

цукровим діабетом) діагностовано власне не метаболічний синдром, а вже його ускладнення.

Висновки. У переважній більшості чоловіків з абдомінальним ожирінням з часом розвиваються порушення вуглеводного, ліпідного та пуринового обмінів, у прогресуванні яких певну роль відіграють зумовлені ними стеатогепатоз та сечокам'яна хвороба. Підтверджується провідна патогенетична роль інсулінорезистентності у формуванні та прогресуванні метаболічного синдрому. Тривалий час інсулінорезистентність компенсується гіперінсулінемією і не проявляється гіперглікемією, тому рутинне обстеження не виявляє порушень навіть вуглеводного обміну, а ліпідний та пуриновий рутинно не вивчаються. Метаболічний синдром і навіть його серцево-судинні, ниркові та печінкові ускладнення тривалий час

можуть перебігати безсимптомно, що зумовлює необхідність профілактики, ранньої діагностики та лікування вже абдомінального ожиріння. З метою ранньої діагностики метаболічного синдрому та профілактики його ускладнень при обстеженні пацієнтів із абдомінальним ожирінням слід проводити комплексне та повне обстеження вуглеводного, ліпідного та пуринового обмінів, а також стану серцево-судинної системи, печінки та нирок, не обмежуючись визначенням глюкози крові натще та вимірюванням артеріального тиску. Провідна роль у профілактиці, ранній діагностиці та лікуванні метаболічного синдрому належить сімейним лікарям, які, за потреби чи вже при ускладненнях, мають залучати кардіологів, ендокринологів та інших вузьких спеціалістів.

*О.А. Рішко, М.І. Фатула, В.В. Свистак, М.М. Блецькан,
М.М. Шютєв, М.І. Лазорик, А.А. Трохимович, Г.Ю. Машура*

СПОСІБ ОПТИМІЗАЦІЇ ПОЕТАПНОГО ПІДБОРУ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ФАРМАКОТЕРАПІЇ

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

Артеріальна гіпертензія (АГ) є основним фактором ризику серцево-судинної та загальної смертності, оскільки підвищує ризик смертності в 4,5 рази в чоловіків та у 2 рази в жінок. В Україні АГ зареєстрована у 30–35% дорослого населення. Однак ефективність її лікування становить лише 19% у міській та 8% у сільській місцевості. Застосування антигіпертензивних препаратів не завжди є оптимальним і часто не дає стійкої нормалізації артеріального тиску (АТ).

Мета – запропонувати швидкий і доступний спосіб оптимізації підбору ефективної індивідуальної антигіпертензивної фармакоterapiї пацієнта з метою її здешевлення, зменшення ризику негативного впливу медикаментів на хворого, поліпшення прихильності до тривалого лікування, що сприятиме швидшому досягненню та утриманню клінічного ефекту і знизить ризик серцево-судинних ускладнень.

Матеріали та методи. На основі вітчизняних (2012 р.) та європейських (2013 р.) клінічних рекомендацій з АГ, нами запропоновано таблицю «Вибір оптимальної антигіпертензивної фармакоterapiї». У лівій частині таблиці вказано основні клінічні стани, які слід враховувати при виборі антигіпертензивних препаратів, знизу – абсолютні протипоказання та найчастіші побічні ефекти, а зверху – основні та додаткові групи антигіпертензивних препаратів. У квадратах, що утворюються на перетині певних клінічних станів з окремими групами препаратів, цифрами «1», «2» та «3» позначено препарати відповідно першого, другого та третього вибору при даному клінічному стані; позначкою «±» – препарати, не бажані при даному клінічному стані; позначкою «!» – препарати, протипоказані при даному

клінічному стані; позначкою «⊗» – протипоказану комбінацію препаратів.

Користуючись запропонованою таблицею, лікар відмічає в її лівій колонці клінічні стани, виявлені в пацієнта, знаходить і виділяє ті, які унеможливають призначення препаратів певної групи (абсолютні протипоказання), наприклад, бета-блокатори при бронхіальній астмі, і викреслює їх. Потім лікар враховує ті клінічні стани, які роблять небажаними призначення препаратів відповідної групи (можливі побічні ефекти), наприклад, інгібітори ангіотензин-перетворюючого ферменту при кашлі, і переводить їх у групу третього вибору. Далі проводить пошук конкретних оптимальних препаратів для лікування хворого: для кожного відміченого в лівій колонці таблиці клінічного стану знаходить в квадратах препаратів обох груп препарати першого вибору, позначені цифрою 1. Якщо такий препарат один і хворому планується монотерапія, лікар обирає єдиний оптимальний антигіпертензивний препарат. За наявності кількох препаратів першого вибору, перевагу надає тому, який показаний при більшій кількості клінічних станів у хворого, має менше побічних ефектів і є дешевшим, а за необхідності комбінації двох препаратів – отримує оптимальну їх комбінацію. Якщо немає препаратів першого вибору, або вони використані, а водночас існує потреба у збільшенні кількості препаратів для комбінованого лікування, лікар послідовно обирає препарати другого та третього вибору. За наявності кількох препаратів будь-якого вибору, перевагу надає тим, які показані при більшості клінічних станів у хворого, мають менше побічних ефектів і дешевші.

