



ПІВДЕННОУКРАЇНСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ НАУКОВИЙ ЖУРНАЛ

Науковий журнал

19 (19) лютий 2018

Одеса
2018

ЗМІСТ

Антонюк О. П. МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТОНКОЇ КИШКИ ПРИ АТРЕЗІЇ В НОВОНАРОДЖЕНИХ.....	5
Баранник С. І., Єхалов В. В., Романюта І. А., Ляшенко П. В. ІНТЕГРАЦІЯ «КЛІПОВОГО МИСЛЕННЯ» В СУЧАСНУ ВИЩУ МЕДИЧНУ ОСВІТУ.....	8
Бичкова С. А., Дяченко В. В., Желеховський О. А., Тумарова Е. М., Пархотик Л. І. КЛІНІЧНІ, ФУНКЦІОНАЛЬНІ ТА ІМУНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ, ПОЄДНАНОГО ІЗ ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК.....	13
Бичкова С. А., Дяченко В. В., Заковоротна І. Г., Таранухін С. С., Староконь Л. В. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ПРОВЕДЕННЯ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ.....	17
Боева С. С., Слюсарев А. А., Ракша-Слюсарева Е. А., Стрижак Н. В., Серых Н. А. ИЗМЕНЕНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ПНЕВМОКОНИОЗЕ И ИХ КОРРЕКЦИЯ С ПОМОЩЬЮ АЛЛОПУРИНОЛА И ПРЕДНИЗОЛОНА.....	21
Бугаевский К. А., Черепок А. А. РАССМОТРЕНИЕ ПРАКТИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ.....	24
Гусева С. А., Луценко С. В., Олейник В. С. АНЕМИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЖИЛЫХ ЛИЦ: ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ.....	28
Загайкевич І. С. САНІТАРНО-ГІГІЄНІЧНЕ ТА ПРОТИЕПІДЕМІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОСОБОВОГО СКЛАДУ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ У ВОЄННОМУ КОНФЛІКТІ НА СХОДІ УКРАЇНИ.....	34
Кошля В. І., Кульбачук О. С. ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ, ОБТЯЖЕНОЮ ПУХЛИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТОВСТОГО КИШЕЧНИКА.....	38
Михайличенко Т. Е. АНАЛИЗ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МОЗГА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ МЕТОДОМ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКОГО КАРТИРОВАНИЯ.....	40
Плеш І. А., Борейко Л. Д., Гайдуков В. А., Каратеева С. Ю., Сливка Н. О., Кшановська Г. І. ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ОБ'ЄМЗАЛЕЖНОГО ВАРІАНТУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ НА ЕСЕНЦІЙНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ІІ-ІІІ СТАДІЇ.....	52
Процак Т. В., Матвійчук С. М. СУЧАСНІ ЛІТЕРАТУРНІ ДАНІ ПРО ПРИРОДЖЕНІ ВАДИ ХРЕБТОВОГО СТОВПА ЛЮДИНИ.....	37
Сімонова О. В., Стойкевич М. В., Шевцова З. І., Недзвецька Н. В. ЕНДОСКОПІЧНІ ЗМІНИ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ТОВСТОЇ КИШКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ КИШЕЧНИКУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД НУТРИТИВНОГО СТАТУСУ.....	50
Слесарчук В. Ю., Хомяк Н. В., Залигіна Є. В. СПРЯМОВАНІСТЬ НАВЧАЛЬНОЇ МОТИВАЦІЇ СТУДЕНТІВ-ПРОВІЗОРІВ ПРИ ВИВЧЕННІ ДИСЦИПЛІНИ «ТОКСИКОЛОГІЧНА ХІМІЯ».....	57
Сокрут Н. В., Сняченко О. В., Сокрут О. П., Климовицкий Ф. В. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ГОНАРТРОЗЕ.....	60
Ткач Ю. І. ГОЛОВНІ НАВЧАЛЬНІ ЗАВДАННЯ ПРИ ЗАСВОСННІ ЛІКАРЯМИ СУЧАСНОЇ ЛАБОРАТОРНОЇ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРИХ ЛІМФОЇДНИХ ЛЕЙКЕМІЙ.....	64

ів, цитат,
і, а також
и опубліко-
періали пу-
у журналі,
ов 'язковим

дини», 2017
статей, 2017
М. С., 2017

Плещ І. А.

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

Боренко Л. І.

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

Гайдуков В. А.

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
кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти
ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»

Сливка Н. О.

