

8. Kulakova VI, Nasonova VA, Savel'eva VS. [Systemic enzyme therapy. Experience and prospects]. Sankt-Peterburg, Inter-Medika, 2004;264. Russian.
9. Mashchenko IS. [Inflammatory and dystrophic periodontal diseases: manual]. Dnipropetrovsk, ART-PRES. 2003;244. Ukrainian.
10. Mashchenko IS, Gudaryan AA. [Immunopathogenesis of various clinical forms of generalized periodontitis]. Visnyk stomatologii. 2012;2:41-46. Ukrainian.
11. Mashchenko IS, Gudaryan AA, Dorogina AS. [Causes of resistance of the main periodontal pathogens to antibacterial therapy in patients with fast-progressive generalized periodontitis]. Visnyk stomatologii. 2013;4:35-41. Russian.
12. Mukhin IV. [Antioxidant effect of Wobenzim in patients with chronic glomerulonephritis]. Likarska sprava. 2007;1-2:58-61. Ukrainian.
13. Pashaev AC, Puri-Zahidan SV. [Antibacterial therapy of chronic generalized periodontitis]. Visnyk stomatologii. 2014;4:93-97. Russian.
14. Sternin YuI, Mikhaylov IB. [Selected Issues in Clinical Pharmacology of Systemic Enzymotherapy: A Handbook for Physicians]. Sankt-Peterburg, InformMed. 2010;32. Russian.
15. Chuykin SV, Khasanov TA, Baimukhametov A. [The use of the drug Vobenzim in the complex treatment of acute purulent lymphadenitis of the maxillofacial region in children]. Medical Bulletin of Bashkortostan. 2011;6:82-84. Russian.
16. Ramseier CA. [Advanced reconstructive technologies for periodontal tissue repair]. Periodontol. 2000. 2012;59:185-202.
17. Aditi Mathur, Lalit Mathur, Balaji Manohar, Hemant Mathur, Rajesh Shankarapillai, Neema Shetty, and Aman Bhatia. [Antioxidant therapy as monotherapy or as an adjunct to treatment of periodontal diseases]. J Indian Soc Periodontol. 2013;17(1): 21-24.
18. Plessas A. [Nonsurgical periodontal treatment: review of the evidence]. Oral health dent. manag. 2014;13(1):71-80.

Стаття надійшла до редакції
11.04.2018



УДК 616.12-008.331.1-005.4-08

<https://doi.org/10.26641/2307-0404.2018.2.133948>

**С.О. Шейко,
Н.О. Колб**

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В ПОЄДНАННІ З ШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра педіатрії, сімейної медицини та клінічної лабораторної діагностики
(зав. - д. мед. н. С.О. Шейко)
вул. В. Вернадського, 9, Дніпро, 49044, Україна
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»
Department of Pediatrics, Family Medicine and Clinical Laboratory Diagnostics
V. Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine
e-mail: doctor.sheyko@gmail.com*

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця, комбінована терапія

Ключевые слова: артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, комбинированная терапия

Key words: arterial hypertension, ischemic heart disease, combined therapy

Реферат: Оптимизация лечения больных артериальной гипертензией в сочетании с ишемической болезнью сердца. Шейко С.А., Колб Н.А. Артериальная гипертензия (АГ) является одним из важнейших факторов риска атеросклероза, главным образом ишемической болезни сердца (ИБС) и поражения сосудов мозга. Особенно часто встречается сочетание ИБС и АГ. Существует большая потребность в систематизации подходов к антигипертензивной терапии у пациентов с ИБС, а также особенностей лечения ИБС у

пацієнтів с АГ. Целью работы было изучение клинической эффективности и приверженности пациентов с АГ в сочетании с ИБС к лечению с применением фиксированной комбинации β -адреноблокатора бисопролола фумарата (5 мг) и блокатора кальциевых каналов - амлодипина (5 мг) (алотендина). Применение алотендина у пациентов с АГ и ИБС высокого кардиоваскулярного риска обеспечивает существенный антиишемический эффект в сочетании с выраженным антигипертензивным действием. Нормализация показателей суточного мониторирования АД у пациентов с высоким риском является существенным положительным результатом, который влияет на отдаленный прогноз заболевания и на развитие осложнений. Фиксированная комбинация бисопролола и амлодипина обеспечивает высокую приверженность больных к лечению.

