

атрофического кольпита./ Саркисян О.Г., Микашинович З.И., Криволапова Э.Г. //Кубанский научный медицинский вестник. 2015. № 4(153). С. 114–119

3. Evan S. E. Early effect of fractional CO₂-laser treatment in post-menopausal women with vaginal atrophy Laser Ther. 2018; 27(1):41-47. doi:10.5978/islsm.18-OR-04

4. C. Knight, V. Logan, D. Fenlon A systematic review of laser therapy for vulvovaginal atrophy/genitourinary syndrome of menopause in breast cancer survivors // *ecancer* 2019.13:988; www.ecancer.org; DOI: <https://doi.org/10.3332/ecancer.2019.988>

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-588-81-5-1-41>

КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА ЦИРКАДІАННОЇ СТРУКТУРИ ТА НИРКОВОЇ РЕГУЛЯЦІЇ АТ У ЛІКУВАЛЬНІ ХВОРИХ НА ЕГ II СТАДІЇ

Плеш І. А.

*доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти
ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»*

Борейко Л. Д.

*кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти
ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»*

Сливка Н. О.

*кандидат медичних наук,
доцент кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти
ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»*

Каратєєва С. Ю.

*кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти
ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»*

Кшановська Г. І.

*асистент кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти
ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»
м. Чернівці, Україна*

Сучасне антигіпертензивне лікування хворих на есенційну гіпертензію (ЕГ) II стадії можливе за умови встановлення основних механі-

146

змів стабілізації та програмування ЕГ. Досягнення такої мети дозволить не тільки патогенетично обґрунтовано призначати фармакологічні препарати, але й контролювати їх ефективну дозу, уникнути побічних явищ терапії і цим самим покращити прихильність до лікування. [1, с. 38; 2, с. 18; 4, с. 81].

Ще більше актуальною постає ця проблема за необхідності постійного контрольованого, тривалого АГ-лікування [1, с. 35; 6, с. 19; 10, с. 30–46].

Тому метою нашого дослідження є спроба адаптувати основні клінічно-діагностичні показники: судинний тонус та волемічний компоненти для потреб лікувальної практики.

Нами комплексно обстежені 65 хворих на ЕГ II ст. (ВООЗ, 2013) середнього віку ($53,2 \pm 2,44$ роки), переважно чоловічої статі (68%). Середній АТ складав: САТ – $160,2 \pm 1,67$ та ДАТ – $95,3 \pm 1,43$ (мм рт.ст.). Проводили визначення показників добового моніторингування АТ (ДМАТ): середньодобової величини АТ (середньоденні та нічні), середньодобовий середній динамічний АТ (СДТ), визначали варіант циркадіанної структури АТ – добовий індекс (ДІ). Вивчали волемічну складову АТ за величиною добового діурезу та натрійурезу.

Дослідження добової структури АТ проводили на апаратному комплексі «Solvaig» (Україна) за загальноновизнаною методикою (кожні 15хв в активний та 30хв в пасивний періоди доби), за критерієм успішності вище 80%. Іонний склад добового діурезу проведено з використанням іонселективних електродів на апараті (SINO-005) (КНР). Дослідження проведено на 2-3 день перебування в стаціонарі та через 7–10 днів стаціонарного лікування.

За результатами дослідження серед 65 хворих на ЕГ II ст. – 26 (40%) – мали циркадіанний ритм «Dipper»; 31 (48%) – «Non dipper» та 8 (12%) – «Night picker». Отже, серед обстежених хворих на ЕГ II ст. з тривалим гіпертензивним анамнезом (>8-10 років) переважали «не дїппери» – 60%.

Основні величини добової структури АТ за добовим індексом представлені в таб. 1.

Групи хворих	ССАТ доб. мм рт.ст.	ССАТ після мм рт.ст.	СДАТ доб. мм рт.ст.	СДАТ після мм рт.ст.	СДТ доб. мм рт.ст.	СДТ після мм рт.ст.	ДІ %
D (n=26)	137,6±2,42	135,3±2,21	87,2±1,53	86,1±1,32	104,2±0,56	103,8±0,39	13,7±1,21
ND (n=31)	144,2±2,21*	140,1±2,08	94,2±1,63*	91,3±1,39	109,9±0,38*	106,2±0,41	8,1±0,92
NP (n=8)	145,7±2,76*	139,8±2,01	98,8±1,71*	91,8±1,67	116,8±0,79*	106,9±0,38	-2,2±0,39

*– величини, які достовірно відрізняються від групи «Dipper» ($p < 0,05$)

З представлених в таб. 1 даних в межах однієї стадії захворювання розподіл за циркадіанною структурою виявив суттєві відмінності.

Вірогідно вищий ССАТ та СДАТ за добу у групах ND та NP. Інтегральна величина АТ-СДТ була в зворотній залежності від величини ДІ. Після 7-10 денного комплексного лікування з використанням діуретиків більш ефективно знизився ССАТ та СДАТ у хворих груп ND та NP.

