

The prospective is to investigate the distant results of the application of the ONIKHOTSYD® EMTRIKS medication in the complex therapy of the patients who suffer from onychomycosis

References:

1. Коваленко В. В. Нове слово у лікуванні оніхомікозів. *Укр. журн. Дерматол., венерол., косметол.* 2017. № 3 (66). С. 110-113.
2. Кутасевич Я. Ф., Олейник И. А., Чеховская А. С. Оптимизация лечения онихомикозов путем использования препаратов, улучшающих структуру ногтевой пластины и ее рост. *Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.* 2013. № 4 (51). С. 104-108.
3. Faergemann J., Gullstrand S., Rensfeldt K. Early and visible improvements after application of K 101 in the appearance of nails discoloured and deformed by onychomycosis. *Journal of Cosmetics, Dermatological Sciences and Application.* 2011. № 1. P. 59-63.
4. Shirwaikar A. A., Thomas T., Shirwaikar A., Lobo R., Prabhu K. S. Treatment of Onychomycosis. *An Update Indian J Pharm Sci.* 2008 Nov-Dec; № 70 (6): P. 710-714.

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ І ЧИННИКІВ РИЗИКУ КАРДІОВАСКУЛЯРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Гайдук Т. А.

кандидат медичних наук,
доцент кафедри інфекційних хвороб
ДЗ «Дніпропетровська медична академія»

Гайдук О. І.

кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри сімейної медицини
ДЗ «Дніпропетровська медична академія»
м. Дніпро, Україна

Артеріальна гіпертензія (АГ) є основним чинником ризику ішемічної хвороби серця і цереброваскулярних захворювань, які визначають рівень смертності від хвороб системи кровообігу – головної причини смерті населення України [3, 4]. За результатами проведених досліджень артеріальна гіпертензія визначається в третини дорослого населення України. Так, навіть у молодому віці (25-34 роки) підвищення артеріального тиску (АТ) виявляють у кожного шостого чоловіка (16%), в 35-44 роки – в кожного третього (32%), а в 45-54 роки – в кожного другого (57%) [3, 4].

Доведено, що навіть невелике підвищення АТ збільшує кардіоваскулярний ризик. Так, зі збільшенням АТ на кожні 20 мм рт. ст. для систолічного (САТ) і 10 мм рт. ст. для діастолічного (ДАТ), починаючи з 115/75 мм рт. ст., ризик серцево-судинної смерті подвоюється [10]. Кардіоваскулярні ускладнення гіпертензії у дорослих включають захворювання коронарних артерій, систолічну і діастолічну дисфункцію лівого шлуночка, що призводить до розвитку серцевої недостатності; гіпертрофію лівого шлуночка, порушення серцевого ритму, цереброваскулярні захворювання, захворювання периферичних артерій, раптову серцеву смерть [13, 17]. Наявність АГ підвищує ризик розвитку коронарних захворювань серця у 2-3 рази, а інсульту – у 7 разів [10, 11].

Проте, артеріальна гіпертензія залишається єдиною найбільш важливою причиною передчасної смерті у всьому світі за останні два десятиліття, що може бути відвернена [16, 17].

Артеріальна гіпертензія, поширена у дорослих, довгий час вважалася рідкою патологією дитячого віку, проте останнім часом наявні обґрунтовані дані, які свідчать про те, що АГ у дітей і підлітків у даний час не є рідкістю, відноситься до поширених захворювань кардіоваскулярної системи і має хронічний перебіг [5, 6]. У дітей частота гіпертензії коливається від 2,4 до 18%, а частота прегіпертензії – від 10 до 20% [7, 9, 12].

Актуальність проблеми АГ у дітей надзвичайно велика і визначається рядом обставин. Перш за все, дитяча АГ є незалежним чинником ризику артеріальної гіпертензії дорослих [13].

Більш того, у ряді досліджень показано, що раннє підвищення АТ обов'язково прогресує в клінічну гіпертензію [6].

Аналіз чинників, що впливають на збереження протягом часу дитячої гіпертензії, показав, що разом з високою значущістю повторного підвищення АТ, мали значення і такі чинники, як стать дитини, спадкова обтяженість по АГ, індекс маси тіла (ІМТ) [8, 13]. Так, хлопчики мали значно вищу стійкість персистенції офісного САТ, ДАТ і амбулаторного пульсового тиску, ніж дівчатка [8]. У дітей з обтяженою спадковістю по АГ визначалася значно вища стійкість персистенції денного і нічного ДАТ і показників нічного зниження АТ, ніж у дітей, в яких спадковість не була обтяжена. Крім того, предикторами тривалого підвищення АТ були також високий ІМТ на початку обстеження та його підвищення під час подальшого періоду спостереження. У зв'язку з цим важливим завданням для клінічної практики є як виявлення у дітей АГ, так і визначення у них чинників, що сприяють персистенції АГ з дитинства у доросле життя [2, 14, 15].

Проведено комплексне обстеження 118 дітей та підлітків з АГ.

Усім дітям з метою встановлення діагнозу АГ і визначення її клініко-патогенетичних форм було проведено добове моніторування артеріального тиску за допомогою реєстратора Cardiotens-01 фірми «MEDITECH» (Угорщина) з плечовою манжеткою у відповідності до віку дитини.

При діагностуванні у дітей артеріальної гіпертензії та прегіпертензії, було встановлено високу частоту факторів ризику серцево-судинних захворювань, а також їх комбінації. Виявлено, що у 85,7% (n=60) випадків АГ поєднувалася з різними чинниками ризику кардіоваскулярних захворювань, у тому числі з

гіперінсулінемією та інсулінорезистентністю – у 72,9%, надлишком маси тіла або ожирінням – у 64,3%, дисліпідемією – у 54,2 % випадків). Встановлено, що зміни у ліпідному профілі сироватки крові серед дітей з підвищеним артеріальним тиском виявлялися у 55,1% (n=65) випадків.

