

Сообщения об опухолях тонкой кишки, как правило, касаются ограниченного числа наблюдений. Поэтому каждый случай этой патологии представляет интерес, как в диагностическом, так и в лечебном плане.

**TOTAL DAMAGE OF THE SMALL INTESTINE
BY LEIOMYOSARCOMA COMPLICATED
BY SMALL BOWEL INTUSSUSCEPTION**

Yu. S. Vinnik¹, L. V. Kochetova¹, A. V. Zyuzukina¹,
P. A. Vdovenko², T. B. Bichurina³, L. Yu. Krutikova³

¹Krasnoyarsk state medical university named after Prof. V. F. Voyno-Yusenetsky; ²City hospital № 6, Krasnoyarsk; ³Scientific research institute of medical problems of the North, Siberian department of the Russian Academy of Medical Sciences

Abstract. The article presents a case of small bowel intussusception caused by a total lesion of the small intestine by leiomyosarcoma as multiple tumor formations of different diameters with exophytic growth.

Key words: acute intestinal obstruction, leiomyosarcoma, intussusception.

Литература

- Куликов В. В., Гржимоловский А. В. Опухоли тонкой кишки // Хирургия. — 2008. — № 5. — С. 65-69.
- Смаков Г., Эктов П., Куницкий Ю. Доброкачественные и злокачественные опухоли тонкой кишки // Врач. — 2000. — № 4. — С. 23-24.

3. Шевченко Ю. Л., Стойко Ю. М., Левчук А. Л. Современные возможности диагностики и хирургического лечения опухолей тонкой кишки // Вестник хирургии. — 2010. — № 5. — С. 45-51.

Сведения об авторах

Винник Юрий Семенович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. П. Железняк, г. 1; тел. 8(391) 2201909, e-mail: sur-com@yandex.ru.

Кочетова Людмила Викторовна — кандидат медицинских наук, профессор кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. П. Железняк, г. 1; тел. 8(391) 2125394, e-mail: DissovetKrasGMU@bk.ru.

Зюзюкина Алена Владимировна — ассистент кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. П. Железняк, г. 1; тел. 8(391) 2487971, e-mail: alena-vz@mail.ru.

Вдовенко Петр Александрович — кандидат медицинских наук, врач хирургического отделения МБУЗ ГКБСМП имени Н. С. Карповича.

Адрес: 660062, г. Красноярск, ул. Курчатова, 17; тел. 8(391)2469433, e-mail: vdovenko-pa@mail.ru.

Бичурин Татьяна Борисовна — старший научный сотрудник клинического отделения патологии пищеварительной системы у взрослых ФГБУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. П. Железняк, г. 3; тел. 8(391)2125363, e-mail: bichurin@nib@mail.ru.

Крутикова Леся Юрьевна — заместитель главного врача по организационно-методической работе ФГБУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, заочный аспирант кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. П. Железняк, г. 3г; тел. 8(391)2280672, e-mail: krasgma@inbox.ru.

Менеджмент и здравоохранение



© ХАРЬКОВ Е. И., ДАВЫДОВ Е. Л.

УДК 616.12-008.-614.253:612.67

ПРОБЛЕМЫ ИНФОРМАЦИОННОГО ОБМЕНА МЕЖДУ ПАЦИЕНТАМИ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ

Е. И. Харьков, Е. Л. Давыдов

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения РФ, ректор — д. м. н. проф. И. П. Артюхов; кафедра внутренних болезней педиатрического факультета, зав. — д. м. н., проф. Е. И. Харьков.

Резюме. В статье приведены данные об особенностях получения медицинской информации и трудностях ее восприятия пациентами пожилого и старческого возраста с артериальной гипертензией. Обсуждаются причины непонимания данной информации в зависимости от возраста и пола больных. Большинство пациентов в пожилом и старческом возрасте получают информацию от медицинских работников. Около половины респондентов не удовлетворены объемом и качеством получаемой информации.

Ключевые слов : пожилой и старческий возраст, артериальная гипертензия, медицинская информация.

