

тою слуху на матеріалі дослідження 46 пацієнтів (92 вух) з різними ступенями приглухуватості. Порівнювали дані вимірів сенсорної чутливості слухової системи до акустичного і електричного сигналів. По зміні відповідної реакції слухового нерва на електричні сигнали в порівнянні з відсутністю такої на акустичні зроблено висновок про специфічну чутливість провідних структур слухової системи саме до електрики. Зроблено також прогноз щодо відновлення слухо-мовної функції при означеній патології.

Ключові слова: приглухуватість, акустичний сигнал, електричний сигнал.

Резюме

Карамзина Л.А. *Психофизиологические реакции слуховой системы человека при острой потере слуха.*

В статье описано состояние слухового анализатора у лиц с острой потерей слуха на материале исследования 46 пациентов (92 ушей) с различными степенями тугоухости. Сравнивали данные измерений сенсорной чувствительности слуховой системы к акустическим и электрическим сигналам. По изменению ответной реакции слухового нерва на электрические сигналы в сравнении с отсутствием таковой на акустические сделан вывод о специфической чувствительности проводящих структур слуховой системы именно к электрическому току. Сделан также прогноз относительно восстановления слухо-речевой функции при данной патологии.

Ключевые слова: тугоухость, акустический сигнал, электрический сигнал.

Summary

Karamzina L.A. *Psychophysiological reactions human hearing system with signed hearing loss.*

46 patients (92 ears) with different degrees of signed hearing loss was investigated by acoustical and electrical signals. Sensory reactions to electrical signals were better sensation than reactions to acoustical signals. Prognostic results hearing and speak functions are better with social-adequate hearing level after medical and electrical therapy.

Key words: hearing loss, acoustical signal, electrical signal.

Рецензент: д.мед.н., проф. В.Р.Деменков

УДК 616.12-006.231.1-08-035

СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

В.В.Коломієць

*Донецький національний медичний університет
ім. М. Горького*

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) в Європі посідають провідне місце у структурі захворювань і зумовлюють майже дві третини всіх випадків смерті та третину причин інвалідності населення. За даними Європейського Товариства Кардіологів Україна займає перше місце серед європейських країн за рівнем смертності від хвороб серця і судин [2, 17, 20, 22, 25, 32]. В Україні вмирають від хвороб системи кровообігу не тільки частіше, але й раніше. Зростаюча поширеність ССЗ є однією з найважливіших медико-соціальних проблем в Україні і призводить до зниження якості та зменшення тривалості життя і, врешті-решт, до втрат життєвого потенціалу країни [2, 7, 8, 31].

Указом Президента України від 4 лютого 1999 року № 117/99 затверджено Національну Програму профілактики і лікування артеріальної гіпертензії (АГ) в Україні. Мета програми - зниження захворюваності населення на АГ, судинні ураження мозку; смертності від ускладнень гіпертензії, підвищення тривалості і якості життя хворих на серцево-судинні захворювання [7,8].

В 2007 році в Україні офіційно зареєстровано понад 11 мільйонів хворих на АГ. Зростання поширеності АГ на 88 % у порівнянні з 1999 роком свідчить про позитивну тенденцію, яка є наслідком ефективної роботи по виявленню цієї патології. Істотне збільшення поширеності АГ супроводжується стабілізацією показника захворюваності на мозковий інсульт в країні. Широке впровадження нових технологій ведення хворих стало одним із основних завдань Програми. В 2007 році вийшла четверта редакція Рекомендацій Українського товариства кардіологів з профілактики та лікування АГ, метою якої є

ознайомлення практичних лікарів з результатами останніх досліджень в галузі АГ та впровадження в Україні єдиної стратегії лікування цього захворювання, що відповідає сучасним науковим поглядам і тим основним напрямкам терапії АГ, які є загально визнаними в Європі та у світі [1, 2, 3, 10, 11, 15].

