

2. Вплив факторів довкілля на поширення омели білої (*Viscum album* L.) в урбанізованих ландшафтах на території м. Харків / І.О. Рибалка, Ю.І. Вергелес // Вісник ХНАУ. – 2012. – № 11. – С. 153–161.
3. Гнатюк О.М. Особливості розповсюдження омели білої (*Viscum album* L.) в придорожніх лісосмугах Лісостепу та Полісся України / О.М. Гнатюк, Е.М. Кавун // Вісник Житомирського національного агроекологічного університету. – 2017. – № 1(1). – С. 110–120. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vzhnau_2017_1\(1\)_16](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vzhnau_2017_1(1)_16).
4. Гойчук А.Ф. До питання про місце омели білої (*Viscum album* L.) у фітоценозі. Науковий вісник: Лісівницькі дослідження в Україні. – 1999. – Вип. 9.12. – С. 22–27.
5. Іванців В.В. Екологічні особливості поширення омели звичайної в біотопах м. Луцька / В.В. Іванців, О.Я. Іванців // Природа західного Полісся та прилеглих територій. – 2013. – № 10. – С. 94–99.
6. Котелевець О.С., Гудзь Ю.П. Омела біла в зелених насадженнях Києва та його околиць. Проблеми екологічної освіти та виховання. К., 1989. С. 91–95.
7. Краснов В.П., Мешкова В.Л., Усцький І.М. Сучасний санітарний стан лісів України. Науковий вісник НАУ. Серія: Лісівництво. 2001. Вип. 39. С. 133–140.
8. Лисенко М. Зелені насадження в урбанізованому середовищі міста Івано-Франківська / М. Лисенко // Вісник Прикарпатського національного університету ім. Василя Стефаника. – Сер.: «Біологія». – 2007. – № 7. – С. 236–240.
9. Рибалка І.О. Економічна ефективність технології захисту зелених насаджень від впливу омели білої (*Viscum album* L.) / І.О. Рибалка // Комунальне господарство міст. Серія: Економічні науки. – 2017. – Вип. 138. – С. 42–47. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/kgm_econ_2017_138_10
10. Рум'янков Ю.О. Ступінь пошкодження омелою (*Viscum album* L.) видів роду *Celtis* у насадженнях національного дендрологічного парку «Софіївка» НАН України / Ю.О. Рум'янков // Автохтонні та інтродуковані рослини. – 2010. – № 6. – С. 42–45.
11. Сухініч А.М. Ступінь ураження омелою видів роду *Populus* у парковій зоні «Гідропарк» міста Житомира / А.М. Сухініч, Г.В. Муж // Біологічні дослідження 2015: зб. наук. пр. – Житомир : Рута, 2015. – С. 44–46.

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА РОЗВИТОК ТА ПРОФІЛАКТИКА АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Бажан А.Г., Івашина М.-Д.В., Гордієнко О.В.
(Полтава, Україна)

Артеріальна гіпертензія (АГ) – одне з найпоширеніших хронічних захворювань людини. В 2018 році було офіційно зареєстровано більше 7,6 млн. хворих з артеріальною гіпертензією, спостерігається стійкий ріст цього показника на 40% в порівнянні з 2015 роком і на 18% у порівнянні з 2017 роком.

Артеріальна гіпертензія (АГ) підступна тим, що людина може взагалі її не відчувати, бо специфічних симптомів підвищення тиску не існує. За даними статистики близько 45 відсотків хворих людей не знають, що вони мають високі цифри артеріального тиску. У когось – болить голова (найчастіше – у потиличній ділянці), шумить у вухах, хтось відчуває нудоту чи запаморочення, а дехто почувається нормально, а тиск у нього в цей час «зашкалює». Часто єдиним симптомом артеріальної гіпертензії є тільки підвищення артеріального тиску, і щоб виявити недугу, достатньо поміряти тиск.

Згідно рекомендаціям Всесвітньої організації охорони здоров'я величинами нормального артеріального тиску (АТ) треба вважати: систолічний АТ – від 100 до 140 мм. рт. ст., а діастолічного – до 90 мм. рт. ст. Тиск понад ці величини вважається артеріальною гіпертензією.

Виникнення і перебіг АГ тісно пов'язані з наявністю факторів ризику: спадковість, психоемоційні навантаження, куріння, незбалансоване харчування (вживання надмірної кількості солі) надлишкове вживання алкоголю, надмірна маса тіла і малорухомий спосіб життя.

Підвищення артеріального тиску примушує серце працювати з більшим навантаженням через підвищений загальний периферичний судинний опір для забезпечення нормальної циркуляції крові у кровоносних судинах великого кола кровообігу.

Артеріальну гіпертензію класифікують як первинну (ессенціальну) артеріальну гіпертензію та вторинну артеріальну гіпертензію. Вторинну АГ також називають симптоматичною вторинною артеріальною гіпертензією, чим підкреслюється її вторинність щодо інших захворювань та станів.

АГ є одним із основних факторів ризику інсульту, інфаркту міокарда (серцевих нападів), серцевої недостатності, аневризми артерій (наприклад, аневризми аорти), захворювання периферичних артерій і є частою причиною хронічного захворювання нирок. Навіть помірне підвищення артеріального тиску пов'язане зі зменшенням очікуваної тривалості життя.

Артеріальна гіпертензія – це синдром, який присутній при багатьох захворюваннях і характеризується стійким підвищенням показника кров'яного тиску. Методи лікування артеріальної гіпертензії можуть бути різними, все залежить від того, яка патологія викликала її, і наскільки тиск підвищився [3].