Планирование, осуществление и контроль эффективности профилактических мероприятий могут быть действенными, если учитывать информированность населения

по вопросам, связанным со здоровьем [3]. По мнению многих исследователей, занимающихся проблемами общественного здоровья населения, мероприятия по вторичной

профилактике хронических неинфекционных заболеваний необходимо начинать с повышения уровня знаний населения по этой проблеме [1]. Общеизвестно что позитивные изменения образа жизни и окружающей среды произойдут быстрее, если население хорошо информировано о потенциальных возможностях профилактики неинфекционных заболеваний. Для этого необходимо знать, как различные группы населения, в том числе и лица старших возрастных групп, воспринимают проблемы охраны здоровья и каковы наиболее эффективные пути доведения информации об укреплении здоровья до этих групп [2, 5].

Сочетание показателей информированности о своем здоровье с показателями самооценки, удовлетворенности здоровьем, а также ответственности за свое здоровье и отношения к профилактическим мероприятиям может составить базовый комплекс позитивных показателей для выявления оптимальных направлений с целью эффективного воздействия на состояние здоровья различных групп населения [1].

Цель исследования: оценить источники медицинской информации, получаемой пациентами старших возрастных групп с артериальной гипертонией (АГ) и препятствия, возникающие при понимании данного информационного воздействия.

Материалы и методы

Нами были обследованы 426 пациентов в возрасте 45-89 лет, имеющие систоло-диастолическую (СДАГ) или изолированную систолическую артериальную гипертонию (ИСАГ). Обследовано 426 больных АГ II – III стадии (по рекомендациям ВНОК – 20010 и ESH/ESC – 2009), имеющие как систоло-диастолическую (СДАГ), так и изолированную систолическую артериальную гипертонию (ИСАГ). В первую группу вошли 211 лиц пожилого возраста (60-74 года – по классификации ВОЗ (1963 г.), из них 76 мужчин (средний возраст – 67,08; 95% доверительный интервал (ДИ) (66,07 – 69,09)) и 135 женщин (средний возраст – 67,39; ДИ (66,66 – 68,11)). Вторая группа состояла из 107 пациентов старческого возраста (75 лет и старше) – 46 мужчин (средний возраст – 81,35; ДИ (80,20 – 80,50)) и 61 женщина (средний возраст – 79,49; ДИ (78,53 – 80,46)). Группу сравнения составили 108 больных (45-59 лет) – 44 мужчины (средний возраст – 53,70; ДИ (52,54 – 53,87)) и 61 женщина (средний возраст – 53,57; ДИ (53,02 – 54,52)).

Для проведения исследования был разработан оригинальный опросник, включающий, в том числе, блок вопросов по оценке качества медицинской помощи (в этот «кейс» была включена часть вопросов, представленных А. В. Решетниковым [4]).

Таблица 1

Источник получения медицинской информации (n(%))

