

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАХОДІВ ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ У ХВОРИХ З ПОСТІНФАРКТНИМ КАРДІОСКЛЕРОЗОМ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ - СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Ткаченко В. І., Гайова О. А., Кекух Д. П.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)

Актуальність. Серцево-судинні захворювання (ССЗ) посідають перше місце серед причин смерті та інвалідизації людей як в країнах світу, так і в Україні. Припускають, що до 2030 р. від ССЗ помре понад 23 млн осіб. Амбулаторне лікування хворих, що перенесли інфаркт міокарда (ІМ), спрямоване на вторинну профілактику ішемічної хвороби серця, попереджуючи тим самим повторні ІМ та раптову коронарну смерть. Фактори ризику ССЗ можна поділити на поведінкові (куріння, вживання алкоголю, малорухомий спосіб життя, неправильне харчування, не регулярний прийом ліків або повна відмова від лікування), метаболічні (рівень цукру та ліпідів у крові, надмірна маса тіла) та інші фактори ризику (спадкова схильність, вік, психоемоційний стан).

Мета дослідження: проаналізувати фактори ризику повторного ІМ у постінфарктних хворих на амбулаторному етапі лікування.

Матеріали та методи. Було обстежено 20 пацієнтів (15 чоловіків та 5 жінок) в амбулаторних умовах, що перенесли ІМ протягом останніх трьох років. Середній вік становив – 53,5±14,5 років. Обстеження включало: вимірювання артеріального тиску, пульсу, визначення рівня глюкози натще глюкометром, вимірювання зросту, окружності талії та маси тіла. Також проведено анкетування щодо наявності факторів ризику до та після ІМ, та заходів їх медикаментозної та немедикаментозної корекції. Статистичний аналіз проводився Excel 2007.

Результати та їх обговорення. За даними опитування та записів сімейних лікарів в амбулаторних картках гіпертонічна хвороба була наявна у 55 % пацієнтів, 30 % мали нормальний артеріальний тиск, 15 % не знали рівень свого тиску. 55 % обстежуваних курили до виникнення ІМ, з них 20 % продовжують курити і дотепер. До моменту події ІМ 40 % приймали антигіпертензивну терапію, 40 % - ацетилсаліцилову кислоту (АСК), 10 % - статини. Після ІМ кожному було призначено в середньому 5 лікарських препаратів. Серед них: 85 % - АСК та 80 % - клопідогрель, 95% - бета-блокатори, 75 % - інгібітори АПФ, 10 % - сартани в комбінації з гідрохлортіазидним діуретиком, 95 % - статини, 20 % - триметазидин, 15 % - ізосорбїду динітрат. Подальше лікування таких пацієнтів проводилося під наглядом сімейного лікаря в амбулаторних умовах. На момент обстеження виявлено, що з призначених препаратів 80 % пацієнтів приймає АСК, 60 % - клопідогрель, 55 % - інгібітори АПФ, 15 % - сартани, 80 % - бета-блокатори, 90 % - статини, 5 % -омега-3-жирні кислоти, тобто прихильність до лікування та заходів вторинної профілактики була недостатньо високою. До того ж, за індексом маси тіла 35 % пацієнтів мали надмірну вагу, 30 % - ожиріння I ст., 15 % - ожиріння II ст., 5 % - ожиріння III ст., 15 % - нормальну масу тіла, що говорить про недостатній контроль даного фактору ризику. Рівень глікемії натще вище 5,5 ммоль/л було виявлено у трьох пацієнтів. Отримані результати свідчать про недостатні заходи профілактики у постінфарктних хворих.

Висновки. Результати проведеного спостереження свідчать про недостатні заходи профілактики у постінфарктних хворих, незважаючи на високий ризик повторного ІМ. Лікарі первинної медичної допомоги повинні більше уваги приділяти навчанню пацієнтів і роз'ясненню факторів ризику та важливості їх профілактики у хворих з високим і дуже високим ризиком для підвищення ефективності лікувально-профілактичних заходів та комплаєнсу.

ОЦІНКА ІНФОРМОВАННОСТІ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОГО НАВЧАННЯ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ

Чистяков Д. А., Ткаченко В. І.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)

Актуальність. Остеоартроз (ОА) - найпоширеніше в розвинених країнах хронічне дегенеративно-дистрофічне захворювання суглобів, що характеризується первинною дегенерацією суглобового хряща з наступною зміною суглобових поверхонь і розвитком крайових остеофітів, що призводить до деформації суглобів, найбільш частими симптомами якого є біль і обмеження рухливості. ОА - найчастіше захворювання суглобів, майже у 20 % населення всього світу. Практично всі люди похилого віку мають ОА різного ступеня вираженості. У віковій групі старше 50 років кількість хворих становить 27,1 %, старше 60 років – 97 %. За захворювання відзначається

однаково часто у чоловіків і жінок. Результатом його є значне зниження якості життя та інвалідизація населення.

