

УДК:616.12-008.331.1-08:616.225.2

НЕКОТОРЫЕ ДАННЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ И ГИПЕРТОНИЧЕСКИМИ КРИЗАМИ

В.П. Вдовиченко, А.О. Олейник, Т.А. Коршак, А.А. Минец,
Д. С. Жуковский, П.А. Заяц

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Артериальная гипертензия является наиболее распространённой в мире сердечно-сосудистой патологией, лечение которой необходимо проводить длительное время, а в ряде случаев и пожизненно. Гипертензивные кризы (ГК) утяжеляют течение АГ и являются свидетельством или недостаточной эффективностью антигипертензивного лечения или же полного отсутствия этого лечения. Ретроспективному анализу подвергнуты амбулаторные карты 182 больных с гипертензивными расстройствами, имеющих в анамнезе один и более ГК, получавших антигипертензивное лечение в Щучинской ЦРБ в 1998 -2004 гг. Целью настоящего исследования было проследить возможные закономерности между клиническим диагнозом и медикаментозной терапией, с одной стороны, и возникновением ГК, с другой стороны. Обнаружено, что диагноз НЦД, в целом, препятствовал своевременному назначению антигипертензивного лечения и возникновению гипертензивных кризов. Перечень лекарственных средств, применяемых при гипертензии, относительно невелик. Выявлена тенденция к занижению дозировок лекарственных средств.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, антигипертензивное лечение, гипертензивные кризы.

Arterial hypertension (AH) is a cardiovascular pathology most widespread in the world which needs long time treatment, and in some cases such treatment is conducted during all life of the patient. Hypertensive crises (HC) make worse current AH and are the proof of either insufficient efficacy of antihypertensive treatments or of complete absence of such who were treatment. Retrospective analysis of 182 case histories of hypertensive patients having in the anamnesis one and more HC treated in outpatient hospital was done. The goal of the present study was the investigation of the antihypertensive drugs used in outpatient treatment. The aim of the present research was to find probable relationship between the clinical diagnosis and drug therapy, on the one hand and the occurrence of HC, on the other hand. It has been revealed, that diagnosis NCD, in general, interfered with the duly administration of antihypertensive treatment and with the occurrence of hypertensive crises. The list of the drugs used for hypertension treatment is rather scarce. The tendency to minimize dosages of the drugs has been revealed.

Key words: arterial hypertension, antihypertensive treatment, hypertensive crises.

Введение

Широкая распространенность артериальной гипертензии (АГ), ее неблагоприятный прогноз определяют повышенный профессиональный интерес ко всем аспектам данного заболевания. Распространенность АГ среди населения, в среднем, составляет приблизительно 20%, увеличиваясь с возрастом, и среди людей в возрасте старше 65 лет составляет примерно половину населения. При АГ значительно возрастает риск сердечно-сосудистых осложнений, снижается средняя продолжительность жизни [1, 5, 6, 12]. Гипертензивные кризы (ГК) утяжеляют течение АГ и являются свидетельством отсутствия надлежащего эффекта от антигипертензивного лечения или же его отсутствия. Поэтому частота ГК может колебаться в широких пределах. По некоторым данным ГК, осложняют течение АГ в 5%, а по другим в 20%-30% случаев [2, 12, 13]. В развитых странах в течение последних 20 лет отмечают тенденцию уменьшения частоты развития кризовых состояний, что связано с повышением эффективности лекарственной терапии АГ. Так, по данным зарубежных авторов, количество гипертензивных кризов у людей, страдающих АГ, снизилось до 1% [13]. В странах СНГ проблема предотвращения ГК остаётся актуальной, что отражается в остающемся высоком коли-

честве осложнений ГК (инсультов, инфарктов миокарда и др.). Поэтому, несмотря на значительные достижения медицины в области кардиологии, проблема гипертензивных кризов остается актуальной и является одной из основных причин сердечно-сосудистых осложнений и снижения работоспособности населения. Цель настоящего исследования – проследить возможные закономерности между клиническим диагнозом и медикаментозной терапией, с одной стороны, и возникновением ГК, с другой стороны.

Материалы и методы исследования

Ретроспективному анализу подвергнуты амбулаторные карты 182 больных с АГ, имеющих в анамнезе один и более ГК. Больные наблюдались в Щучинской ЦРБ в 1998 -2004 гг. На основе анализа динамики клинического диагноза было выделено 4 группы. В I группу вошло 36 больных или 19.8% от всего числа больных с ГК (1998-2004 г.), во II группу – 68 пациентов или 37.4% от всего числа больных с ГК (1996-2004 г.), в III группу – 21 человек или 11.5% от всего числа больных с ГК (2001-2004 г.), в IV группу -57 человек или 31.3% от всего числа больных с ГК (1998-2004 г.). Больные мужского пола составили 69 человек, женского 113 человек. На момент первого отмеченного в амбулаторной карте ГК средний возраст больных

составил в I группе – 56 лет, во II группе – 47 лет, в III группе – 53 года, в IV группе – 46 лет.

