

жизни не имели нефрологической патологии. По результатам исследования, бактериальная микрофлора, которая может выступать в роли уропатогенов, из почки выделена у 20 объектов исследования (66,7%), из тонкой кишки – у 16 объектов исследования (53,3%) и из толстой кишки – у 16 объектов исследования (53,3%). Из них, в 9 случаях (45,0%) из почки и кишечника выделена идентичная микрофлора. Выделение бактериальной микрофлоры из почечной ткани людей, которые при жизни не имели каких-либо данных про заболевания почек, дает основания допустить существование бактериальной транслокации из кишечника как физиологического явления, которое наблюдается на протяжении всей жизни.

**Ключевые слова:** бактериальная транслокация из кишечника, хронический пиелонефрит, патогенез.

Стаття надійшла 11.04.10

69,4±3,7 years) that didn't have any renal pathology. Probably uropathogenic bacteria were obtained from kidneys in 20 persons (66,7%), from small intestine in 16 persons (53,3%) and from large intestine in 16 persons (53,3%). From the above mentioned in 9 cases (45,0%) bacteria obtained from kidney and intestine were the same. Obtaining of bacteria from the renal tissue in persons that didn't have any renal pathology affords ground for suppose of intestinal bacteria translocation as physiologic process that continues during all life.

**Key words:** bacterial translocation from intestine, chronic pyelonephritis, pathogenesis.

УДК 616.24 – 002.5:[616.98:578.828ВІЛ]

О.А. Рева, В.Г. Бондаренко, О.В. Сабіліна  
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

### ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ПРИ ПОЄДНАННІ З ВІЛ/СНІД-ІНФЕКЦІЄЮ

Вивчалася якість життя хворих на туберкульоз в поєднанні з ВІЛ/СНІД на базі Полтавського протитуберкульозного диспансеру та Полтавського обласного центру профілактики ВІЛ-інфекції та боротьби зі СНІДом. Сорок п'ять пацієнтів добровільно приймали участь у дослідженні, відповівши на анкетні запитання якості життя. Було проаналізовано медичні карти амбулаторних хворих та історії хвороби, анамнез захворювання та життя, вік, стать, місце проживання, супутні захворювання, час з моменту встановлення діагнозу. Результати дослідження продемонстрували наявність розладів в нервово-психічній сфері пацієнтів. Серед 33 чоловіків та 12 жінок, які приймали участь у обстеженні, тільки 13,4% чоловіків спокійно сприйняли діагноз, а серед жінок цей показник становив 2,2%. В зв'язку з тим, що поєднані дві інфекції ТБ/ВІЧ серед усіх захворювань займають особливе місце, повідомлення про них хворому являється потужним психотравмуючим фактором з різними розладами психоемоційної сфери. Отримані результати дозволяють нам використовувати та розвивати допоміжні методи психокорекції та психо-соціологічні втручання, що сприятимуть підвищенню ефективності лікування та покращенню якості життя таких пацієнтів.

**Ключові слова:** туберкульоз, ВІЛ, СНІД, якість життя, психокорекція.

*Робота виконана у рамках НДР ВДНЗУ «УМСА» та є фрагментом НДР кафедри фтизіатрії з дитячою хірургією «Вивчити ефективність організації лікування хворих на туберкульоз легень і вдосконалити заходи щодо її поліпшення». № Державної реєстрації 0108U000216*

На сьогодні туберкульоз у поєднанні з ВІЛ-інфекцією (ТБ/ВІЛ-інфекція) становить загрозливу проблему. ТБ/ВІЛ-інфекція є складною медико-соціальною і економічною проблемою охорони здоров'я, оскільки особи працездатного віку становлять 86% із загального числа вперше виявлених на туберкульоз[12]. Однією із актуальних проблем сучасної медицини є вивчення зв'язків соматичних захворювань і психічного стану хворого. Про вплив психологічних факторів на виникнення і перебіг хронічних захворювань ще вказував відомий російський клініцист С.П. Боткін, який особливу увагу звертав на стан нервової системи та психіки, підкреслював значимість функціональних зв'язків органів і систем в цілісному організмі. Вікторов І.Т. відмічав що «вряд ли можно найти ещё такое заболевание, в котором бы психический фактор играл столь большую роль и значение, как в туберкулезе легких, и с другой стороны, пожалуй, ни одно из соматических заболеваний не влияет столь многосторонне на психическое состояние, как туберкулез легких». В подальшому рядом російських вчених (Мудровим М.Я., Захар'їним Г.А., Сеченовим І.М., Павловим І.П., Введенським М.Є., Биковим К.М.) була розроблена ідея цілісного підходу до пацієнта, при якому враховується стан морфофізіологічних систем організму та специфіка особистості хворого[1,2,4]. Особливо гостро стоїть проблема, коли діагностується одночасно дві інфекції, які викликають у пацієнтів крім фізичного дискомфорту ще й складну сукупність переживань, нав'язливих роздумів, розладів нервової системи. Встановлення специфічного ураження легень або інших органів нерідко виникає у хворого страх і депресію, що пов'язані в основному зі