У теперішній час частота медикаментозно контрольованої АГ не перевищує 30% навіть в країнах з найуспішніше розвинутою охороною здоров'я [2, 16]. У США, наприклад, аналогічний показник, складає 29%, в Канаді - 17%, в країнах Західної Європи, в середньому, не перевищує 10% [19, 21, 29, 30]. У Португалії, де есенціальну АГ виявляють більш ніж у 40% дорослого населення, тільки 46% хворих знають про своє захворювання, 39% пацієнтів отримують постійну антигіпертензивну терапію і всього 10% добиваються постійного оптимального контролю артеріального тиску (АТ) [22, 23, 24, 25]. У нашій країні серед всіх кардіоваскулярних захворювань АГ займає 41%, а частота оптимального лікування досягає 18,7% серед міських жителів і лише 8,1% - серед сільських [2, 3, 7, 8]. При цьому рекомендації лікаря щодо лікування і профілактики АГ і здорового способу життя отримує тільки 10% хворих [8, 16].

Згідно висновків за результатами проведення багатьох популяційних досліджень можна виділити декілька основних причин низької ефективності лікування артеріальної гіпертензії:

1. Пацієнт-залежні (мультифакторність захворювання; генетичні фактори; вплив зовнішнього середовища; прихильність до лікування).

2. Препарат-залежні (відносна ефективність; контррегуляція; прихильність до лікування).

3. Лікар-залежні (інтенсивність лікування (досягнення цільового рівня АТ)) [3, 4, 6, 10, 12, 18].

Останніми роками погану прихильність до лікування АГ розцінюють як самостійний чинник ризику розвитку ІХС і цереброваскулярних ускладнень [19, 20]. Найсучасніша антигіпертензивна терапія, рекомендована кваліфікованим лікарем, буде ефективною відносно контролю АТ тільки в тому випадку, якщо пацієнт мотивований і налаштований на багаторічне/пожиттєве лікування і ведення здорового способу життя [4].

Особливо низька compliance виявляється у чоловіків молодого віку, у яких під'їм АТ ще не супроводжується клінічними проявами. Таких чоловіків завжди складніше, ніж жінок переконати в тому, що АГ представляє серйозну загрозу їх здоров'ю. У цей же час вірогідність самостійного припинення лікування або істотної зміни схеми терапії у самотніх хворих старше 60 років, принаймні, в 2 рази вище, ніж у пацієнтів середнього віку [5, 10, 12, 21]. У цій віковій категорії часто спрацьовує мотивування "вікового" тиску, що зовсім не вимагає, на їх думку, лікування.

Як доведено, виникнення і перебіг АГ тісно пов'язані з наявністю факторів ризику [13, 14, 15, 16, 17, 20, 22, 26].

- Вік. Існує позитивна залежність між АТ і віком. У цілому рівень діастолічного АТ підвищується до 55 років, потім змінюється мало; систолічний АТ постійно зростає з віком.

- Стать. Середні рівні АТ і поширеність АГ у жінок молодого і середнього віку дещо менші, ніж у чоловіків. Пізніше ця залежність змінюється аж до реверсії.

- Спадковість - один з найвпливовіших факторів майбутнього розвитку АГ. Виявлено тісну кореляцію між АТ найближчих родичів (батьки, брати, сестри).

- Маса тіла. Кореляція між масою тіла і рівнем АТ пряма, значна і стійка. Надлишкова маса асоціюється з 2-6-кратним підвищенням ризику виникнення АГ.

- Аліментарні фактори.

◆ Кухонна сіль: її вживання понад фізіологічну норму позитивно корелює з рівнем АТ.

◆ Інші мікроелементи. Існує зворотний зв'язок між вживанням K^+ , Ca^{2+} та Mg^{2+} і рівнем АТ.

◆ Макроелементи, білки, жири, вуглеводи, харчові волокна. Переважання в харчовому раціоні овочів та фруктів, риби, білого курячого м'яса, обмеження вживання тваринних жирів, холестерину і солодошів сприяє зменшенню рівня АТ.

◆ Кава. АГ виникає втричі частіше серед тих, хто вживає від 1 до 5 чашок кави на день порівняно з тими, хто не вживає

кави взагалі. Кофеїн, що міститься в міцній каві, підвищує ДАТ у чоловіків з гіпертензією на 8 мм рт. ст., а в осіб з нормальним АТ - на 3 мм рт. ст.