В первую группу (I) вошли больные, которым первоначально был выставлен диагноз нейроциркуляторная дистония (НЦД), измененный впоследствии на диагноз АГ I. В дальнейшем диагноз у части больных с АГ I был изменен на АГ II. При этом у них проводилось лечение НЦД или АГ, соответственно.

Во вторую группу (II) вошли больные, которым был выставлен диагноз НЦД с назначением лечения, (несмотря на наличие ГК) именно НЦД.

В третью группу (III) вошли больные, которым с самого начала был выставлен диагноз АГ I или АГ II с соответствующим лечением пациентов.

В четвертую группу (IV) вошли больные, у которых первым проявлением АГ был ГК. Больные не получали постоянного антигипертензивного лечения.

Результаты и обсуждение

В I группе у 80% пациентов первоначально был выставлен диагноз НЦД по кардиальному типу. Они получали рекомендации по соблюдению режима, направленного на устранение этиологического фактора, большинству была назначена седативная фитотерапия, физиотерапия и (или) медикаментозная терапия. При изменении диагноза НЦД на диагноз АГ I, в 87% случаев применялась антигипертензивная монотерапия, в 13% случаев использовалась комбинация из двух антигипертензивных препаратов. При АГ II в 3.6% случаев применялась монотерапия, в 64.3% случаев использовалась комбинация из двух препаратов, в 32.1% случаев комбинация из трех гипотензивных препаратов. Как правило, применялись стандартные сочетания антигипертензивных препаратов (например, диуретик + бета-адреноблокатор, диуретик + ингибитор АПФ, антагонист кальция + бета-адреноблокатор, антагонист кальция + ингибитор АПФ). Во II группе у 76.2% пациентов первоначально был выставлен диагноз НЦД по гипертоническому типу, которая в большинстве случаев протекала бессимптомно и была выявлена случайно. Гипотензивных препаратов в 91.4% случаев не назначалось, а лечение состояло из рекомендаций по модификации образа жизни, назначению седативных препаратов, диете. Больным III группы первоначально был выставлен диагноз АГ I с назначением гипотензивной терапии. При АГ I в 94.5% случаев применялась монотерапия, в 6.5% случаев комбинация из двух препаратов. При АГ II в 17% случаев применялась монотерапия, в 83% случаев комбинация из двух препаратов. Практически каждый четвертый больной (23.2%) принимал гипотензивные препараты нерегулярно. Перерыв в лечении составлял от 2 недель до 6 месяцев и более. Только лишь у 2.75% пациентов ГК возник, несмотря на регулярный прием гипотензивных препаратов. Около 27% пациентов применяли для лечения такие традиционные (известные на протяжении не одного десятилетия) и недорогие препараты, как адель-

фан, андипал, клофелин. Остальные же пациенты чаще всего использовали: ингибиторы АПФ – 37% (каптоприл, эналаприл), бета-адреноблокаторы – 21% (анаприлин (пропранолол), атенолол, метопролол), антагонисты кальция – 26% (нифедипин, верапамил, амлодипин) и мочегонные – 31% (индапамид, гипотиазид (гидрохлортиазид), фуросемид) – см. таблицу 1.

Таблица 1. Гипотензивные препараты в лечении пациентов с артериальной гипертензией

Препараты	Количество пациентов, принимавших препараты (в %)	Режим дозирования веществ*	Рекомендуемый режим дозирования [15-17]
Адельфан	15	1 таб. 2-3 р/д	S-1 таб. 1-3 р/д
Клонидин	12	0.15 мг 3 р/д	0.1-2.4 мг/д за 2-3 приёма
Бета-адрено-блокаторы:	21		
Анаприлин	4	40 мг 2 р/д	60-80 мг 3 р/д
Атенолол	7	50 мг 2 р/д	50-100 мг 1 р/д
Метопролол	10	50 мг 2 р/д	50-150 мг 1-2 р/д
Ингибиторы АПФ:	37		
Каптоприл	6	12.5-25 мг 2-3 р/д	25-150 мг 2-3 р/д
Эналаприл	9	5-10 мг 2 р/д	5-40 мг за 1-2 приёма
Энам	19	5-10 мг 2-3 р/д	То же
Берлиприл	3	5-10 мг 2 р/д	То же
Антагонисты кальция:	26		
Нифедипин	14	10 мг 3 р/д	30-120 мг 1 р/д**
Верапамил	3	40 мг 2-3 р/д	180-400 мг перед сном**
Амлодипин	9	5-10 мг 1 р/д	2.5-10 мг 1 р/д
Мочегонные:	31		
Фуросемид	3	40 мг 1 р/д	40-320 мг/д за 2 приёма
Индапамид	17	1.5-2.5 мг 1-2 р/д	1.25-5 мг 1 р/д
Гипотиазид	11	12.5 мг 1-2 р/д	12.5-50 мг 1 р/д

