

Міністерство освіти та науки України  
Сумський державний університет  
Медичний інституту



# АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical  
Medicine

**Збірник тез доповідей**  
IV Міжнародної науково-практичної конференції  
Студентів та молодих вчених  
(Суми, 21-22 квітня 2016 року)

**ТОМ 2**

Суми  
Сумський державний університет  
2016

## ВЫЯВЛЕНИЕ КАТЕГОРИЙ ПАЦИЕНТОВ С НИЗКОЙ МОТИВАЦИЕЙ К ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

*Савич В. В.*

*Научный руководитель: ассистент Алексева Е. С.*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, РБ*

*Кафедра поликлинической терапии*

Цель и задачи исследования. Выявить категории пациентов с артериальной гипертензией (АГ) с низкой мотивацией к лечению на основе анализа удельного веса лиц с АГ, достигших целевого уровня артериального давления (ЦУ АД), в зависимости от пола, возраста, степени АГ, отягощенности семейного анамнеза, индекса массы тела (ИМТ), регулярности самоконтроля АД, охвата обучением в «Школе больных АГ».

Методы и их применение. Анализ 100 медицинских карт амбулаторных больных (форма № 025/у-07) и анкетирование пациентов диспансерной группы с АГ УЗ «20-я городская поликлиника» г. Минска. Критерием эффективности антигипертензивной терапии считалось достижение и стабильное поддержание ЦУ АД, поэтому для анализа отобраны медицинские карты пациентов с АГ, состоящих на диспансерном учете более года.

Основные результаты. ЦУ АД достигнут у 49,0% пациентов, из них: у мужчин - 45,9%, женщин - 50,8%; по возрасту: до 50 лет - 30,8%, 51-60 лет - 50,0%, старше 60 лет - 52,9%; с АГ I ст. - 25,0%, АГ II ст. - 57,9%, АГ III ст. - 52,6%; с отягощенным семейным анамнезом - 57,7%, неотягощенным - 39,6%; с ИМТ в пределах нормы - 67,3%, выше нормы - 32,4%; у регулярно контролируемых АД - 76,5%, не контролируемых - 0%; у прошедших обучение в «Школе больных АГ» - 93,3%, не обучавшихся - 12,7%.

Полученные результаты позволяют сделать вывод, что мотивация к лечению АГ ниже у лиц мужского пола, моложе 50 лет, с АГ I ст., с ИМТ выше нормы, с неотягощенным семейным анамнезом, не использующих метод самоконтроля АД и не обучавшихся в «Школе больных АГ», и рекомендовать практическим врачам при разработке индивидуальных планов диспансеризации вышеперечисленным категориям пациентов с АГ включать мероприятия, повышающие мотивацию к лечению.

## ОСОБЕННОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ДЕГЕНЕРАТИВНО – ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА

*Смородская О.Н.*

*Научный руководитель – Коленко О.И.*

*Сумский государственный университет,*

*Медицинский институт, кафедра нейрохирургии и неврологии*

Проблема болевого синдрома при дегенеративно–дистрофических поражениях позвоночника занимает одно из ключевых мест среди причин госпитализации и обоснования хирургического лечения. Болевые синдромы в спине и шее носят хронический характер, часто сочетаются с проявлениями тревоги, являясь актуальной проблемой современной медицины. Литературные данные описывают различные причинно-следственные взаимоотношения между эмоциональной дезадаптацией и хроническим болевым синдромом в нижней части спины.

В исследовании приняли участие 40 человек. Среди них женщин было 18 (45%), мужчин – 22 (55%), средний возраст больных составил  $42,5 \pm 7,8$  года. Обследование больных проводилось по стандартным схемам и включало общие клинические и лабораторные исследования, а также специальные методы: МРТ пояснично–крестцового отдела, рентгенодиагностику, оценку интенсивности боли по визуальной аналоговой шкале, анкетирование по шкале HADS. Из общего числа обследованных 20 человек принимали препараты для лечения нейропатической боли, являющиеся аналогами гамма–аминомасляной кислоты и обладающие определенным анксиолитическим действием. В результате исследования было выявлено, что интенсивность болевого синдрома, 4 (10%)

пациентов оценили в 1-3 балла, 19 (47,5%) в 4–6 баллов, 15 (37,5%) в 7-8 баллов, 2(5%) в 9-10 баллов.