♦ Алкоголь. Вживання алкоголю прямо корелює з рівнем АТ, причому як гостре, так і хронічне. Залежність між уживанням алкоголю і поширеністю АГ має вигляд J-подібної кривої. Частота АГ найменша серед осіб, що вживають алкоголь в окремих випадках, і поступово зростає в залежності від щоденної кількості вживаних алкогольних напоїв.

- Паління. Нікотин різко підвищує АТ у курців. Ефект кожної сигарети триває близько 30 хвилин. Уже на 1-й хвилині після її випалювання САТ підвищується на 15 мм рт. ст., а на 4-й - на 25 мм рт. ст. При однакових рівнях АТ мозковий інсульт та ІХС в осіб, що палять, виникає в 2-3 рази частіше, ніж у тих, хто не палить.

- Психосоціальні фактори. Стрес сприяє підвищенню АТ. Проте поки що невідомо, чи призводить тривалий стрес до довготривалого підвищення АТ.

- Соціально-економічний статус. У країнах постперехідного періоду визначається зворотний зв'язок між АТ і рівнем освіти, доходів та професійним статусом. Разом з тим у країнах перехідного і доперехідного періоду визначається значна розповсюдженість АГ серед забезпечених верств населення. Досвід більшості країн свідчить, що зі зростанням економіки в суспільстві реєструється неухильне підвищення рівнів АТ і поширеності АГ серед малозабезпечених верств населення.

- Фізична активність. В осіб, що ведуть малорухомий спосіб життя, ризик виникнення АГ на 20-50% вищий, ніж у фізично активних. Фізичні навантаження під час виконання професійних обов'язків сприяють підвищенню АТ, а фізична активність у години дозвілля - навпаки. Регулярні аеробні фізичні навантаження є досить ефективним засобом немедикаментозного лікування АГ.

Профілактичні заходи щодо артеріальної гіпертензії спрямовані на впровадження здорового способу життя і корекцію виявлених факторів ризику [2, 4, 11, 13, 14, 25, 28, 29, 32].

Вони передбачають:

- ♦ обмеження вживання кухонної солі;
- ♦ зменшення маси тіла при її надлишку;
- ♦ обмеження вживання алкогольних напоїв;
- ♦ зменшення вживання насичених жирів, солодоців та холестерину;
- ♦ відмову від паління;
- ♦ підвищення фізичної активності в години дозвілля;
- ♦ психоемоційне розвантаження та релаксацію.

За даними ВООЗ, профілактика, спрямована на зміну способу життя, є універсальною "вакциною" проти артеріальної гіпертензії, а застосування перелічених заходів сприяє зменшенню її нових випадків на 50%.

Ситуація, що склалася в кінці минулого тисячоліття в більшості економічно розвинених країн, створила необхідність загострення уваги до проблем профілактики й активної пропаганди здорового способу життя. Завдяки цьому в 90-х рр. ХХ ст. зародилася й почала стрімко розвиватися нова галузь медицини - anti-aging (антиейджинг, антистаріння, антивікова медицина). Фактично це нова модель медичної допомоги, що ґрунтується на впровадженні високих інноваційних технологій і досліджень, перш за все - точній діагностиці, визначенні факторів ризику, первинній або принаймні вторинній профілактиці захворювань і декларує профілактику старіння як реальність. В основі анти-ейджингу - раннє виявлення, запобігання та корекція пов'язаних із віком захворювань (передусім - серцево-судинних). Мета антивікової медицини - продовжити тривалість здорового життя людини, а при виникненні певних змін - зберегти якість життя на достатньому рівні. Основні позиції антиейджингу свідчать про те, що антистаріння тісно пов'язане з профілактикою, превентивною медициною. У руслі превентивних заходів сьогодні проходить розвиток багатьох галузей медицини. Так, на останньому Європейському Конгресі кардіологів була прийнята нова версія Керівництва з превентивної кардіології [19, 25, 28, 31].