Примечания: * р/д – раз в день; таб. – таблетка. ** – только таблетки удлиненного (пролонгированного действия)

Из данных, приведенных в таблице, следует, что большинство гипотензивных средств используются в недостаточных дозах. Кроме того, антагонисты кальция (кроме амлодипина) применяются в виде короткодействующих препаратов, что не соответствует принятой международной практике. Результаты, полученные в ходе исследования, представленные в таблице, свидетельствуют о том, что лечение проводится препаратами четырех основных антигипертензивных групп: ингибиторами АПФ, бета-блокаторами, антагонистами кальция и диуретиками. Это соответствует тенденциям мировой и российской практики [7, 8, 10]. Однако некоторые, более новые представители ингибиторов АПФ, в-адреноблокаторов, антагонистов кальция не применяются. Например, совершенно отсутствуют препараты из группы ингибиторов ангиотензин II-рецепторов. Так, из ингибиторов АПФ в назначениях не отмечены лизиноприл, периндоприл, фозиноприл, хинаприл, трандолаприл. Фактическим лидером среди ингибиторов АПФ (и среди всех других антигипертензивных веществ), кроме группы I, является эналаприл, представленный тремя препаратами. Из группы бета-адреноблокаторов не отмечены в назначениях бисопролол, бетаксол, небивалол, карведилол и др. Позитивным

фактом является присутствие в назначениях амлодипина, однако другие новые дигидропиридины (например, фелодипин, исрадипин, никардипин и др.) в назначениях отсутствовали. Нифедипин, дигидропиридин I поколения, равно, как и недегидропиридиновый антагонист кальция верапамил, представлены исключительно в виде короткодействующих препаратов, не рекомендуемых в настоящее время для лечения АГ [9, 12, 14, 16]. В группе диуретиков по-прежнему присутствует петлевой диуретик фуросемид, хотя мировые стандарты лечения АГ требуют отдавать предпочтение тизидным диуретикам [12, 14, 16]. При этом гипотиазид (гидрохлортиазид) никогда не применялся в максимальной рекомендуемой дозе 50 мг в день. Сохраняется приверженность врачей к так называемым, «традиционным» (т.е. известным и популярным на протяжении нескольких десятилетий) антигипертензивным назначениям (клонидин, адельфан). Больные IV группы постоянного антигипертензивного лечения не получали. Для купирования кризов применялись таблетированные антигипертензивные препараты (клофелин, каптоприл, нифедипин, метопролол), парентеральное введение дибазола, фуросемида, назначались также препараты различных групп с угнетающим действием на ЦНС (диазепам, дроперидол, димедрол), противорвотные средства – метоклопрамид (церукал) и спазмолитики (но-шпа, папаверин). Наблюдается четкая корреляция между диагнозом «НЦД» или АГ, с одной стороны и ГК, с другой стороны. Наиболее благоприятная ситуация (т.е. минимум ГК) наблюдалось там, где а) сразу назначалось лечение именно АГ, а не НЦД; б) там, где лечение проводилось постоянно. Так, повторные ГК наблюдались у 76.9% больных I группы, II – 94.8%, III – 54.5%, IV – 95.7%. Таким образом, наименьшее число ГК – в группе III, где первоначально был выставлен диагноз АГ. Наибольшее же число кризов – в группах IV, где постоянное антигипертензивное лечение вообще не назначалось и группе II, где больные лечились, как больные с НЦД, несмотря на наличие ГК.

Выводы

1. Диагноз «НЦД» отрицательно влиял на лечение антигипертензивных расстройств, поскольку препятствовал назначению действительно эффективного антигипертензивного лечения. Поэтому в группе пациентов с диагнозом «НЦД по гипертоническому типу» (группа II) отмечался наиболее высокий процент ГК.

2. Отсутствие регулярного антигипертензивного лечения (группа IV) давало практически такой же высокий процент ГК, как в группе II (НЦД по гипертоническому типу). Таким образом, отсутствие постоянного назначения антигипертензивных средств по эффективности равнялось лечению НЦД.

