

проблемы и создает предпосылки для более детальных исследований в этой области.

Под наблюдением находилось 85 больных. Из них с первичным сифилисом - 10, скрытым ранним - 30, вторичным свежим - 15, вторичным рецидивным - 30. Подавляющее количество обследованных (67) больных сифилисом проведено в возрасте от 20 до 40 лет, что соответствует пику сексуальной активности. Все больные имели половой путь заражения. При поступлении в стационар жалобы больные с активными проявлениями сифилиса жаловались на наличие высыпаний, выпадение волос, осиплость голоса, увеличение лимфоузлов. При объективном исследовании больных было выявлено: наличие твердого шанкра или его остатков и осложнений, розеолезные и папулезные сифилиды, алоpecia, сифилитическая ангина, регионарный аденит или полиаденит.

Специфическое лечение больных активными и скрытыми формами сифилиса проводилось водорастворимым пенициллином (бензилпенициллин-натрий) по 400 тыс ЕД, каждые 3 часа, внутримышечно. На курс больным первичным и вторичным свежим сифилисом 44,8 млн ЕД (14 дней), больным вторичным и ранним скрытым сифилисом – 89,6 млн ЕД (28 дней).

Особенности прооксидантной системы плазмы и форменных элементов крови у больных сифилисом изучались в динамике. Исследования проводились в период клинических проявлений, на фоне начатой терапии и после окончания лечения в стадии клинического улучшения. Определения молекулярного диальдегида (МДА) плазмы крови проводилось по М. Ushyama с соавт. (1978) в реакции с тиобарбитуровой кислотой, активности каталазы эритроцитов по рекомендации А.И. Карпищенко (1999). За норму приняты показатели установленные при обследовании 60 практически здоровых лиц в возрасте от 16 до 50 лет.

В результате проведенных исследований выявлено достоверное повышение уровня молекулярного диальдегида плазмы крови и каталазы эритроцитов (КЭ) максимально выраженных в период клинических проявлений болезни. В группах обследованных больных с первичным сифилисом и вторичным свежим сифилисом на фоне начатой специфической противосифилитической терапии наблюдалось постепенное снижение уровня МДА и КЭ. В период клинического выздоровления в данных группах уровень указанных показателей плавно снижался, но физиологических норм не достигал. У больных вторичным рецидивным сифилисом отмечалось значительное и более продолжительное повышение уровня МДА и КЭ в период клинических проявлений болезни. В процессе лечения уровень указанных показателей начал снижаться, но уровни нормы не достигал, указывает на тяжесть течения патологического процесса.

У 29 больных сифилисом были выявлены сопутствующие ИППП (трихомониаз, гонорея или их сочетания), и 5 больных женщин обследованы на различных сроках беременности. Анализ данных в этих группах больных показал более высокие уровни МДА и КЭ в сравнении с больными в группе без сопутствующей патологии. У больных с сопутствующими ИППП отмечено достоверное повышение уровня МДА и КЭ во всех стадиях, что соответствует более затяжному течению патологического процесса. Нормализация показателей у таких больных происходила медленней.

Таким образом, у больных сифилисом наблюдалось статистически значимое достоверное повышение уровня МДА и КЭ, максимально выраженные в период выраженных клинических проявлений и постепенное ступенеобразное нормализация этих показателей на фоне лечения.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ДЛИТЕЛЬНОМУ ЛЕЧЕНИЮ И ХОРОШЕЕ САМОЧУВСТВИЕ ПАЦИЕНТА

Наумова Е.А., Тарасенко Е.В., Шварц Ю.Г.
*ГОУ ВПО Саратовский государственный
медицинский университет Росздрава
Саратов, Россия*

Приверженность к длительной терапии – очень важный фактор в лечении пациентов с различными хроническими заболеваниями, но степень выполнения врачебных рекомендаций по-прежнему остается низкой. Целью нашего исследования было изучение влияния самочувствия пациента на его приверженность к длительному приему медикаментов.

Материалы и методы: проводился опрос пациентов, находящихся на госпитальном лечении в отделении кардиологи Клинической больницы медицинского университета и согласившихся участвовать в исследовании. Контрольные звонки выполнялись через 6 месяцев после выписки пациента из стационара. Пациентов спрашивали влиянием на самочувствие пациента принимаемых препаратов, и об их побочных эффектах, о существенных изменениях в состоянии здоровья за прошедшее время и изменениях в личной жизни, об изменении самочувствия за прошедшее время. Оценивалось продолжение пациентом терапии. С помощью однофакторного анализа определялась возможная связь между описанными характеристиками.