Особливе значення в лікуванні АГ має зручність антигіпертензивної терапії. Від лікування частіше відмовляються хворі,

яким призначені препарати, що вимагають 3-4 кратні прийоми протягом доби. Аналогічна ситуація складається і у випадках призначення трьох і більше лікарських препаратів одночасно (багатокомпонентна терапія) [1, 12, 15, 18].

Часто висловлювана точка зору, згідно якої недостатня комплаєнтність пояснюється в основному низьким рівнем економічної забезпеченості населення, представляється вірною лише частково [6, 19]. На думку більшості лікарів, головними перешкодами поліпшення контролю АТ є проблеми, обумовлені недостатнім рівнем знань хворих про АГ, тривалості і принципах її лікування [17, 18, 22, 27].

Однією із важливих проблем, що приводять до припинення лікування пацієнтом, є небажані ефекти, деякі з них можуть бути безсимптомними, але, проте, вони створюють реальну загрозу для хворих (наприклад, атріовентрикулярна блокада на тлі прийому β -адреноблокаторів). У цьому контексті нерідко чоловіки припиняють або не починають прийом рекомендованого або вже купленого препарату, ознайомившись з його побічними ефектами в інструкції-вкладиші [6, 10].

Ще одним чинником, що в значній мірі впливає на результати лікування, є психоемоційний статус. Дезадаптивні синдроми, депресивні, недовірливі стани завжди асоційовані з гіршими результатами лікування. Таким пацієнтам, ма-буть, доцільним буде проведення специфічної фармакологічної і сугестивної терапії [9, 12, 16].

Вельми важливою причиною недостатньої прихильності до лікування є поверхневе знайомство лікаря з суттю міжнародних або національних рекомендацій, присвячених лікуванню АГ. Ступінь неприйняття лікарем принципів сучасного лікування може бути різною - від повної відмови і незгоди з ними до інертності (вірність звичній тактиці і власному багаторічному досвіду). Багато лікарів вважають практичну реалізацію рекомендацій скрутною - лікування відповідно до сучасних стандартів приводить до збільшення вартості, що, на їх думку, є несприятливим для більшості хворих [1, 3, 12, 20, 23, 28].

Не тільки у Україні, але і за кордоном існує проблема низької спадкоємності між медичними службами різних рівнів.

Аналіз ситуації показує, що рекомендації, дані хворому АГ в стаціонарі, не завжди адекватно виконуються дільничними/сімейними лікарями: коректуються вже підібрані адекватні дози препаратів, одні препарати (ефективніші і дорожчі) замінюються іншими (менш ефективними, але дешевшими), частина препаратів взагалі відміняється [6, 12, 29]. Це не тільки в цілому знижує ефективність лікування, але і посиляє недо-вір'я і невіру пацієнта в його правильність. Результатом таких "нескоординованих" дій стає відмова від лікування або звернення до іншого фахівця.

Початковий вибір тактики медикаментозного лікування АГ часто відіграє критичну роль у подальшій долі пацієнта. Вдалий вибір є запорукою для високої прихильності до лікування, невдалий - означає відсутність контролю АТ й/або невиконання призначень лікаря. Вибір початкової схеми медикаментозної корекції АГ залишається емпіричним [3, 10].

Масштабними клінічними дослідженнями встановлено, що для досягнення цільового рівня АТ від 2/3 до 3/4 усіх хворих потребують призначення комбінації антигіпертензивних препаратів [1, 13, 14, 15, 28].

Необхідність призначення комбінованих препаратів підтверджується наступними тезами:

- Гіпертензія гетерогенна у своїй реакції на лікування, а комбінація з 2 препаратів підвищує вірогідність появи очікуваної реакції у даного пацієнта.

- Можливе підсилення гіпотензивного ефекту кожного препарату.

- Більш м'який початок дії і більш тривалий ефект.

- Можливе зведення до мінімуму частоти побічних ефектів.

Європейські рекомендації ввели можливість стартової терапії з фіксованої дозової комбінації незалежно від ступеня гіпертензії, тоді як Американський об'єднаний комітет (JNC-7 2003) рекомендує комбінації гіпотензивних препаратів з цифр 160\100 мм рт. ст. [20].