сформованими здавна упередженнями про ТБ/ВІЛ-інфекції як високо контагіозні і невиліковні захворювання. Роль емоційного фактору у виникненні і перебігу ТБ/ВІЛ-інфекції нерідко являється для пацієнтів як тяжка психічна травма. Всі хворі на вперше виявлений туберкульоз, які поступають до стаціонару на інтенсивний курс лікування, проходять загально-клінічне обстеження: скарги, анамнез захворювання, анамнез життя, об'єктивне обстеження, лабораторно-інструментальне обстеження (обстеження біологічних рідин, рентгенологічне обстеження, туберкулінодіагностику). Хворі на туберкульоз являють групу ризику для ВІЛ-інфікованих. Тому хворі проходять тестування на ВІЛ після отримання попередньої добровільної згоди. А всі ВІЛ-інфіковані особи являють групу ризику по відношенню до туберкульозу, і при виявленні антитіл вірусу імунодефіциту пацієнти обов'язково обстежуються на туберкульоз, який найчастіше ускладнює дану інфекцію (до 78%)[16,18].

**Метою** роботи було визначити та проаналізувати психоемоційні реакції хворих на туберкульоз в поєднанні з ВІЛ-інфекцією, та запропонувати психологічну корекцію таким пацієнтам.

**Матеріали та методи дослідження.** Психоемоційний стан пацієнтів вивчали шляхом бесід та анонімного анкетування 45 хворих на ТБ/ВІЛ-інфекцію вперше виявлених. Чоловіки становили – 33 особи (73,3%), жінки – 12 особи (26,7%). За віком пацієнти розподілялись: від 20 до 30 років – 37 особи (82,2%), від 31 до 40 років – 8 осіб (17,8%). Серед них дисемінований туберкульоз легень діагностований у 23 осіб (51,1%), інфільтративний – у 17 осіб (37,8%), вогнищевий – у 3 осіб (6,7%), туберкульоз внутрішньогрудних та периферичних лімфатичних вузлів – у 2 осіб (4,4%). III клінічна стадія СНІДу встановлена у 21 особи (46,7%), IV клінічна стадія СНІДу – у 24 особи (53,3%).

**Результати дослідження та їх обговорення.** Психоемоційні розлади спостерігалися у переважної більшості пацієнтів, але проявлялись по-різному. Встановлені наступні реакції на захворювання :

- спокійно сприйняли діагноз - 7 осіб (15,6%), з них жінки становили 1 особа (2,2%), чоловіки - 6 осіб (13,4%);
- стурбовано, схвильовано – 10 осіб ( 22,2%), з них жінки – 6 осіб (13,3%), чоловіки – 4 осіб (8,9%);
- сприйняли як «шок», страх, паніку – 28 осіб (62,2%), з них жінки – 5 осіб (11,1%), чоловіки – 23 особи (51,1%).

