Фармакологічна дія: кератолітичний, протизапальний, регенеруючий, знеболюючий, протиопіковий, антибіотичний ефект.

Застосовується як додатковий засіб при трофічних виразках, хронічних тріщинах шкіри, псоріазі.

ЛІТЕРАТУРА

1. Альфандери Р. Чудесный мир продуктов пчеловодства // Продукты пчеловодства – пища, здоровье, красота. Из. 2-е перераб., допол., Издательство "Апимондии", Бухарест, 1984. – С.9-13.

2. Використання апізасобів у відновленні здоров'я та профілактиці захворювань у дітей різного віку, які проживають на чистих та екологічно забруднених територіях України (методичні рекомендації). – Київ, 2009. – С.4-16.

3. Лечение медом. – М.: Патриот, 1991. – 90 с.

4. Оздоровительная апифитопродукция. Справочник для врачей всех специальностей / Сост.: к. хим. н. Куликова Л.Н., Денисова М.А. – М., 2005. – 72 с.

5. Продукти бджільництва та їх застосування / Укл.: С.І. Стегній, З.А. Городиська. – К.: Вища школа, 1993. – 128 с.

6. Уляніч М.В. Лікування продуктами бджільництва. Поради та рецепти. – К.: Основа, 2003. – 280 с.

7. Шкендеров С., Иванов Ц. Пчелиные продукты. Земиздат. София, 1985. – 230 с.

8. Энциклопедия меда. Изд. "Літопис", 2009. – 208 с.

Ю.М. ПАНИШКО, О.В. ТРОЦЕНКО, Р.П. ПІЩУР, Л.П. КУРЦЕБА, Г.І. СТОЛЯР

СВОЄЧАСНА ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ – КРОКИ ДО ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я

Стаття присвячена проблемі артеріальної гіпертензії

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, контроль артеріального тиску, лікування.

Статья посвящена проблеме артериальной гипертензии

Ключевые слова: артериальная гипертензия, контроль артериального давления, лечение

The article deals with the problem of hypertension

Key words: hypertension, blood pressure control, treatment.

Артеріальна гіпертензія (АГ) належить до найбільш поширених захворювань серцево-судинної системи. Понад 30% населення України має підвищений артеріальний тиск [1].

На сьогодні експерти в галузі кардіології підкреслюють, що великий артеріальний тиск є одним із найважливіших факторів ризику серцевої та цереброваскулярної патології.

Головний кардіолог МОЗ України, керівник відділу симптоматичних артеріальних гіпертензій ННЦ "Інститут кардіології ім. Н.Д. Стражеска" АМН України, д.м.н. проф. Ю.М. Сіренко розповідає, що за 2007 рік показник розповсюдження АГ серед дорослого населення сягнув 29,9%, тобто відмічається значне зростання АГ (табл. 1), що може свідчити як про покращення діагностичної кардіологічної та терапевтичної служб, так і про зростання причин, що викликають погіршення здоров'я населення.

Таблиця 1

Розповсюдження АГ в Україні

Рік	Абсолютна кількість осіб	На 100000 населення
2000	7645306	18816,5
2007	11340580	29899,0

Розповсюдженість АГ в окремих регіонах суттєво відрізняється (в Полтавській – 36262 випадки на 100000 населення, в АР Крим – 24626 випадки на 100000 населення). Охоплення диспансерним спостереженням також відрізняється суттєво (в м. Севастополі – 8,5%, в Закарпатській області – 73,8%, в середньому по Україні – 37,8% хворих з АГ).

Серед колишніх республік СРСР Україна першою звернула увагу на проблему АГ і в 1998-1999 рр. була розроблена Національна програма профілактики та лікування артеріальної гіпертензії (АГ) в Україні, яка затверджена Указом Президента України від 04.02.1999 р. В 2000 р. створена координаційна рада для оперативного керівництва заходами з реалізації програми.