Abstract. Optimization of treatment of patients with arterial hypertension in combination with coronary heart disease. Sheiko S.O., Kolb N.O. Arterial hypertension (AH) is one of the most important risk factors for atherosclerosis, mainly coronary heart disease (CHD) and damage to the brain vessels. Especially often there is a combination of CHD and hypertension. There is a great need in systematizing the approaches to antihypertensive therapy in patients with coronary artery disease, as well as treating coronary artery disease in patients with hypertension. The aim of this work was to study the clinical efficacy and adherence to treatment of patients with hypertension in combination with CHD with a fixed combination of β -adrenoblockators bisoprolol fumarate (5 mg) and calcium channel blockers - amlodipine (5 mg) (alothedine). The use of alodine in patients with hypertension and coronary artery disease with a high cardiovascular risk provides a significant anti-ischemic effect in combination with a clear antihypertensive effect. Normalization of daily blood pressure monitoring in patients at high risk shows a significant positive result which affects the long-term prognosis of the disease and the development of complications. The fixed combination of bisoprolol and amlodipine provides a high degree of patients' adherence to treatment.

Артеріальна гіпертензія (АГ) є одним з найважливіших факторів ризику атеросклерозу, головним чином ішемічної хвороби серця (ІХС) і ураження судин мозку [1, 2, 4, 6]. Особливо часто зустрічається поєднання ІХС і АГ [6, 7, 8, 10, 11]. Ця група хворих має найвищий ризик розвитку серцево-судинних ускладнень і смертності [9, 11]. Ускладнення АГ, асоційовані з підвищеним ризиком деяких тяжких коморбідних станів, включаючи інсульт, інфаркт міокарда (ІМ), застійну серцеву недостатність (СН), ниркову недостатність, щорічно призводять до 9,4 мільйонів смертей у всьому світі [1, 2, 6].

У структурі АГ важливе місце посідає ізольована систолічна артеріальна гіпертензія (ІСАГ) [1, 6]. Аналіз Фремінгемського дослідження підтвердив роль ізольованого підвищення систолічного АТ як незалежного фактора ризику серцево-судинної патології. Високий пульсовий тиск в осіб похилого віку є одним з показників, які використовуються для оцінки сумарного ризику серцево-судинних ускладнень. Численні дані демонструють роль ІСАГ у розвитку ІХС, інсульту та загальній летальності.

Загрозливі показники захворюваності і смертності від серцево-судинної патології в Україні вимагають постійного удосконалення лікування хворих. Останнім часом в узгоджених міжнародних настановах окремо визначено оптимальні шляхи ведення хворих на АГ та зі стабільними формами ІХС [1, 2, 4]. Водночас спеціальних рекомендацій щодо лікування хворих з поєднанням АГ та ІХС не розроблено. Тому існує велика потреба в систематизації підходів до антигіпертензивної терапії в пацієнтів з ІХС та особли-

востей лікування ІХС у пацієнтів з АГ. У комплексному лікуванні пацієнтів з АГ у поєднанні з хронічною ІХС найбільш доцільно застосувати засоби, які мають сприятливий вплив на перебіг обох захворювань: знижувати рівень АТ, запобігати ішемії та стенокардії, покращувати якість життя хворих, зменшувати ймовірність смерті, інфаркту міокарда та інсульту. У хворих на АГ і супутно ІХС доведена ефективність таких груп антигіпертензивних препаратів: діуретиків, бета-адреноблокаторів (ББ), інгібіторів АПФ (ІАПФ), антагоністів рецепторів ангіотензину II і антагоністів кальцію. Проте комбінована терапія, особливо фіксовані комбінації, на цей час застосовуються недостатньо [1, 4, 6].