Підібравши за таблицею препарати для індивідуального лікування пацієнта, лікар контролює стан

хворого та ефективність антигіпертензивної терапії. При недостатній ефективності збільшує дозу або додає інший препарат. У разі появи побічних ефектів негайно вживає заходів: зменшує дозу або замінює препарат іншим.

Підібрану і відкориговану таким способом антигіпертензивну терапію пацієнт продовжує амбулаторно під контролем сімейного лікаря.

Результати. З метою перевірки придатності запропонованого способу проведено антигіпертензивне лікування 32 стаціонарних та амбулаторних хворих, що сприяло більш швидкому їх одужанню. Можливість здійснення способу проілюстрована клінічним прикладом. Хворий П.М.В., 44 років, звернувся зі скаргами на періодичний головний біль, запаморочення, швидку втомлюваність. Об'єктивно: абдомінальне ожиріння – обхват талії 109 см при індексі маси тіла 27 кг/м²; АТ – 170/105 мм рт. ст., пульс – 95/хв. В аналізах крові: глюкоза – 5,3 ммоль/л, інсулін – 31,2 мкМО/мл, індекс інсулінорезистентності – 8,2, холестерин – 6,7 ммоль/л, ліпопротеїди низької щільності – 4,2 ммоль/л, ліпопротеїди високої щільності – 0,9 ммоль/л, тригліцериди – 2,7 ммоль/л. При ехокардіоскопії виявлено ознаки концентричної гіпертрофії лівого шлуночка зі збереженою систолічною функцією – фракція викиду 58%. При ультразвуковому дослідженні нирок, наднирників, судин сонної артерії та щитоподібної залози патологічних змін не виявлено.

Виставлено діагноз: Гіпертонічна хвороба II стадії II ступеня. Гіпертрофія лівого шлуночка, ХСН-0. Загальний серцево-судинний ризик високий.

Фактори ризику: абдомінальне ожиріння, дисліпідемія.

На запропонованій таблиці відмічено два клінічні стани хворого: метаболічний синдром (абдомінальне ожиріння, інсулінорезистентність, гіперінсулінемія, атерогенна дисліпідемія) та гіпертрофію лівого шлуночка. Клінічні стани, які зумовили б протипоказання до певних препаратів, у пацієнта були відсутні, як і відсутні клінічні стани, споріднені з можливими побічними ефектами.

Наявність АГ II стадії та II ступеня, високого серцево-судинного ризику вказала на необхідність

медикаментозного лікування комбінацією двох препаратів. При обох клінічних станах надано перевагу блокаторам ренін-ангіотензин-альдостеронової системи, при гіперсимпатикотонії – бета-блокаторам або недигідропіридинним блокаторам кальцієвих каналів. Оскільки при метаболічному синдромі бета-блокатори є небажаними, а примусових показів до них немає, перевага надана блокаторам кальцієвих каналів.

Хворому призначено препарат із фіксованою комбінацією трандолаприлу в дозі 4 мг та блокатора кальцієвих каналів верапамілу в дозі 240 мг один раз на добу.

Через 5 днів стан хворого поліпшився, АТ стабілізувався на рівні 125/80–135/85 мм рт. ст., частота серцевих скорочень (ЧСС) – 60–70/хв.

Оглянутий через місяць після початку лікування. Стан хороший, АТ на рівні 125/80–135/85 мм. рт. ст., ЧСС 65–75/хв. Лікуванням задоволений.

Висновки. Запропонований спосіб значно спрощує та прискорює пошук лікарем індивідуально оптимальної антигіпертензивної терапії конкретного пацієнта. Індивідуально оптимальна антигіпертензивна фармакотерапія, підібрана з урахуванням етіопатогенетичних особливостей АГ конкретного пацієнта та механізмів можливих побічних ефектів окремих медикаментів при певних клінічних станах, зменшує кількість і дозу препаратів, здешевлює лікування і зменшує ризик негативного впливу медикаментів на хворого, що поліпшує його прихильність до тривалого лікування і сприяє швидшому досягненню та утриманню клінічного ефекту. При виявленні нових клінічних станів і факторів, які зумовлюють особливості антигіпертензивного лікування, та при появі нових антигіпертензивних препаратів з особливими показаннями, протипоказаннями й можливими побічними ефектами, лікар додатково вносить їх у таблицю і в подальшому враховує при призначенні лікування. Спосіб оптимізації поетапного підбору індивідуальної антигіпертензивної фармакотерапії може бути рекомендованим для широкого впровадження у практику роботи сімейних лікарів, кардіологів і спеціалістів інших профілів, які займаються лікуванням хворих з АГ.

І.М. Рогач, Д.В. Шип

ЩОДО ЗАДОВОЛЕНОСТІ ПРАЦІВНИКІВ УЖГОРОДСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ОТРИМАНОЮ МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ

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

Для вивчення основних тенденцій захворюваності, лікування та ставлення працівників ДВНЗ «Ужгородський національний університет» до профілактики захворювань проведено спеціальне дослідження. За результатами досліджень опрацьовано майже 400 анкет.

За отриманими даними, переважна більшість (67,7%) опитаних звертались по медичну допомогу востаннє протягом 1 року; 12,7% респондентів – від 1 до 3 років, 19,7% викладачів – більше ніж 3 роки.

Про проходження диспансерного огляду відзначили 85,9% працівників університету, а про його