах риска и обучения пациента методам и приемам формирования безопасной жизни и здоровья, его приверженности к выполнению медицинских рекомендаций и выработке поведенческих навыков, способствующих снижению риска заболеваний.

Метод включает 2 этапа:

1 этап — краткое профилактическое консультирование;

2 этап — углубленное профилактическое консультирование.

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

Таблица 1 — Интегральные показатели приверженности к лечению

Показатель	Группа 1 (n = 50)	Группа 2 (n = 50)	Выборка в целом (n = 100)
Важность модификации образа жизни (IUWL)	21,7	26,2	23,4
Важность лекарственной терапии (IMT)	22,6	25,0	23,6
Важность медицинского сопровождения (IMS)	22,3	25,0	23,4
Готовность к модификации образа жизни (AUWL)	23,5	28,4	25,3
Готовность к лекарственной терапии (AMT)	22,2	24,3	23,0
Готовность к медицинскому сопровождению (AMS)	22,8	28,0	24,1
Ожидаемая эффективность модификации образа жизни (EUWL)	1,76	1,21	1,51
Ожидаемая эффективность лекарственной терапии (EMT)	1,78	1,48	1,65
Ожидаемая эффективность медицинского сопровождения (EMS)	1,71	1,29	1,60
Прогнозируемая эффективность лечения (IEET)	1,76	1,36	1,60

На основании полученных результатов были рассчитаны индексы ожидаемой эффективности модификации образа жизни (EUWL), лекарственной терапии (EMT) и медицинского сопровождения (EMS). Оказалось, что они прогнозируют высокие результаты профилактического консультирования, у 2-й группы ожидаемая эффективность лекарственной терапии и медицинского сопровождения может быть прогностически оценена выше, чем у 1-й группы. Итоговый показатель IEET также 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).

### **Выводы**

Результаты исследования по изучению эффективности профилактического консультирования показали, что у пациентов трудоспособного возраста с АГ произошли 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 артериального давления, регулярное посещение врача.

Оптимизация деятельности помощника врача будет способствовать обучению пациентов через внедрение методов профилактического индивидуального и группового консультирования и формированию мотивации к позитивному изменению поведения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Экспертная оценка диспансеризации пациентов трудоспособного возраста с болезнями системы кровообращения в условиях первичного звена здравоохранения / Я. И. Будник [и др.] // Проблемы здоровья и экологии. — 2013. — № 4 (38). — С. 118–123.
2. Жарко, В. И. Сегодня и завтра белорусского здравоохранения / В. И. Жарко // Народнаясвета. — 2009. — № 2. — С. 9–14.
3. Змеев, С. И. Технология обучения взрослых / С. И. Змеев. — М.: Академия, 2002. — 128 с.

УДК 616-053.3:616.9

### ПРОЯВЛЕНИЯ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

*Шешко Л. И., Францева К. А.*

Научный руководитель: д.м.н., доцент *Е. Л. Красавцев*

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

#### *Введение*

Актуальность цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ) при беременности состоит, в том, что вирус передается от беременной женщины плоду и способен вызывать внутриутробное поражение ребенка с возникновением в дальнейшем пороков развития, серьезных нарушений со стороны нервной системы, органов слуха и зрения. Поэтому цитомегалия, наряду с краснухой, токсоплазмозом и герпесом, относится к тем инфекциям, на которые женщины должны обследоваться еще до зачатия, при планировании беременности [2].

«Поцелуйной болезнью» называли цитомегалию в конце XIX в., когда она была открыта. Предполагалось, что заражение происходит через слюну при поцелуях. Истинный же виновник болезни — цитомегаловирус — был обнаружен только в 1956 г. Цитомегалия плода по-разному проявляется в зависимости от срока беременности, на котором произошло инфицирование [2].

Для плода особенно опасно первичное заражение будущей мамы цитомегаловирусом во время беременности. При этом вероятность внутриутробного инфицирования плода составляет 46–50 % (вероятность инфицирования плода у женщин, у которых инфицирование произошло до беременности, даже если имеются явные симптомы активности вируса, всего 1–2 %) [1]. Обычно уже в первые часы или в течение первых суток после родов у инфицированного цитомегаловирусом ребенка проявляется обильная сыпь на лице, туловище, конечностях. Могут возникнуть кровоизлияния в кожу, слизистые оболочки, кровотечения из пупочной ранки, кровь в стуле. У новорожденных с поражением головного мозга наблюдаются дрожание ручек, судороги, сонливость. При врожденной цитомегаловирусной инфекции может быть нарушено зрение, вплоть до полной слепоты, возможны приступы судорог, отставание в умственном развитии [3].

#### *Цель*

Изучить частоту выявления маркеров ЦМВИ у детей в педиатрическом отделении для недоношенных детей и проявления ЦМВИ у новорожденных детей.

#### *Материал и методы исследования*

Были проанализированы медицинские карты 1392 новорожденных детей с 2011 по 2015 гг. У 9 детей (5 (55,6 %) мальчиков, 4 (44,4 %) девочки) были выявлены маркеры ЦМВИ. Среди этих детей было 7 (77,8 %) недоношенных детей, 2 (22,2 %) доношенных. Возраст детей при установлении диагноза ЦМВИ составил: в ранний новорожденный период — 55,6 % (5 детей), в поздний новорожденный период — 44,4 % (4 ребенка).

Возраст матерей при рождении детей с ЦМВИ составил: до 30 лет — 66,7 % (6 человек), после 30 лет — 33,3 % (3 человека). Среди них первородящих женщин было 4 (44,4 %) человека, а женщин, рожавших во второй раз — 5 (55,6 %) человек. Шесть детей родились от жительниц городов, 3 — от проживающих в селе.