Таким чином, актуальність роботи, метою якої було вивчення клінічної ефективності та прихильності до лікування пацієнтів з АГ в поєднанні з ІХС із застосуванням фіксованої комбінації β -адреноблокатора бисопрололу фумарату (5 мг) і блокатора кальцієвих каналів – амлодипіну (5 мг) (алотендину), не викликає сумнівів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Дослідження виконано на базі терапевтичного відділення КЗ «Криворізька міська клінічна лікарня № 8» Дніпропетровської обласної ради та КУ «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2» Криворізької міської ради. Обстежено 78 пацієнтів з АГ і ІХС: стенокардією напруги II-III функціонального класу (ФК), які перебували на диспансерному огляді в поліклініці. Привертає увагу значний відсоток (34,6%) пацієнтів з ІСАГ серед усіх хворих на АГ. Середній вік становив 61,4±4,5 роки. Діагностику ІХС проводили

згідно з наказом МОЗ України від 02.03.2016 № 152. АГ діагностували згідно з Наказом МОЗ України від 24.05.2012 № 384.

Всі хворі приймали базисну терапію, з обов'язковим включенням у лікувальний комплекс антитромбоцитарних препаратів, статинів, інгібіторів ангіотен-перетворюючого ферменту. У консенсусі американських експертів поєднання ІХС і АГ розглядається як безперечне показання для застосування ББ. До контрольної групи № 1 увійшло 26 хворих без порушень провідності серця та наявності вираженої брадикардії (ЧСС менше 48-50 за хвилину), яким було призначено бісопролол 5 мг на добу. За наявності проти-показань до застосування ББ обирали недигідропіридинний антагоніст кальцію – амлодипін (5 мг на добу). Такі хворі склали контрольну групу № 2 (26 пацієнтів). В основну групу включено 26 пацієнтів, які з метою лікування АГ приймали фіксовану комбінацію β-адреноблокатора бісопрололу фумарату (5 мг) і блокатора кальцієвих каналів – амлодипіну (5 мг) (алотендин).

Комбінація ББ і дигідропіридинового антагоніста кальцію в сучасному лікуванні хворих на ІХС і АГ виправдана завдяки посиленню антигіпертензивного та антиішемічного ефектів обох компонентів. Серед доступних бета-адреноблокаторів відомий бісопролол, як високоселективний препарат, що найчастіше застосовується для лікування ІХС і АГ. Амлодипін – еталонний дигідропіридинний антагоніст кальцію тривалої дії, якому притаманний виражений дозозалежний антигіпертензивний ефект. Ефективність амлодипіну у хворих на АГ переконливо доведена в численних контрольованих дослідженнях (VALUE, ALLHAT, ASCOT, ACCOMPLISH). Цей препарат є беззаперечним лідером з позицій доказової медицини не лише серед антагоністів кальцію, а й загалом серед сучасних антигіпертензивних засобів. Критерії включення до дослідження: АГ II стадії в поєднанні з ІХС стенокардією напруги II-III ФК. Критерії виключення: інфаркт міокарда, нестабільна стенокардія, АВ-блокада II і III ступенів, синоатріальна блокада, брадикардія, виражена печінкова і ниркова недостатність, гострі інфекційні захворювання.

Проведено загальноклінічне обстеження хворих. Вимірювали систолічний і діастолічний артеріальний тиск (САТ і ДАТ). Розраховували пульсовий і середній артеріальний тиск (ПАТ і АТсер.). АГ діагностували при підвищенні САТ до 140 мм рт. ст. та вище і ДАТ до 90 мм рт. ст. і вище, якщо таке підвищення було стабільним і підтверджувалось при вимірюваннях АТ не менше ніж 2-3 рази в різні дні протягом 4 тижнів.

За рівнем АТ визначали ступінь його підвищення. За ступенем підвищення АТ АГ 2-го ступеня була встановлена в 68 (86,2%), 3-го – у 10 (12,8%) хворих.

Для діагностування стадії АГ застосовували класифікацію за ураженням органів-мішеней. Діагноз гіпертонічної хвороби (ГХ) II ст. встановлювали при наявності гіпертрофії лівого шлуночка (ГЛШ), звуження артерій сітківки, ознак ураження нирок. Діагноз ГХ III стадії обґрунтовували при наявності серцевої недостатності, перенесеного мозкового інсульту, протейнурії та за інфаркту міокарда чи інсульту в анамнезі на тлі тривало існуючої ГХ. При оцінці ураження органів-мішеней АГ II стадії була встановлена в 62 (79,5%), АГ III стадії – у 16 (20,5%) хворих. Тривалість захворювання пацієнтів з АГ становила $8,1 \pm 3,9$ року.