В Україні на серцево-судинні захворювання страждають близько 14 млн осіб. Смертність від серцево-судинних захворювань є однією з найвищих як в Україні, так і в світі. У структурі загальної смертності вона сягає 65%. Артеріальна гіпертензія посідає перше місце в структурі серцево-судинних захворювань. Артеріальна гіпертензія є самостійним предиктором розвитку таких хвороб, як ішемічна хвороба серця, цереброваскулярні захворювання, хронічна серцева недостатність, хронічна хвороба нирок, які, в свою чергу, спричиняють ранню інвалідність і смерть. Обізнаність жителів України про наявність у них АГ становить 70%, з яких лікується близько половини. Така висока поширеність, прогностична тенденція до зростання, інвалідизуючі наслідки АГ, зокрема осіб працездатного віку, обумовлюють неабияку соціальну проблему [3].

Від рівня систолічного артеріального тиску залежить ризик смертності від ішемічної хвороби серця і досягає 41% у чоловіків (40-59 років) і 34% у жінок (30-69 років). Поєднання АГ та ішемічної хвороби серця, яке наявне більше ніж у 60% українців, значно підвищує ризик таких ускладнень, як інфаркт міокарда, інсульт, серцева недостатність. Не зважаючи на невтішні статистичні дані, відсоток осіб, які досягли цільового рівня артеріального тиску, залишається в популяції дуже низьким. Гіпертензія, крім вищеперерахованих тяжких ускладнень серцево-судинної системи, нирок, головного мозку, призводить до раннього старіння організму. Артеріальна гіпертензія рідко є самостійним захворюванням і часто поєднується з іншими факторами кардіоваскулярного ризику (ожирінням, цукровим діабетом, атеросклерозом), які переважно виявляються вже в осіб віком 40-50 років. Гіпертензія також сприяє зниженню пам'яті та інтелекту. Існує концепція «мультимодального ураження органів-мішеней при АГ», згідно з якою ураження органів-мішеней при АГ, такі як гіпертрофія лівого шлуночка чи дисфункція ендотелію, перестали розглядатися як наслідок прогресування АГ.

Зі збільшенням рівня артеріального тиску до 160/95 мм рт. ст. ризик розвитку інсульту зростає в 4 рази, а при рівні артеріального тиску 200/115 мм рт. ст. – у 10 разів. Підвищення рівня артеріального тиску слід розглядати як один з найважливіших факторів серцево-судинного ризику, що справляє негативний вплив на виживання в загальній популяції.

Досягнення цільового рівня артеріального тиску має бути головним завданням не лише у світі, а й у нашій країні. Цієї мети досягти не вдається навіть країнам Західної

Європи та Америки з розвинутою системою страхової медицини. Можливим поясненням цього є факт низької прихильності до лікування, через те що в частини пацієнтів АГ має безсимптомний перебіг та кориговані фактори ризику різняться у різних верств населення [1].

Сучасна профілактика ускладнень гіпертонічної хвороби базується на концепції сумарного серцевосудинного ризику.

В даний час при лікуванні артеріальної гіпертензії використовують терапевтичні і хірургічні методи. У переважній більшості хворих застосовують терапевтичне лікування.

Антигіпертензивна терапія заснована на одночасному комплексному використанні лікарських препаратів і психотерапії, формуванні здорового способу життя, усунення екзогенних факторів, що провокують підвищення АТ.

Заходи, що охоплюють все населення, є необхідними для того, щоб зменшити наслідки підвищеного артеріального тиску і звести до мінімуму необхідність терапії антигіпертензивними препаратами. Зміни в способі життя рекомендуються для зниження кров'яного тиску, перш ніж почати медикаментозну терапію. У рекомендаціях зміни способу життя для первинної профілактики гіпертензії:

- підтримання нормальної маси тіла;
- зменшення вживання натрію з їжею до 100 ммоль/добу;
- регулярні аеробні фізичні навантаження, такі як швидка ходьба;
- обмеження споживання алкоголю;
- раціон харчування, багатий фруктами й овочами (тобто, принаймні п'ять порцій на день).

Дієва зміна способу життя може призвести до зниження артеріального тиску настільки ж, як і вживання одного антигіпертензивного препарату. Поєднанням двох або більше змін способу життя можна досягнути ще кращих результатів [2].

Таким чином, причинами високих рівнів артеріального тиску є недостатня обізнаність населення щодо наслідків гіпертонічної хвороби та низька прихильність до лікування.

Ці та інші профілактичні заходи слід проводити постійно. Важливо виробити у дитини і підлітка психологічний стереотип на багато років життя, що допоможе краще переносити можливі стресові ситуації [4].

Список використаних джерел:

1. Васюк Ю.А. Возможности и ограничения эхокардиографического исследования в оценке ремоделирования левого желудочка при ХСН // Сердечная недостаточность. – 2003. – Т. 4, № 2. – С. 107–110.
2. Леонтьева И.В., Агапитов Л.И. Метод суточного мониторирования артериального давления в диагностике артериальной гипертензии у детей // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. – 2000. – № 2. – С. 32–38.
3. Майданник В.Г., Хайтович М.В., Місюра Л.І. та ін. Порушення добового профілю артеріального тиску у дітей з вегетативними дисфункціями // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2003. – № 6. – С. 23–28.
4. Хайтович М.В., Досенко В.Є. Вплив генетичних поліморфізмів генів ангіотензинперетворюючого ферменту та ендотеліальної синтази оксиду азоту на ефективність антигіпертензивної терапії у дітей з артеріальною гіпертензією // Матеріали 6-ї наук.-практ. конф. «Актуальні проблеми фармакотерапії в педіатрії» (Тернопіль, 22–23 березня 2005 р.) // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2005. – № 3. – С. 42.