

На наступному етапі було проведено дослідження частоти виявлення різних дисбіотичних порушень УГТ у жінок. Серед цих порушень бактеріальний вагіноз має найбільше розповсюдження і складає 50% від загальної кількості дисбіотичних захворювань. В свою чергу аеробний вагініт 25%, кандидоз 17%.

Особливе місце серед дисбіотичних порушень займає класичний бактеріальний вагіноз, збудниками якого є *Gardnerella vaginalis* та *Atopobium vaginae*. Найчастіше він зустрічався серед пацієнток репродуктивного віку (55,6%).

Моноінфекція визивавана дріжджеподібними грибками роду *Candida spp* – 17%. У полімікробних асоціаціях вагінальний кандидоз та бактеріальний вагіноз складає 50%.

Таким чином, було встановлено, що серед 30 пацієнток (63%) були виявлені різні дисбіотичні порушення УГТ. Серед них розповсюдження має бактеріальний вагіноз (50%), при цьому частота виділення асоціації всіх вікових груп *G. vaginales* + *Atopobium vaginae* складають майже 82%, в той час як бактеріальний вагіноз викликаний лише *Gardnerella vaginalis* – 18% та аеробний вагініт (25%).

ЩОДО ПИТАННЯ ЕФЕКТИВНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ЛІКАРЯ І ПАЦІЄНТА

Чечотіна С.Ю.¹, Литовченко І.Ю.¹, Коваль А.А.²

¹Українська медична стоматологічна академія, м.Полтава

²Полтавський національний педагогічний університет імені В.Г. Короленка

Взаємодія між лікарем і пацієнтом – невід’ємна частина практичної медицини. Саме ефективна взаємодія є запорукою успішного лікування та профілактики хвороб, а значить, покращення здоров’я кожної окремої людини і здоров’я нації в цілому. За даними ВОЗ, невиконання лікарських рекомендацій пацієнтами, що страждають на хронічні захворювання, є глобальною медичною проблемою, яка істотно впливає на ефективність лікування, а також призводить до серйозних економічних наслідків [1, 2]. Проблема відмови хворого лікуватися або недотримання схеми терапії актуальна для лікарів різних спеціальностей. При опрацюванні літературних джерел щодо даного питання, в публікацій зустрічається велика кількість слів іншомовного походження. Такими термінами, що описують взаємодію в процесі лікування хворого є «комплаєнс», «адгеренс» та «конкорданс». Комплаєнс (від англійського compliance – дотримання) – термін, що визначає в якій мірі поведінка пацієнта відповідає рекомендаціям лікаря. Хоча це поняття широко використовується в медичній літературі, воно піддається критиці внаслідок відведення лікарю головної ролі в процесі прийому рішення відносно лікування хворого без участі пацієнта. Таким чином, негативний комплаєнс трактується як нездатність пацієнта виконувати призначення лікаря або як девіантна поведінка хворого відносно свого стану [3]. Адгеренс (від англійського adherence – прихильність) – термін, що використовується для визначення ступеня внутрішньої готовності (прихильності) пацієнта виконувати рекомендації лікаря. Поняття було визнано багатьма клініцистами як альтернатива терміну «комплаєнс» з метою підк-

реслити, що пацієнт вільний самостійно вирішувати, чи необхідно слідувати вказівкам лікаря і недотримання цих рекомендацій не може бути виною хворого. Адгеренс визначає наявність комплаєнсу, як інформованої свідомої згоди пацієнта. Конкорданс (від англійського concordance – узгодження, згадженість, відповідність, згода) – це відносно новий термін, з медичної точки зору він включає участь пацієнта в процесі прийняття рішення про його лікування з метою досягнення комплаєнсу, та означає, що працівники охорони здоров'я визнають право пацієнта на прийняття рішення відносно власного лікування [4]. Аналізуючи фактори, які можуть заважати пацієнтам дотримуватись прихильності до лікування, можна виділити декілька груп. Перша група, може бути пов'язана з недовірою пацієнта до лікарів, до офіційної медицини (бажання вилікуватися народними методами), з наявністю психологічних проблем, депресії, когнітивних порушень, які заважають пацієнту зрозуміти сенс призначень, чи банально запам'ятати час і послідовність прийому ліків; вік, рівень освіти, емоційний стан пацієнта. Друга група факторів, що сприяє негативному комплаєнсу, може бути пов'язана з відсутністю необхідних пояснень зі сторони лікаря щодо захворювання, наслідків, які виникнуть при недотриманні пацієнтом призначень лікаря, можливих побічних реакцій лікарських препаратів і шляхів їх попередження. До факторів, що зумовлюють ставлення хворих до дотримання режиму терапії, відносяться також клінічні особливості захворювання, тривалість лікування, особливості схеми терапевтичної програми, її складність, соціально-економічні фактори, вартість лікування і т.п. [5].

Таким чином, прихильність пацієнта до лікування – це ключовий фактор сучасної терапії та профілактики захворювань. Ефективна взаємодія між лікарем і пацієнтом повинна будуватися на партнерських засадах, взаємній довірі, повазі, порозумінню.

Література

1. Osterberg L. Adherence to medication / L. Osterberg, T. Blaschke // N. Engl. J. Med. – 2005. – Vol. 353 (5). – P. 487–497.
2. World Health Statistics 2012. – WHO, 2012. – 176 p.
3. Stimson G.V. Obeying the doctor's orders: a view from the other Side / G.V. Stimson // Social Science and Medicine. – 1974. – V. 8. – P. 97-104.
4. Medicines adherence. Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11766/43042/43042.pdf> (accessed on 2009).
5. Барна О.М. Значення комплаєнсу у первинній профілактиці серцево-судинних хвороб / О. М. Барна, О. Й. Жарінов // Мистецтво лікування. – 2020.– №9 (175) – С. 2-9.