Проводили добове моніторування АТ (ДМАТ). Визначали тривалість підвищення АТ протягом доби - індекс часу (ІЧ) - показник, що характеризує гіпербаричне навантаження на органи-мішені [2].

ІСАГ діагностували за тріадою ознак: підвищенням САТ (понад 140 мм рт. ст.), збільшенням ПАТ (понад 50 мм рт. ст.), незмінним або зменшеним ДАТ (менше 90 мм рт. ст.). Обстеження виконували до початку та через 1 місяць лікування.

З метою діагностики ішемії міокарда у хворих на АГ виконували ЕКГ і холтеровське моніторування (ХМ) ЕКГ [3]. Характерними для ішемії міокарда вважали такі зміни сегмента ST: амплітуда депресії сегмента ST – не менше 1 мм (на відстані 60 мс від точки J); тривалість депресії сегмента ST – не менше 1 хвилини; тривалість періоду між послідовними епізодами депресії сегмента ST – не менше 1 хвилини [3]. Використовували також навантажувальні проби (НП) як основу неінвазивної діагностики ІХС, оскільки вони дають змогу оцінити ступінь вираженості ішемії і можливого ураження коронарного русла. Виникнення ангінозного нападу або ознак ішемії при незначному або помірному навантаженні було показанням для подальшого проведення контрастної ангіографії коронарних артерій, яку виконано 5 хворим. У 27 пацієнтів з АГ використання НП було обмеженим через надмірну реакцію АТ на дозовані фізичні навантаження. Під час обстеження хворих враховували такий критерій припинення навантаження, як підвищення АТ понад 230/120 мм рт. ст. Незважаючи на це, неконтрольована АГ була лише відносним протипоказанням до проведення НП. У 41,7% хворих на АГ реєстрували вихідні зміни

сегмента ST, зубця T, зумовлені ГЛШ і його переваантаженням.

Для статистичної обробки даних використовували пакет програм STATISTICA v.6.1 (ліцензійний № AGAR909E415822FA) з розрахунком середньої арифметичної (M), стандартної похибки середньої величини (m) і 95% довірчого інтервалу для середньої (95% ДІ). Для порівняння показників між групами та в динаміці лікування використовували дисперсійний аналіз ANOVA, критерій Бонфероні, парний критерій Стюдента, критерій Хі-квадрат Пірсона (χ^2) [5]. Результати вважали статистично значущими при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Хворі відмічали такі скарги: стискаючий біль за грудиною, задишку після фізичного навантаження (94,9% і 62,8% відповідно), періодично відчуття перебоїв у роботі серця (26,9%) та швидко втомлюваність (75,6%).

Аналізуючи вплив лікування на клінічний перебіг захворювання, виявлено, що в пацієнтів основної групи покращення клінічного перебігу відбувалось швидше порівняно з хворими в контрольних групах. Зареєстровано зменшення кількості, тривалості та інтенсивності нападів стенокардії ($p < 0,001$). Це, ймовірно, пов'язано з додатковою антиангінальною дією блокатора кальцієвих каналів дигідропіридинового ряду - амлодипіну. Призначена терапія призвела до значного зниження кількості епізодів депресії сегмента ST, що було відзначено в усіх групах лікування (рис. 1). Проте кількість нападів стенокардії та подій депресії сегмента ST у хворих, які в лікувальному комплексі застосовували фіксовану комбінацію β -адреноблокатора бісопрололу фумарату (5 мг) і блокатора кальцієвих каналів – амлодипіну (5 або 10 мг), реєстрували значно рідше, ніж у пацієнтів контрольних груп ($p < 0,001$) (рис. 1).