ГРУППА	П (n=211)		С (n=107)		Ср (n=108)	
	М (n=77)	Ж (n=134)	М (n=45)	Ж (n=62)	М (n=44)	Ж (n=64)
Источник:						
От медицинских работников	52 (67,5±5,3) p ^{1,2} =0,040* p=0,305	81 (60,4±4,2) p ^{1,2} =0,061	38 (84,4±5,4) p ^{2,3} =0,008* p=0,203	46 (74,2±5,6) p ^{2,3} =0,112	26 (59,1±7,4) p ^{1,3} =0,351 p=0,847	39 (60,9±6,1) p ^{1,3} =0,947
Из информационных объявлений в поликлинике	5 (6,5±2,8) p ^{1,2} =0,105 p=0,156	17 (12,7±2,9) p ^{1,2} =0,347	7 (15,6±5,4) p ^{2,3} =0,192 p=0,765	11 (17,7±4,8) p ^{2,3} =0,411	3 (6,8±3,8) p ^{1,3} =0,945 p=0,337	8 (12,5±4,1) p ^{1,3} =0,971
От знакомых и родственников	17 (22,1±4,7) p ^{1,2} =0,566 p=0,958	30 (22,4±3,6) p ^{1,2} =0,031*	12 (26,7±6,6) p ^{2,3} =0,857 p=0,256	23 (37,1±6,1) p ^{2,3} =0,142	11 (25,0±6,5) p ^{1,3} =0,714 p=1,000	16 (25,0±5,4) p ^{1,3} =0,683
Из научно-популярной литературы	6 (7,8±3,1) p ^{1,2} =0,819 p=0,272	17 (12,7±2,9) p ^{1,2} =0,966	3 (6,7±3,7) p ^{2,3} =0,439 p=0,294	8 (12,9±4,3) p ^{2,3} =0,348	5 (11,4±4,8) p ^{1,3} =0,511 p=0,532	5 (7,8±3,4) p ^{1,3} =0,307
Периодических изданий, по радио, по телевизору,	17 (22,1±4,7) p ^{1,2} =0,173 p=0,029*	49 (36,6±4,2) p ^{1,2} =0,351	15 (33,3±7,0) p ^{2,3} =0,387 p=0,285	27 (43,5±6,3) p ^{2,3} =0,009*	11 (25,0±6,5) p ^{1,3} =0,714 p=0,705	14 (21,9±5,2) p ^{1,3} =0,038*
Через Интернет	3 (3,9±2,2) p ^{1,2} =0,616 p=0,722	4 (3,0±1,5) p ^{1,2} =0,571	1 (2,2±2,2) p ^{2,3} =0,006* p=0,818	1 (1,6±1,6) p ^{2,3} =0,002*	9 (20,5±6,1) p ^{1,3} =0,003* p=0,826	12 (18,8±4,9) p ^{1,3} =0,0001*
Другое	1 (1,3±1,3) p ^{1,2} =0,443 p=0,909	2 (1,5±1,1) p ^{1,2} =0,334	0 (0±0) p ^{2,3} =0,148 p=1,000	0 (0±0) p ^{2,3} =1,000	2 (4,5±3,1) p ^{1,3} =0,269 p=0,085	0 (0±0) p ^{1,3} =0,326
Не получаю	1 (1,3±1,3) p ^{1,2} =0,443 p=0,690	1 (0,7±0,7) p ^{1,2} =0,575	0 (0±0) p ^{2,3} =0,148 p=0,392	1 (1,6±1,6) p ^{2,3} =0,982	2 (4,5±3,1) p ^{1,3} =0,269 p=0,354	1 (1,6±1,6) p ^{1,3} =0,591

Примечание: n – количество единиц наблюдения; П – пожилой возраст; С – старческий возраст; Ср – группа сравнения; М – мужчины, Ж – женщины. p^{1,2}, p^{2,3}, p^{1,3} – уровень значимости отличий между группами у лиц одного пола; p – уровень значимости отличий внутри группы по полу, * – p < 0,05.

Результаты исследований вносились в протоколы и в базу данных. Для статистической обработки данных использовали программу SPSS v.19, разработанную в Стэнфордском университете (США).

Описательные статистики представлены для количественных признаков средними величинами и (95%) доверительными интервалами (ДИ), для качественных признаков – в виде абсолютных значений, процентных долей и их стандартных ошибок.

Проверка нормальности распределения количественных переменных осуществлялась при помощи критерия Колмогорова-Смирнова.

Для определения значимости различий между количественными и ранговыми учетными признаками, при множественных сравнениях использовали критерий Краскелла-Уоллиса, при попарном сравнении – критерий Манна-Уитни.