Визначені приорітетні напрямки Національної програми профілактики та лікування АГ Україні: подальша робота по виявленню АГ серед населення; стратифікація груп ризику розвитку АГ; диспансеризація хворих АГ; відповідне інформаційне забезпечення населення щодо наслідків АГ; активна пропаганда здорового способу життя, виключення факторів ризику; забезпечення ефективного лікування хворих АГ; впровадження нових технологій лікування АГ; проведення наукових досліджень в галузі АГ; навчання та підвищення кваліфікації медпрацівників.

Контроль АГ серед населення є одним з основних напрямків в системі лікувально-профілактичних заходів при захворюваннях серцево-судинної системи. Яка ж ситуація на практиці? Серед міських жителів 81% хворих (58% чоловіків та 88% жінок) знають про хворобу, антигіпертензивні ліки приймають 48% (36% чоловіків та 56% жінок), лікування ефективне лише у 19% пацієнтів (9% чоловіків та 25% жінок).

Покращився стан контролю АГ в сільській місцевості. Поінформованість сільського населення про наявність АГ зросла з 22 до 68%, рівень антигіпертензивного лікування зріс з 6 до 38%, **але ефективність лікування зросла лише з 3 до 8% (!).**

Дослідження показали, що стереотипи медикаментозної терапії АГ не відповідають сучасним концепціям лікування. 29% мешканців сільської місцевості використовують в якості монотерапії препарати другої лінії. Серед комбінованих препаратів лідером є каптопрес (46%), на другому місці адельфан (23%), далі – тенорик – (14%).

Генеральний секретар Всеросійського наукового товариства кардіологів професор С.А. Шальнова повідомляє, що за результатами вибіркового обстеження населення РФ встановлено, що кількість хворих АГ віком старше 15 років сягнула цифри 41,6 млн. осіб. У 2001 р. була прийнята Федеральна цільова програма "Профілактика та лікування АГ в Російській Федерації на 2002-2008 рр".

Частота АГ серед жіночого населення Росії складає 40,1%, чоловічого – 37,2%. Незважаючи на обізнаність населення про дану хворобу (у чоловіків – зростання з 37 до 75%, серед жінок – з 58 до 90%) лише у 9,4% чоловіків та 13% жінок виявлений адекватний контроль АГ. У 2006 р. в РФ померло від ІХС 602000 осіб, від цереброваскулярних хвороб – 433000 осіб. Найбільш розповсюдженими препаратами для лікування АГ є інгібітори АПФ (32%), β-адреноблокатори (27%), діуретики (21%), антагоністи кальцію (15%). Препарати центральної дії призначаються рідко.

Провідну роль в профілактиці, діагностиці та лікуванні неускладнених форм АГ традиційно відводиться дільничним лікарям-терапевтам та сімейним лікарям.

Спеціалізовану допомогу надають в 26 кардіологічних диспансерах, з яких 18 мають стаціонари на 55,2 тис. кардіологічних ліжок; в 2652 кардіологічних кабінетах, існують 1162 спеціалізовані кардіологічні бригади швидкої медичної допомоги. Загальна чисельність лікарів-кардіологів складає 9,2 тис. осіб

У США програма боротьби з АГ здійснюється з 1972 р. За цей час смертність внаслідок інсульту знизилась на 60%, ішемічної хвороби – на 53%. Встановлено, що своєчасне лікування АГ дозволяє знизити захворюваність та смертність внаслідок інсульту на 36-40%, а також попередити 25% випадків інфаркту міокарду.

Економічні втрати від тимчасової непрацездатності, інвалідності смертності внаслідок захворювання АГ перевищують декілька мільярдів гривень.

Починаючи з 2000 р. конференції Європейського товариства по вивченню АГ (The European Society or Hypertension, ESH) відбуваються щорічно разом з Міжнародним товариством по вивченню артеріальної гіпертензії (The International Society of Hypertension, ISH). XVIII наукова конференція відбулася 14-19 червня 2008 р. в Берліні, де було розглянуто широке коло клінічних та експериментальних питань, результатів дослідження, що представлені у вигляді лекцій, доповідей, постерних сесій, пленарних засідань, навчальних семінарів, сателітних симпозіумів.

