

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].