Для сравнения качественных признаков использовали критерий χ^2 и точный критерий Фишера. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Пациенты с АГ могли указать несколько источников получения медицинской информации (табл. 1). Большинство пациентов получают данную информацию от медицинских работников – удельный вес такой информации составляет от 59,1±7,4% у мужчин группы сравнения до 84,4±5,4% мужчин старческого возраста. Статистически значимо чаще такую информацию этим путем получают мужчины старческого возраста, чем пожилого (67,5±5,3%, $p=0,040$) и группы сравнения ($p=0,008$), и с тенденцией близкой к достоверной женщины старческого возраста (74,2±5,6%) по сравнению с женщинами пожилого возраста ±7,4 (60,4±4,2%, $p=0,061$). Высок удельный вес пациентов, которые получают данную информацию из периодических изданий, по радио и телевизору – от 21,9±5,2% женщин группы сравнения до 43,5±6,3% женщин старческого возраста.

Прослеживается выраженная тенденция, что с возрастом пациенты с АГ чаще обращаются к данному пути получения информации. Статистически значимо реже таким источником информации пользуются женщины группы сравнения, чем женщины пожилого (36,6±4,2%, $p=0,038$) и старческого ($p=0,009$) возрастов, женщины пожилого возраста достоверно чаще используют данный путь получения информации, чем мужчины своей возрастной группы (22,1±4,7%, $p=0,029$).

В то же время только незначительное количество пациентов старших возрастных с АГ групп в силу объективных причин (наличие персонального компьютера, умения им пользоваться и т.д.) получают медицинскую информацию через Интернет – от 1,6±1,6% женщин пожилого возраста до 3,9±2,2% пожилых мужчин. В то же время среди пациентов группы сравнения этот путь получения информации весьма популярен (20,5±6,1% и 18,8±4,9%

соответственно), что статистически значимо выше по сравнению с пациентами пожилого (3,9±2,2%, $p=0,003$ и 3,0±1,5%, $p=0,0001$) и старческого (2,2±2,2%, $p=0,006$ и 1,6±1,6%, $p=0,002$ соответственно) возрастов. Достаточно высок удельный вес пациентов с АГ, которые получают медицинскую информацию от своих родственников и знакомых – от 22,1±4,7% мужчин пожилого возраста до 37,1±6,1% женщин старческого возраста, при этом женщины старческого возраста статистически значимо чаще используют данный канал информации, чем женщины пожилого (22,4±3,6%, $p=0,031$) возраста. Сопоставимым является объем получения информации пациентами с АГ из научно-популярной литературы от 6,7±3,7% у мужчин старческого возраста до 12,9±4,3% у группы пожилых женщин и информационных объявлений и санитарных бюллетеней в поликлиниках – от 6,5±2,8% в группе женщин пожилого возраста до 15,6±5,4% у мужчин старческого возраста. Другие источники получения информации (специализированная медицинская литература, участие в образовательных программах и др.) указали от 1,3±1,3% женщин пожилого возраста до 4,5±3,1% респондентов-мужчин группы сравнения (пациенты старческого возраста и женщины группы сравнения не указали данный вариант ответа). Положительным фактором можно считать, что только от 0,7±0,7% женщин пожилого возраста до 4,5±3,1% мужчин группы сравнения не получают никакой медицинской информации не из какого источника (мужчины старческого возраста не указали данный вариант ответа).

При оценке объема информации об АГ и оценке своего здоровья получаемого от медицинских работников поликлиники мужчины всех возрастных групп указали, что они получают информации ровно столько, сколько им нужно – от 50,0±5,7% в пожилом до 66,7±7,0% в старческом возрастах, женщины же всех возрастных групп чаще считают, что информации недостаточно и им хотелось бы больше – от 36,1±6,1% в старческом возрасте до 46,9±6,2% в группе сравнения, о достаточности информации сообщили лишь от 31,3±5,8% женщин группы сравнения до 39,3±6,3% респонденток старческого возраста. Сопоставимым является количество пациентов, которые считают, что информации слишком много – от 3,9±2,2% пожилых мужчин до 16,4±4,7% женщин старческого возраста (мужчины группы сравнения не указали данный вариант ответа) и тех, кто не получает никакой информации – от 2,2±2,2% мужчин пожилого до 17,1±4,7% пациентов старческого возрастов. Мужчины группы сравнения (57,1±7,6%) статистически значимо чаще считают, что информации достаточно, чем женщины своего возраста (31,3±5,8%, $p=0,008$), так же с тенденцией близкой к достоверной ($p=0,053$) считают мужчины старческого возраста (66,7±7,0%) по сравнению с женщинами своей группы (34,8±6,3%). Женщинам пожилого возраста (44,8±4,3%) статистически