Контроль АГ вимагає зменшення інертності лікарів. Контроль АГ в Європі невисокий. Відповідно до даних ESH рівень контролю АГ коливається від 12% в Польщі до 33% у Франції, Греції та 35,7% в Іспанії. В багатьох дослідженнях було встановлено, що основною причиною неадекватного контролю АГ були: поганий комплаєнс, недостатня ефективність препаратів, ефект "білого халату" і т.п.

В 2003 році вийшли 7-і Рекомендації Американського національного комітету по попередженню, діагностиці та лікуванні підвищеного артеріального тиску (Joint National Committee JNC7) та Рекомендації Європейського товариства кардіологів по лікуванню Артеріальної гіпертензії (АГ). Нові документи охоплюють не лише термінологічні та класифікаційні аспекти АГ, нові фактори ризику та цілі лікування, але й застосування антигіпертензивних засобів.

Інформація про класифікацію АТ за даними експертів європейських та американських експертів в галузі артеріальної гіпертензії представлені в таблиці 2.

Таблиця 2

Класифікація рівнів АТ за даними ESH/ESC (2003) та INC7 (2003)

Характер тиску	Класифікація рівнів	
	ESH/ESC	JNC7
Оптимальний	< 120/80	нема
Нормальний	120-129/80-84	< 120/80
Високий нормальний	130-139/85-89	нема
Передгіпертензія	нема	120-139/80-89
АГ I ст.	140-159/90-99	140-159/90-99
АГ II ст.	160-179/100-109	> 160/100
АГ III ст.	> 180/110	нема
Ізольована САГ	> 140/< 90	нема

Рівень АТ, з якого починається ризик розвитку серцево-судинних ускладнень складає 115/75 мм рт. ст.

Ризик виникнення ускладнень подвоюється при кожному підвищенні АТ на 20/10 мм рт. ст. вище 115/75 мм рт. ст. [2]. Ці показники пов'язані з обстеженням понад 1 млн. хворих. Тому рівень АТ в межах 120-139/80-89 мм рт. ст. називається в американській класифікації передгіпертензією, щоб звернути увагу лікарів та населення на можливий розвиток ускладнень і необхідність почати заходи по профілактиці подальшого зростання АТ.

Інформація про темпи прогресування АГ в залежності від вихідної величини АТ *представлена в таблиці 3 [2].*

Таблиця 3

Темпи прогресування АГ в залежності від вихідної величини АТ з врахуванням віку

Вихідний АТ (мм рт. ст.)	Вік осіб	
	35-64 роки	65-94 роки
% хворих з АГ через 1 рік		
< 120/80	1,3	4,3
120-129/80-84	4.7	7.1
130-139/85-89	11,0	16,0
% хворих з АГ через 2 роки		
< 120/80	2,7	8,3
120-129/80-84	9,2	13,7
130-139/85-89	20,8	29,0
% хворих з АГ через 3 роки		
< 120/80	4,0	12,2
120-129/80-84	13,5	20,0
130-139/85-89	30,0	40,0
% хворих з АГ через 4 роки		
< 120/80	5,3	16,0
120-129/80-84	17,6	25.5
130-139/85-89	37,3	49,5

АГ може виникнути в будь-якому віці і при будь-якому АТ, але ризик найбільш високий у віці понад 65 років і при рівні АТ більш 120/80 мм рт. ст.

Рекомендації по вимірюванню АТ (ESH/ESC – 2003)

1. Пацієнт відпочиває декілька хвилин сидячи до початку вимірювання АТ.
2. Необхідно провести не менше 2 вимірів з інтервалом 1-2 хв. і додаткові виміри при наявності суттєвої різниці в показниках.
3. Використовувати потрібно стандартний балон (12 -13 см в ширину і 35 см в довжину).
4. Манжетка повинна бути на рівні серця.
5. Вимірювати АТ на обох руках під час першого вимірювання. В подальшому використовувати руку з більш високими цифрами АТ.
6. Використовувати I та V тон Короткова для визначення відповідно САТ та ДАТ.
7. Вимірюють АТ через 1-5 хв. після переходу пацієнта в положення стоячи у людей похилого віку, хворих на цукровий діабет і при підозрі на постуральну гіпотензію.
8. Під час другого виміру АТ визначають ЧСС пальпаторно протягом 30 сек.