Хворі на туберкульоз мають нестійкість настрою, яскраво виражену егоцентричність, відчуженість, озлобленість, роздратованість, підвищену чутливість до мінімальних фізичних і психічних травм, втомлюваність, іпохондричне переживання, висока вірогідність розвитку нападу смутку, вразливість, слабкодухість, підозрілість, сумнівність. Звичайно, на них впливає соціальний фактор, їх уникають рідні, близькі, знайомі, співробітники. Вони не знають чи вилікуються, їх переслідують непевність щодо подальшого працевлаштування, сумніви в кар'єрі, долі, житті. І якщо на фоні таких складних психоемоційних переживань, ще й діагностується ВІЛ-інфекція, то пацієнтів охоплює розпач, стрес, жах. Психологічна реакція пацієнта, який дізнався про інфікування ВІЛ в поєднанні з туберкульозом, має перебіг в 3-4 етапи. Перший етап – криз, емоційний шок, оціпеніння, відчуження, відчай. Людина відчуває емоційний параліч, розпач, може проявляти лють, роздратовану поведінку, при якій можливе нанесення шкоди собі та оточуючим. В цей час особливо гостро необхідна підтримка досвідченого психолога. Другий етап – адаптація. Через 2-3 тижні стають відомим аналізи обстеження пацієнта відносно захворювання та загального стану пацієнта в цілому. Тоді простежуються прояви гніву, тривоги, депресії, самоізоляція. Пацієнти можуть відчувати почуття горя, вини, іпохондрії. На цьому етапі на лікаря покладається допомога хворому в питаннях перебудови соціальних зв'язків, знаходженні мотивації на подальше життя. Третій етап – примирення – пацієнт усвідомлює й погоджується з обмеженнями подальшого життя, поновлює зв'язки з друзями, налагоджує спілкування з ВІЛ-інфікованими особами. В цей час людина майже не відчуває себе хворою, при умові стабілізації процесу. Та рано чи пізно настає четвертий етап – підготовка до смерті при неминучому прогресуванні хвороби. Досить часто пацієнти здогадуються що вони невдовзі помруть. Саме в цей момент лікарю потрібне володіння особливими психологічними здібностями, а нерідко й із залученням психолога, для заспокоєння хворого (психокорекції стану пацієнта) і його близьких. Аналіз відношення рідних, близьких – сім'ї (яким хворий самостійно повідомив про свій стан) до пацієнта:

- спокійно сприйняли захворювання - 6 осіб (13,3%);
- стурбовано, схвильовано - 8 осіб (17,8%);
- ухилялися від спілкування з хворим – 23 особи (51,1%)
- відмовилися від спілкування – 8 осіб (17,8%).

Серед знайомих, які дізналися про захворювання у пацієнта встановлені наступні реакції:

- спокійно віднеслись до захворювання – 5 осіб (11,1%);
- обмежили спілкування з хворим – 31 особа (68,9%);
- відмовились від спілкування – 9 осіб (20%).

Великий позитивний вплив на відношення хворого до свого захворювання ТБ/ВІЛ справляють лікарі. Хворі відмітили, що в 87% випадків лікар підтримував їх, викликав позитивні емоції, однак 8 % пацієнтів відмітили байдужість лікарів, а 4 % пацієнтів відмітили, що після розмови з лікарем їм стало гірше - «...не захотілось навіть жити...».

В повне одужання від туберкульозу при супутній ВІЛ-інфекції вірило 2 пацієнта (4,4%), в можливість стабілізації процесу – 42 пацієнта (93,3%), не вірив в ефективність лікування – 1 пацієнт (2,2%). Більшість пацієнтів, які приймали участь у дослідженні (62,2%) сприйняли поєднане захворювання, як «шок», страх, розпач, і лише 15,6% осіб сприйняли діагноз спокійно. Серед чоловіків 13,4 % сприйняли спокійно захворювання, серед жінок – лише 2,2%.

Із досвіду відомо, що під час розмови щодо туберкульозу з родичами пацієнта необхідно переконати, що туберкульоз - інфекційне захворювання, але при правильному лікуванні, можливе довготривале, якісне життя, навчити хворого і його близьких санітарній грамотності щодо стану першого, не викликаючи фобії до туберкульозу. Необхідно формувати тісний контакт, інтенсивну співпрацю хворого та родичів з лікарями.

Проте, інколи доводиться зустрічатися із несприйняттям хворим серйозності захворювання у випадку задовільного загального самопочуття пацієнта. В цьому випадку хворий безтурботний у ставленні до захворювання, зовсім на нього не зважає. Така поведінка небезпечна і загрожує стрімкому погіршенню перебігу хвороб, загального стану, формування хіміорезистентності, що значно прискорює летальний кінець. Невтішними виявились і відношення сім'ї та близьких до хворого, де обмежили тісні стосунки 51,1% рідних. Звичайно, психологічна реакція хворого на таке поєднання захворювань, як туберкульозу та ВІЛ-інфекція супроводжується переживаннями, а іноді й вираженими страхом, хворий не завжди в змозі сприйняти складні обстеження, велику кількість призначень, створюється напружена деонтологічна ситуація, виникають психологічні труднощі як з боку пацієнта, так і зі сторони лікуючого лікаря пацієнта. При цьому необхідно враховувати індивідуальні особливості пацієнта, його оточення. Адекватна психологічна допомога пацієнту на ТБ/ВІЛ-інфекцію є важливим фактором успішного лікування та покращення якості життя пацієнта.

