

сті та безпеки застосування фармакотерапії (ліпидограма, рівні креатиніну, сечовини, мікроелементів, протеїнурії, ЕКГ, ультразвукове дослідження серця, периферичних судин). У цілому аналізу підлягали 70 хворих (співвідношення жіночої та чоловічої статі приблизно порівну, середній вік (54±3) роки, стаж супровідної патології не менше 10 років).

При проведенні клініко-економічного дослідження застосовували методологію порівняльної оцінки різних медичних технологій на основі комплексного взаємопов'язаного аналізу отриманих з їх допомогою клінічних результатів і витрат на використання цих технологій (у даному випадку програма лікування). З-поміж різних методів клініко-економічного дослідження у своїй роботі ми використовували аналіз «витрати–ефективність» (cost-effectiveness analysis — СЕА), який дозволяє встановити найоптимальніший препарат за співвідношенням ціна–ефект. Перш за все, було виявлене коло ТОП комбінованих препаратів, що найчастіше застосовувались у хворих з мінімальними дозами. Проміжок часу оцінки ефективності — 3 міс. Клінічну ефективність визначали за стандартними показниками, вказаними вище. Економічний аналіз СЕА передбачає порівняння як вартості (у грошовому еквіваленті), так і ефективності медичних технологій (в однакових натуральних або фізичних одиницях), у вигляді інтегрального показника — коефіцієнта «витрати–ефективність», який враховує обидва показники. Метод дозволяє визначити вартість одиниці ефективності (питома ефективність витрат) і додаткову грошову суму, яку необхідно витратити на отримання додаткової переваги (інкрементальний показник), наприклад, вартість додаткового року збереженого життя, визначити не найдешевше лікування коморбідного стану, а оптимальне за ефективністю і вартістю, виходячи з можливостей конкретного споживача.

Для проведення даного методу були відібрані комбіновані препарати з ефективністю більше 75 % (Амлесса, Бі-Престаріум, Екватор, Трипліксам, Ко-Амлесса, Арифам, Лоріста, Кодиротон, Лізотіазид). Наступними етапами роботи були калькуляція вартості одного дня лікування, визначення показника ефективності, розрахунок коефіцієнта ефективності витрат. Саме призначення комбінацій вазотропних антагоністів кальцію (амлодипін) з інгібіторами АПФ (периндоприл, лізиноприл) з індапамідом відповідало зазначеній меті фармакотерапії та супроводжувалось доброю переносимістю, у тому числі без негативного впливу на метаболічний профіль крові.

Висновки. Отримані результати клініко-економічного аналізу використання комбінацій лікарських засобів, які діють на стан ренін-ангіо-

тензин-альдостеронової системи і судинний тонус, показали добру переносимість, тривалий ефект, прийнятну ціну, метаболічну нейтральність, що дозволяє залучати їх до формування формулярних переліків, рекомендувати тривале застосування, забезпечуючи високий комплекс терапії артеріальної гіпертензії та цукрового діабету.

ВИКОРИСТАННЯ ПІДШКІРНИХ ІН'ЄКЦІЙ ГАЗУ СО₂ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ОСТЕОПОРОЗУ І ОСТЕОАРТРОЗУ

Т. М. Ямілова, Л. І. Загородня

*Одеський національний медичний
університет, Одеса, Україна*

Остеоартроз (ОА) належить до захворювань з одним із найвищих індексів коморбідності. Найчастіше поєднуються з ОА надмірна маса тіла та ожиріння, артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, захворювання шлунково-кишкового тракту.

Мета. Вивчити ефективність комплексного лікування остеопорозу та остеоартрозу препаратом ібандронової кислоти і підшкірних ін'єкцій газом СО₂.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням знаходилося 30 пацієнтів з остеопорозом і первинним ОА на тлі ожиріння 1-го ступеня. Діагноз ОА встановлено згідно з рекомендаціями EULAR (2010) та Наказом МОЗ України від 12.10.2006 р. № 676 «Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим ревматологічного профілю». Обсяг рухів, функціональні можливості, больовий синдром оцінювали за допомогою ВАШ та індексу Лекена до початку лікування та через 6 і 12 міс. Визначали в крові маркер кісткової резорбції — В-CrossLaps (Стх — С-термінальний телопептид, продукт деградації колагену 1-го типу). Маркери визначали попередньо і через 6 міс. лікування. Для діагностики кісткових змін застосовували ультразвукову денситометрію з використанням апарата "Алока-AOS-100". Індекс маси тіла (ІМТ) розраховували як співвідношення маси тіла хворого (кг) і квадрата його росту (м). Оцінювали ІМТ за класифікацією ВООЗ (1997).

Для лікування остеопорозу й остеоартрозу призначали препарат ібандронової кислоти перорально дозою 150 мг один раз на місяць на тлі аплікацій підшкірних ін'єкцій газом СО₂ дозою 4–5 мм в одній ін'єкції, параартикулярно навколо уражених суглобів і паравертебрально на поперековий відділ хребта експозицією 5 аплікацій через день, загальним курсом двічі на рік.