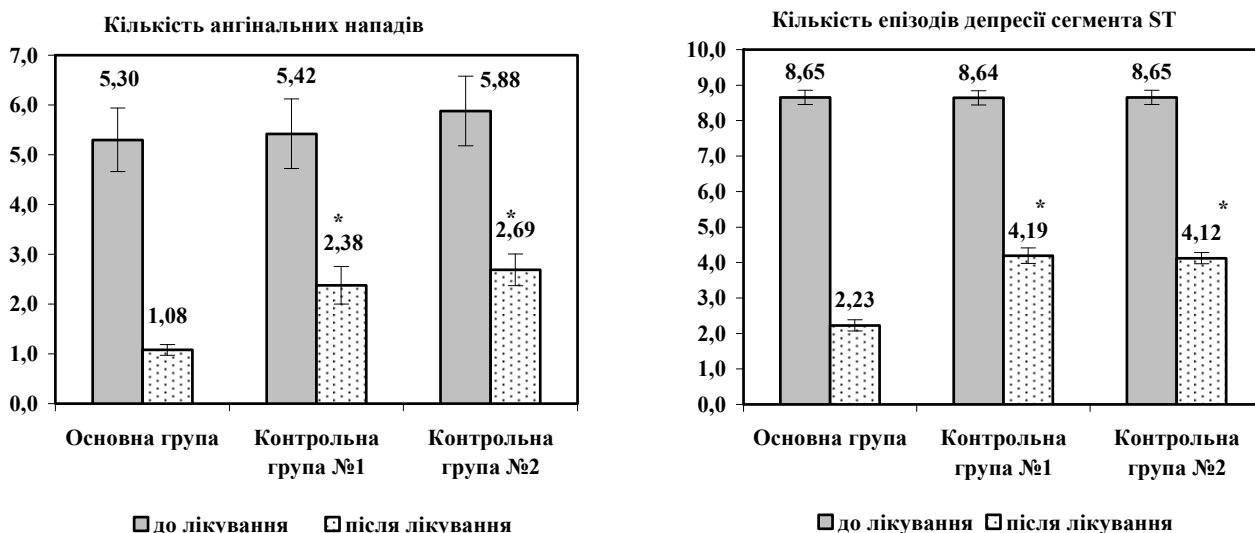


Рис. 1. Динаміка змін кількості нападів стенокардії та подій депресії сегмента ST (M, 95% ДІ) до та після лікування: * – $p < 0,001$ порівняно з основною групою

Частота серцевих скорочень в основній групі достовірно зменшилась порівняно з цим показником до лікування – з $87,5 \pm 0,7$ уд./хв. до $71,1 \pm 0,9$ уд./хв. ($p < 0,001$) (рис. 2). Антиангінальна дія досліджуваного препарату проявлялася в достовірному зниженні сумарної добової тривалості ішемії (рис. 2). Так, цей показник у контрольній групі № 1 зменшився в 2,3 разу, у контрольній групі № 2 – в 2,2 разу, а в основній – у 3,2 разу.

Після проведеного лікування відзначено досягнення цільового рівня САТ у 69,2% хворих основної групи, у 65,4% пацієнтів контрольної групи № 1 і в 61,5% – контрольної групи № 2 ($p > 0,05$ між групами). Досягнення цільового

рівня ДАТ відмічено в 96,2% спостережень в основній і контрольній групі № 1 та в 92,3% – у контрольній групі № 2 ($p > 0,05$).

В усіх групах зареєстровано зниження середньодобового САТ. Виразніше це спостігалось в основній групі, порівняно з контрольними (на 35,4% проти 24,3% та 25,4% при $p < 0,01$).

До лікування індекс часу (ІЧ), показник високого ризику серцево-судинних ускладнень, був значно підвищений. Протягом місячного лікування ІЧ САТ і ІЧ ДАТ відповідно, як і середньодобові значення САТ і ДАТ, зменшилися достовірно ($p < 0,001$) в усіх групах (рис. 3).

