

не ограничивает пациента, как личность, а помогает сформировать партнерские отношения даже с «некомпетентными» пациентами. В связи с чем, считаем необходимым интегрировать биоэтику в процесс непрерывного профессионального обучения, аттестации и аккредитации медицинских специалистов в России [1, 2].

Список литературы

1. Доника А.Д. Проблема формирования этических регуляторов профессиональной деятельности врача // Биоэтика. 2015. № 1(15). С. 58-60.
2. Доника А.Д., Ягунов П.Р. Этическое образование в медицинском вузе: европейская практика // Биоэтика. 2018. № 2(22). С. 31-346.
3. Озерова В.А. Медицинский профессионализм как контракт медицины и общества // Международный журнал экспериментального образования. 2017. № 4-1. С. 56.

ФАКТОРЫ РИСКА И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЛЮДЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Миронова Д.Ю., Ястребов В.С., Солдатов Н.Н.

*Курский Государственный
Медицинский Университет, Курск,
e-mail: diana.mironova2011@yandex.ru*

Научный руководитель: Рахманова О.В.

В данном труде отражено исследование о факторах риска и качестве жизни людей с ИБС, проводимое на базе ОБУЗ «Курская городская больница № 6». Были установлены наиболее частые осложнения, зависимость заболевания от пола, возраста, а также сферы жизни, показатели удовлетворенности которых снизились по сравнению с людьми, не страдающими ИБС; также мы установили некоторые личностные черты характера, которые могут положительно, либо же отрицательно сказываться на восприятии больным собственного диагноза. Был сделан вывод о необходимости проведения комплексной терапии в лечении данного заболевания.

По данным Росстата в 2011 г. в стране с диагнозом ИБС находилось под наблюдением 7 млн 411 тыс. больных, причем впервые в течение года этот диагноз был установлен у 738 тыс. пациентов. В том же году диагноз ИБС как причина смерти был указан в 568 тыс. случаях, что составляет 397,4 на 100 тыс. населения. В нашей стране ИБС является самой частой причиной обращаемости взрослых в медицинские учреждения среди всех ССЗ – 28% случаев.

Цель работы – исследовать и оценить качество жизни пациентов, страдающих ишемической болезнью сердца, а также выявить факторы, предрасполагающие к развитию данной патологии.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 100 человек, проходивших лечение и дальнейшее наблюдение у кардиолога на базе ОБУЗ «Курская городская больница № 6» с диагнозом «Ишемическая болезнь серд-

ца». Возраст пациентов находился в диапазоне от 65 до 85 лет. Также проводился анализ историй болезни исследуемых пациентов.

Результаты. Среди пациентов – 62% мужчин и 38% женщин, при этом диапазон возраста, в котором наблюдается наибольшая встречаемость данной патологии, составил от 65 до 73 лет (72%).

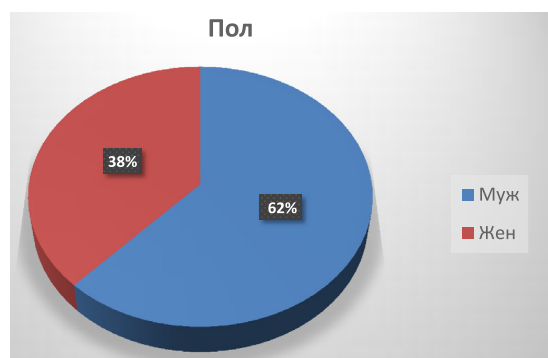


Рис. 1. Распределение по полу

Также при изучении историй болезни было выявлено, что наиболее часто как осложнение ишемической болезни сердца выступают: сердечная недостаточность – 59% и инфаркт миокарда 41%. У большинства пациентов зафиксирована гипертоническая болезнь 3 степени – 70%, и только у 30% представлена 2 степенью. Среди сопутствующих патологий у больных был неоднократно зафиксирован сахарный диабет 2 типа – 35% больных. Большинство пациентов, а именно 62%, не состоит на диспансерном учете («Д» – учет), однако 38% находятся на постоянном наблюдении у врача-кардиолога. Также было отмечено, что среди пациентов с ишемической болезнью сердца избыточный вес присутствует у 68% больных, а вредные привычки (в частности курение) имеют 48%.