кандидат медичних наук, асистент
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»

ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ОБ'ЄМЗАЛЕЖНОГО ВАРІАНТУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ НА ЕСЕНЦІЙНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ II-III СТАДІЇ

Анотація: У 56 хворих на есенційну гіпертензію II та III стадії з II-III ступенем зростання АТ вивчали ефективність антигіпертензивного (АГ) лікування препаратами I лінії з включенням сечогінних засобів. Контрольною групою були 18 нормотензивних осіб, співставлених за віковою та гендерною ознаками. Усім обстеженим проведено добове моніторування АТ (ДМАТ) на апаратному комплексі «Solvaig» та визначення концентрації основних іонів (Na^+ K^+) у сироватці крові та в добовій сечі з розрахунком їх екскреції електрометричним методом з використанням іонселективних електродів на апараті «SINO-005» (КНР). Встановлено, що у 14 хворих (I група) використання традиційного АГ – лікування (монотерапія або поєднання з сечогінними препаратами) ефективно і швидко призводило до нормалізації системного АТ до цільових рівнів. У значно більшій частині хворих (II група) (3/4) з використанням вищевказаної терапії стійкої нормалізації АТ не відбувалось. За клінічною характеристикою встановлено, що хворі II групи у порівнянні з I групою за циркадіанною структурою АТ переважно – ND та NP, високим (IMT > 30 $\frac{\text{мм}^2}{\text{мм}^2}$), «об'ємзалежним» варіантом перебігу АГ, відносно резистентністю до лікування. Для досягнення оптимальної дози діуретиків у комбінованому лікуванні та довготривалим контролем можливим їх передозуванням рекомендовано застосувати простий діагностичний тест визначення ефективності фізіологічного механізму «тиск-натрійурез» за коефіцієнтом пресорного натрійурезу (КПН) в межах 1,5-2,0. Таке контрольоване лікування діуретиками дозволить покращити ефективність АГ-лікування цих хворих, уникнути їх передозування та пов'язані з цим небажані коморбідні стани (цукровий діабет, гіперурикемія, сечокислий діатез, аритмії та ін.).

Анотація: У 56 больных с эссенциальной гипертензией II и III стадии со II-III степенью повышения АД изучали эффективность антигипертензивного (АГ) лечения препаратами I линии с использованием мочегонных средств. Контрольная группа состояла из 18 нормотензивных лиц, сопоставимых по возрасту и полу. Всем обследованным проведено суточное мониторирование АД (СМАД), используя аппаратный комплекс «Solvaig», определение центрального венозного давления (ЦВД) инвазивным методом по методике Вальдмана, изучение концентрации основных ионов (Na^+ K^+) в сыворотке крови и в суточной моче с определением их экскреции, электрометрическим способом с использованием ионселективных электродов на аппарате «SINO-005» (КНР). Определено, что у 14 больных (I группа) использование традиционного АГ-лечения (монотерапия или сочетание с мочегонными препаратами) эффективно и быстро приводило к нормализации АД к целевому уровню. У преимущественного числа больных (II группа) (3/4) с использованием вышеперечисленной терапии стойкой нормализации АД не наблюдалось. По клинической характеристике больные II группы по сравнению с I группой по циркадианной структуре АД преимущественно – ND и NP, с высоким IMT > 30 $\frac{\text{мм}^2}{\text{мм}^2}$, «объемзависимым» вариантом АГ, относительной резистентностью к лечению. Достижение оптимальной дозы диуретиков в комбинированном длительном лечении, возможным их передозированием рекомендовано использовать простой диагностический тест определения эффективности физиологического механизма «давление-натрийурез» по коэффициенту пресорного натрийуреза (КПН) в пределах 1,5-2,0. Такое дозоконтролируемое лечение диуретиками будет способствовать улучшению эффективности АГ-лечения этих больных, предупредить их передозирование и связанные с этим неблагоприятные коморбидные состояния (сахарный диабет, гиперурикемия, мочекаменный диатез, аритмии и др.).