Вплив множинних чинників ризику на коронарний атеросклероз дає підстави для подальшої оцінки кардіоваскулярного ризику у молодих людей і робить раціональною як профілактику, так і корекцію існуючих чинників ризику, що модифікуються [120, 122]. Надзвичайно важливо фокусувати увагу на множинних чинниках ризику в ранньому житті більшою мірою, ніж на специфічному чиннику ризику, такому як гіперхолестеролемія.

Література:

1. Богмат Л.Ф., Пономарьова Л.І. Поширеність артеріальної гіпертензії та її факторів ризику у школярів популяції м. Харкова. *Артеріальна гіпертензія*, 2009. № 2(4). С. 103-106.
2. Гайдук Т.А., Шостакович-Корецька Л.Р., Гайдук О.І. Взаємозв'язок індексу міокарда лівого шлуночка з різними факторами ризику у підлітків з артеріальною гіпертензією. *Медичні перспективи*, 2017. № 2. С. 25-28.
3. Горбась І.М. Епідеміологічні аспекти поширеності артеріальної гіпертензії та дисліпідемії серед населення України. *Здоров'я України*, 2008. № 6(187). С. 30-31.
4. Коваленко В.Н., Свищенко Е.П. Артериальная гипертензия у особых категорий больных. Киев, 2009. 374 С.
5. Козлова Л.В. Артериальная гипертензия у детей и подростков: проблемы диагностики и профилактики. *Здоров'я України*, 2008. №11/1. С. 76.
6. Коренев Н.М., Богмат Л.Ф., Носова Е.М., Яковлева И.М., Никонова В.В., Бессонова И.Н. Артериальная гипертензия у подростков: факторы стабилизации и прогрессирования. *Здоровье ребенка*, 2014. №3(54). С. 6-11.
7. Flynn J.T. Hypertension in the young: epidemiology, sequelae and therapy. *Nephrol. Dial. Transplant.*, 2009. Vol. 24. N2. P. 370 – 375.
8. Gayduk O.I., Shostakovych-Koretska L.R., Gayduk T.A. Risk factors for cardiovascular diseases in children and adolescents with arterial hypertension. *Семейная медицина*, 2014. № 6. С. 136-139.
9. Hansen M.L., Gunn P.W., Kaelber D.C. Underdiagnosis of hypertension in children and adolescents. *JAMA*, 2007. Vol. 298. N8. P. 874-879.
10. Chobanian A.V., Bakris G.L., Black H.R. et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA*, 2003. Vol. 289(19). P. 2560-72.
11. Mancia G., Facchetti R., Bombelli M. et al. Long-term risk of mortality associated with selective and combined elevation in office, home, and ambulatory blood pressure. *Hypertension*, 2006. Vol. 47. P. 846–853.
12. McNiece K.L., Poffenbarger T.S., Turner J.L. et al. Prevalence of hypertension and prehypertension among adolescents. *J. Pediatr.*, 2007. Vol. 150. P. 640–644.
13. Poulter N.R., Wedel H., Dahlof B. et al. Role of blood pressure and other variables in the differential cardiovascular event rates noted in the Anglo-

Scandinavian Cardiac Outcomes Trial–Blood Pressure Lowering Arm (ASCOT-BPLA). *Lancet*, 2005. Vol. 366. P. 907–914.

14. Sun S.S., Siervogel R.M., Pickoff A.A. et al. Systolic blood pressure in childhood predicts hypertension and metabolic syndrome later in life. *Pediatrics*, 2007. Vol. 119. P. 237–246.

15. Vasan R.S., Beiser A., Seshadri S. et al. Residual lifetime risk for developing hypertension in middle-aged women and men: The Framingham Heart Study. *JAMA*, 2002. Vol. 287. P. 1003-1010.

16. Williams B. Hypertension in the young – preventing the evolution of disease versus prevention of clinical events. *J. Am Coll. Cardiol.*, 2007. Vol. 50. P. 840–842.

17. Williams B., Mancia G., Spiering W. et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur. Heart J.*, 2018. V. 39. N 33. P. 3021–3104.

АСПЕКТИ ПАТОГЕНЕЗУ СИНДРОМА ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА

Гриднева С. В.

кандидат медичних наук,

доцент кафедри загальної практики сімейної медицини
Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна
м. Харків, Україна

Функціональні захворювання шлунково-кишкового тракту (ФЗ ШКТ) посідають значне місце в сучасній гастроентерології. Актуальність функціональної патології шлунково-кишкового тракту обумовлена широкою поширеністю в загальносвітовій популяції (15-25% населення розвинених країн), недостатністю даних про ланки патогенезу, що лежать в основі розвитку ФЗ ШКТ [9, с. 356].

Серед ФЗ ШКТ найбільш часто зустрічається синдром подразненого кишечника (СПК). Згідно сучасному визначенню за Римськими критеріями IV (2016), СПК – це функціональний розлад кишечника, при якому рецидивуючий абдомінальний біль асоційований з дефекацією або зміною режиму випорожнення кишечника [5, с. 1263; 6, с. 1258].

На сьогоднішній день є доведеним, що в формуванні СПК важливу роль відіграють генетична схильність, психосоціальні фактори, перенесені кишкові інфекції. Поєднання цих складових призводить до розвитку вісцеральної гіперчутливості, розладів моторики, так званого «негерметичного кишечника», до виникнення і персистування помірно виражених запальних змін слизової оболонки кишечника, а також порушення якісного і кількісного складу кишкової мікрофлори що вважаються провідними патогенетичними факторами розвитку СПК [3, с. 42; 7, с. 1398].