Кожна медична спеціальність має свої особливості. Лікаря-фтизіатра та лікаря-інфекціоніста, крім професійного обов'язку, відрізняє самовідданість, що нерідко супроводжується емоційним перенавантаженням. Достатня наукова та практична підготовка, досвід, професійний оптимізм, віра й сучасні досягнення медицини допомагають урятувати життя хворих, покращити його якість, навіть із поєднаною патологією туберкульозу з ВІЛ-інфекцією.

#### Висновки

1. У хворих на ТБ/ВІЛ бурхлива емоційна реакція на захворювання починають в перші 2 тижні після встановлення діагнозу, і яка триває протягом 2-х місяців, в подальшому спостерігається помірне зменшення як фізичних так і психоемоційних порушень.
2. У жінок відмічається більш бурхлива психологічна реакція на діагноз, ніж у чоловіків.
3. Лікаря-фтизіатру необхідно адекватно повідомити діагноз пацієнту, навчити, не викликаючи фтизіофобії, специфіки гігієни, лікування.
4. Хворим на ТБ/ВІЛ-інфекцію необхідна консультація психолога. Виявлені фізичні та психічні зміни потребують залучення в комплекс лікувальних заходів допоміжних методів психотерапевтичної корекції, що підвищать ефективність лікування та якість життя таких пацієнтів.

*Перспективи подальших досліджень у даному напрямку.* Дослідження психологічного статусу, виявлення зв'язку за розвитком соматичних змін у даного контингенту хворих є перспективним, оскільки сприятиме розвитку допоміжні методи психокорекції та психо-соціологічні втручання, що сприятимуть підвищенню ефективності лікування та покращенню якості життя таких пацієнтів.

#### Література

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина / Александер Ф. – Москва, 2002 – глава 11
2. Алфеевский Н.А. Нервные и психические явления у туберкулезных / Н.А. Алфеевский // Совр. Псих. - 1912 – № 10 – С.707 – 742.

3. Валиев Р. Ш. Лечение больных туберкулезом легких с учетом особенностей их личности и отношения к болезни / Р.Ш. Валиев // Пробл. туб. — 1999. — № 2. — С. 27—31.
4. Валиев Р. Ш. Отклонения в нервно-психической сфере у больных туберкулезом легких и их коррекция в процессе лечения/ Р.Ш. Валиев // Казан. мед. журн. — 1988. — № 4. — С. 288—290.
5. Взаимосвязь между особенностями течения туберкулеза легких и неврологическими нарушениями / Г.Л. Гуревич, С.А. Лихачев, Ж.И. Кривошеева [и др.] // XVIII национальный конгресс по болезням органов дыхания: (сборник трудов) – Екатеринбург. – 2008 – С. 144.
6. Волчегорский И. А. Нарушения эмоциональной сферы у больных инфильтративным туберкулезом легких /И.А. Волчегорский., П.Н. Новоселов, Т.В. Астахова // Пробл. туб. и бол. легких – 2007 – №11 – С.3 – 6.
7. Макиева В.Г. Психологические особенности и эффективность лечения больных впервые выявленным туберкулезом легких при различных организационных формах: автореф. дис на соискание ученой степени канд. мед. наук: спец.: 14.01.26 – «Фтизиатрия» / В.Г. Макиева – Москва, 1999.
8. Мордык А.В. Изменения психического статуса пациентов при непереносимости противотуберкулезных препаратов / А.В. Мордык., Н.С. Брюханова., А.В. Казаков // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2009. - №3
9. Процюк Р.Г. Сучасні проблеми поєднання туберкульозу та ВІЛ/СНІДу/ Р.Г. Процюк// Укр.пульм.журнал – 2008 – №3 додаток – С.187 – 188.
10. Психологические особенности больных хроническим деструктивным туберкулезом легких/ И. Г. Ильницкий, А. Я. Ладный, Е. С. Полищук [и др.] // Врачебное дело. - 1990. - № 5. - С. 75-76.
11. Собчик Л. Н. Методы психологической диагностики: метод. Руководство / Л. Н. Собчик. — М., 1990.
12. Социальная структура пациентов умерших от ВИЧ/ТБ/ А.П. Астровко, Е.М. Скрягина, Г.Л. Гуревич, А.В. Богомазова // XV национальный конгресс по болезням органов дыхания: (сборник трудов) – Москва – 2005 – С. 34.
13. Т-клеточная анергия в патогенезе иммунной недостаточности при туберкулезе легких / Л.В. Сахно, М.А. Тихонова, Е.В. Курганова [и др.] //Проблемы туберкулеза. – 2004. – №5. – С. 23 – 28
14. Шалаева О. Е. Анализ качества жизни больных туберкулезом легких после консервативного лечения/ О. Е. Шалаева, М. К. Космачев, А. В. Асмоловский // Вестн. Смоленск. мед. акад. — 2005. — № 1. — С. 78—80.
15. Эффекты психологической коррекции в комплексной терапии больных туберкулезом легких (I) анализ психомоторных функций и нейровегетативной регуляции / Л.И. Афтанас, В.А. Краснов, О.В. Колесникова [и др.] // Бюллетень СО РАМН. – 2006. – №3 (121) – С. 90 – 98.
16. Global Plan to Stop TB 2006—2015. — Geneva, Switzerland, World Health Organization, 2006 (WHO/HTM/STB/2006.35).
17. Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing. WHO report 2006. — Geneva, Switzerland, World Health Organization, 2006 (WHO/HTM/TB/2006.362).
18. World Health Organization. An Expanded DOTS Framework for Effective Tuberculosis Control. — Geneva, Switzerland, World Health Organization, 2002.