У групах хворих з поліпатологією (при наявності цукрового діабету (ЦД), ураження нирок та ін.) у різних досліджен-

нях виявляли необхідність призначення від 2 до 4 антигіпертензивних препаратів одночасно. Рациональна комбінована антигіпертензивна терапія істотно підвищує прихильність хворого до лікування й поряд з достатнім антигіпертензивним ефектом дозволяє зменшити економічні витрати на терапію, включаючи витрати на лікування основного захворювання, корекцію побічних ефектів терапії й запобігання можливої госпіталізації [15, 20, 25, 27, 31].

Таким чином, проблема підвищення ефективності лікування АГ поліетіологічна і багатоплітна і, на жаль, далека від остаточного вирішення. Мабуть, одним з провідних напрямів, поліпшуючих якість лікування хворих, повинне стати навчання пацієнтів, проведення адекватної психологічної корекції. З боку ж лікарів визначним кроком до вирішення цієї проблеми може стати використання Міжнародних, Українських рекомендацій та Протоколів лікування і профілактики артеріальної гіпертензії, підвищення спадкоємності між лікарями різних ланок та структур охорони здоров'я. Загалом же, реалізація Національної Програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії можлива при широкому впровадженні серед населення профілактичних заходів та принципів здорового способу життя в рамках всевітньої антиейджингової програми.

Література

1. Актуальні питання антигіпертензивної терапії. Рациональний вибір препаратів: інгібітори АПФ, діуретики, комбіновані препарати / Г. В. Дзяк, О. О. Ханюков, О. В. Писаревська [та ін.] // Український медичний часопис, 2009. - № 1 (69). - С. 17 - 25.
2. Артеріальна гіпертензія - медико-соціальна проблема: Методичний посібник Інституту кардіології ім. М. Д. Стражеска АМН України / [В. М. Коваленко, В. М. Корнацький, М. І. Лутай та ін.]. - Київ: Віпол, 2002. - 101 с.
3. Беленков Ю. Н. Как мы лечим больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в реальной клинической практике / Ю. Н. Беленков, В. Ю. Мареев // Терапевтический архив. - 2003. - № 8. - С. 5 - 11.

4. Значение сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний для здоровья населения России / Р. Г. Оганов, Г. Я. Масленникова, С. А. Шальнова [и др.] // Проф. забол. и укрепление здоровья. - 2002. - № 2. - С. 3 - 7.
5. Зязин С. В. Выявление групп риска по артериальной гипертензии среди молодых лиц с вегетососудистой дистонией / С. В. Зязин // Российский кардиологический журнал. - 2005. - № 3(53). - С. 76 - 78.
6. Кобалава Ж. Д. Является ли обучение больных фактором, повышающим эффективность контроля артериальной гипертонии? / Ж. Д. Кобалава, С. В. Виллевальде / Кардиология. - 2007. - № 10. - С. 75 - 82.
7. Коваленко В. М. Реалізація національної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні / В. М. Коваленко, Ю. М. Сіренко // Український медичний часопис. - 2003. - № 5. - С. 97 - 103.
8. Коваленко В. М. Стан здоров'я народу України у зв'язку із хворобами системи кровообігу та можливі шляхи його покращення / В. М. Коваленко. - Київ, 2004. - 125 с.
9. Копнина Е. И. Уровень стресса у пациентов с гипертонической болезнью с различной степенью повышения артериального давления / Е. И. Копнина // Вестник РГМУ. - 2009. - № 3. - С. 31 - 32.
10. Моисеев С. Как преодолеть инерцию в лечении артериальной гипертонии / С. Моисеев, В. Фомин // Клиническая медицина. - 2007. - № 1. - С. 18 - 21.
11. Первинна медична допомога при артеріальній гіпертензії (медичні стандарти первинної і вторинної медичної допомоги населенню, розроблені на основі адаптованих клінічних рекомендацій на підставі даних доказової медицини) // Острые и неотложные состояния в практике врача. - 2007. - № 6. - С. 61 - 65.
12. Проблемы взаимодействия врача и пациента и контроль артериальной гипертонии в России / Ж. Д. Кобалава, Ю. В. Котовская, Е. Г. Старостина [и др.] // Кардиология. - 2007. - № 3. - С. 39 - 46.

