

КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА

Ананьєва О.В.

студент,

Одеський національний медичний університет

Бусел С.В.

заступник директора з медичної частини

Університетської клініки

ЕФЕКТИВНІСТЬ РІЗНИХ МЕТОДІВ АМБУЛАТОРНОГО КОНТРОЛЮ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Серед причин низької ефективності антигіпертензивного лікування одне з провідних місць посідає невиконання пацієнтом лікарських призначень, тобто низький комплаєнс. Невиконання пацієнтом режиму терапії призводить до значного зниження її ефективності, в результаті, стан хворого не покращується, а захворювання прогресує. Більш того, переоцінка лікарем прихильності пацієнта при неефективності лікування, спонукає до багаторазового перегляду терапії, що призведе до зниження професійного інтересу до пацієнта. В свою чергу, у пацієнта виникне недовіра до професіоналізму лікаря та системи охорони здоров'я в цілому. Таким чином, формується замкнуте коло, де спочатку хворий, а на далі й медичний персонал сприяє зниженню ефективності терапії [4; 5; 6].

Серед факторів які впливають на формування прихильності виділяють наступні [2]:

- *Психологічні особливості хворого*, а саме, правильна оцінка хворим свого стану та розуміння необхідності лікування.

- *Клінічні особливості захворювання*. У випадку, коли захворювання завдає відчутного дискомфорту, пацієнт сприймає лікування як спасіння, але якщо, захворювання безсимптомне, рівень комплаєнсу дуже низький.

- *Особливості терапевтичної програми*. Чим довший строк лікування, тим нижчий комплаєнс. Це актуально для хронічних

захворювань, де довготривала прихильність пацієнта становить не більше 50% (при гіпертонічній хворобі – не більше 40%) [1; 3].

- *Соціально-економічні фактори.* При наявності роботи, активної життєвої позиції, високого рівня освіти у пацієнтів формується більш стійка установка на одужання через можливість втрати соціального статусу у зв'язку з хворобою. Також, прихильність вища серед пацієнтів які мають сім'ю, а ніж серед самотніх.

- *Фактори пов'язані з організацією медичної допомоги.* Рівень комплаєнсу пов'язаний з частотою медичних оглядів. Це так званий феномен білого халату: хворі краще виконують рекомендації за тиждень до відвідування лікаря та тиждень після нього.

Отже, частота відвідувань лікаря, контроль з його боку можуть суттєво вплинути на ефективність антигіпертензивної терапії пацієнтами.

Метою дослідження стало вивчення ефективності різних методів амбулаторного контролю артеріального тиску (АТ) у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ).

Матеріали та методи. В дослідженні прийняло участь 60 пацієнтів хворих на неускладнену есенціальну АГ, у яких при лікуванні не було досягнуто цільових рівнів АТ, (нижче за 140/90 мм.рт.ст), середній вік хворих становив $62,86 \pm 15$ роки. Спостереження здійснювались протягом 3 місяців. Всі пацієнти залежно від методу амбулаторного моніторингу АТ були розподілені на 3 рівноцінні групи по 20 людей у кожній. В першій групі було проведена одноразова корекція лікування згідно до Європейських та національних рекомендацій щодо лікування АГ, та контроль через 3 місяці. В другій групі, окрім корекції лікування, кожні два тижні проводились телефонні візити з корекцією лікування по телефону. Третю групу склали пацієнти, яких кожні два тижні запрошували на офісний контроль АТ. Всім пацієнтам були надані листівки-пам'ятки, щодо способу життя, та рекомендовано ведення щоденника АТ. Для оцінки вірогідності отриманої в результаті спостережень різниці показників двох сукупностей визначали ступінь розходження їх середніх за допомогою t-критерію Стьюдента. Статистично значущою вважали розбіжність при $p < 0,05$.

Результати та їх обговорення. Результати свідчили, що найкращою була динаміка АТ у пацієнтів, у яких був частий лікарський контроль. Так, в першій групі на повторний контроль через 3 місяці прийшли лише 8 (40%) пацієнтів і цільовий рівень АТ

було зареєстровано лише у 2-х пацієнтів (25%). В другій групі хворих, у яких по телефону 2 рази на місяць лікарем корегувалось лікування залежно від рівня АТ, на заключний візит до лікаря прийшли 18 (90%) з 20 пацієнтів і цільовий рівень АТ успішно підтримували 17 (85%) хворих. У третій групі, де пацієнтам було запропоновано з'являтися до сімейної амбулаторії 2 рази на місяць, на заключний візит прийшли 14 (70%) хворих. Слід зауважити, що половина з них за трьомісячний термін пропустили 1-2 візити до лікаря, посилаючись на зайнятість на роботі, відраджень тощо. Через 3 місяці цільовий рівень АТ зберігався у 12 (60%) хворих. У цілому, як виявилось при застосуванні телефонних візитів прихильність до лікування у пацієнтів була вищою, що дозволило у 85% з них досягти цільового рівня АТ.