значимо чаще хотелось бы больше информации, чем мужчинам своего возраста ($28,9 \pm 5,2\%$, $p = 0,024$), так же с тенденцией близкой к достоверной ($p = 0,060$) считают женщины группы сравнения ($46,9 \pm 6,2\%$) по сравнению с мужчинами своего возраста ($28,1 \pm 6,9\%$). Женщины старческого возраста статистически значимо чаще уверены, что информации слишком много ($16,4 \pm 4,7\%$) по сравнению с пожилыми женщинами ($6,0 \pm 2,1\%$, $p = 0,020$), статистически значимо чаще так же считают женщины группы сравнения ($9,4 \pm 3,6\%$), чем мужчины своего возраста ($0,0 \pm 0,0\%$, $p = 0,041$). Статистически значимо реже не получают никакой информации мужчины старческого возраста ($2,2 \pm 2,2\%$), по сравнению с мужчинами пожилого возраста ($17,1 \pm 4,3\%$, $p = 0,013$) и группы сравнения ($14,3 \pm 5,4\%$, $p = 0,039$).

Большинство пациентов (кроме женщин пожилого возраста) оценивают свое взаимодействие с врачом поликлиники (участковым терапевтом/кардиологом) как полное взаимопонимание и доверие – так считают от $38,8 \pm 4,2\%$ женщин пожилого возраста до $52,6 \pm 5,7\%$ мужчин этой же возрастной группы. Частичное доверие и взаимопонимание является самой популярной оценкой среди женщин пожилого возраста – $40,3 \pm 4,2\%$, среди других возрастных и гендерных групп оценка взаимодействия составляла – от $28,9 \pm 6,8\%$ до $36,1 \pm 6,1\%$ у мужчин и женщин старческого возраста соответственно. У небольшого количества пациентов с АГ отсутствует всякое доверие и взаимопонимание с врачами – от $1,6 \pm 1,6\%$ женщин старческого до $9,7 \pm 2,6\%$ пациенток пожилого возрастов, при этом статистически значимо чаще такое мнение высказывали женщины пожилого, чем старческого ($p = 0,043$) возраста.

Пациенты отметили, что большинство врачей поликлинических ЛПУ, у которых они наблюдались по поводу АГ (участковые терапевты или кардиологи) систематически проводили измерение АД – от $81,4 \pm 4,9\%$ у женщин группы сравнения до $95,1 \pm 2,5\%$ у мужчин пожилого возраста. Как отмечали пациенты – это было однократное измерение в положении сидя на одной (как правило, на «рабочей» руке) При наблюдении по поводу АГ статистически значимо реже измерение АД производилось женщинам группы сравнения ($81,4 \pm 4,9\%$), чем женщинам старческого возраста ($94,5 \pm 2,9\%$, $p = 0,032$), а также с тенденцией к достоверности по сравнению с мужчинами своей возрастной группы ($92,3 \pm 4,1\%$, $p = 0,059$).

Однако измерение АД в положении больного стоя (согласно рекомендациям ВНОК) проводили только врачи поликлиник при лечении пациентов по поводу АГ от $5,3 \pm 2,8\%$ пациенткам группы сравнения до $19,1 \pm 3,4\%$ женщинам пожилого возраста. Статистически значимо чаще данную методику измерения проводили женщинам пожилого возраста, чем женщинам старческого возраста ($7,3 \pm 3,3\%$, $p = 0,046$) и группы сравнения ($p = 0,016$). Во всех возрастных и гендерных группах измерение в положении сидя проводилось статистически значимо чаще, чем в положении стоя ($p = 0,0001$). Таким образом врачи поликлиник при лечении АГ не следовали рекомендациям ВНОК о правилах измерения АД.