Результати. Втрата кісткової тканини в усіх хворих перевищувала 2,5 за Т-критерієм (-2,70±1,31), що, згідно з класифікацією ВООЗ,



відповідає вираженому остеопорозу. Рівень маркера резорбції у обстежених був підвищений (Стх=(0,68±0,05) нг/мл), що свідчить про прискорену втрату мінеральної щільності кісткової тканини. Визначення маркерів кісткової резорбції через 3 міс. від початку лікування показало достовірне зниження Стх на 28,5 %.

Висновки. Отримані дані свідчать про зниження рівня маркерів кісткової резорбції та підвищення показників денситометрії, тобто про сповільнення процесу втрати кісткової маси і позитивні результати проведеної терапії.

ІНФОРМАТИВНІСТЬ ВИМІРЮВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ПАЦІЄНТАМИ ВДОМА ЗАЛЕЖНО ВІД МЕТОДУ ДОМАШНЬОГО МОНІТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

О. Б. Волошина, В. В. Саморукова,
І. С. Лисий, Т. О. Дичко

*Одеський національний медичний
університет, Одеса, Україна*

Актуальність. Останніми роками, згідно з рекомендаціями ESH (2013), відмічається підвищення прогностичного значення домашнього моніторингу артеріального тиску (АТ) і його ролі в діагностиці та лікуванні артеріальної гіпертензії разом з амбулаторним добовим моніторингом АТ.

Мета. Порівняти інформативність різних методик вимірювання артеріального тиску вдома порівняно з показниками добового моніторингу АТ.

Матеріали та методи. У дослідження було включено 60 пацієнтів з есенціальною артеріальною гіпертензією II стадії, 1–2-го ступеня, віком 45–79 років. Пацієнти були приблизно однаковими за своїми гендерними, клініко-функціональними і віковими показниками. Залежно від частоти моніторингу АТ вдома пацієнти були розділені на 3 групи. Перша група — пацієнти вимірювали АТ вдома лише один раз вранці; друга — двічі на день — вранці та ввечері, третя — через кожні 2–3 год протягом дня. Одночасно всім пацієнтам проводилось амбулаторне добове моніторування АТ.

Результати. При порівнянні показників АТ вимірюваного при добовому моніторингу та за різними методиками домашнього моніторингу, були отримані такі результати: за рівнем діастолічного артеріального тиску (ДАТ) середньоденний рівень показника при добовому моніторингу становив (94,8±3,1) мм рт. ст., у першій групі — (99,1±4,2) мм рт. ст. (p>0,1), у другій групі — (97,6±4,7) мм рт. ст. (p>0,1), у третій групі — (95,3±4,3) мм рт. ст. (p>0,5), тобто статистично значущої відмінності за рів-

нем ДАТ не було. За рівнем систолічного артеріального тиску (САТ) середньоденний рівень САТ при добовому моніторингу дорівнював (146,1±4,5) мм рт. ст., у першій групі — (158,6±3,9) мм рт. ст. (p<0,001), у другій групі — (153,7±4,1) мм рт. ст. (p<0,05), у третій групі — (147,2±4,4) мм рт. ст. (p>0,5). Отже, статистично достовірна різниця рівня САТ отримана у першій та другій групах.

При визначенні прихильності пацієнтів до кожної з методик домашнього моніторингу АТ через 1 та 3 міс. отримано такі результати: у першій групі через 1 міс. — 78,3 %, через 3 міс. — 62,4 %, у другій групі — через 1 міс. — 77,4 %, через 3 міс. — 59,8 %, у третій групі — відповідно 52,7 та 37,4 %.

Висновки. Найбільшу інформацію за амбулаторних умов надає домашнє моніторування АТ через кожні 2–3 год, і ця методика найбільш близька за своїми даними до показників добового моніторингу АТ. Проте при цій методиці (за даними щоденників пацієнтів) найчастіше порушується рекомендований режим у зв'язку з незручністю частого вимірювання АТ, тобто спостерігається найбільш низька прихильність саме до цього методу моніторингу.

Домашнє моніторування артеріального тиску двічі на добу також є інформативним методом діагностики та надає більше інформації, ніж офісний АТ або домашнє моніторування АТ 1 раз на добу. При цьому менше порушуються рекомендації щодо кількості вимірювань вдома, даний метод більш зручний для пацієнтів, що, у свою чергу, підвищує прихильність до нього.

ВИКОРИСТАННЯ БАЛЬНЕОТЕРАПІЇ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

С. А. Новіков, З. П. Коврига,
В. Б. Яблонська

*Одеський національний медичний
університет, Одеса, Україна*

Актуальність. Складовими метаболічного синдрому (МС) є такі патологічні стани: абдомінальне ожиріння, артеріальна гіпертензія, інсулінорезистентність та дисліпідемія — що обмежують компенсаторно-приспосувальні можливості організму, ускладнюють відновлювальний процес після перенесеного інфаркту міокарда (ІМ). Сукупні порушення функціонування деяких систем організму різко знижують переносимість хворими фізичних навантажень і не дозволяють ефективно розширити у них режим рухової активності. Доцільним у цій ситуації є включення у реабілітаційний комплекс фізичних факторів, які надають додаткового тренувального впливу на серцево-судинну систему.