Summary: The effectiveness of antihypertensive (AH) treatment with drugs of the 1st line including diuretics was studied in 56 patients with essential hypertension of II and III stages with II-III degree of increased blood pressure (BP). The control group included 18 normotensive persons, comparable by the age and gender. Enrolled patients were examined by Ambulatory Blood Pressure Monitoring (ABPM) (Solrink apparatus complex) and detected the concentration of basic plasma and urine ions (Na⁺ K⁺) by electrometric method using ion-selective electrodes of the apparatus "SINO-005" (PRC). It was established, that in 14 patients of group I, the use of traditional AH treatment (monotherapy or combination with diuretics) effectively and quickly led to the normalization of systemic BP to target levels. There was no sustained normalization of BP in the vast majority of patients of Group II (3/4), who used the above-mentioned therapy. Clinical characteristic of examined groups has revealed that patients of group II were represented mostly with non-dipper (ND) and night-picker (NP) types of circadian structure of BP, with a high BMI (> 30kg/m²) and with volume dependent variant of the hypertension, relative resistance to treatment, unlike patients of group I. In order to achieve the optimal dose of diuretics in combined therapy and long-term control of possible overdose, it is recommended to use a simple diagnostic test to determine the effectiveness of the physiological mechanisms by detecting the coefficient of pressure-natriuresis in the range of 1.5-2.0. The diuretic-controlled treatment will improve the effectiveness of AH treatment for these patients, to avoid the overdose and associated with it undesired comorbid conditions (diabetes mellitus, hyperuricemia, urate diathesis, arrhythmias, etc.).

Проблема діагностики різних форм перебігу есенційної гіпертензії (ЕГ) та вторинних артеріальних гіпертензій на сьогодні є і буде актуальною [3, 4, 6, 9; 11]. Вивчення патологічних механізмів становлення та прогресування захворювання має не тільки теоретичне але й клінічне значення [5; 8; 13].

Фармакологічна нормалізація АТ становить основу лікування хворих на ЕГ. Застосування антигіпертензивних (АГ) – препаратів переважно першої лінії в оптимальних дозах (згідно протоколу лікування) у частини хворих швидко і стабільно нормалізує АТ до цільових рівнів. Значна частина хворих хоча і досягає цільових рівнів АТ, але довготривалої АГ-дії не спостерігається, що обумовлює зниження прихильності хворих до лікування, якщо відсутні або мало виражені суб'єктивні та об'єктивні симптоми захворювання. Лікар керує призначенням, керуючись вибором іншого препарату/тів чи комбінацією його з рекомендованою групою діуретиків. Така тактика зумовлена відносною резистентністю до монотерапії чи комбінацією з іншими фармакологічними засобами. Отже, регуляція водно-електролітного балансу у цих хворих може покращити успіх АГ-лікування [1; 2; 4; 6; 7; 11].

Вибір оптимальної дози, в основному, ґрунтується на клінічному АГ- ефекті, який не завжди є стійким і тому можливе надмірне дозування, особливо тих препаратів, які мають побічні дії. Важливим є оптимальне дозування, в першу чергу, сечогінних препаратів, передозування яких може спричинити коморбідний разом з ЕГ стан (цукровий діабет, гіперурикемія, сечокислий діатез, порушення ритму, провідності серця, та ін.) [6; 7; 9; 12].

Тому метою нашого дослідження є покращення діагностики об'ємзалежного варіанту ЕГ та обґрунтування оптимальної індивідуальної дози діуретичного засобу у лікуванні хворих на ЕГ II-III ст., попередження побічних коморбідних станів.

Матеріал та методи дослідження. Комплексно обстежені 56 хворих на ЕГ II-III ст. за класифікацією ВООЗ, 2013 та 18 осіб контрольної (нормотензивної) групи співставлених за віком та гендерною ознакою. Середній вік обстежених 52,2 ± 2,8 років.

Ефективна і швидка нормалізація АТ до цільових рівнів спостерігалась через 1 тиждень перебування в стаціонарі у 14 хворих (25%) (I група). У 3/4 із обстежених АГ-ефект був не стійким, що

зобов'язувало лікаря комбінувати АГ-препарати, або підвищувати їх дози (II група).

Усім хворим та контрольній групі проведено добове моніторування АТ на апаратному комплексі «Solvaig» (Україна) за загальновибраною програмою – кожні 15 хв за денний та 30-60 хв у нічний періоди доби з візуальною корекцією отриманих даних. Аналізували основні показники ДМАТ: ССАТд; ССАТн; СДАТд; СДАТн; ССАТдоб; СДАТдоб; СДТд; СДТн; СДТдоб; ІНТ; S↑АТ. Для вивчення стану водно-сольового обміну визначали у обстежених центральний венозний тиск (ЦВТ) інвазивним методом за методикою Вальдмана, концентрацію іонів Na⁺ та K⁺ у сироватці крові та в добовій сечі з використанням іонселективних електродів на апараті «SINO- 005» (КНР). Крім цього розраховували сечову екскрецію іонів натрію та калію.

