

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ  
АДМІНІСТРАЦІЇ  
ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ «АСОЦІАЦІЯ ТЕРАПЕВТІВ БУКОВИНИ»**



**Науково-практична конференція з міжнародною участю**

**«АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ КОМОРБІДНОСТІ У  
КЛІНІЦІ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ»**

**присвячена 100-річчю від Дня народження  
професора Самсон Олени Іларіонівни**

**15-16 квітня 2021 року**

**м. Чернівці**

## ОПТИМІЗАЦІЯ ДОЗИ ДІУРЕТИКІВ У АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ЕСЕНЦІЙНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ II СТАДІЇ ПОЄДНАНУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ II ТИПУ

*Плеш І.А.*

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, pian@meta.ua

**Актуальність проблеми.** Основним завданням лікування хворих на есенційну гіпертензію (ЕГ) II стадії є зниження рівнів систолічного та діастолічного артеріального тиску (АТ). Нормалізація АТ – не кінцева мета лікування таких хворих. Важливо патогенетично обґрунтувати застосування окремих груп антигіпертензивних засобів, особливо коли ЕГ поєднується з найважливішими факторами ризику прогресування хвороби – метаболічним синдромом, цукровим діабетом (ЦД), хронічною хворобою нирок, ішемічною хворобою серця, гіперурикемією, подагрою та ін. Зважаючи на те, що побічною дією тiazидових діуретиків – основних препаратів I лінії при тривалому лікуванні, є діабетогенний ефект, гіперурикемія, порушення ритму, провідності серця та ін. необхідно обґрунтувати їх мінімальну клінічно ефективну дозу.

Отже, **метою** нашого дослідження стала оптимізація дози представників діуретиків у комбінованому антигіпертензивному лікуванні хворих на ЕГ II стадії з II-III ступенем зростання АТ, поєднану з цукровим діабетом II типу.

**Матеріал і методи дослідження.** Нами комплексно обстежені 28 хворих на ЕГ II стадії (за класифікацією ВООЗ, 2013), поєднану з цукровим діабетом II типу. Середній вік обстежених –  $56,8 \pm 2,12$  років. Середній рівень глікемії натще при поступленні становив  $7,1 \pm 0,22$  (ммоль/л). Тривалість ЕГ  $8,2 \pm 1,56$  років, ЦД –  $4,4 \pm 0,68$  років. Усім обстеженим за час спостереження (2 тижні) 2 рази проведено вивчення циркадіанної структури АТ з використанням добового моніторування (ДМАТ) на апаратному комплексі «Solvaig» (Україна). У добовій сечі обстежених визначили рівень натрійурезу з використанням іонселективних електродів на апараті SINO-005 (ННЛ БДМУ).

**Результати.** За даними ДМАТ серед 28 хворих виявлено переважно добовий ритм АТ «не діперів» з добовим індексом нижчим за 10 %, (Dipper (D) – 5 (17,9%); Non dipper (ND) – 12 (42,8%); Night picker (NP) - 11 (39,3%)). Крім цього, за даними добового середньо динамічного рівня АТ (СДТ) виявлено його найвищий рівень у хворих «не діперів» у порівнянні з групою «D». СДТ достатньо точно відтворює пресорну системну дію на нирковий кровоплин впродовж доби. Згідно фізіологічного механізму «тиск - натрійурез» можлива оцінка ефективності його за співвідношенням добової екскреції іонів натрію до рівня середньодобового СДТ, за так званим коефіцієнтом пресорного натрійурезу (КПН). Отримані дані КПН у відповідних групах хворих вказують на зниження ефективності прямого впливу системного АТ (СДТ) на рівень добового натрійурезу, особливо у хворих з низьким добовим індексом (ND та NP) відповідно  $1,38 \pm 0,11$ ;  $1,25 \pm 0,14$  у порівнянні з D  $1,45 \pm 0,12$ . За результатами нашої планової НДР (2015-2020 рр.) у нормотензивних обстежених, переважна більшість яких є «Dipper» (82%) КПН становив 1,6-1,8 ( $1,72 \pm 0,12$ ).

Отже, з метою покращення ефективності цього механізму необхідно оптимізувати дози салуретичних (діуретичних) препаратів у комбінованому антигіпертензивному лікуванні, частіше гіпотіазид з інгібітором АПФ або БРА II. Повторна (через 2 тижні) оцінка ефективності механізму «пресорного натрійурезу» у 12 тематичних хворих (42%) виявила зростання КПН до 1,5-1,6, що вказувало на адекватний натрійурез у співвідношенні до корегованого системного АТ (СДТ становив у них ND-  $100,25 \pm 1,82$ ; NP-  $101,08 \pm 1,36$ ; D-  $98,21 \pm 1,03$  (мм.рт.ст)). У більшій частини хворих (16) необхідно збільшити дозу гіпотіазиду на 12,5-25 мг для досягнення рівня КПН до 1,5-1,6. При цьому, необхідно повторно контролювати глікемію та рівень сечової кислоти, здійснювати ЕКГ контроль. При дозі гіпотіазду більше 50 мг/добу в комбінованому тривалому застосуванні з ІАПФ або БРА II можна рекомендувати тематичним хворим поєднання вказаних груп препаратів з тіазидоподібними метаболічно нейтральними діуретиками (індапамід).

**Висновки:** 1. Поєднаний перебіг ЕГ II стадії та ЦД II типу у хворих вимагає призначення оптимальної (індивідуальної) дози тіазидового діуретикау комбінованому АГ- лікуванні.

2. Використання у цих хворих клінічного тесту «пресорного натрійурезу» з розрахунком КПН дозволяє оптимізувати та персоналізувати дозу діуретика, підвищити ефективність цього механізму, уповільнити прогресування коморбідної патології, не допускати передозування діуретиків та пов'язаних з ними важких ускладнень.