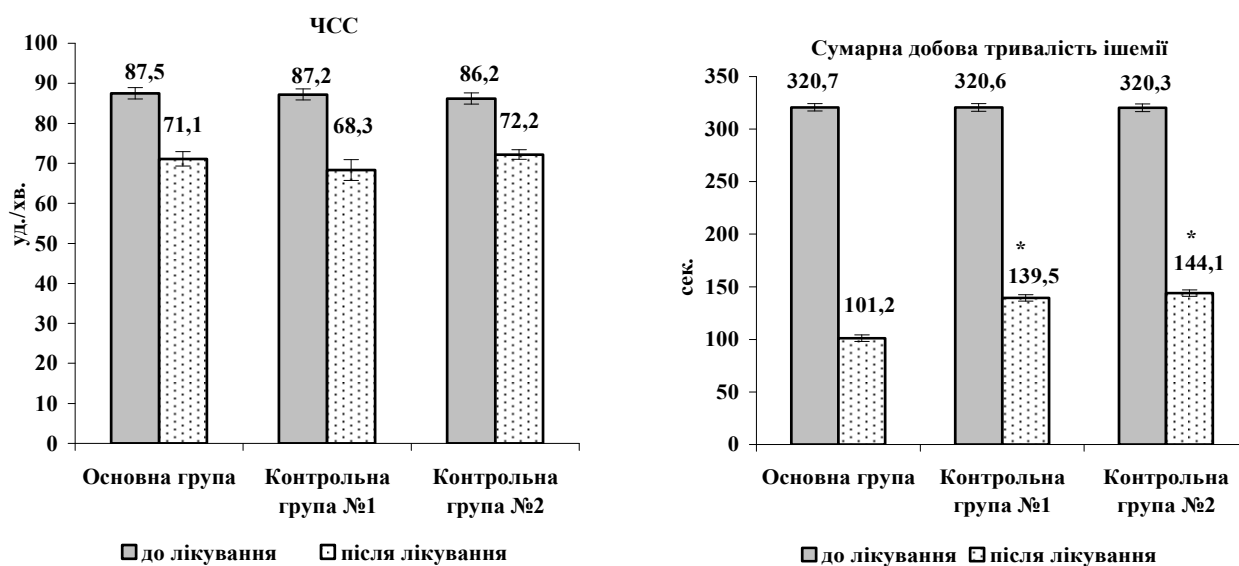


Рис. 2. Динаміка змін ЧСС та сумарної добової тривалості ішемії (М, 95% ДІ):
* – $p < 0,001$ порівняно з основною групою

Більш суттєвим було зниження ІЧ САТ в основній групі пацієнтів, що підтвердилося статистично значущими відмінностями ($p < 0,05$) з показниками в контрольних групах. Це пояснюється синергічною дією двох антигіпертензивних препаратів (b-адреноблокатора і блокатора кальцієвих каналів). Тривалість підвищення АТ протягом доби (індекс часу) більш точно, ніж середнє значення АТ, характеризує гіпербаричне

навантаження на органи-мішені. Тому зменшення і нормалізація ІЧ в основній групі є істотним позитивним результатом, що впливає, у першу чергу, на прогноз захворювання.

Використання фіксованої комбінації антигіпертензивних препаратів підвищує прихильність до лікування пацієнтів на тлі істотного терапевтичного ефекту та досить простого і зручного режиму прийому ліків.