Таким образом, большинство пациентов 34 (85%) оценивали свои ощущения, как боль средней интенсивности. Астенические и тревожные проявления, причиной которых, по нашему мнению, был хронический болевой синдром, были выявлены у 90% больных. Однако у пациентов, по тем или иным причинам не принимавших указанные лекарственные средства, диагностированы субклинические и клинические тревожные расстройства. На основании полученных данных можно сделать вывод о системном действии на нервную систему рассмотренной группы препаратов и необходимости обязательного включения их в стандартные схемы лечения не только для терапии болевого синдрома, но и комплексной коррекции системных неврологических нарушений, обуславливающих восприятие болевых импульсов.

### СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНАЛИЗА ПОЛИМОРБИДНОСТИ РАЗЛИЧНЫМИ МЕТОДАМИ

*Тхорикова В.Н., Журавлев Ю.И.*

*Белгородский государственный национальный исследовательский университет, г. Белгород, Россия, кафедра госпитальной терапии*

Большинство пациентов, обращающихся за первичной медико-санитарной помощью (ПМСП), имеют полиморбидность (П) [Fortin M., 2005; Верткин А.Л., 2008; Huntley A.L., 2012]. Актуальность приобретает количественное измерение П. Известен ряд таких методов (CIRS, CIRS-G, индексы Kaplan-Feinstein (KF), Charlson (C), ICED и мн. др.).

Цель исследования: сравнительная клиническая оценка эффективности анализа П с помощью оригинального метода комплексной оценки П (МКОП) (Журавлев Ю.И. с соавт., 2014) и ранее предложенных методов KF, CIRS и C и определение валидности МКОП.

Материалы и методы. Обследовано 110 пациентов поликлиники (муж. – 47 чел., жен. – 63 чел., средний возраст –  $57,8 \pm 1,0$  г.).

Статистическая обработка проведена с применением пакета программ STATISTICA 6.0 (StatSoft, Inc., USA). Статистически значимыми считали различия при  $p < 0,05$ . Для оценки статистической взаимосвязи между показателями вычисляли коэффициент ранговой корреляции Спирмена ( $r$ ).

Результаты и их обсуждение. Индексы П составили: МКОП –  $0,68 \pm 0,01$ ; KF –  $9,13 \pm 0,32$ ; CIRS –  $10,11 \pm 0,37$ ; C –  $4,019 \pm 0,20$  баллов. В процессе ранжирования результатов корреляции между показателями по степени убывания они распределились следующим образом: МКОП и индекс KF –  $r_s = -0,892$  ( $p < 0,05$ ); МКОП и индекс CIRS –  $r_s = -0,885$  ( $p < 0,05$ ); МКОП и индекс C –  $r_s = -0,822$  ( $p < 0,05$ ). В среднем коэффициент ранговой корреляции составил  $r_s = 0,866 \pm 0,022$  при дисперсии выборки 0,00148 и интервале 0,07. В связи с этим сила связи коэффициентов корреляции между МКОП и KF, CIRS и C по шкале Чеддока оценена как высокая.

Обратная корреляция наблюдалась в связи с тем, что в методиках KF, CIRS и C степень П возрастает с увеличением количества набранных баллов (обратная зависимость), в то время когда в МКОП наиболее низким показателям ИП соответствует более высокая степень П (прямая зависимость).

Выводы. Результаты исследования позволяют оценить степень валидности МКОП как высокую, позволяющую ее использование в широкой сети медицинских организаций ПМСП.

### ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ

*Хабаль А.В.*

*Научный руководитель – проф. Бездетко П.А.*

*Харьковский национальный медицинский университет, кафедра офтальмологии.*

Одним из эндокринных заболеваний которое существенно изменяет качество жизни больных является эндокринная офтальмопатия. ЭОП - поражение ретробульбарных тканей