В останніх рекомендаціях по лікуванню АГ відмічено, що рівень нормального АТ буде різним при використанні різних приладів і різних способів реєстрації (таблиця 4).

Таблиця 4

Норми АТ для всіх умов його вимірювання (ESH/ESC - 2003)

Місце вимірювання	Величини АТ
В клінічних умовах	< 140/90 мм рт. ст.
При 24 годинному моніторуванні	< 125/80 мм рт. ст.
В домашніх умовах (самовимірювання)	< 135/85 мм рт. ст.

До найбільш важливих факторів, що впливають на точність вимірювання АТ відносяться: реакція захисту "феномен білого халату", варіабельність АТ, помилки при вимірюванні, справність приладу при вимірюванні АТ, індивідуальні особливості деяких пацієнтів.

Пацієнтам, в яких запідозрена гіпертензія або феномен "білого халата" показано проведення добового амбулаторного моніторування АТ (ДАМАТ).

Що стосується варіабельності АТ, то на організм пацієнта впливають різні зовнішні фактори, що підвищують АТ: розмова з лікарем (до 17/13 мм рт. ст.); вплив холоду (до 11/8 мм рт. ст.); харчування (до 9/10 мм рт. ст.); прийом алкоголю (до 8/7 мм рт. ст.); тютюнопаління.

Найбільш поширені помилки при вимірюванні АТ наступні: недостатній відпочинок пацієнта перед вимірюванням АТ; вимірювання АТ в положенні лежачи; положення руки пацієнта вище або нижче рівня серця; відсутність підтримки для руки пацієнта; швидке випускання повітря з манжетки вимірювання АТ лише на одній руці.

Стандартний балон манжетки, розміри якого 12-13 см в ширину та 35 см в довжину можна використовувати при об'ємі плеча від 24 до 32 см (ВООЗ, 1999). У 20% пацієнтів необхідно використовувати нестандартні балони, бо занадто вузький чи дуже короткий балон збільшують величину АТ (так звана "манжеткова" гіпертензія) (таблиця 5).

Таблиця 5

Розміри балонів манжетки за рекомендацією товариства кардіологів Великобританії (1997).

Характеристика пацієнта	Максимальний об'єм плеча (см)	Розмір балону (см)
Знижена маса тіла	26	10x18
Нормальна маса тіла	33	12x26
Надлишкова маса тіла	50	12x40

Автоматичне моніторування АТ дає більш точну динаміку змін АТ протягом доби. Вважається, що АТ під час неспання складає орієнтовно < 135/85 мм рт. ст., під час сну < 125/75 мм рт. ст., а середні цифри за 24 години складають < 125/80 мм рт. ст. Відсутність зниження АТ в нічний час більше ніж на 10 % розглядається як важливий несприятливий прогностичний фактор (таких осіб називають нондіпперами).

Вимірювати АТ потрібно максимально точно. Вважається, що заниження діастолічного АТ (ДАТ) всього на 5 мм рт. ст. приводить до того, що 2/3 хворих АГ не отримують повноцінного лікування, а завищення ДАТ на 5 мм рт. ст. приведе до подвійного зростання числа хворих, що приведе до неправильного діагнозу та необгрунтованого лікування.

Розповсюдженість АГ продовжує зростати у всьому світі. Ні освітні програми, ні клінічні рекомендації не допомагають зупинити цю неінфекційну пандемію.

Саме канадська програма є цікавою. З 1995 р. по 2005 р. розповсюдженість АГ в канадській провінції Онтаріо зросла на 60%. Одночасно покращився контроль АГ з 12,1% до 65,7% в 2006 р. Усвідомленість про підвищення АТ складає 87%, а охоплення лікуванням складає 82%. Вважається, що це є заслугою освітньої програми - Canadian Hypertension Education Program (CHEP).

