порушення харчування, диференційна діагностика яких націлена на виключення прогностично несприятливих факторів та у якості міорелаксанту рекомендується застосування Дорсуму як патогенетичної терапії болю у спині.

Література:

1. Исайкин, А. И., Иванова, М. А., Кавелина, А. В., & Черненко, О. А. (2016). Дискогенная боль в пояснице. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*, 8(3).

2. Исайкин, А. И., Черненко, О. А., Иванова, М. А., & Стиценко, А. Н. (2015). Боль в пояснице, обусловленная патологией межпозвоночных дисков. *Consilium medicum*, 17(2).

3. Ахмадеева, Л. Р., & Раянова, Г. Ш. (2016). Острые неспецифические боли в пояснице как медико-социальная проблема. *Современные проблемы науки и образования*, (3), 113.

БАГАТОКОМПОНЕНТНИЙ ПІДХІД ДО ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ У КОНКРЕТНОМУ ВИПАДКУ

Собко О. Т.
викладач першої кваліфікаційної категорії
Чернівецький медичний фаховий коледж

Мигалатюк А. М.
викладач другої кваліфікаційної категорії
Чернівецький медичний фаховий коледж
м. Чернівці, Україна

Артеріальна гіпертензія до сьогоднішнього дня являє собою найбільш важливий фактор ризику розвитку серцево-судинних ускладнень, що потребує повноцінного та адекватного органопротективного ведення пацієнтів. Сучасні матеріали ВООЗ переконливо свідчать про те, що серцево-судинна патологія домінує серед причин смертності та інвалідизації осіб у всіх розвинутих країнах світу, тому підходи до лікування та профілактики захворювання являють собою актуальну, першочергову проблему на даний момент, яка потребує подальшого вивчення та удосконалення.

На основі детального аналізу сучасної науково-медичної літератури, даних досліджень, міжнародних та вітчизняних клінічних рекомендацій,

актів та протоколів ведення пацієнтів з артеріальною гіпертензією, узагальнити стан сучасних принципів діагностики, ведення пацієнтів з факторами ризику розвитку ускладнень перебігу даного захворювання.

Аналіз сучасної науково-медичної літератури, статистичних даних, клінічних протоколів, актів та рекомендацій з приводу артеріальної гіпертензії.

Ріст захворюваності, ранній дебют, зростання важкості перебігу, пізня діагностика і, як наслідок, несвоєчасна терапія являються найбільш важливими та актуальними проблемами артеріальної гіпертензії. Згідно з офіційними даними статистичних досліджень, у пацієнтів з даною патологією підвищений індекс поліморбідності у порівнянні з пацієнтами без артеріальної гіпертензії на 16,8%, підвищення частоти коморбідних станів системи кровообігу (у віковій групі 16-39 років у чоловіків – на 46%, у жінок – на 42,8%), ендокринної системи, порушення харчування та обміну речовин (у чоловіків – на 19,35, у жінок – 45,2%), кістково-м'язової системи, сечостатевої системи (у чоловіків) та новоутворень (у жінок) у порівнянні з пацієнтами без артеріальної гіпертензії.

Нами було проаналізовані сучасні практичні рекомендації з антигіпертензивної терапії пацієнтів – 2021 Рекомендації Європейської Асоціації Кардіологів з Профілактики Кардіоваскулярних Хвороб в Клінічній практиці (2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice). Результати нашого аналізу ми об'єднали у ключові моменти з принципів ведення пацієнтів з артеріальною гіпертензією.

Отже, до ключових моментів № 1 віднесено: першочерговою метою лікування атеріальної гіпертензії являється досягнення рівня артеріального тиску менше 140/90 мм рт ст, при цьому необхідно враховувати, що цілі терапії артеріальної гіпертензії повинні бути пристосовані до віку пацієнта та його специфічних супутніх захворювань; у пацієнтів, які лікуються у віці від 18 до 69 років рекомендується опускання рівня систолічного артеріального тиску до 120-130 мм рт ст, при терапії артеріальної гіпертензії у віці понад 70 років необхідно орієнтуватися на систолічний артеріальний тиск менше 140 мм рт ст та до рівня 130 мм рт ст у разі хорошої переносимості призначеного лікування. Що стосується діастолічного артеріального тиску, то цільовим рівнем даного показника являється менше 80 мм рт ст. Терапію рекомендується розпочинати з призначення комбінації двох препаратів, при цьому доречно в одній таблетці. Винятком являється ведення пацієнтів похилого та старечого віку та з низьким ризиком гіпертонії I ступеню (особливо при SBP < 150 мм рт ст).

Важливим показником при терапії гіпертензії являється комплаєнтність, тобто прихильність до лікування, ступінь відповідності

між поведінкою пацієнта та рекомендаціями, які отримані від лікуючого лікаря. Згідно з даними спостережень, 2 з 3 пацієнтів з артеріальною гіпертензією припиняють прийом препаратів протягом першого року після початку лікування; 43% продовжують прийом медикаментів через 6 місяців після початку терапії та 35% пацієнтів відновлюють лікування через 12 міс, кожний 3 пацієнт призначену терапію з дворазовим режимом приймає тільки 1 раз на добу. Дослідники порівняли комплаєнтність в залежності від кратності прийому медикаментозних препаратів та виявилося, що при дворазовому режимі прихильність становить 73%, при цьому прихильність при одноразовому прийомі медикаментів становить 94%, що у подальшому виливається в ефективності терапії артеріальної гіпертензії.