13. Протокол надання медичної допомоги хворим із гіпертонічною хворобою (есенціальною артеріальною гіпертензією) I-II стадії // Лікування та діагностика. - 2006. - № 3/4. - С. 8 - 9.

14. Протокол надання медичної допомоги хворим із гіпертонічною хворобою (есенціальною артеріальною гіпертензією) III стадії // Лікування та діагностика. - 2006. - №3/4. - С. 10 - 11.

15. Рекомендації Української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії: посібник до Національної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії / Є. П. Свищенко, А. Е. Багрий, Л. М. Єна [та ін.]. - [4-те вид., випр. і доп.]. - Київ, 2008. - 55 с.

16. Терапевтическое обучение больных. Программы непрерывного обучения для работников здравоохранения в области профилактики хронических заболеваний. Отчет рабочей группы ВОЗ, 1998.

17. Шальнова С. А. Факторы, влияющие на смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в российской популяции / С. А. Шальнова, А. Д. Деев, Р. Г. Оганов // Кардиоваск. терапия и профилактика. - 2005. - № 1. - С. 4 - 9.

18. Akpa M. R. Drug compliance among hypertensive patients in port Harcourt, Nigeria / M. R. Akpa, D. I. Agomuoh, O. J. Odi // Niger. J. Med. - 2005. - Vol. 14. - P. 55 - 57.

19. Compliance to hypertension guidelines in clinical practice: a multicentre pilot study in Italy / C. Cuspidi, I. Michev, I. Lonati [et al.] // J. Hum. Hypertens. - 2002. - Vol. 16. - P. 699 - 703.

20. ESH-ESC guidelines committee. ESH-ESC guidelines for the management of arterial hypertension // J. Hypertens. - 2003. - Vol. 21. - P. 1011 - 1053.

21. Ferrario C. Sexual dysfunction in patients with hypertension implications for therapy / C. Ferrario, P. Levy // J. Clin. Hypertens. - 2002. - Vol. 4 (6). - P. 424 - 432.

22. Impact of poorly controlled hypertension on healthcare resource utilization and cost / L. C. Paramore, M. T. Halpern,

P. Lapuerta [et al.] // Am. J. Manag. Care. - 2001. - Vol. 4. - P. 389 - 398.

23. Reasons for adherence with antihypertensive medication / S. Svensson, K. I. Kjellgren, J. Ahlner [et al.] // Int. J. Cardiol. - 2000. - Vol. 2 - 3. - P. 157 - 163.

24. Using R. Adverse events, compliance, and changes in therapy / R. Using // Curr. Hypertens. Rep. - 2001. - Vol. 6. - P. 488 - 492.

25. 2007 European Society of Hypertension - European Society of Cardiology guidelines for management of arterial hypertension // J. Hypertension. - 2007. - Vol. 25. - P. 1105 - 1187.

26. Doctor's estimation of cardiovascular risk and willingness to give drug treatment in hypertension: fair risk assessment but defensive treatment policy / M. Persson, B. Carlberg, B. Tavelin [et al.] // J. Hypertension. - 2004. - Vol. 22. - P. 65 - 71.

27. Effect of medication compliance with antihypertensive therapy on blood pressure control / P. Gerbino, T. Bramley, B. Nightengale [et al.] // Amer. J. Hypertension. - 2004. - Vol. 17. - P. 222.

28. Health outcomes associated with various antihypertensive therapies used as first-line agents: a network meta-analysis / B. M. Psaty, T. Lumley, C. D. Furberg [et al.] // JAMA. - 2003. - Vol. 289. - P. 2534 - 2544.

29. Hypertension treatment in the ambulatory setting: comparison by race and gender in a National survey / D. Bonds, S. Palla, A. Bertoni [et al.] // J. Clin. Hypertension. - 2004. - Vol. 6. - P. 223 - 230.

