

А.Е. Степанов, Н.В. Страхова
АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ
У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ХРОНИЧЕСКИМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ НА АМБУЛАТОРНО-
ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ УРОВНЕ

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России
каф. поликлинической терапии и общей врачебной практики

Резюме. Приведены результаты оценки эффективности лечения гипертонической болезни у пациентов с сопутствующими хроническими заболеваниями печени в амбулаторно-поликлинических условиях. Показано, что ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) занимают первое место по частоте назначения в поликлинике как у больных гипертонической болезнью с хроническими заболеваниями печени, так и при их отсутствии. Установлено, что больным с сопутствующей патологией печени наиболее целесообразно назначать ингибиторы АПФ, являющиеся активным лекарством и не требующим превращения в действующий метаболит в печени.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, неалкогольная жировая болезнь печени.

Актуальность. Гипертоническая болезнь (ГБ) является одним из наиболее часто встречаемых в практике участкового врача заболеваний сердечно-сосудистой системы. По данным российских исследований её частота в общей популяции достигает 40% [1]. При этом осведомлённость больных ГБ о наличии заболевания составляет 77,9%, из них принимают антигипертензивные препараты 59,4 %, а эффективно лечится 21,5% пациентов [2]. Длительное и стойкое повышение артериального давления (АД) приводит к развитию тяжёлых сердечно - сосудистых осложнений (инфаркт миокарда, инсульт, хроническая сердечная или почечная недостаточность) и обуславливает высокую смертность и инвалидизацию населения [3,4].

Для снижения АД при лечении ГБ используют 7 классов антигипертензивных препаратов: 1) диуретики, 2) бета-адреноблокаторы, 3) антагонисты кальция, 4) ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ингибиторы АПФ), 5) блокаторы ангиотензиновых рецепторов, 6) агонисты имидазолиновых рецепторов, 7) альфа-адреномиметики. Препараты первых пяти классов не имеют значительного преимущества друг перед другом в отношении снижения АД [5]. Тем не менее в некоторых клинических ситуациях определённые группы препаратов более эффективны, чем другие. Также встречаются ситуации, когда разные препараты, относящиеся к одному классу антигипертензивных средств, в силу особенностей своей фармакокинетики оказывают разное по эффективности влияние на АД у пациентов с сопутствующими заболеваниями [6].

Так, предполагается, что препараты группы ингибиторов АПФ, которые претерпевают превращение в активную форму в печени, оказываются в конечном итоге менее эффективными, чем те, которые не подвергаются метаболизму в печени, у пациентов с сопутствующими заболеваниями данного органа [7].

В структуре болезней печени наибольшую роль играют неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП), гепатиты различной этиологии. Реже встречаются синдромы, связанные с недостаточностью ферментов печеночных клеток (синдром Жильбера, синдром Криглера – Найяра, синдром Дабина - Джонсона). НАЖБП составляет около 70% всех заболеваний печени, однако истинная распространенность неизвестна, поскольку многие пациенты не обращаются за медицинской помощью или обращаются, но не по поводу заболеваний желудочно-кишечного тракта [8].

Цель исследования - провести сравнительный анализ медикаментозного лечения гипертонической болезни у пациентов с сопутствующими хроническими заболеваниями печени и без них в амбулаторно-поликлинических условиях.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе БУЗ ВО ВГП № 8 (филиал на улице 121 Стрелковой Дивизии, 16) в период с 21.06.2016 по 14.07.2016 в рамках дополнительного соглашения №6 от 01.03.2016 к договору №55 от 15.03.2012 между ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России и БУЗ ВО ВГП №8. Определялись и сравнивались препараты для лечения гипертонической болезни (ГБ) у 84 пациентов. Демографическая характеристика пациентов, участвовавших в исследовании: средний возраст составил – 57,1±3,44 лет, 34 (40,48%) пациента - мужчины, 50 (59,52%) пациентов – женщины. До начала лечения величины артериального давления распределялись следующим образом: АГ 1 степени – 25 (29,76%) пациентов, АГ 2 степени – 49 (58,34%) пациентов, АГ 3 степени – 10 (11,9%) пациентов. Среди всех пациентов у 37 человек (21 женщина и 17 мужчин) имеется сопутствующее хроническое заболевание печени. Структура заболеваний печени у данных пациентов выглядит следующим образом: 1 пациент (2,7%) – синдром Жильбера, 16 пациентов (43,24%) – хронические гепатиты различной этиологии, 20 пациентов (54,06%) с неалкогольной жировой болезнью печени.