Большинство пациентов с АГ считают, что врачи полностью доступно объясняют и полностью доносят до них информацию по поводу АГ от $50,0 \pm 6,4\%$ женщин старческого возраста до $64,4 \pm 5,4\%$ мужчин пожилого возраста. От $25,7 \pm 5,0\%$ пожилых пациентов до $48,3 \pm 6,4\%$ респондентов старческого возраста считают то, что объясняют им медицинские работники понятно лишь частично,

Таблица 2

Причины возникновения сложностей в понимании объяснений медицинских работников по поводу АГ (n(%)a)

ГРУППА	П (n=146)		С (n=68)		Ср (n=83)	
	М (n=45)	Ж (n=101)	М (n=26)	Ж (n=42)	М (n=32)	Ж (n=51)
Врачи используют слишком много сложных и специальных терминов	14 (31,1±6,9) $p^{1,2}=0,392$ $p=0,285$	23 (22,8±4,2) $p^{1,2}=0,305$	7 (26,9±8,7) $p^{2,3}=0,919$ $p=0,723$	13 (31,0±7,1) $p^{2,3}=0,711$	9 (28,1±7,9) $p^{1,3}=0,778$ $p=0,947$	14 (27,5±6,3) $p^{1,3}=0,526$
Врачи говорят неразборчиво, быстро, не повторяют и не уточняют непонятное	13 (28,9±6,8) $p^{1,2}=0,867$ $p=0,511$	24 (23,8±4,2) $p^{1,2}=0,238$	8 (30,8±9,1) $p^{2,3}=0,625$ $p=0,826$	14 (33,3±7,3) $p^{2,3}=0,012^*$	8 (18,8±6,9) $p^{1,3}=0,706$ $p=0,117$	6 (11,8±4,5) $p^{1,3}=0,079$
Врачи не объясняют, а пишут неразборчиво	21 (46,7±7,4) $p^{1,2}=0,189$ $p=0,924$	48 (47,5±4,9) $p^{1,2}=0,036^*$	8 (30,8±9,1) $p^{2,3}=0,437$ $p=0,847$	12 (28,6±7,0) $p^{2,3}=0,045^*$	13 (40,6±8,7) $p^{1,3}=0,599$ $p=0,455$	25 (49,0±7,0) $p^{1,3}=0,862$
Загрудняюсь ответить	8 (17,8±5,7) $p^{1,2}=0,109$ $p=0,420$	24 (23,8±4,2) $p^{1,2}=0,260$	9 (34,6±9,3) $p^{2,3}=0,424$ $p=0,335$	10 (23,8±6,6) $p^{2,3}=0,402$	8 (25,0±7,7) $p^{1,3}=0,441$ $p=0,960$	13 (25,0±6,1) $p^{1,3}=0,815$

Примечание: см. табл. 1.

от $1,7 \pm 1,7\%$ женщин старческого до $4,5 \pm 1,8\%$ пациентов пожилого возраста считают, что все объяснения врача по поводу АГ им непонятны (пациенты группы сравнения и женщины старческого возраста не указали данный вариант ответа).