Мета дослідження: оцінити інформованість та якість життя у пацієнтів з ОА після застосування методики терапевтичного навчання.

Матеріали та методи. Для вивчення ефективності терапевтичного навчання пацієнтів проведено клінічне спостереження 75 пацієнтів з остеоартрозом великих суглобів. До основної групи увійшли 22 жінок (51 %), і 21 чоловіків (49 %). У групі порівняння жінок було 18 (56,25 %), чоловіків - 14 (43,75 %). Вік пацієнтів в основній групі становив $63,7 \pm 8,2$ років, в групі порівняння - $65,3 \pm 6,4$ років. Оцінка інформованості та якості життя проводилась за опитуванням за допомогою анкети SF-36 в динаміці після терапевтичного навчання, також оцінювали показники клінічного перебігу, прихильність до лікування остеоартрозу в процесі терапевтичного навчання. Статистичний аналіз за допомогою Excel 2007.

Результати та їх обговорення. Відзначено позитивний ефект проведеного терапевтичного навчання на клінічний стан, а також на значення показника інформованості у пацієнтів з остеоартрозом. Хворі показали більшу прихильність до застосування комплексу ЛФК, фізіотерапевтичного лікування, рухового режиму, медикаментозного лікування після проходження освітньої програми терапевтичного навчання. Середні значення показників якості життя не досягали 100 % рівня «ідеального» здоров'я, але разом з тим, після терапевтичного навчання в основній групі відбулося значне достовірне поліпшення ($p \leq 0,05$) всіх показників якості життя в 1,36-1,44 рази в порівнянні з вихідними величинами до навчання та групою порівняння.

Висновки. Отримані результати вказують, що терапевтичне навчання пацієнтів з ОА є ефективним впровадженням і впливає на показник інформованості пацієнтів, покращання їх прихильності до лікування і якість життя в цілому. Терапевтичне навчання пацієнтів з ОА повинне ширше застосовуватись в практиці сімейного лікаря.

ПОКРАЩЕННЯ НОСОВОГО ДИХАННЯ БЕЗ ЗАСТОСУВАННЯ СУДИННО-ЗВУЖУЮЧИХ КРАПЕЛЬ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Горішня О. І., Горішний І. І., Ткаченко В. І.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (Україна)

Актуальність. Носове дихання - дивовижний феномен. Його порушення викликає ослаблення пам'яті, уваги і сповільненість процесу мислення, з'являється схильність до простудних захворювань, підвищується втомлюваність і надмірно збуджується нервова система, відбувається зменшення вмісту кисню в артеріальній крові та знижується інтенсивність протікання окислювальних процесів в тканинах. Крім того, носова порожнина виконує роль своєрідного фільтра, додатково зволожуючого і частково зігріваючого повітря. При утрудненні носового дихання порушується ритм дихання, знижується легенева вентиляція, обмежуються дихальні рухи грудної клітки. Проблема утрудненого носового дихання виникає часто у осіб з деформацією структур носового клапану, людей похилого віку, у яких крила носу спадаються за рахунок атрофії м'язів, у пацієнтів, що мають протипоказання до призначення назальних крапель, такі як гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, порушення ритму серця, закритокутова глаукома, атрофічний риніт, виражений атеросклероз, гіпертиреоз. Відомо також, що в результаті часткового або повного виключення носового дихання відбувається зниження обміну і зменшення вмісту кисню в артеріальній крові, внаслідок чого зменшується лужний резерв і знижується інтенсивність протікання окислювальних процесів в тканинах. При порушенні носового дихання знижується рН крові (відбувається її закислення), зменшується вміст гемоглобіну і збільшується число лейкоцитів. У літніх людей неповноцінне дихання призводить до передчасного старіння, оскільки воно погіршує функціональну діяльність легенів і зменшує вироблення гормону простагліну, який утворюється в легенях і безперервно надходить в кров.

В Україні з'явилась альтернатива назальним деконгестантам і хірургічним методам лікування утрудненого носового дихання. Це пристрій NASAL BOOSTER Whirl (носний підсилювач), який зробили українці, ТОВ «Оспішес Україна». Головне його призначення – підсилення порушеного носового дихання, за рахунок покращення проходження повітря і надання йому турбуленції через носовий клапан. Бустер зроблений з гіпоалергенного полімера Medipren (виробник Швеція), який виготовлено з сировини, призначеної для медичного використання. У конструкції підсилювача передбачено встановлення змінного фільтра, який затримує шкідливі частинки розміром більше за 10 мікрон і допомагає уникнути подразнення слизової оболонки носа. Бустер безболісно вирівнює носові хрящі і таким чином відновлює дихання. Бустер повторює форму носового клапана і просто