

населення, а й серед дітей. За даними статистики темп приросту поширеності ожиріння серед дитячого населення України за останнє десятиріччя становить близько 14%, а в деяких регіонах – Закарпатській, Рівненській, Херсонській, Житомирській та Кіровоградській областях понад 30%.

Дитяче ожиріння тягне за собою як короткочасні, так і довгострокові несприятливі наслідки для фізичного і психосоціального здоров'я. Надлишкова маса тіла, яка в більшості випадків бере свій початок в дитинстві закономірно призводить до розвитку серцево-судинної патології, зокрема відомо, що одним з найбільш частих факторів, що призводить до виникнення та розвитку артеріальної гіпертензії (АГ) у дітей та підлітків є надлишкова маса тіла (НМТ). Актуальним питанням щодо діагностики лабільності АГ у пацієнтів є дослідження добового коливання артеріального тиску (АТ).

Мета: вивчити добовий профіль АТ у школярів із надлишковою масою тіла.

Одномоментним скринінговим випадковим методом обстежено 140 дітей віком 13–16 років. Вивчено анамнез, показники фізичного розвитку, індекс маси тіла (ІМТ), проведено вимірювання АТ. Серед 15 школярів, у яких за результатами скринінгу виявлено підвищений рівень АТ проведено холтеровське добове моніторування в умовах стаціонару. Статистична обробка даних проведена методами варіаційної статистики за допомогою статистичних пакетів аналізу MedStat та MedCalc v.15.8.

В результаті проведеного дослідження виявлено 25% школярів з підвищеним рівнем АТ. Підвищений АТ (для хлопчиків вищий ніж 137/80 мм рт.ст., для дівчаток вищий ніж 128/80 мм рт.ст. – нормативні значення амбулаторного добового моніторування у дітей та підлітків відповідно рекомендацій Європейського товариства гіпертензії, розроблених німецькою групою з дитячої гіпертензії під керівництвом Е. Wuhl) було виявлено у 19 підлітків, які мали $ІМТ > 24,5 \text{ кг/м}^2$ (54,3%) та у 16 підлітків (15,7%), у яких ІМТ був нижчим ніж $24,5 \text{ кг/м}^2$. Відсоток підлітків з підвищеним та/або граничним з верхньою межею норми рівнем АТ серед дітей з підвищеним ІМТ достовірно вищий порівняно з відповідним показником групи дітей, у яких ІМТ був меншим ніж $24,5 \text{ кг/м}^2$ ($p < 0,001$). За нашими даними абсолютний ризик підвищення АТ в групі підлітків з ІМТ меншим ніж $24,5 \text{ кг/м}^2$ становить 0,16, тоді як в групі підлітків із ІМТ вищим ніж $24,5 \text{ кг/м}^2$ – 0,54. Відносний

ризик АГ за умов підвищеної маси тіла становить $3,46 \pm 0,3$ (95%ДІ: 2,0-5,9). За умов відсутності НМТ ризик підвищення АТ знижується у 2,5 рази.

Проведення добового моніторингу артеріального тиску (ДМАТ) показало, що у підлітків, які мали збільшений ІМТ показники рівню артеріального тиску (середньодобовий, середньоденний, середньонічний рівні систолічного АТ, діастолічного АТ, середнього АТ, пульсового АТ) перевищували відповідні показники у підлітків, які мали нормальний ІМТ. Кореляційним аналізом встановлені зв'язки між ІМТ та рівнями показників артеріального тиску, зокрема: с/доб САТ – $r=0,77$, $p=0,006$; с/ден САТ – $r=0,77$, $p=0,006$; с/н САТ – $r=0,73$, $p=0,01$; с/н ДАТ – $r=0,75$, $p=0,008$; срАТ с/доб – $r=0,64$, $p=0,04$; ср АТ с/н – $r=0,76$, $p=0,006$. Крім того, серед дітей, яким проведено ДМАТ нормальний циркадіанний індекс мали тільки два пацієнти (1,28 та 1,32). Решта пацієнтів мали ригідний циркадіанний ритм (менший ніж 1,2), що може свідчити про наявність у них вегетопатії з порушенням як аферентного так і еферентного ланцюгів вагосимпатичної регуляції серцевого ритму, розвитку феномену «денервованого» серця.

У підлітків, у яких під час профілактичного огляду було встановлено підвищення АТ, спостерігається варіабельність показників ДМАТ. Враховуючи сучасні дослідження, які доводять, що найбільш важливим модулятором системного АТ, порушення якого призводить до змін добового профілю АТ, є тонус вегетативної нервової системи, можна припустити, що встановлені особливості ДМАТ пов'язані із фоновим дисбалансом вегетативної нервової системи, що призводить до неадекватного нічного зниження АТ. У групах з недостатнім та/або надмірним нічним зниженням АТ, а також з нічним підвищенням АТ не відбувається адекватної нічної нормалізації АТ внаслідок впливу нейрогуморальних систем, що потребує подальшого вивчення.

Відповідно рекомендаціям сучасної кардіології загальні підходи до профілактики АГ, як найпоширенішої нозологічної форми хвороб системи кровообігу, базуються на концепції факторів ризику розвитку серцево-судинної патології. Програма з профілактики, раннього виявлення та лікування АГ серед дітей та підлітків має базуватися на формуванні здорового способу життя, впровадженні скринінгу, перш за все, на предмет виявлення НМТ.

