

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

ГЛИБКО К.В., ЛАРИНА В.Н., БОНДАРЕНКОВА А.А., АГАЕВА А.И.К.

ФГБОУ ВО РНИМУ им. И.И. Пирогова, Россия

**Введение.** Факторы риска хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) являются управляемым аспектом, а рациональная организация диагностического и лечебно-профилактического процесса среди медицинских работников многопрофильной клинической больницы сохраняет свою высокую актуальность.

**Цели.** Оценить факторы риска ХНИЗ и следование принципам здорового образа жизни медицинских работников многопрофильной клинической больницы по данным анкетирования.

**Материал и методы.** Проведено анкетирование 137 медицинских работников, среди которых было 58 врачей (3 мужчины и 55 женщин) в возрасте от 25 до 66 ( $41 \pm 8,2$ ) лет и 79 лиц среднего медицинского персонала (1 мужчина и 78 женщин) в возрасте от 20 до 70 ( $40 \pm 9,2$ ) лет,  $p > 0,01$ . Оценивались специализация, образование, стаж и график работы, семейное положение, рост, вес, систолическое АД (САД), диастолическое АД (ДАД), наличие сахарного диабета (СД) и сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у родителей, факторы риска ХНИЗ и приверженность лечению. Статистический анализ проводился с использованием программы Stat Plus: mac Версия 6 (Analyst Soft Inc., США).

**Результаты.** Рабочий стаж медработников составил  $15 \pm 9,3$  (от 1 до 48) лет, имели семью 112 (81%) медработников. По суточному графику работали 67 (49%), по дневному (без ночных смен) – 71 (51%) медработников. Индекс массы тела составил  $25,8 \pm 4,1$  (от 18 до 32)  $\text{кг}/\text{м}^2$ , ожи-

рение имелось у 76 (55%), САД –  $119 \pm 9$  (от 90 до 150) мм рт. ст., ДАД –  $75 \pm 7$  (от 60 до 90) мм рт. ст. Курили 27 (20%), бросили курить – 19 (14%), никогда не курили 91 (66%) медработников. Употребляют алкоголь 83 (60%) медработника. Ведут активный образ жизни (регулярная ходьба, бег трусцой, плавание) 96 (70%), постоянно употребляют овощи и фрукты (более 300 грамм в день) 77 (56%), не досаливают пищу 79 (58%) медработников. ХНИЗ (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, СД, бронхиальная астма, онкологические заболевания) имели 32 (23%) медработника. Из них АГ имелась у 35 (26%), ИБС – у 3 (3%), СД – у 10 (8%), бронхолегочные – у 14 (11%), онкологические заболевания – у 2 (2%) медработников. Состоят на диспансерном наблюдении по поводу ХНИЗ 27 (20%), хотя бы один раз в год посещают врача – 82 (59%) медработника. Знают свой уровень АД, глюкозы и холестерина 101 (73%), готовность изменить свой образ жизни выразили 97 (70%) медработников.

**Заключение.** Результаты анкетирования свидетельствуют о высокой встречаемости таких факторов риска, как употребление алкоголя (60%), ожирение (55%), недостаточное употребление фруктов и овощей (44%), досаливание пищи (42%). При этом 73% осведомлены об уровне АД, глюкозы и холестерина, 70% выразили желание изменить свой образ жизни, что свидетельствует о необходимости более эффективного внедрения профилактических программ по коррекции образа жизни у медицинских работников.

## ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ПРОГРАММ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ

ГУБИЧ Т.С., СУДЖАЕВА С.Г., КАЗАЕВА Н.А., КОРНЕЛЮК О.М., БЕЛОУС Т.М.

ГУ Республиканский научно-практический центр «Кардиология», г. Минск. Беларусь

**Цель работы.** Изучить влияние различных программ физической реабилитации на качество жизни (КЖ) у пациентов с хронической ревматической болезнью сердца (ХРБС) после хирургической коррекции клапанных пороков.

**Материал и методы.** В исследование включены 85 пациентов с ХРБС, которым была вы-

полнена хирургическая коррекция имеющихся у них клапанных пороков. Методом рандомизации сформированы 2 группы пациентов: контрольная группа (КГ,  $n=50$ ), средний возраст –  $52,1 \pm 1,29$  года и основная группа (ОГ,  $n=35$ ), средний возраст  $53,3 \pm 5,2$  года ( $p > 0,05$ ). В послеоперационном периоде пациентам КГ назначалась стандартная

медикаментозная (в т. ч. и антибактериальная) терапия, а физическая реабилитация (ФР) осуществлялась традиционным способом. У лиц ОГ использовалась разработанная программа медицинской реабилитации. Физический аспект данной программы включал индивидуализированное назначение физических тренировок (ФТ) на велотренажере с учетом мощности достижения анаэробного порога по данным спирометрии. Медицинский аспект разработанной программы предусматривал назначение дифференцированного медикаментозного лечения повторной ревматической лихорадки и неспецифической воспалительной реакции, развивающихся в раннем послеоперационном периоде. КЖ пациентов КГ и ОГ оценивалось при помощи модифицированного Миннесотского опросника для пациентов с хронической сердечной недостаточностью (MLHFQ). Тесты заполнялись пациентами перед операцией, на 10–14 сутки после клапанной коррекции, через 3, 6 и 12 месяцев хирургического вмешательства.

