

непрохідність з некрозом ділянки тонкої кишки (ТК) – 12 (48%) пацієнтів; защемлена грижа з некрозом ділянки ТК – 7 (28%); сегментарний венозний тромбоз в басейні верхньої брижової вени з некрозом ТК – 4 (16%); проникаюча колото-різана рана черевної стінки з пошкодженням ТК – 2 (8%). В ургентному порядку хворим виконана резекція проблемної ділянки тонкої кишки з накладенням тонко-тонкокишкового анастомозу (ТКА), назоінтестинальна інтубація, санація, дренивання черевної порожнини за Петровим.

Результати. Клінічні прояви неспроможності анастомозу діагностовано в різні терміни в діапазоні 3,5-15 діб. Множинна неспроможність анастомозів має схожість за клінічним перебігом з перфоративними гострими виразками, які виникають в місці максимальної ішемізації біля лінії швів ТКА. НТКА верифікована на підставі патологічних виділень з дренажів – 25 (100%) пацієнтів; підвищення показників синдрому системної запальної реакції (тахікардія понад 90/хвилину, температура тіла понад 38⁰С – 20 (80%); наростання ознак паралітичної кишкової непрохідності – 17 (68%). Виявлені лабораторно-інструментальні ознаки неспроможності анастомозу: позитивна проба з метиленовим синім на герметичність анастомозу – 24 (96%) пацієнтів; нейтофільний лейкоцитоз понад 12*10⁹/л – 9 (36%); С-реактивний білок понад 100 мг/л – 18 (72%); прозапальні біомаркери дренажного ексудату (IL-6, TNF-α) – 20 (80%); скупчення вільної рідини в області анастомозу візуалізоване за допомогою ультразвукового дослідження або комп'ютерної томографії органів черевної порожнини (КТ ОЧП) – 21 (84%).

Висновки. Специфічних ранніх маркерів НТКА немає. Діагностика ґрунтується на комбінованій оцінці наявних ознак, серед яких найбільш інформативні: ранні – зростання показників С-реактивного білка, IL-6, TNF-α, УЗ-картина; об'єктивними – позитивна проба з метиленовим синім, наявність патологічних виділень з дренажів.

УДК 616.12-008.331.1-085.22

СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Лесна А. С., Борзова-Коссе С. І.

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: Кравчун П. Г., д.мед.н., професор, завідувач кафедри внутрішньої медицини № 2, клінічної імунології та алергології імені академіка Л. Т. Малої

Актуальність. Понад 32% населення України страждають на артеріальну гіпертензію (АГ), що потребує детального вивчення сучасних стратегій її корекції.

Мета: проаналізувати лікувально-діагностичний алгоритм хворих з артеріальною гіпертонією.

Матеріали та методи. Вивчено історії хвороби 58 пацієнтів, госпіталізованих в кардіологічне відділення Харківської міської клінічної лікарні № 27 зі скаргами на головний біль пульсуючого характеру у потиличній та/або

скроневої ділянках, запаморочення, шум у вухах, підвищення рівня артеріального тиску (АТ).

За гендерною ознакою більшість склали жінки — 38 (65%). Середній вік пацієнтів становив $48,2 \pm 2,6$ року. З анамнезу життя визначені фактори ризику згідно шкали SCORE: тютюнопаління — 18 (31%) хворих, зловживання алкоголем — 4 (6,8%), недостатня фізична активність — 20 (34,4%). У 42 (72,4%) пацієнтів з АГ виявлені такі супутні захворювання: хронічні захворювання нирок — 20 (34,4%) пацієнтів, цукровий діабет II типу — 14 (24,1%), ішемічна хвороба серця — 28 (48,2%), ожиріння (індекс маси тіла $< 24,9$ кг/м²) — 10 (17,2%).

Під час лікарського огляду двічі вимірювали артеріальний тиск на обох руках; щоб уникнути феномена «білого халату» проводився добовий моніторинг АТ, що дозволило визначити ступінь артеріальної гіпертензії: 1 ступінь АГ діагностовано у 2 (3,5%) пацієнтів, 2 ступінь АГ — 33 (56,9%), 3 ступінь АГ — 23 (39,6%).

За допомогою додаткових методів дослідження верифіковані ураження органів-мішеней: гіпертрофія міокарда лівого шлуночка (індекс Соколова-Лайона > 38 мм) — 58 (100%) хворих, звуження судин сітківки (симптом Салюса) — 29 (50%), наявність атеросклеротичної бляшки, що звужує просвіт сонної або стегнової судин — 14 (24,1%), мікроальбумінурія — 32 (55,1%).

Результати. Згідно рекомендацій European Society of Hypertension (2018) цільове значення АТ повинно бути у пацієнтів молодше 65 років у межах: систолічний тиск < 130 , але не нижче 120 мм рт. ст., діастолічний тиск до 70 мм рт. ст. Для цього всім хворим медикаментозне лікування починали з призначення комбінації ліків у одній таблетці (single-pill therapy). В залежності від рівня АТ перевага надавалась застосуванню двокомпонентній терапії з інгібітора ангіотензинперетворюючого фермента (ІАПФ) або блокатора ангіотензинових рецепторів (БАР) з діуретиком (Д) або ІАПФ з блокатором кальцієвих каналів (БКК).

У 26 (44,8%) пацієнтів впродовж 1 тижня завдяки двокомпонентній терапії вдалося досягти цільових значень АТ. Через відсутність позитивної динаміки 20 (34,4%) пацієнтам призначена трохкомпонентна терапія (ІАПФ+БКК+Д), у 12 (20,6%) пацієнтів додатково до трохкомпонентної терапії призначено спіронолактон.

Висновки. Найбільш розповсюдженою є артеріальна гіпертензія 2 ступеня. Переважна більшість хворих мають коморбідність артеріальної гіпертензії хоча б з одним захворюванням. Сучасна ступенева стратегія фармакотерапії артеріальної гіпертензії довела свою ефективність у всіх вивчених випадках, що підтверджує необхідність її широкого застосування.