Н.В. Іваньо, М.М. Росул, Т.В. Іваньо, М.О. Корабельщикова

Первинна інвалідизація хворих з ішемічною хворобою серця: стратифікація ризику стійкої втрати працездатності

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Серед серцево-судинних захворювань найбільше соціально-економічне значення мають ішемічна хвороба серця (ІХС), інсульт, артеріальна

гіпертензія (АГ) та серцева недостатність. Основні витрати йдуть на госпіталізацію, надання медичної допомоги, а при настанні стійкої втрати працездатності –

соціальний захист та допомогу з боку держави. У виникненні та прогресуванні ІХС провідне місце займають класичні фактори ризику, які піддаються корекції за допомогою модифікації способу життя, а при необхідності з використанням фармакотерапії.

Мета. Провести аналіз первинного виходу на інвалідність хворих із ІХС та виявити наявні фактори ризику.

Обстежено 38 хворих із ІХС, які вперше в житті визнані інвалідами та проведено аналіз наявних факторів ризику (АГ, тютюнопаління, дисліпідемія, надмірна маса тіла або ожиріння) на момент настання стійкої втрати працездатності. Хворі з супутнім цукровим діабетом в дослідження не включались.

Із 38 хворих з ІХС, які вперше визнані інвалідами, 33 хворих (87%) були працездатного віку і тільки 5 хворих (13%) – пенсійного віку. Середній вік хворих працездатного віку на момент настання інвалідності склав $53 \pm 5,3$ років, середній вік хворих пенсійного віку був $63 \pm 2,1$ років. Із 38 хворих з ІХС у 36 хворих (95%) була виявлена АГ. Всі хворі були обізнані про наявність у них АГ, що свідчить про задовільну роботу дільничної мережі відносно виявлення хворих із АГ, та попередньо знаходились на диспансерному нагляді від 1 до 19 років. Однак 19 хворих (53%) не отримували призначене гіпотензивне лікування мотивуючи це задовільним суб'єктивним самопочуттям, 15 хворих (41%) приймали гіпотензивне лікування періодично при погіршенні самопочуття і тільки 2 хворих (6%) регулярно приймали призначене лікування з досягненням цільових рівнів артеріального тиску. Порушення ліпідного обміну на момент настання стійкої втрати працездатності були виявлені у всіх 38 хворих (100%). Надмірна маса тіла або ожиріння було виявлено у 24 хворих (63%). Палили 19 хворих (50%) від 0,5 до 1,5 пачки цигарок на добу.

На момент настання стійкої втрати працездатності у 9 хворих (24%) було виявлено наявність 2-х факторів ризику, у 18-ти хворих (47%) – поєднання 3-х факторів ризику, у 11-ти хворих (29%) були виявлені всі досліджувані фактори ризику. Жодного хворого без факторів ризику не було виявлено.

Стійка втрата працездатності настала у 5-ти хворих (13%) після проведеного хірургічного лікування ІХС – аортокоронарного шунтування, у 25 хворих (66%) після

перенесеної найнебезпечнішої форми ІХС – інфаркту міокарда. Вперше було визнано інвалідами II групи 9 хворих (24%), III групи – 29 хворих (76%).

Таким чином, більшість хворих із ІХС, які вперше були визнані інвалідами, були працездатного віку, що зрозуміло, вимагає соціальної допомоги та захисту з боку держави та призначення пенсійного забезпечення по інвалідності. Всі хворі мали фактори ризику. Найбільш вагомий внесок належить дисліпідемії, на другому місці – АГ, яку дільнична мережа своєчасно виявляє, однак прихильність хворих до лікування залишається низькою. Це потребує активізації зусиль з боку медиків та держави відносно санітарно-освітньої роботи серед населення про вкрай несприятливі наслідки АГ аж до настання стійкої втрати працездатності. На третьому місці були надмірна маса тіла або ожиріння, на четвертому – паління. Всі хворі мали від 2-х до 4-х факторів ризику. Більше 70% хворих мали поєднання 3-х і більше факторів ризику. Така розповсюдженість факторів ризику значно більша ніж серед населення України та серед хворих з ІХС без стійкої втрати інвалідності. Вагомий внесок при настанні стійкої втрати працездатності належить найважчій формі ІХС – інфаркту міокарда: у більше половини випадків стійка втрата працездатності наставала після перенесеного інфаркту міокарда, менший внесок належить сучасному хірургічному методу лікування ІХС – аортокоронарному шунтуванню, яке покращує прогноз і перебіг захворювання, але веде до стійкої втрати працездатності.

Висновки:

1. Хворі із ІХС, які вперше були визнані інвалідами, мали від 2-х до 4-х факторів ризику. Більше 70% хворих мали поєднання 3-х і більше факторів ризику. Найбільш вагомий внесок належить дисліпідемії та артеріальній гіпертензії.

2. Наявність стійкої втрати працездатності потребує подальшого удосконалення системи реабілітаційних заходів – медичної, психологічної, професійної, соціальної тощо. При своєчасній корекції надмірної маси тіла та ожиріння, відмови від паління, дисліпідемії (при необхідності із залученням гіполіпідемічної терапії), збільшення прихильності хворих із АГ до лікування вірогідно можливо було б попередити настання стійкої втрати працездатності.

І.І. Канчі, Н.В. Іваньо, Т.В. Іваньо, Ю.В. Дейлик

Сучасні аспекти профілактики повторного інфаркту міокарда за допомогою подвійної антитромбоцитарної терапії

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Інфаркт міокарда (ІМ) – це одна із найважчих форм ішемічної хвороби серця (ІХС). Профілактика повторного ІМ залишається найбільш актуальною проблемою охорони здоров'я в багатьох країнах світу. Пацієнти після перенесеного ІМ знаходяться в групі ризику через виникнення повторних

кардіоваскулярних подій. Правильно підібране лікування в гострому періоді та відновлення коронарного кровотоку має важливе значення в профілактиці повторного інфаркту міокарда. Ефективно проведена вторинна профілактика також сприяє зниженню повторних фатальних та нефатальних ІМ.