**Результаты.** При анализе полученных данных установлено, что в исходном состоянии показатель КЖ у пациентов КГ составил  $38,1 \pm 2,19$  балла, в ОГ –  $31,8 \pm 2,84$  балла ( $p > 0,05$ ). После операции он существенно не изменился по сравнению с тестированием, выполненным до операции, и составил в КГ и ОГ –  $33,9 \pm 2,46$  и  $32,1 \pm 2,95$  балла соответственно. Через 3 месяца после выполненной хирургической коррекции отмечено достоверное снижение анализируемого показателя у пациентов обеих групп. В КГ с  $38,1 \pm 2,19$  при первом тестиро-

вании до  $29,6 \pm 3,65$  балла через 3 месяца после операции ( $p < 0,05$ ), в ОГ – с  $31,8 \pm 2,84$  до  $17,9 \pm 2,85$  балла соответственно ( $p < 0,05$ ). Спустя 6 месяцев после выполненного хирургического лечения клапанных пороков показатель КЖ у лиц КГ составил  $31,6 \pm 2,09$  балла, в ОГ –  $20,9 \pm 4,46$  балла, что достоверно ниже по сравнению с дооперационным. Установленный факт свидетельствует о значительном улучшении КЖ через 3 и 6 месяцев после хирургической коррекции клапанной патологии при ХРС независимо от используемой программы реабилитации в раннем послеоперационном периоде. Достигнутое через 3 и 6 месяцев достоверное улучшение КЖ через 12 месяцев после хирургического вмешательства сохраняется только у лиц ОГ ( $18,0 \pm 4,84$  балла). У пациентов КГ отмечена лишь положительная тенденция повышения КЖ ( $31,3 \pm 3,86$  балла). Вместе с тем, необходимо подчеркнуть, что показатель уровня КЖ через 3, 6 и 12 месяцев у лиц ОГ был достоверно выше, чем у пациентов КГ на всех указанных этапах контрольного обследования (в ОГ –  $17,9 \pm 2,85$ ,  $20,9 \pm 4,46$ ,  $18,0 \pm 4,84$  балла, в КГ –  $29,6 \pm 3,65$ ,  $31,6 \pm 2,09$ ,  $31,25 \pm 3,86$  соответственно ( $p < 0,05$ )).

**Заключение.** Сравнительная оценка уровня КЖ у пациентов с ХРС через 3, 6 и 12 месяцев после хирургического лечения свидетельствует о достоверно более значимом влиянии на КЖ медицинской реабилитации, предусматривающей дифференцированное назначение медикаментозной терапии и индивидуализированное использование физических тренировок.

## РЕГИСТР БОЛЬНЫХ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

*ДЕВЕТЬЯРОВА Е.А., ДЮЖИКОВ А.А., ДЮЖИКОВА А.В.*

*ГБУ РО «РОКБ». Россия*

**Введение (цели/задачи).** Легочная гипертензия (ЛГ) – это группа заболеваний, характеризующихся прогрессирующим повышением легочного сосудистого сопротивления (ЛСС) и давления в легочной артерии (ДЛА), которое приводит к развитию правожелудочковой сердечной недостаточности и преждевременной гибели пациентов. Ростовская область – субъект РФ на юге Европейской части России, входит в состав Южного Федерального округа. Население Ростовской области на начало 2019 года – 4 203 634 тыс. человек. Регион занимает 6 место в России по численности постоянного населения.

**Материал и методы.** В регистре больных ЛГ в настоящее время состоит 39 больных, что составляет 11 случаев на 1 млн. взрослого населения. Регистр больных ЛГ ведется с 2013 г. на базе кардиологического отделения Ростовской област-

ной клинической больницы, обладающей материально-техническими возможностями и наличием высококвалифицированных специалистов для обследования и уточнения диагноза пациентов с легочной гипертензией.

**Результаты.** Всего в регистре взрослого населения Ростовской области с диагнозом легочная гипертензия на февраль 2019 года находится 39 человек. Включенные в регистр пациенты: женского пола – 32 человека (82%), мужского – 7 человек (18%). Средний возраст составляет 48 лет (от 19 до 70 лет). Структура пациентов с легочной гипертензией в Ростовской области: с ИЛАГ – 10 человек (26%), с ХТЛГ – 7 человек (18%), на фоне ВПС – 17 человек (44%), на фоне СЗСТ – 1 пациентка (2,5%) и на фоне другой патологии (множественная миелома) – 1 человек (2,5%), неуточненной этиологии, требующей дообследования,