## Реферат

### КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПРИ СОЧЕТАНИИ С ВИЧ/СПИД ИНФЕКЦИЕЙ

Рева Е.А., Бондаренко В.Г., Сабинина Е.В.

Изучалось качество жизни больных с ВИЧ/СПИД-ассоциированным туберкулезом на базе Полтавского областного противотуберкулезного диспансера и Полтавского областного центра профилактики ВИЧ-инфекции и борьбы со СПИДом. Сорок пять пациентов добровольно принимали участие в исследовании, ответивши на анкетные вопросы качества жизни. Было проанализировано истории болезни и медицинские карты амбулаторных больных, анамнез жизни и анамнез заболевания, возраст, пол, место жительства, сопутствующую патологию, время с момента диагностирования заболевания. Результаты исследования показали наличие нервно-психических расстройств у данных пациентов. Среди 33 мужчин и 12 женщин, которые принимали участие в исследовании, только 13,4% мужчин спокойно отреагировали на диагноз, среди женщин этот показатель составил 2,2%. В связи с тем, что сочетанные две инфекции туберкулез и ВИЧ среди всех заболеваний занимают особое место, информирование их наличия у пациента является мощным психотравмирующим фактором с разными расстройствами психоэмоциональной сферы. Полученные результаты позволяют нам использовать и развивать вспомогательные методы психокоррекции и психо-социологической помощи, которые будут способствовать повышению эффективности

### QUALITY OF LIFE OF HIV/AIDS-ASSOCIATED TUBERCULOSIS PATIENTS

Reva O.A., Bondarenko V.G., Sabinia O.V.

In this study, the quality of life of HIV/AIDS-associated tuberculosis patients – they are accommodated in Poltava Regional Antituberculosis Hospital and Poltava Regional AntiAIDS Center – was investigated. Forty five patients of these institutions voluntarily participated in this research and responded to the quality of life questionnaires. Anamnesis, ambulatory cards, age, gender, place of residence, concomitant diseases and average time from diagnosis to present were analysed. The results of the study showed that these patients have emotional and neurological disorders. The sample of the research consists of 33 male and 12 female AIDS/tuberculosis patients. The results indicate that 13.4% of male patients and 2.2% of female patients had stoically reacted to disease diagnosis. Since tuberculosis and AIDS have distinct places among others diseases, informing these patients about these diagnosis caused a strong psycho-injuring effect for emotional disorders. The obtained results enable us to develop useful psycho-correction programs and psychosocial interventions to increase the efficiency of treatments

лечения и улучшения качества жизни таких пациентов.

**Ключевые слова:** туберкулез, ВИЧ, СПИД, качество жизни, психокоррекция.

and to improve quality of patients' life.