3. Процент ГК у больных с первоначальным диагнозом «НЦД по гипертоническому типу» выше, чем у больных с первоначальным диагнозом «НЦД по кардиальному типу».

4. Среди медикаментозных назначений сохраняется тенденция к занижению доз препаратов и небольшой выбор веществ в каждом фармакологическом классе антигипертензивных веществ.

Литература

1. Брюханов А.Н., Лукьяненко П.Т., Петрова А.С. Школа гипертоника в поликлинике. Врач 1998. – № 10 – С. 19–20.
2. Верткин А.Л., Тополянский А.В. Неотложная помощь при гипертонических кризах. Неотложная терапия. – 2001. – т. 36-42. – С. 81-88.
3. Кукес В. Г. Клиническая фармакология. Москва: Издательство ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2004. – С. 219-312.
4. Леонова М. В., Белоусов Д. Ю. Первое российское фармакоэпидемиологическое исследование артериальной гипертонии. Кардиология. – 2003. – № 11. – С. 23-26.
5. Моисеев В. С., Кобалава Ж. Д. Артериальная гипертония у лиц старших возрастных групп. Монография. Москва: МИА, 2002. – 448 С.
6. Остроумова О. Д., Мамаев В. И., Нестерова М. В., Мартынов А. И. Артериальная гипертония у больных пожилого возраста (по материалам 17–20 конгрессов Европейского общества кардиологов). Кардиология. – 1999. – №5. – С. 81-82
7. Первый доклад экспертов Научного общества по изучению артериальной гипертонии Всероссийского общества кардиологов и Межведомственного совета по сердечно-сосудистым заболеваниям (ДАГ 1). Клиническая фармакология и терапия. – 2000. – №: 9. – С. 5-30
8. Сидоренко Б. А., Преображенский Д. В. Комбинированная терапия гипертонической болезни. Кардиология. – 1997. – № 2. – С. 84-89
9. Федеральное руководство для врачей по использованию лекарственных средств (формулярная система). Выпуск III /Под ред. А. Г. Чучалина, А. И. Вялкова, Ю. Б. Белоусова. – Москва: Эхо, 2002. – 936 С.
10. Шварц Ю. Г., Наумова Е. А. Амбулаторное лечение артериальной гипертонии. Мнения врачей, назначения и реальное потребление антигипертензивных препаратов. Клиническая фармакология и терапия. – 2000. – № 4. – С. 19-21.
11. Шварц Ю. Г., Наумова Е. А., Кабанова Л. А., Вешнева Т. И. Сравнительная характеристика лечения артериальной гипертонии в 1998-1999 годах на догоспитальном этапе: Актуальные проблемы кардиологии: Сб. науч. тр.: К 20-летию Саратовского НИИ кардиологии. – Саратов, 2000. – С. 158-161
12. Green G.B., Harris I.S., Lin G.A., Moylan K.C. The Washington Manual™ of Medical Therapeutics. 31st Ed., Lippincott Williams & Wilkins, 2004.
13. Kyngas H, Lahdenpera T. Compliance of patients with hypertension and associated factors. J. Adv. Nurs. 2005 – v. 29. – P. 832–839.
14. Moser M. Antihypertensive medications: relative efficacy and adverse reactions // J. Hypertens. – 1990. – Vol. 8 (Suppl 2). – S9-S16
15. Moser M. Clinical Management of Hypertension. 2nd ed., PCI, 1997. – 192 P.
16. Tarascon Pocket Pharmacopoeia. Loma Linda, CA: TP, 2006. – P.10-114.
17. The Seventh Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure // JAMA 2003 289:2560.

Resume

SOME DATA CONCERNING RELATIONSHIP BETWEEN TREATMENT OF THE PATIENTS WITH HYPERTENSIVE DISTURBANCES AND HYPERTENSIVE CRISES

V.P. Vdovichenko, A.O. Oleinik, T.A. Korshak, A.A. Minets, D.S. Zhukovsky, P.A. Zayats
Grodno State Medical University

Retrospective analysis of 182 case histories of hypertensive patients having in the anamnesis one and more hypertensive crises treated in outpatient hospital was done. The goal of the research was studying correlation between the clinical form of hypertensive disturbances diagnosed by the doctor with the subsequent adequate medication and the occurrence of hypertensive crises. It has been revealed, that diagnosis NCD, in general, interfered with duly administration of antihypertensive treatment and with the occurrence of hypertensive crises. The list of the drugs used for hypertension treatment, is rather scarce. The tendency to minimize dosages of the drugs has been revealed.

Поступила 23.03.07