

«Диагностика, терапия, профилактика социально значимых заболеваний человека»,
Турция (Анталья), 16-23 августа 2011 г.

Медицинские науки

ВЛИЯНИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О СВОЕМ ЗАБОЛЕВАНИИ НА ВЫБОР МОДЕЛИ ОТНОШЕНИЙ С КАРДИОЛОГОМ У ПАЦИЕНТОК С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Строкова Е.В., Наумова Е.А., Шварц Ю.Г.

ГОУ ВПО СГМУ им. В.И. Разумовского
Минздравообразования России, Саратов,
e-mail: Lenagrish@mail.ru

Цель: определить наличие и характер связи внутренней картины заболевания пациенток с инфарктом миокарда и способа построения взаимоотношений с лечащим врачом.

Материалы и методы. Включались женщины, перенесшие инфаркт миокарда, без серьезных когнитивных расстройств и тяжелой сопутствующей патологии, согласившиеся заполнить опросники. Для определения внутренней картины болезни использовался Личностный Опросник Бехтеревского Института (1983 г.), разработанный с целью диагностики типов отношения к болезни у больных хроническими соматическими заболеваниями. Для определения модели отношения врач-пациент использовалась коммуникативная карта деятельности врача – адаптированная для соматических пациентов анкета А.А. Леонтьева (1977). Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программы Statistica 6.0.

Результаты. Пригодными для обработки оказались 30 анкет. Средний возраст составил 62,8 лет, в 13,3% (4) случаев инфаркт миокарда был повторный. Выявлен значительный разброс вариантов типов отношения к болезни и личностных отношений, связанных с нею. Не было обнаружено какого-либо одного или нескольких преобладающих типов реакции на болезнь. Опрошенные пациентки так оценили свои отношения с лечащим врачом: совещательно-договорная модель – 51,7% (16) женщин, покровительская модель – 30% (9 пациенток), техническая модель – 4 (13,8%) случаев, активно-пассивная модель – 1 пациентка (3,4%). Чем более выражена реакция на болезнь по типу «ухода от болезни в работу», тем чаще пациентки стремятся к совещательно-договорной модели общения с лечащим врачом, то есть к самому тесному сотрудничеству ($R = 0,5$, $p = 0,006$). Обнаруживается отрицательная корреляционная связь средней силы ($R = -0,43$, $p = 0,02$) между типом отношений врач-пациент и чувствительной реакцией на болезнь. Чем более тесным оцени-

вают свое отношение с врачом пациентки, тем меньше они озабочены возможной негативной оценкой их состояния окружающими.

Выводы: обнаружены закономерности выбора пациентом модели отношений с лечащим врачом в зависимости от представлений больного о своем заболевании.

КОРРЕКЦИЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОК С ГИПЕРАКТИВНЫМ МОЧЕВЫМ ПУЗЫРЕМ

Трухан Д.И., Гаврилов А.С., Мазуров А.Л.

Омская государственная медицинская академия,
Омск, e-mail: dmitry_trukhan@mail.ru

Гиперактивный мочевого пузыря (ГМП), характеризуется учащенным мочеиспусканием с наличием или отсутствием urgentных позывов на мочеиспускание; увеличением частоты мочеиспусканий более 8 раз в сутки и ночью; отсутствием инфекции мочевых путей и других заболеваний, приводящих к учащенному мочеиспусканию. Существует ряд препаратов, используемых в терапии сопутствующих заболеваний, которые способствуют учащенному мочеиспусканию. К ним относятся диуретики, альфа- и бета-адреноблокаторы, антидепрессанты, транквилизаторы, нейролептики, снотворные средства, статины.

Цель. Оценить влияние гидрохлортиазида и индапамида, в составе комбинированной антигипертензивной терапии (АГТ), на клинические проявления ГМП.

Методы. В исследование были включены 32 женщины в возрасте от 41 до 55 лет, средний возраст составил $47,5 \pm 2,5$ года с симптомами ГМП и наличием сопутствующей артериальной гипертензии (АГ). Пациентки получали АГТ, включавшую гидрохлортиазид 12,5-25 мг в сутки в сочетании с ингибитором АПФ или БРА. Поскольку антигипертензивный эффект тиазидоподобного диуретика индапамида проявляется в дозах, меньших, чем необходимо для диуретического эффекта, пациенткам была проведена коррекция АГТ, заключающаяся в замене гидрохлортиазида на индапам® (индапамид 2,5 мг в сутки). До начала исследования и спустя 2 месяца приема индапам® оценивали частоту мочеиспусканий и urgentных позывов, определяли уровень калия, глюкозы и мочевой кислоты в крови, осуществляли контроль АД.

Результаты. Через 2 месяца после коррекции АГТ отмечено уменьшение числа мочеиспусканий за сутки с $12 \pm 3,4$ до $10 \pm 2,1$, количе-