**Key words:** tuberculosis, HIV, AIDS, quality of life, psycho-correction

Стаття надійшла 30.04.10

УДК 616.24-0022:616.12-008331.1

М.М. Потапенко, Н.Л. Соболюк, К.В. Шенгітало, С.А. Гавришкін, В.М. Потапенко  
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м.Полтава

## ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ОБСТРУКТИВНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ В ПОЄДНАННІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Досліджувалась дія кардосала в комплексній терапії хворих на хронічні обструктивні захворювання легень в поєднанні з артеріальною гіпертензією. У хворих, які отримували Кардосал, спостерігалось ефективне зниження САТ та ДАТ, зменшення клінічних проявів артеріальної гіпертензії. Показано, що Кардосал має високу ефективність, малотоксичний та у терапевтичних дозах добре переноситься хворими, може бути препаратом вибору терапії ХОЗЛ з супутньою АГ.

**Ключові слова:** кардосал, ХОЗЛ, артеріальна гіпертензія.

Артеріальна гіпертензія (АГ) безперечно негативно впливає на перебіг хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ). Досягнення максимальної ефективності та безпечності в лікуванні хворих на АГ і ХОЗЛ є завданням достатньо складним, оскільки сучасні рекомендації (алгоритми і протоколи) розроблені для кожної нозології окремо. Так, лікування хворих на ХОЗЛ регламентоване наказом МОЗ України №128 від 2007 р.[1]. В свою чергу, існують рекомендації експертів ВООЗ, Українського товариства кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії, де чітко визначені групи препаратів першої лінії лікування АГ: діуретики,  $\beta$ -блокатори, інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (ІАПФ), антагоністи рецепторів ангіотензину ( $АНА_2$ ) та антагоністи кальцію (АК), що дає змогу лікарю вільно вибирати терапію АГ з урахуванням індивідуальної чутливості до препаратів [3,4].

Але поєднання АГ і ХОЗЛ, яке дуже часто зустрічається в практичній роботі лікаря, змушує особливо ретельно підбирати гіпотензивну терапію для цієї категорії пацієнтів з урахуванням побічної дії згаданих груп лікарських засобів. Призначення  $\beta$ -блокаторів у хворих з бронхообструктивним синдромом є небезпечним, навіть призначення високоселективних препаратів цієї групи може привести до посилення легеневої недостатності [9]. АК мають властивості викликати тахікардію і провокувати затримку рідини в організмі, збільшуючи набряки на кінцівках, хоча пролонговані їх форми більш безпечні стосовно цих побічних проявів [3].

Діуретики здатні погіршувати реологічні властивості крові за рахунок згущення, ліпідний профіль, порушення толерантності до глюкози, що також негативно впливає на перебіг ХОЗЛ.

ІАПФ мають доведений гіпотензивний, кардіопротекторний і нефропротекторний ефекти, але внаслідок порушення метаболізму брадикініну вони можуть підсилювати кашель, що обмежує їх застосування у хворих на ХОЗЛ [8]. Фармакологічні властивості  $АНА_2$  подібні до ІАПФ, але без зазначених ускладнень, які характерні до інгібіторів АПФ.

На сьогодні відомі результати великих рандомізованих плацебо-контрольованих досліджень, які довели здатність препаратів групи  $АНА_2$  (лозартана, ірбесартана, кандисартана, валсартана, енросартана і кардосала) забезпечувати кардіопротекторний, ренопротекторний і антигіпертензивний ефекти у хворих на паренхіматозні захворювання нирок, АГ і гіпертрофію лівого шлуночка, що не поступаються таким у ІАПФ і в той же час відрізняються високою безпечністю [6,7,8,9]. За даними літератури антагоністи рецепторів ангіотензину 2 переносяться хворими досить добре [7,8,9].

**Метою** роботи було вивчення ефективності і безпечності застосування блокатора рецепторів ангіотензину II (олмесартан) у пацієнтів, що страждають на ХОЗЛ з супутньою АГ.

**Матеріал та методи дослідження.** Обстежені 32 хворих віком 45-59 років (середній вік  $52,7 \pm 2,7$  років), із них жінки склали переважну більшість (22). Хворі страждали на ХОЗЛ II та III стадії в фазі нестійкої ремісії з супутньою АГ, наявні на протязі не менше 7 років (середня тривалість захворювання  $7.2 \pm 0.4$  роки). Діагноз АГ вважався верифікованим при рівні артеріального тиску (АТ), який перевищував 140/90 мм. рт. ст., після комплексного обстеження пацієнтів та виключення