ЛІТЕРАТУРА

1. Артеріальна гіпертензія, атеросклероз і спосіб життя. За ред. проф. О.Й.Жарінова/ К.К.Біляєв, У.П.Черняга, В.В.Чоп'як, С. С. Павлик. – Львів: Апріорі, 2007. – С. 18-20.

2. Vasan R., Larson V., Leip E. Assessment of frequency of progression to hypertension in non-hypertension participants in the Framingham Heart Study// Lancet, 2001, Vol. 358, P. 1682-1686.

3. Передерий В.Г., Чернявський В.В., Безюк Н.Н., Скопиченко СВ. Нормализация артериального давления. – Киев: "ААВ", 2007. – С. 84-114.

4. Приходько В.Ю. Порівняння даних добового моніторування артеріального тиску та його одноразового вимірювання у практично здорових людей різного віку // Журн. АМН України, 2004 т. 10. – №1. – С.157-167.

5. Рекомендації Українського товариства кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії. – К, 2004. – С 54.

6. Свищенко Є.П., Коваленко В.Н. Гипертоническая болезнь. Вторичные гипертензии. – Киев: "Либідь", 2002. – С.31, 68-74.

7. Сиренко Ю.Н. Новые рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертензии для Европы и Северной Америки // Серце і судини. – 2003. –№ 3. – С.5-7.

8. Сіренко Ю.М. Артеріальна гіпертензія: виявлення та стратифікація ризику// Практ. Ангіологія. – 2005. – № 1. – С. 62-66.

9. Шабалин А.В.. Гуляева Е.Н., Торожина Е.Е. и др. Диагностическая значимость вариабельности артериального давления и ритма сердца в оценке клинико-функционального статуса больных с артериальной гипертензией // Кардиология. 2005. – № 8. – С. 45-46.

В.П. ПОПАДЕНКО, А.В. ЛЕЛЮХ

ВПЛИВ НІТРАТІВ НА ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

Стаття присвячена впливу нітратів на здоров'я людини.
Ключеві слова: нітрати, вплив нітратів, контроль за якістю продуктів.

Статья посвящается влиянию нитратов на здоровье человека.
Ключевые слова: нитраты, влияние нитратов на организм человека, контроль за качеством пищевых продуктов.

The article is devoted to the impact of nitrates on human health.
Key words: nitrates, nitrates effect, control of products quality.

Вплив нітратів на навколишнє середовище зумовлюється щоденним контактом населення з ними. Не має такого побічного чинника, який не пов»язаний так тісно з життям людини, як нітрати. Останнім часом вплив нітратів і нітритів на організм людини зростає, що спричиняє проблему нітритів, їх вплив на здоров'я людини.

Нітрати (солі азотної кислоти) є найпоширенішими токсичними забруднювачами середовища існування людини. Джерелом такого забруднення є перш за все азотні добрива, продукти гниття органічних речовин, промисловості й коммунально- побутові відходи, використання побутових речовин, феєрверки і т. д. Нітрати накопичуються у воді і продуктах харчування, потім потрапляють в організм тварин і людей.

Якщо до 60-х років головною небезпекою безмірного використання нітратних добрив вважалась метгемоглобінемія, то зараз більшість дослідників вважають головною небезпекою рак, насамперед рак шлунково- кишкового тракту, який формується через 20-25 років після систематичного вживання нітратвмістних продуктів.

За даними літератури, гострі отруєння трапляються при вживанні води і продуктів рослинного і тваринного походження з високим вмістом нітратів. Найбільш чутливі до надлишку нітратів діти перших місяців життя. Якщо мами вживають високонітратні овочі, нітрати потрапляють у грудне молоко. В організмі матері існує механізм захисту від нітратів, Але можливості його обмежені. Протинітратний механізм у дитини формується тільки до одного року.

Нині склалась парадоксальна ситуація. Рання продукція, вирощена в парниках і теплицях, містить у 3-5 разів нітратів більше, ніж пізніша. А коштує вона завжди дорожче.