Также одной из целей нашего исследования было проследить качество жизни пациентов с ишемической болезнью сердца. Клинические проявления ИБС, а также связанные с ними двигательные и социальные ограничения, способствуют ухудшению качества жизни (КЖ) больных. Качество жизни – это интегральный показатель, характеризующий физическое, эмоциональное, психологическое и социальное функционирование пациента, которое базируется на его субъективном восприятии [3].

Для выполнения этой цели мы провели беседу с больными во время их визита к врачу-кардиологу. Были установлены сферы жизни, показатели удовлетворенности которых снизились по сравнению с людьми, не страдающими ИБС; также мы установили некоторые личностные черты характера, которые могут положительно, либо же отрицательно сказываться на восприятии больным собственного диагноза.



Рис. 2. Осложнения ишемической болезни сердца

Показатели:

- Физическая активность – снижена (72%)
- Повышенная утомляемость – повышена (48%)
- Чувство страха – повышено (63%)
- Подверженность депрессии – повышена (61%)
- Уровень независимости – снижен (в основном за счет постоянного употребления лекарственных средств) (29%)
- Способность к выполнению повседневных дел – снижена (43%)
- Доступность и качество медицинской помощи – незначительно снижена (15%)
- Психологическая сфера – снижена (69%)
- Духовная сфера – незначительно снижена (10%)

Также было установлено, что удовлетворенность КЖ у пациентов с ИБС снижается при наличии таких личностных черт, как:

- высокий уровень независимости;
- упрямства;
- склонность к агрессивному поведению;
- высокая эмоциональная чувствительность;
- погруженность в свой внутренний мир;
- увлеченность собственными иллюзиями;
- повышенное чувство вины;
- радикальные наклонности;
- повышенный уровень эргонапряженности;
- замкнутость;
- отчужденность;
- импульсивность;
- осторожность в выборе партнеров по общению;
- подверженность влиянию чувств;
- низкая дисциплинированность.

Наоборот, удовлетворенность КЖ у пациентов с ИБС возрастает при наличии таких личностных черт, как:

- высокий уровень коммуникативной компетентности;
- эмоциональная устойчивость;
- ответственность;
- организованность;
- принятие общественных правил и норм;
- высокий уровень стрессотолерантности;
- экспрессивность;
- эмоциональная яркость;
- хорошо развитые волевые качества;
- уверенность в себе;
- тактичность;
- практическая направленность.

Выводы

1. На основе вышесказанного можно сделать вывод о том, что на такую патологию как ишемическая болезнь сердца, имеют существенное влияние: пол (преимущественно болеют мужчины), возраст, избыточная масса тела, наличие вредных привычек, наследственность, сопутствующие патологии, которые могут усугублять течение болезни и ухудшать качество жизни пациентов, страдающих ишемической болезнью сердца.

Но, как видно из статистики основными факторами риска ИБС в настоящее время является «большая тройка»:

- артериальная гипертензия;
- гиперхолестеринемия;
- курение [4].

2. Также, на основании проведенного исследования, можно сделать вывод, что больные ишемической болезнью сердца имеют низкое качество жизни, обусловленное клинико-функциональным состоянием, ограничением жизнедеятельности в различных сферах деятельности,

а также ухудшением психоэмоционального состояния, связанного с наличием болезни (особенно в молодом возрасте). Особенно снижены физиологическая и психологическая сферы. Также, значительно (у 70% пациентов), повышено чувство страха за свое здоровье и жизнь.

Заключение. Из всего выше сказанного можно подвести итог, что немаловажным вопросом остается улучшение качества жизни больных, страдающих ишемической болезнью сердца. Разработано множество схем первичной и вторичной профилактики, а также лечения различных форм ИБС. Однако, осложнения проводимой терапии, высокая стоимость лечения и снижение качества жизни пациентов требуют поиска новых способов лечения, реабилитации, профилактики осложнений, а также правильного подхода со стороны медицинского персонала к больным с данной патологией.