Полученные результаты и их обсуждение. Из 84 пациентов, пришедших на консультацию амбулаторно, с целью контроля артериального давления 10 (11,9%) человек принимали клофелин, 11 (13,09%) человек принимали фелодипин в качестве монотерапии, 29 (34,52%) человек принимали рамазид Н (комбинированный препарат гидрохлортиазид + рамиприл), 16 (19,04%) человек принимали небилет (небиволол) и каптоприл, 18 (21,45%) человек принимали сочетание небиволола и эналаприла (рис. 1).

Из 37 человек, имеющих сопутствующие заболевания печени, 19 (52,74%) пациентов принимали сочетание небиволола и эналаприла, 7 (18,92%) человек принимали сочетание небиволола и каптоприла, 11 (28,34%) пациентов принимали рамазид Н (рис. 2). Таким образом, наиболее часто назначаемые антигипертензивные препараты не отличались у больных ГБ с наличием и отсутствием сопутствующих поражений печени: на первом месте оказались ингибиторы АПФ, на втором – бета-адреноблокаторы, на третьем – диуретики.



Рис. 1. Частота использования (по количеству случаев назначения препаратов в качестве монотерапии или в составе комплексной терапии) антигипертензивных препаратов различных классов у пациентов с ГБ без сопутствующих хронических заболеваний печени

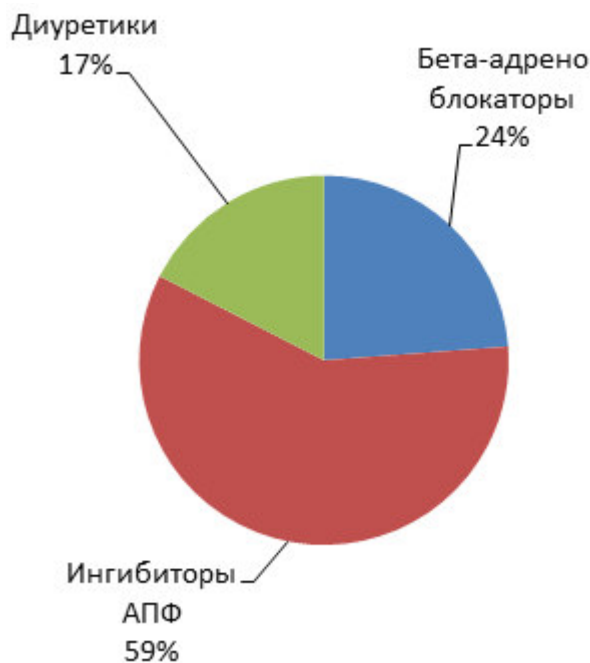


Рис. 2. Частота использования (по количеству случаев назначения препаратов для монотерапии или в составе комплексной терапии) антигипертензивных препаратов различных классов у пациентов с ГБ и сопутствующими хроническими заболеваниями печени.

Причем известно, что пациенты с хроническими заболеваниями печени, принимающие в настоящее время небиволол и эналаприл, ранее принимали только эналаприл, который оказался малоэффективным. Аналогично пациенты, принимающие рамазид Н, в состав которого входит рамиприл, заметили, что не удавалось достичь целевого уровня АД менее 140/90 мм рт. ст. В то же время пациенты с хроническими заболеваниями печени, принимавшие сочетание небиволола и каптоприла, отмечали, что данное сочетание препаратов они используют длительно, с сохраняющимся положительным влиянием на уровень АД (удалось достигнуть целевого уровня АД менее

140/90 мм рт. ст.). При этом пациенты в данной группе также заметили, что каптоприл они принимают нерегулярно.

Наблюдаемые результаты можно объяснить тем, что эналаприл и рамиприл имеют с каптоприлом существенные различия в своей фармакокинетике. Каптоприл при попадании в печень метаболизируется с образованием неактивных дисульфидного димера каптоприла и каптоприл-цистеиндисульфида. Эналаприл и рамиприл в печени превращаются в свои метаболиты (эналаприлат и рамиприлат, соответственно), которые являются более активными ингибиторами АПФ. Таким образом, пациентам с АГ и сопутствующими хроническими заболеваниями печени, целесообразнее назначать ингибиторы АПФ, которые являются активными лекарствами и не требуют превращения в активный метаболит в печени.

Выводы. Наиболее часто на амбулаторно-поликлиническом уровне в состав терапии ГБ у пациентов с хроническими заболеваниями печени входят препараты из группы ингибиторов АПФ. Антигипертензивная эффективность у больных с хронической патологией печени выше у ингибиторов АПФ, которые не нуждаются в преобразовании в активную форму в печени [4,5,6], поэтому их назначение более целесообразно у амбулаторных пациентов.