30. Patterns of hypertension management in Italy: results of a pharmacoepidemiological survey on antihypertensive therapy: Scientific Committee of the Italian Pharmacoepidemiological Survey on Antihypertensive Therapy / E. Ambrosioni, G. Leonetti, A. Pessine [et al.] // J. Hypertension. - 2000. - Vol. 18. - P. 1691 - 1699.

31. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood

Pressure (JNC 7) / A. V. Chobanian, G. L. Bakris, H. R. Black [et al.] // Hypertension. - Dec. 2003. - Vol. 42. - P. 1206 - 1252.

32. *Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review / P. Kearney, M. Whelton, K. Reynolds [et al.] // J. Hypertension. - 2003. - Vol. 22. - P. 11 - 19.*

Резюме

Коломієць В. В. *Сучасні проблеми лікування та профілактики артеріальної гіпертензії.*

У роботі проаналізовані причини, що перешкоджають ефективному лікуванню хворих на артеріальну гіпертензію, приведені актуальні напрямки первинної і вторинної профілактики з урахуванням основних чинників ризику, рекомендовані заходи щодо підвищення прихильності пацієнтів до призначеної терапії.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, лікування, профілактика, комплаєнс.

Резюме

Коломієць В. В. *Современные проблемы лечения и профилактики артериальной гипертензии.*

В работе проанализированы причины, препятствующие эффективному лечению больных артериальной гипертензией, приведены актуальные направления первичной и вторичной профилактики с учетом основных факторов риска, рекомендованы мероприятия по повышению приверженности пациентов назначенной терапии.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, лечение, профилактика, комплаєнс.

Summary

Kolomiets V. V. *Modern problems of treatment and prophylaxis of arterial hypertension.*

Reasons, impedimental effective treatment of patients with arterial hypertension, are analyzed, actual directions of primary and secondary prophylaxis are resulted taking into account the basic risk factors, measures for the increasing of compliance of patients to prescribed therapy are recommended in the work.

Key words: arterial hypertension, treatment, prophylaxis, compliance.

Рецензент: д.мед.н., проф. Л.М.Іванова

УДК 616.36.002:612.23.018

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ АЛКОГОЛЬНИЙ ГЕПАТИТ, УСКЛАДНЕНИЙ ГЕПАТОРЕНАЛЬНИМ СИНДРОМОМ

І.Я.Лопух, Г.А.Анохіна

*Національна медична академія післядипломної освіти
ім. П.Л.Шупика*

Вступ

Гострий алкогольний гепатит (ГАГ) займає особливе місце серед нозологічних варіантів алкогольної хвороби печінки (АХП) в зв'язку з високою частотою розвитку важких ускладнень, які збільшують ризик летальності. ГАГ часто відрізняється швидким прогресуванням симптоматики: жовтяниці, геморагічного синдрому, печінкової енцефалопатії (ПЕ), печінкової недостатності [1,13]. До летальних наслідків призводять переважно печінкова кома чи гепаторенальний синдром. Для підвищення виживання пацієнтів с ГАГ важливо запобігти розвитку важких ускладнень, зокрема гепаторенального синдрому (ГРС) [1,6,8]. У практикуючих лікарів виникають певні труднощі при формуванні підходів до діагностики і лікування гепаторенального синдрому. По суті ГРС - це формування ниркової недостатності, асоційованої з важким ураженням печінки. Таке ускладнення відоме також, як гепатогенна "функціональна ниркова недостатність", при якій спостерігається нормальне функціонування ниркових каналців [9,10].

Відносно клінічних проявів у пацієнтів з ГАГ, у яких захворювання ускладнилось ГРС, необхідно зауважити, що класичні симптоми уремії у таких хворих часто не спостерігаються. В початковій, преазотемічній стадії, при наявному важкому порушенні функції печінки, реєструється недостатне виділення сечі при навантаженні рідиною. Хворі пред'являють скарги на відсутність апетиту, слабкість швидку втомлюваність.