Список литературы

1. Клинические рекомендации. Диагностика и лечение хронической ишемической болезни сердца. (утв. Минздравом России). – Москва, 2013 – 69 с.
2. Карпов Ю.А. Диагностика и лечение хронической ишемической болезни сердца // Кардиологический вестник / Ю.А. Карпов и др. / № 10. – 2015. – С. 3-33.
3. Гуранова Н.Н. Взаимосвязь традиционных факторов риска с объемом поражения коронарных артерий при различных клинических формах ИБС // Актуальные проблемы и достижения в медицине / Н.Н. Гуранова, А.А. Усанова, И.Х. Фазлова и др. – № 3. – Самара, 2016. – С. 64-67.

О РОЛИ ИССЛЕДОВАНИЯ НАРУШЕНИЙ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА

Назарова А.С., Мокашева Ев.Н., Мокашева Ек.Н.

*ФГБОУ ВО «Воронежский государственный
медицинский университет
им. Н.Н. Бурденко» Минздрава РФ, Воронеж,
e-mail: nazarovaanzelika075@gmail.com.*

Когнитивные нарушения – это патология, возникающая преимущественно у лиц пожилого возраста в процессе старения организма, а также сопровождающая дисметаболические, токсические, сердечно-сосудистые и другие заболевания внутренних органов. Диагностика когнитивных нарушений представляет собой наиболее актуальную задачу современности, так как когнитивные расстройства без сопутствующего лечения прогрессируют и способны привести к деменции – поражению центральной нервной системы, где лечение неэффективно [1]. Именно поэтому, специалисту необходимо осуществлять ранний скрининг когнитивных расстройств, в особенности у людей старческого возраста. Когнитивные нарушения классифицируются на додементные и дементные. В первую группу входят субъективное когнитивное снижение (СКС), лёгкие когнитивные нарушения (ЛКН) и умеренные когнитивные нарушения (УКН) [1].

Дифференцировать стадии позволяет клинико-психологические исследования. Таким

образом, при СКС пациенты предъявляют жалобы на снижение памяти, но по данным клинико-психологического скрининга их результаты соответствуют норме. В случае ЛКН, в результате исследования показатели отклоняются от нормы, но не достигают стадии УКН. Однако, в случае использования современных методов диагностики, на стадии СКС определяют наличие тау-протеина и бета-амилоида, при помощи позитронно-эмиссионной томографии и лабораторно-инструментальных методик. Наличие таковых белковых фракций свидетельствует об изменениях, приводящих к болезни Альцгеймера.

Для изучения когнитивных функций используется ряд методологических нейропсихологических тестов. Проблема подбора анализа имеет непосредственное значение при выборе соответствующих лечебных препаратов, поэтому важно правильно определить наличие или степень когнитивных нарушений [2, 3].

Тесты основаны на изучении высших интегративных функций головного мозга, соответственно включают в себя задания для исследования памяти, речи, логики, регуляции взаимосвязи целенаправленных движений и оценки общего уровня интеллекта. Однако, при оценке когнитивных функций, важно учитывать, что депрессивные расстройства могут быть также этиологическим фактором снижения памяти у пациентов.

В нейропсихологии применяются тесты, которые базируются на использовании одного или нескольких когнитивных доменов, в которые включено множество мыслительно-интеллектуальных процессов.

Неотъемлемой составляющей теста является его способность выявлять дегенеративные нарушения когнитивных функций вне зависимости от стадии патологического процесса. Также имеет важное значение чувствительность и специфичность теста. Чувствительность – это степень вероятности того, что при помощи теста возможно определение когнитивного нарушения. Специфичность теста – это вероятность того, что с помощью теста возможно определить людей, у которых нет болезни.

Исследование пациента на предмет когнитивного нарушения проводится поэтапно. В начале терапевт осуществляет краткое тестирование, целью которого является обнаружение лиц с когнитивным расстройством [2]. При этом у врача имеется достаточно большое количество скрининговых тестов для исследований ориентации пациента в пространстве, способности к запоминанию и воспроизведению информации, возможности к фокусированию на одном предмете.

Для этого используются ряд тестов, таких как МОСС-ОРИТ (метод оценки спутанности сознания для отделений реанимации и интенсивной терапии), АМТ-4 – сокращенный тест