Компонентність антигіпертензивної терапії згідно з останніми клінічними рекомендаціями включає сінгл піл / поліпіл стратегія, яка дозволяє підвищити її компонентність без зміни умов добового прийому для пацієнта. Дана стратегія передбачає комплексного медикаментозного засобу, який включає сартан, антагоніст кальцію та тіазидовий діуретик.

Ключ № 2 у нашому аналізі – врахування модифікованих факторів ризику у стратегії та тактиці «Судинний вік», адже, наприклад, у програміста 40 років артерії можуть бути на 70 років, а у чоловіка 70 років стан артерій може відповідати 40 річному віку, що у першу чергу залежить від способу життя пацієнта. Отже, ESC 2021 рекомендує скоротити час сидіння та легку активність протягом дня з метою зменшення рівня смертності від серцево-судинних захворювань; дотримуватися середземноморської або близької до неї дієти з метою зниження ризику ускладнень (вживання жирної риби хоча б один раз на тиждень та обмежити м'ясні вироби. Пацієнти з психічними розладами потребують посиленої уваги та підтримки з метою покращення прихильності до змін способу життя та проведення медикаментозної терапії.

Надзвичайно важливим фактором у веденні пацієнтів з артеріальною гіпертензією являється вік пацієнта. Згідно зі зведеними відомостями, у пацієнтів до 40 років необхідно обов'язково виключити наявність вторинної (симптоматичної) гіпертензії, вік 40-60 років характеризується з фізіологічної точки зору метаболічною нейтральністю, а пацієнти – високим рівнем комплаєнтності, ведення пацієнтів необхідно проводити з урахуванням «судинного віку», для вікової категорії 60-80 років характерно, що ефективність антигіпертензивної терапії залежить від коморбідної патології, а також для даних пацієнтів характерна медикаментозна взаємодія, що пов'язано з віковими особливостями, а що стосується можливості застосування антигіпертензивної терапії у віці понад 80 років (frail patients), то необхідно враховувати органопротекторні особливості препаратів.

Ключ № 3 у нашому аналізі – розвиток гіпертензивної нефропатії як ускладнення артеріальної гіпертензії. Даний патологічний стан часто супроводжується протеїнурією, яку необхідно коректувати за допомогою сартанів у максимально можливому дозуванні в індивідуальному випадку (наприклад, при використанні сартану у дозі 160 мг серединне зниження питомої екскреції альбуміну становить 25%, 320 мг – 57%, 640 мг – на 66%.

Рекомендації ESC 2021 узагальнили стратегію та тактику ведення пацієнтів з артеріальною гіпертензією з урахуванням їх індивідуальних особливостей. З метою зниження ризику серцево-судинних подій необхідно проводити вторинну профілактику з метою оптимальної тромбопрофілактики за допомогою ацетилсаліцилової кислоти та рівароксибану 2,5 мг 2 рази на добу; статинотерапія у максимально можливих дозах: розувастатин 20 мг. Антигіпертензивні терапія полягає у призначенні комбінованого препарату з сартаном та антагоністом кальцію. Для досягнення цільового артеріального тиску рекомендується перехід на трикомпонентну терапію, з урахуванням коморбідних станів. Максимальним рівнем органопротекції згідно з дослідженнями володіють препарати групи сартанів.

На основі детального аналізу сучасних досягнень у медичній галузі з приводу артеріальної гіпертензії, результатів науково-медичних досліджень, міжнародних рекомендацій ESC 2021, можна зробити висновок, що оптимізація багатокомпонентної терапії повинна базуватися на урахуванні індивідуальних особливостей та факторів ризику, наявності коморбідної патології та патогенетичної моделі ураження тропних органів; ключовими підходами та стратегіями підбору багатокомпонентної терапії являються максимальний органопротективний ефект, метаболічна нейтральність, урахування супутньої патології та відсутність метаболічної взаємодії; застосування сінгл-пілл / полі-пілл терапії дозволяє покращити комплаєнтність та прихильність до терапії та оптимізувати багатокомпонентну терапію.

Література:

1. Кобалава, Ж. Д., Конради, А. О., Недогода, С. В., Шляхто, Е. В., Арутюнов, Г. П., Баранова, Е. И., ... & Янишевский, С. Н. (2020). Артериальная гипертензия у взрослых. Клинические рекомендации 2020. *Российский кардиологический журнал,* (3).

2. Жмуров, Д. В., Парфентева, М. А., & Семенова, Ю. В. (2020). Артериальная гипертензия. In *Colloquium-journal* (No. 30 (82)). Голопристанський міськрайонний центр зайнятості.

3. Ларионов, П. М. (2020). Психосоматические отношения при артериальной гипертензии. *Российский кардиологический журнал*, (3).