Відомо, що рівень АТ обумовлений не тільки тонусом стінки артеріальних судин, але й величиною наповнення кров'ю судинного русла, яке чітко контролюється нирками за фізіологічним механізмом «тиск-натрійурез» або «пресорний натрійурез» [3, с. 67; 5, с. 224; 7, с. 35; 8, с. 49].

Дані основних величин ниркової волюморегуляції у хворих на ЕГ II ст. з циркадіанними ритмами представлені в таб. 2

	Доб. діурез мл.	Доб. після	Е Na доб.	Е Na Після	Δ Д. мл.	Δ Е Na ммоль	КПН до	КПН після
D (n=26)	1421±367	1482±343	172±3,21	178±2,47	+61	+6(+3,5%)	1,69±0,18	1,78±0,12
ND (n=31)	1362±286	1482±301	158±2,98	173±2,73*	+66	+15(+10,9%)	1,39±0,10	1,56±0,11
NP (n=8)	1357±321	1440±315*	157±3,43	175±3,08*	+73	+18(+11,2%)	1,36±0,12	1,52±0,12

*– величини, які достовірно відрізняються від не корегованих ($p < 0,05$)

З представлених даних після поступлення в стаціонар у хворих з циркадіанним ритмом ND та NP виявлено тенденцію до зниження добового діурезу та вірогідно нижчі величини добового натрійурезу.

Після 7-10 денної корекції АГ-терапії з включенням комбінованих препаратів I класу поєднаних з салуретичними (діуретичними) препаратами (гідрохлортиазиду) 25-50мг за добу середні величини діурезу та натрійурезу вірогідно зросли у хворих ND та NP при умові дотримання дієтичного харчування (стіл №10). Дещо знизився рівень середніх величин АТ за даним ДМАТ (таб.1), що вказує: по-перше, на суттєву роль волемічного компоненту у генезі циркадіанних ритмів АТ – ND та NP; по-друге, про високу ефективність і патогенетично обґрунтоване у них застосування комбінованої терапії з обов'язковим діуретичним компонентом; по-третє, дає можливість контролювати дозу салуретичного препарату та нормалізувати у них механізм «пресорного натрійурезу» з оптимальним використанням дози діуретика за коефіцієнтом пресорного натрійурезу (КПН = 1,5-2,0), що може попередити побічні дії цих препаратів. [10, с.21]

Таким чином, контрольована корекція механізму «пресорного на-
трійурезу» може бути рекомендована у клінічній практиці як варіант
патогенетично обґрунтованої оптимальної антигіпертензивної терапії.

Література:

1. Сіренко Ю.М., Міщенко Л.А., Єна Л.М. та ін. Класифікація та стандарти надання медичної допомоги хворим на артеріальну гіпертензію. Асоціація кардіологів України. Проект . *Артериальная гипертензия*. 2018. № 4 (60). С. 32–53.
2. Бильченко А.В. Новое в диагностике и контроле лечения артериальной гипертензии. *Therapia*. 2016. № 10. С. 17–20.
3. Бобров В. А., Боброва Е. В., Перепельченко Н.А., Давыдова И.В., Медведенко О.И. Место диуретиков в лечении артериальной гипертензии: пора расставить приоритеты. *Український медичний часопис*. 2011. № 5. С. 65–70.
4. Долженко М.Н., Шершнева О.П. Комбинированная антигипертензивная терапия. Политаблетка – будущее фармакологи. *Український медичний часопис*. 2014. № 5. С. 81–82.
5. Зелтынь-Абрамов Е.М. Фролова Н.Ф. Артериальная гипертензия при ХБП: от начальных до продвинутых стадий. Диагностические и терапевтические стратегии. Часть 1. Артериальная гипертензия у пациентов с ХБП 1-4 стадий. *Нефрология и диализ*. 2020. № 22(2). С. 221–236.
6. Лутай М.І. Ефективність комбінованої терапії артеріальної гіпертензії в Україні: результати багатоцентрового дослідження ТРІУМФ. *Український кардіологічний журнал*. 2016. № 4. С. 17–27.
7. Матюха Л.Ф. Застосування діуретиків у пацієнтів із артеріальною гіпертензією: перспективи й обмеження. *Український медичний часопис*. 2016. № 2 (112). С. 33–36
8. Міщенко Л.А. Предиктори погіршення функціонального стану нирок у хворих на гіпертонічну хворобу. *Український кардіологічний журнал* 2015. № 4. С. 47–52.
9. Спосіб лікування хворих на есенційну гіпертензію / І.А. Плещ, Л.П. Сидорчук // Патент на корисну модель № 108985. Бюл. № 15 від 10.08.2016.
10. Williams B., Mancia G., Spiering W. et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. 2018. Vol. 39 (33) P. 3021–3104.