Пациенты с АГ могли указать одновременно несколько причин трудностей в понимании объяснений медицинских работников по поводу АГ (табл. 2). Основными причинами с которыми сталкиваются пациенты с АГ ими были указаны следующие: врачи не объясняют все полностью и пишут неразборчиво – так считают от $28,6 \pm 7,0\%$ женщин старческого возраста до $49,0 \pm 7,0\%$ женщин группы сравнения, статистически значимо реже такую причину указали женщины старческого возраста, чем женщины пожилого ($47,5 \pm 4,9\%$, $p = 0,036$) возраста и группы сравнения ($p = 0,045$). Кроме этого, часть больных считают, что врачи при объяснении информации по поводу АГ используют слишком много специальных терминов – от $22,8 \pm 4,2\%$ пожилых женщин до $31,1 \pm 6,9\%$ мужчин этого же возраста, а также то, что врачи при донесении информации по поводу АГ говорят неразборчиво, быстро, не повторяют и не уточняют непонятное – так считают от $11,8 \pm 4,5\%$ женщин группы сравнения до $33,3 \pm 7,3\%$ пациенток старческого возраста, вероятно это связано с тем, что времени которое выделено на прием пациентов с АГ в поликлинике недостаточно, при этом статистически значимо чаще такую причину указали женщины старческого возраста, чем женщины группы сравнения ($p = 0,012$), а также с тем, что когнитивные функции в старческом возрасте снижаются и пациентам данной возрастной группе сложно воспринимать необходимый поток информации, такая же проблема волнует и мужчин старческого возраста – $30,8 \pm 9,1\%$, что прослеживается в сравнении с пациентами других возрастных групп – пожилого возраста – $28,9 \pm 6,8\%$ и $23,8 \pm 4,2\%$, группы сравнения – $18,8 \pm 6,9\%$ и $11,8 \pm 4,5\%$ соответственно.

Таким образом, информацию о своем заболевании пациенты получают в основном от медицинских работников, хотя указывают и другие источники: информационные бюллетени, средства массовой информации включая Интернет, родственников и знакомых.

До 95% пациентов информируются на приеме у врача о цифрах артериального давления, однако правила и кратность измерения АД не соответствовали рекомендациям ВНОК более чем в 80% случаев.

Не удовлетворены объемом и качеством полученной информации 48,3% больных («не объясняют, а пишут неразборчиво» – до 49%, «говорят неразборчиво, быстро и не уточняют непонятное» – до 33,3%, «используют слишком много сложных, специальных терминов» – до 31,1%). Интерес к информации о своем заболевании ослабевает с увеличением возраста, как среди женщин, так и мужчин.

Следовательно, целесообразен поиск более простых и доступных путей информации о заболевании среди лиц

пожилого и старческого возраста, в том числе с участием социальных работников, что необходимо учитывать при создании многокомпонентной модели оказания медико-социальной помощи пациентам старшим возрастным группам.

THE PROBLEMS OF INFORMATION EXCHANGE BETWEEN PATIENTS OF MIDDLE AND OLD AGE WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND HEALTH CARE STAFF

E. I. Harkov, E. L. Davidov
Krasnoyarsk State Medical University named
after Prof. V. F. Voyno-Yasenetsky

Abstract. The article presents data about the peculiarities of obtaining medical information and the difficulties of its perception by patients of elderly with hypertension. Are discussed the reasons of the lack in understanding of the information depending on the age and sex of patients. Most of the patients in the elderly and senile age receive information from medical professionals. About half of the respondents are not satisfied with the amount and quality of the revived information.

Key words: elderly and senile age, hypertension, medical information.

Литература

1. Акимова Е.В., Смазнов В.Ю., Каюмова М.М. и др. Информированность населения г. Тюмени о факторах риска развития сердечно-сосудистых заболеваний // Социология медицины. – 2007. – № 2. – С. 37-41
2. Давыдов Е.Л., Капитонов В.Ф., Харьков Е.И. и др. Роль медико-социальных факторов у пациентов старших возрастных групп с артериальной гипертензией // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2012. – № 6 (88). – С. 113-118.
3. Ефименко С.А. Социальные аспекты взаимоотношений врача и пациента // Социология медицины. – № 6. – 2006. – С. 9-14.
4. Решетников А.В. Социология медицины. – М.: ГЭОТАР-Мед., 2007. – 256 с.
5. Светличная Т.Г. К методологии отношений врач-пациент // Социология медицины. – 2007. – № 1. – С. 17-21.

Сведения об авторах

Харьков Евгений Иванович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой внутренних болезней педиатрического факультета ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. П. Железняк, г. 1; тел. 8(391) 2270715; e-mail: harkov-50@mail.ru.

Давыдов Евгений Леонардович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры внутренних болезней педиатрического факультета ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, Красноярск, ул. П. Железняк, г. 1; тел. 8(391) 2270715; e-mail: devgenii@bk.ru.