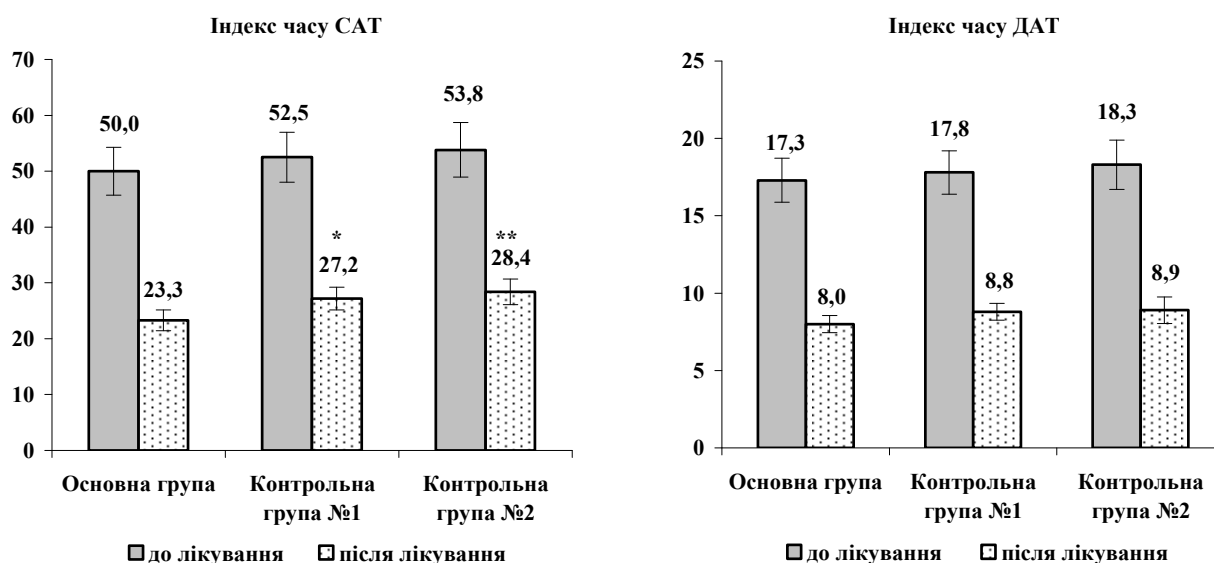


Рис. 3. Динаміка змін індексу часу САТ і ДАТ (М, 95% ДІ): * – $p < 0,05$;
** – $p < 0,01$ порівняно з основною групою

ВИСНОВКИ

1. Застосування алотендину в пацієнтів з АГ та ІХС з високим кардіоваскулярним ризиком забезпечує суттєвий антиішемічний ефект у поєднанні з виразною антигіпертензивною дією, що впливає на віддалений прогноз захворювання і розвиток ускладнень.

2. Фіксована комбінація бісопрололу та амлодипіну забезпечує високу прихильність хворих до лікування.

3. Застосування фіксованої комбінації бісопрололу та амлодипіну в пацієнтів з ІСАГ у поєднанні

з ІХС призводить до зниження частоти нападів стенокардії та вираженого антигіпертензивного ефекту.

Перспективи подальших досліджень. Враховуючи значний відсоток (34,6 %) пацієнтів з ІСАГ серед усіх хворих на АГ, потребує подальшого досконального вивчення вплив фіксованої комбінованої антигіпертензивної терапії в цього контингенту пацієнтів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Давидова І.В. Комбінована терапія в сучасному лікуванні артеріальної гіпертензії: фіксовані та нефіксовані комбінації / І.В. Давидова, Я.В. Корост // Ліки України. – 2017. – № 2 (208). – С. 24-29.

2. Курята О.В. Добовий профіль артеріального тиску, ліпідний спектр крові у хворих на артеріальну гіпертензію в поєднанні з ревматоїдним артритом та ефективність застосування аторвастатину / О.В. Курята, О.Ю. Сіренко // Сімейна медицина. – 2015. – № 3 (59). – С. 155-159.

3. Макаров Л.М. Холтеровское мониторирование / Л.М. Макаров. – Москва: Мед. практика-М, 2008. – 456 с.

4. Настанова та клінічний протокол надання медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія»: Наказ МОЗ № 384. [Чинний від 24.05.2012.]. – Київ, 2012. – 108 с.

5. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О.Ю. Реброва. – Москва: МедиаСфера, 2002. – 312 с.

6. Реалии лечения артериальной гипертензии в Украине: результаты когортного исследования СИСТЕМА-2 / В.И. Целуйко, Я.М. Авилова, И.В. Альчинский, И.Д. Антипенко [и др.] // Укр. кардіол. журнал. – № 1. – 2018. – С. 13-20.

7. EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries / Kotseva K., Wood D., De Bacquer D., De Backer G. [et al.]; EUROASPIRE Investigators // Eur. J. Prev. Cardiol. – 2016. – Vol. 23, N 6. – P. 636-648.

8. Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary: the Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology / K. Fox, M.A. Garcia, D. Ardissino [et al.] // Eur. Heart J. – 2006. – Vol. 27. – P. 1341-1381.

9. Task force on the management of chest pain / L. Erhardt, J. Herlitz, L. Bossaert [et al.] // Eur. Heart J. – 2002. – Vol. 23. – P. 1153-1176.

10. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension and of the European Society of Cardiology. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension // Eur. Heart J. – 2007. – Vol. 28. – P. 1462-1536.

11. Treatment of Hypertension in the Prevention and Management of Ischemic Heart Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association Council for High Blood Pressure Research and the Councils on Clinical Cardiology and Epidemiology and Prevention / C.Rosendorff, H.R. Black, C.P. Cannon [et al.] // Circulation. – 2007. – Vol. 115. – P. 2761-2788.

REFERENCES

1. Davydova IV, Korost YaV. [Combination therapy in the modern treatment of arterial hypertension: fixed and non-fixed combinations]. *Liky Ukrainy*. 2017;2(208):24-29. Ukrainian.