Результаты: В опросе согласились принять участие 150 пациентов (87% из тех, кому было предложено заполнить опросник). 46% (69 человек) – мужчины, остальные женщины. Возраст колебался от 21 года до 82 лет. Средний возраст – 66 лет. Изменения в состоянии здоровья пациентов (в виде повторных госпитализаций, гипертонических кризов и нестабильной стено-

кардии) и в личной жизни произошли в приблизительно равном проценте случаев среди пациентов продолжающих, и не продолжающих лечение. 22% (33 человека) заявили, что прием медикаментов прекратили. Причинами прекращения послужили: хорошее самочувствие (73% - 24 пациента), недостаток материальных средств (9% - 3 пациента), забывчивость (9% - 3 пациента). Среди больных продолжающих терапию 33% (39 человек) считали что назначенные им препараты не влияют на их самочувствие, остальные отмечали положительный эффект медикаментов на свое здоровье. Пациенты, считавшие, что назначенное им лечение улучшает их самочувствие чаще принимали препараты регулярно (32 человека (82,4%) vs 31 человек (40%) и также они реже прекращали прием β -блокаторов (9 человек (10,7%) vs 9 (60%)). Пациенты, отметившие улучшение своего самочувствия достоверно чаще продолжали свое лечение (39 человек (100%) vs 24 (31%)), и достоверно реже прекращали прием терапии (прием β блокаторов 16 человек (18) vs 28 человек (69%), прием ингибиторов АПФ 9 человек (9%) vs 34 человека (69%), прием антагонистов кальция 9 человек (23%) vs 9 человек (75%), прием нитратов 22 человека (32%) vs 22 человека (88%), прием дезагрегантов 22 человека (23%) vs 25 человек (67%).

Побочные эффекты от лечения отметили 13% пациентов (15 человек) принимавших препараты длительно. Из них 20% (3 человека) - это гипотония, 20% (3 человека) - головная боль, 60% (9 человек) сухой кашель. Опыт пациента в отношении побочных эффектов не влиял на приверженность к лечению.

Заключение: Хорошее самочувствие пациентов после выписки может приводить как к прекращению дальнейшей терапии, так и наоборот, к повышению степени выполнения врачебных рекомендаций.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ И АФФЕКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ

Наумова Е.А., Грищенко Е.В., Шварц Ю.Г.
ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава
Саратов, Россия

Депрессия является независимым фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, и особенно такой опасной формы ишемической болезни сердца, как инфаркт миокарда. Низкая приверженность пациентов к долгосрочной терапии холестеринснижающими препаратами также отрицательно влияет на выживаемость больных. Целью проведенного исследования было определение влияния уровня тревоги и депрессии на приверженность больных к терапии статинами.

Материалы и методы. В исследование включались пациенты дневного стационара отделения кардиологии Клинической больницы медицинского университета, согласившиеся участвовать в данном наблюдении. Критериями включения были: высокий уровень липопротеинов низкой плотности (4,2-5,2 ммоль/л), артериальная гипертензия и высокий риск развития ИБС (на основании наличия таких сопутствующих факторов как курение, наследственная отягощенность, но не более 20% Фрамингемской шкале риска развития сердечно-сосудистых осложнений). Критериями исключения являлись ИБС, любая тяжелая сопутствующая патология. Определение наличия и степени выраженности тревожно-депрессивных расстройств проводилось с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии. Пациентам назначался аторвастатин в дозе 10 мг в сутки. Препарат на протяжении всего исследования предоставлялся пациентам бесплатно (для исключения влияния на продолжение пациентом терапии материального фактора). Через год от начала терапии проводилось повторное обследование больных, определение ЛПНП и повторное анкетирование по госпитальной шкале тревоги и депрессии. Комплайнс определялся путем подсчета количества возвращенного препарата. Выявление связи между учитываемыми величинами и определение ее динамики проводилось методом однофакторного анализа.

Результаты: В исследовании принимали участие 105 пациентов (75,6% женщин и 24,4% мужчин, средний возраст 58 лет). Субклиническая депрессия выявлялась у 8,9% пациентов, клинически выраженная депрессия у 8,9% пациентов. Субклинические проявления тревоги были отмечены у 13,3% пациентов, клинически выраженные тревожные нарушения у 11,1% пациентов. Исследование не завершили 13 пациентов (12,8%). Один пациент выбыл по причине клинически значимого повышения уровня трансаминаз, остальные – по собственному желанию. Через год уровень тревоги и депрессии среди пациентов существенно не изменился. Пациенты, не отмечавшие на момент начала терапии симптомов депрессии продолжали терапию чаще, чем пациенты, имевшие депрессивные нарушения (92% vs 75%, $p=0.09$). Пациенты, не имевшие перед началом терапии тревожных нарушений, продолжили прием статинов в достоверно большем проценте случаев (100% vs 60%, $p=0.04$). Уровень депрессии и тревоги (ни на первом, ни на последнем визите) не влиял на комплаинс пациента (от 80 до 120% таблеток приняли 90% пациентов отмечавших симптомы депрессии и 94% пациентов без них). Достоверное снижение уровня холестерина было отмечено у всех пациентов, и не зависело от признаков аффективных нарушений у обследованных больных.

Заключение: Наличие аффективных нарушений увеличивает вероятность прекращения