Дослідження проводилось згідно з основними біоетичними вимогами, фундаментальними вказівками до проведення клінічних досліджень (Fundamental Tuidelines for Clinical Research); ICH GCP1996, а також Гельсінської Декларації (Declaration of Helsinki, 2004), Об'єднаної Європейської директиви (EU Directive) 2001/20/EC; та (EU Directive) 2005/28/EC.

Для статистичного аналізу отриманих результатів використовували пакет програм обробки даних загального призначення Statistica for Windows версії 7.0 (Soft inc., США). Статистичну різницю оцінювали за допомогою парного та звичайного t-критеріїв Стьюдента для зв'язаних та незалежних даних. При p < 0,05 різницю вважали статистично вірогідною.

Обговорення результатів дослідження. За клінічною характеристикою хворі на ЕГ II-III ст. з ефективною та швидкою нормалізацією АТ (14 (25%)) з незначним зростанням маси тіла та ІМТ від 25 до 35 кг/м²; з переважаючим циркадіанним ритмом АТ – «Dipper»(10) і «Non-dipper» – (4) з ЦВТ в нормі або з незначним підвищенням від норми (60 – 140 мм H₂O).

Депо іншої клінічної характеристики хворі з нестійкою динамікою нормалізації АТ (42) у яких ІМТ становив 37,2 ± 2,8 кг/м², за добовим індексом структури АТ – це переважно – «Non-dipper» та частина (5) – «Night picker» з високим рівнем ЦВТ (131, 8± 2, 2 мм H₂O).

3
та па
5
ДМА
вдпрі
за ст
стов
му у
ДІ П
вели
ного
від і
хвор
АГ-с
важк
за до
сою
Д
міну
3
ція і
конт
фіції
II гр
3
у XI
за кс
ного
прит
мія,
ному
цих;
з вкл
не о
вано

I
обс
I гр.
n=1
II гр.
n=4
Кон
n= 1
*
ній д

I
обс
I гр.
n=1
II гр.
n=4
Кон
n= 1
*
*

За даними ДМАТ середні рівні АТ за активний та пасивний періоди доби представлені в табл. 1.

Як видно з представлених даних показники ДМАТ у хворих на ЕГ II-III ст. хоча і вірогідно не відрізняються між собою за середніми величинами за систолічним рівнем, зате за діастолічним – достовірно відмінні. Структура циркадіанного ритму у них достовірно відмінна: ДІ Ігр – 13,2±1,0; ДІ ІІгр – 8,2±1,3 (p<0,05). Крім цього усереднена величина середнього за добу середньодинамічного тиску теж достовірно відмінна не тільки від контрольних даних, але й між I та II групами хворих (p<0,05). Отже, хворі II групи з нестійким АГ-ефектом від традиційної фармакотерапії переважно «Non- dipper», з високим рівнем середнього за добу середньодинамічного АТ, з надмірною масою тіла та підвищеним рівнем ЦВТ.

Дані вивчення показників водно-сольового обміну у групах обстежених представлені у табл. 2.

З аналізу даних таб. 2 сироваткова концентрація іонів (Na⁺ та K⁺) у хворих не відрізнялась від контрольної величини. Na⁺/K⁺ сироватковий коефіцієнт вказує на відносну гіпернатріємію у хворих II групи.

Зате сечова концентрація та екскреція Na⁺ у хворих II групи суттєво (достовірно) нижча за контрольні та I групи дані. Отже, за даними іонного складу сироватки крові та сечі хворим II групи притаманні відносна гіпокаліємія та гіпернатріємія, з можливою затримкою рідини в позаклітинному просторі. Беручи до уваги, що у лікуванні цих хворих застосовували комбіновану АГ-терапію з включенням сечогінних засобів, бажаного ефекту не отримано, ймовірно за недостатньо контрольованої їх дози. Відомо, що нирки своїми складними

механізмами регуляції сталості водно-сольового обміну, чітко реагують на пресорні коливання у приносячій та виносячій артеріолах та у клубочках капілярів нефронів. Одним з основних фізіологічних регуляторів співвідношення об'єму позаклітинної рідини до тиску є механізм «тиск – натрійурез» або «пресорний натрійурез» [1; 5].

Маючи високо достовірні дані середнього за добу середньодинамічного тиску (переважно у артеріолярній системі в т. ч. в капілярах клубочків нефронів) за даними ДМАТ та величину екскреції основних іонів – Na⁺ та K⁺ у добовій сечі, логічним є визначення цього співвідношення у групах хворих та контролю за, так званім, коефіцієнтом пресорного натрійурезу (КПН).