2. Kuryata OV, Sirenko OYu. [Daily blood pressure profile, lipid blood spectrum in patients with arterial hypertension in combination with rheumatoid arthritis and the efficacy of atorvastatin]. *Simeina medytsyna* 2015;3(59):155-9. Ukrainian.

3. Makarov LM. [Holter monitoring]. *Moskva, Med. praktika*. 2008;456. Russian.

4. [The guidance and clinical protocol for the provision of medical aid "Arterial hypertension": Order of the

Ministry of Health N 384. Effective from 24.05.2012.]. *Kyiv, 2012;108*. Ukrainian.

5. Rebrova OYu. [Statistical analysis of medical data. Application software package STATISTICA]. *Moskva*. 2002;312. Russian.

6. Tseluyko VI, Avilova YaM, Alchinskiy IV, Antipenko ID, et al. [The realities of the treatment of arterial hypertension in Ukraine: the results of the cohort study SYSTEMA-2]. *Ukr. kardiolog. zhurnal*. 2018;1. Russian.

7. Kotseva K, Wood D, De Bacquer D, De Backer G, et al. EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24

European countries. EUROASPIRE Investigators. Eur J. Prev. Cardiol. 2016;23(6):636-48.

8. Fox K, Garcia MA, Ardissino D, et al. Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary: the Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology. Eur. Heart J. 2006;27:1341-81.

9. Erhardt L, Herlitz J, Bossaert L. Task force on the management of chest pain. Eur. Heart J. 2002;23:1153-76.

10. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension

and of the European Society of Cardiology. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur. Heart J. 2007;28:1462-536.

11. Rosendorff C, Black HR, Cannon CP, et al. Treatment of Hypertension in the Prevention and Management of Ischemic Heart Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association Council for High Blood Pressure Research and the Councils on Clinical Cardiology and Epidemiology and Prevention. Circulation. 2007;115:2761-88.

Стаття надійшла до редакції
05.04.2018



УДК 616.37-002.1:616.34-008.6-085:613.2.032.33

<https://doi.org/10.26641/2307-0404.2018.2.133950>

*Е.Ю. Сорокина*¹,
*Л.С. Белых*¹,
*А.Н. Панин*¹,
*Е.В. Никитина*²,
*И.А. Коврижин*²,
*О.П. Страх*²

ОЦЕНКА ДИСФУНКЦИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ВЫБОРЕ ЭФФЕКТИВНОГО МЕТОДА НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»¹

кафедра медицины катастроф и военной медицины

(зав. – д. мед. н., доц. Е.Ю. Сорокина)

ул. В. Антоновича, 65, Днепр, 49006, Украина

КУ «Днепропетровское клиническое объединение скорой медицинской помощи» ДООС»²

(гл. врач – В.Г. Корпусенко)

ул. В. Антоновича, 65, Днепр, 49006, Украина

SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»¹

Department of Medicine of Catastrophes and Military Medicine

V. Antonovicha str., 65, Dnepr, 49006, Ukraine

e-mail: lyudmilabelyh@ukr.net

PI «Dnepropetrovsk clinical association of emergency medical care» DRC²

V. Antonovicha str., 65, Dnepr, 49006, Ukraine

Ключевые слова: острый тяжелый панкреатит, внутрибрюшное давление, диспепсия, кишечная недостаточность, методы нутритивной поддержки

Ключові слова: гострий тяжкий панкреатит, внутрішньочеревний тиск, диспепсія, інтестинальна недостатність, методи нутритивної підтримки

Key words: acute severe pancreatitis, intraperitoneal pressure, dyspepsia, intestinal insufficiency, nutritional support methods

Реферат. Оцінка дисфункції шлунково-кишкового тракту при виборі ефективного методу нутритивної підтримки у хворих з гострим панкреатитом. Сорокіна О.Ю., Белых Л.С., Панин А.Н., Нікітіна Є.В., Коврижин І.А., Страх О.П. Потенційна смертність при гострому панкреатиті (ГП) становить 5%. Хворих на ГП відносять до II типу інтестинальної недостатності (ІН), яка виникає на тлі диспепсичного синдрому та підвищення внутрішньочеревого тиску (ВЧТ). ВЧТ – диференційований показник. При підвищенні ВЧТ