У середньому рівень систолічного АТ в першій групі до лікування становив $163,1 \pm 4,5$ мм рт. ст., після лікування - $147,5 \pm 5,6$ мм рт. ст. ($p < 0,05$), в другій групі – змінився відповідно з $165,4 \pm 3,8$ мм рт. ст., до $131,8 \pm 4,4$ мм рт. ст. $p < 0,001$, в третій – з $164,9 \pm 6,7$ мм рт. ст., до $139,7 \pm 9,4$ мм рт. ст. $p < 0,001$. Зміни середнього рівня діастолічного АТ мали аналогічну спрямованість, хоча і не так відрізнялись по групах, як рівні систолічного. Зокрема, в першій групі до лікування діастолічний АТ був у середньому $88,2 \pm 3,3$ мм рт. ст., після лікування – $81,9 \pm 2,7$ мм рт. ст. ($p > 0,05$), в другій групі – зменшився відповідно з $92,2 \pm 2,3$ мм рт. ст., до $79,3 \pm 1,9$ мм рт. ст. $p < 0,001$, в третій – з $90,7 \pm 2,7$ мм рт. ст., до $78,7 \pm 1,8$ мм рт. ст. $p > 0,001$.

Висновки:

1. Частий амбулаторний контроль лікарем АТ (кожні 2 тижні) та ефективності антигіпертензивної терапії дозволяє досягти цільового рівня АТ вдвічі частіше порівняно до пацієнтів, у яких повторні візити до лікаря були 1 раз на 3 місяці.

2. Застосування телефонних консультацій лікарем з корекцією антигіпертензивної терапії, залежно від рівня АТ, дозволяє найкраще контролювати терапію пацієнтів і досягти цільового рівня у найбільшій кількості з них (85%).

Список використаних джерел:

1. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. – New-York, WHO, 2003. – 108-113 p.
2. Байрак Д. Комплаєнс в медицине: знання – ключ к успеху. Газета «Новости медицины и фармации», 4(354) 2011.

3. Данилов Д.С. Комплаенс в медицине. Психиатрия и психофармакотерапия, «МедиаМедика» (Москва). ISSN: 2075-1761 – 1(13-20) 2008.

4. Джакубекова А.У., Казымбеков К.Р. Современное состояние проблемы приверженности пациента лечению (обзор). Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева, 2012;4: 42-47.

5. Койчуев А.А. Приверженность в лечении: методики оценки, технологии коррекции недостаточной приверженности терапии. Медицинский вестник Северного Кавказа, 2013;8(3):65-69.

6. Петров В.И., Михайлова Д.О., Басов А.В. Удовлетворенность потребителей лекарственных препаратов качеством оказания фармацевтической помощи. Социология медицины, 2010; 2:43-47.

Аніщенко Л.В.

асистент,

Одеський національний медичний університет

СТАБІЛЬНІСТЬ ТА ТРАНСФОРМАЦІЯ ПОЛІОЛІВ У ВОДНИХ РОЗЧИНАХ

Більшість хімічних речовин, потрапляючи у водойми зі стічними водами промислових підприємств в процесі їх отримання або використання, можуть змінювати органолептичні властивості води та порушувати процеси природного самоочищення водойм. Вивчення впливу речовин на органолептичні властивості води та процеси санітарного режиму водойм передбачає проведення досліджень стабільності у водних розчинах [1; 3].

Об'єктами дослідження були поліоксіпропіленполіоли: поліоксіпропілен-оксиетиленглікольуретан (ПОПП-100), поліоксіпропіленамін (ПОПП-294), поліоксіпропільована сахароза з поліоксіпропілентріолом (ПОПП-504), що знайшли широке застосування в різних галузях народного господарства для отримання пластмас, пінопластів, термопластів, епоксидних смол, лаків, емалей, клеїв, гідравлічних, гальмівних, охолоджуючих рідин та ін.

Для визначення стабільності використовувались прямі та непрямі методи (стабільність по запаху, присмаку, піноутворенню, виживаності дафній), які дозволили судити про тривалості збереження речовин в незмінному виді та визначити можливий характер, швидкість та повноту змін складу та властивостей