Дані розрахунків КПН представлені у таблиці 3.

З представлених даних видно, що не зважаючи на високий рівень СДТдоб. у хворих II групи добова секреція натрію з сечею достовірно нижча у порівнянні із хворими I групи та, особливо, з контрольною нормотензивною групою.

Беручи до уваги, що хворі I та II групи у АГ-лікуванні використовували в основному препарати I лінії в т. ч. і діуретики у фіксованих дозах та за корекцією лікаря, відповідної нормалізації АТ не спостерігалось у хворих II групи. Отже, у хворих на ЕГ II-III ст. значна частина (75%) має «об'ємзалежний» варіант артеріальної гіпертензії, що зобов'язує лікаря чіткіше корегувати дозу діуретичних засобів, здатних відновити порушене співвідношення іонів натрію та рідини до системного АТ.

На значному контингенті хворих встановлено, що нормалізація фізіологічного механізму «тиск-

Таблиця 1

Групи обстежених	ССАТ ден. мм рт.ст.	ССАТ ніч. мм рт.ст.	ССАТ доб. мм рт.ст.	СДАТ ден. мм рт.ст.	СДАТ ніч. мм рт.ст.	СДАТ доб. мм рт.ст.	СДТ доб. мм рт.ст.
I гр. n=14	144±2,4	124±2,0	138±1,8	93±1,6	80±1,4	88±1,4	107±1,4
II гр. n=42	149±2,6	138±2,1	143±2,0	99±1,4*	91±1,2*	96±1,3*	115±1,3*
Контроль n=18	126±1,6	110±1,3	120±1,1	72±1,0	62±0,9	69±1,0	83±1,0

* – величини, достовірно відмінні між I та II групами (p<0,05) ССАТ – середній систолічний АТ; СДАТ – середній діастолічний АТ; СДТ – середній гемодинамічний АТ.

Таблиця 2

Групи обстежених	Na ⁺ сир. ммоль/л	K ⁺ сир. ммоль/л	Na ⁺ /K ⁺ сир.	CNa ⁺ сечі ммоль/л	СК ⁺ сечі ммоль/л	ENa ⁺ доб.сечі ммоль	EK ⁺ доб.сечі ммоль	ENa ⁺ /K ⁺ доб.сечі
I гр. n=14	144±1,8	4,2±0,3	34,3±0,4*	138±4,2	48±3,1	162±6,2	53±4,3	3,0±0,3
II гр. n=42	145±1,9	4,0±0,2	36,2±0,5**	130±3,9	46±2,8	158±5,8*	52±4,6	3,1±0,5
Контроль n=18	142±1,4	4,4±0,2	32,3±0,3	141±3,8	46±2,3	178±4,9	51±2,5	3,5±0,4

* – величини, що достовірно відрізняються від контрольних (p<0,05);

** – величини, що достовірно відрізняються між I та II групами (p<0,05).

Таблиця 3

Групи обстежених	СДТдоб. (ДМАТ) мм рт. ст.	ENa ⁺ доб. ммоль	КПН
I гр.	107±1,4*	162±6,2	1,56±0,14*
II гр.	115±1,3**	158±5,8*	1,36±0,16**
Контроль	83±1,0	178±4,9	2,10±0,12

* – величини, що достовірно відрізняються від контрольних ($p < 0,05$);

** – величини, що достовірно відрізняються між I та II групами ($p < 0,05$).

натрійурез» може бути контрольована за величиною КПН – 1,5– 2,0.

Надмірне дозування діуретиків в комбінованому АГ – лікуванні, за умови тривалого їх використання за даними доказової медицини веде до виникнення не бажаних побічних коморбідних станів, а саме (цукрового діабету, гіперурикемії, сечового діатезу, порушення ритму, провідності серця, медикаментозної тахікардії, гіпокаліємії, тромбозитопенії та ін.).

Отже, застосування простого клінічного тесту з розрахуванням КПН дозволяє оптимізувати та динамічно контролювати дози салуретичних та діуретичних засобів у АГ-лікуванні хворих на ЕГ II – III ст. Використання оптимальної дози діуретика дозволить не тільки контролювати ефективність АГ-лікування, але й уникнути або зменшити не бажані побічні явища чи коморбідні стани, зазначені вище [10].

Перспективою подальших досліджень є порівняльна оцінка ефективності тiazидних та тiazидоподібних діуретиків у комбінованому АГ-лікуванні та їх вплив на водно-сольовий обмін.

Висновки.