Литература.

1. Котова Ю.А. Оценка качества жизни у пациентов с дислипидемиями / Ю.А. Котова, А.А. Зуйкова, А.Н. Пашков // Символ науки. – 2015. – №7-2. – С. 142-145.
2. Боярский А. А. Современные подходы к лечению гипертонической болезни / А.А. Боярский // Успехи современного естествознания. – 2014. – №6. – с.
3. Селивёрстов П. В. Неалкогольная жировая болезнь печени: от теории к практике / П.В. Селивёрстов // Архив внутренней медицины. – 2015. – №1. – с.
4. Изучение генетической обусловленности артериальной гипертонии, как фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний / Н.В. Орлова [и др.] // Медицинский альманах.-2011.-№3. – С.81-84.
5. Чукаева И.И. Что такое приверженность к лечению и что можно сделать для ее улучшения (на примере артериальной гипертонии) / И.И. Чукаева // Лечебное дело. – 2012. - №2. – С. 21-27.
6. Красноруцкая О.Н. Типы ремоделирования левого желудочка сердца у больных с гипертонической болезнью на амбулаторно-поликлиническом приеме: связь с полом, возрастом и метаболическими нарушениями / О.Н. Красноруцкая, И.С. Добрынина, У.С. Труфанова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2015. - Т. 14, № S2. - С. 59.
7. Чукаева И.И. Новые факторы риска ишемической болезни сердца у женщин / И.И. Чукаева, М.В. Клепикова, Н.В. Орлова // Лечебное дело. – 2011. – №2. - С.18-22.
8. Чукаева И.И. Комплаентность и возможности полнодозовых комбинированных гипотензивных препаратов / И.И. Чукаева // Артериальная гипертония. – 2012. - Т.18, № 1. – С. 46-52.

Abstract

A.E. Stepanov, N.V. Strakhova

ANALYSIS OF THE TREATMENT OF HYPERTENSION IN PATIENTS WITH CONCOMITANT CHRONIC LIVER DISEASE IN OUTPATIENT LEVEL

Voronezh State Medical University

Department of polyclinic therapy and general practice

In the article the results of evaluating the effectiveness of treatment of hypertension in patients with concomitant chronic liver disease in outpatient conditions are presented. It has been shown that angiotensin-converting enzyme (ACE) took first place in the frequency of administrations in the clinic in hypertensive patients with and without chronic liver disease. It was found that in patients with

concomitant chronic liver disease ACE inhibitors, which are active drugs and do not require the conversion of the acting metabolites in the liver, are most expedient to be prescribed.

Keywords: essential hypertension, angiotensin-converting-enzyme inhibitors, non-alcoholic fatty liver disease

References.

1. Kotova Y.A., Zuikova A.A., Pashkov A.N. Quality of life in patients with dyslipidemia // Symbol Science. 2015. №7-2.
2. Boyarsky A. Current approaches to the treatment of essential hypertension // Successes of modern science. 2014. №6.
3. Selivyorstov P.V. Nonalcoholic fatty liver disease: from theory to practice // Arhiv Internal Medicine. 2015. №1.
4. The study of genetic conditions of hypertension as a risk factor for cardiovascular disease / N.V. Orlova [et al.] // Medical almanah.-2011.-№3. - Str.81-84.
5. Chukaeva I.I. What to therapy and what we can do / I.I. Chukaeva // Lechebnoe delo. – 2012. - №2. – P. 21-27.
6. Krasnorutskaya O.N. Types remodeling of the left ventricle in patients with hypertension at the outpatient reception: correlation with gender, age and metabolic disorders / O.N. Krasnorutskaya, I.S. Dobrynina, U.S. Trufanova // Cardiovascular therapy and prevention. - 2015. - T. 14, № S2. - S. 59.
7. Chukaeva I.I. New risk factors of ischemic heart disease by women/ I.I. Chukaeva, M.V. Clepikova, N.V. // Lechebnoe delo. – 2011. – №2. - С.18-22.
8. Chukaeva I.I. Compliance and possible polnodozovyh combined antihypertensive drugs / Arterial gipertoniya.-2012.- t.18, № 1 - pp 46-52.

Сведения об авторах: Степанов Александр Евгеньевич – студент 6 курса лечебного факультета ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России; Страхова Наталия Викторовна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры поликлинической терапии и общей врачебной практики ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России tinka8@mail.ru.