1. За клінічною характеристикою більша частина хворих (3/4) на ЕГ II – III стадії з II – III ступенем зростання АТ за циркадіанною структурою ритму АТ – ND та NP, високим індексом маси тіла ($>30 \text{ кг/м}^2$), об'ємзалежним варіантом перебігу, відносною резистентністю до АГ-лікування.

2. У хворих II групи знижена ефективність фізіологічного механізму «тиск – натрійурез», що може сприяти посиленню резистентності до АГ лікування і, як наслідок, зобов'язує підвищити дози діуретиків з можливим їх передозуванням.

3. Контролем оптимальної дози діуретичних засобів у комбінованому лікуванні (частіше гідрохлортiazид) є розрахунок коефіцієнта пресорного натійурезу за даними співвідношення добової екскреції Na⁺ до середньодобового середнього гемодинамічного артеріального тиску.

4. КПН 1,5 до 2,0 вказує на оптимальне дозування діуретичних засобів у комплексному лікуванні хворих на ЕГ II – III ст., дозволяє попередити їх передозування та уникнути ускладнень пов'язаних з ним.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Бобров В.А. Место диуретиков в лечении артериальной гипертензии: пора расставить приоритеты / В. А. Бобров, Е. В. Боброва, Н. А. Перепельченко [и др.] // Укр. мед. часопис. – 2011. – № 5(85). – С. 65–68.
2. Кириченко А.А. Тiazидные диуретики: артериальная гипертензия, остеопороз, мочекаменная болезнь / А. А. Кириченко // Фарматека. – 2005. – № 11. – С. 58–62.
3. Коваленко В. М. Настанова з кардіології / В. М. Коваленко // «Моріон» Київ. – 2009. – 1368 с.
4. Крутиков Е. С. Сравнительная оценка эффективности различных комбинаций антигипертензивных препаратов у больных с эссенциальной артериальной гипертензией / Е. С. Крутиков, С.И. Чистякова, А.В. Филиппов, Ф.В. Горбатик // Укр. ж. клін. та лаб. мед. – 2013. – № 1. – С. 102–106.
5. Кушаковский М.С. Гипертоническая болезнь (Эссенциальная гипертензия) Причины, механизмы, клиника, лечение / М. С. Кушаковский // Санкт-Петербург: «Сотис». 1995. – 309 с.
6. Матюха Л.Ф. Застосування діуретиків у пацієнтів із артеріальною гіпертензією: перспективи й обмеження / Л.Ф. Матюха // Укр. мед. часопис. – 2016. – № 2 (112). – С. 33–36.
7. Остроумова О. Д. Диуретики в лечении артериальной гипертонии: фокус на индапамид пролонгированного действия / О. Д. Остроумова, В. А. Дудаев // Справочник поликлинического врача. – 2010. – № 10. – С. 37–40.
8. Свіщенко Е. П. Виявлення та лікування артеріальної гіпертензії в Україні: реальність та перспективи / Е. П. Свіщенко // Укр. кардіол. ж. – 2010. – С. 13–15.
9. Сидорова Л. Л. Лечение больных с артериальной гипертензией: мелодия на два голоса / Л. Л. Сидорова // Therapia. – 2013. – № 9. – С. 16–19.
10. Патент на корисну модель №108985. Спосіб лікування хворих на есенційну гіпертензію / І.А. Плеш, Л.П. Сидорчук // Бюл. № 15 від 10.08.2016.
11. Association between chlorthalidone treatment of systolic hypertension and long-term survival / J.B. Kostis, J. Cabrera, J.Q. Cheng [et al.] // JAMA. – 2011. – Vol. 21, № 306 (23). – P. 2588-2593.
12. Bangalore S. et al. Blood Pressure Targets in Subjects With Type 2 Diabetes Mellitus/Impaired Fasting Glucose // Circulation. – 2011. – 123. – P. 2799-2810.
13. Resistant Hypertension: Diagnosis, Evaluation, and Treatment. A Scientific Statement From the American Heart Association Professional Education Committee of the Council for High Blood Pressure Research // Hypertension. – 2008. – 51. – P. 1403-1419.

А
стовг
хребі
шийн
хребі
різни
А
поро
щис
позв
расц
В за
симп
С
pers
ber
o
drom
of ve
in the
:
тулу
33-
пом
дин
кри
різн
пері
у ве
апа
стр
м'я
мал
суп
хре
хре
кілі
сто
хре
дол
кіф
Ма
вир
лог
кор
ше
тиг
нує
по
стр