

Опыт лечения артериальной гипертонии в амбулаторных условиях: клинический случай

А.Н.Агафонов¹, Н.Ю.Хозяинова², О.В.Петрущенко¹

¹ОГБУЗ Поликлиника №4, Смоленск

²ГБОУ ВПО Смоленская государственная медицинская академия Минздрава России

Резюме

Представлен клинический случай лечения артериальной гипертонии II стадии, 2-й степени, риска 3 (высокого) у пациентки 54 лет в амбулаторных условиях. Для антигипертензивной терапии была выбрана фиксированная комбинация хинаприл 20 мг + гидрохлоротиазид 12,5 мг (Аккузид) 1 раз в сутки. Назначенная терапия позволила добиться решения нескольких актуальных задач: достичь целевого артериального давления (АД) в течение всего 2 нед; поддерживать АД на целевом уровне на протяжении всего периода наблюдения (24 нед); добиться регресса гипертрофии миокарда левого желудочка. Эффективность назначенной терапии послужила основной причиной высокой compliance пациентки лечению.

Ключевые слова: артериальная гипертония, комбинированная терапия, хинаприл, гидрохлоротиазид.

Experience of treating hypertension in an outpatient setting: a clinical case

AN Agafonov, NYu. Khozyainova, OV Petruschenkova

Summary

Presents a case of treating hypertension stage II, 2nd degree, risk 3 (high) in a patient of 54 years on an outpatient basis. For antihypertensive therapy was chosen fixed combination of quinapril 20 mg + hydrochlorothiazide 12.5 mg (Akkuzid) 1 times a day. Assigned therapy has several solutions to achieve the urgent tasks: to reach target blood pressure (BP) during the entire two weeks, to maintain the target blood pressure level throughout the observation period (24 weeks) to achieve regression of left ventricular hypertrophy. Effectiveness of prescribed therapy served as the main reason for high patient compliance of treatment.

Key words: hypertension, combination therapy, quinapril, hydrochlorothiazide.

Сведения об авторе

Агафонов Андрей Николаевич – врач-терапевт участковый ОГБУЗ Поликлиника №4

Хозяинова Наталья Юрьевна – д-р мед. наук, проф. ГБОУ ВПО СГМА

Петрущенко Оксана Викторовна – врач ультразвуковой диагностики ОГБУЗ Поликлиника №4

Нами будет рассмотрен клинический случай лечения АГ у пациентки С. препаратом Аккузид в амбулаторных условиях.

1. При обращении за медицинской помощью пациентка предъявляла жалобы на шум в голове, головные боли, мелькание «мушек» перед глазами, неприятные

ощущения в области сердца, слабость, снижение работоспособности.

2. Некорректируемые факторы риска у пациентки: возраст 54 года, пребывание в постменопаузальном периоде, генетическая предрасположенность – мать страдала АГ примерно с 50 лет. Из корректируемых факторов рис-

Рис. 1. ЭКГ пациентки С. в начале исследования.

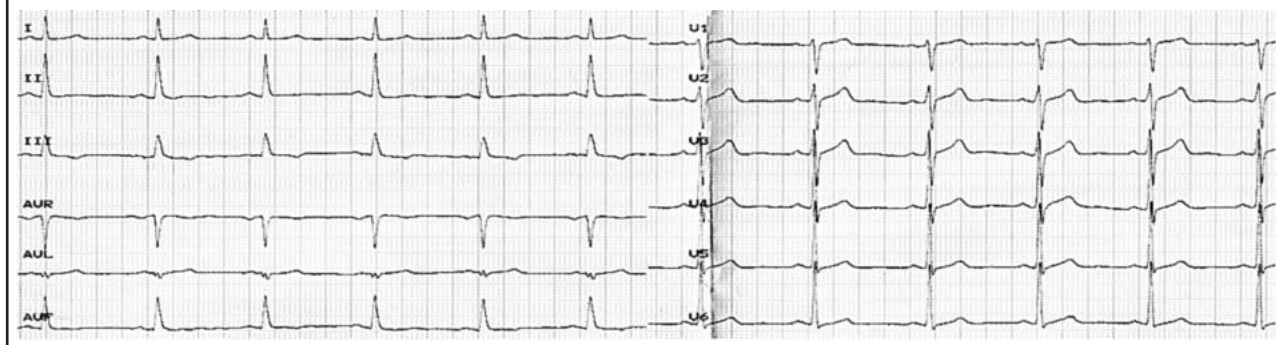
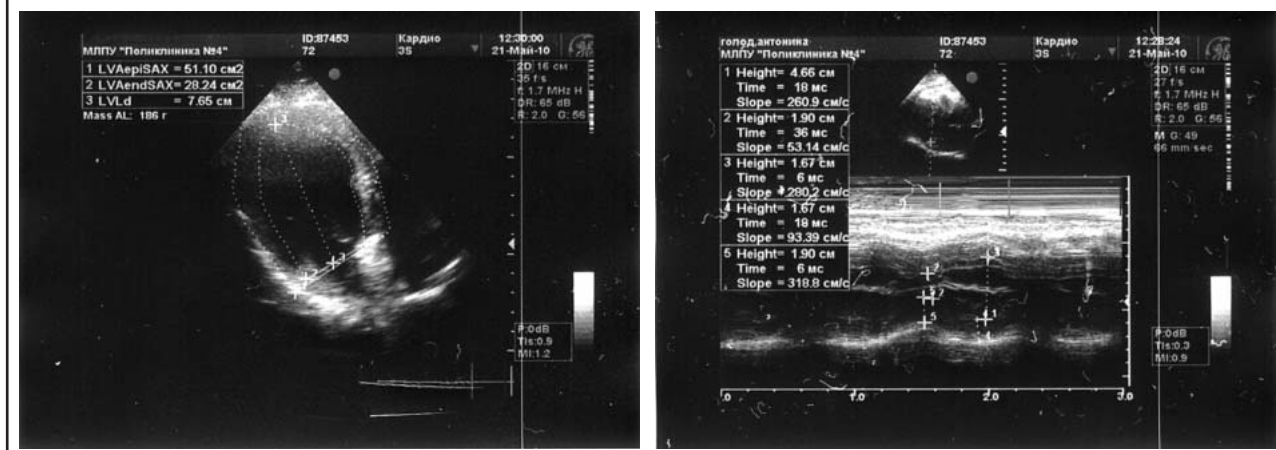


Рис. 2. ЭхоКГ пациентки С. в начале исследования.



ка отмечались: малоподвижный образ жизни, избыточное употребление поваренной соли, храп.

История развития заболевания: повышение АД большая впервые стала отмечать 6 лет назад после развития менопаузы. Жалобы кардиального, церебрального и общего характера отмечала эпизодически при повышении АД до 160/90–170/100 мм рт. ст., обычно происходящем после выраженных психоэмоциональных и физических нагрузок. Медикаментозную терапию пациентка назначала себе самостоятельно, по советам знакомых и работников аптеки. Использовала атенолол, адельфан, но-шпу. Лекарства принимались пациенткой кратковременно, только при ухудшении самочувствия.

3. Данные физикального обследования: рост – 1,67 м, масса тела – 98 кг, индекс массы тела – 35,25 кг/м², окружность талии – 91 см, АД на правой руке – 168/100 мм рт. ст., АД на левой руке – 164/98 мм рт. ст., частота сердечных сокращений (ЧСС) – 70 уд/мин.

Кожные покровы телесного цвета, обычной влажности, периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное. Хрипов нет. Перкуторный звук легочный. Левая граница относительной тупости сердца в V межреберье на 1 см снаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Акцент второго тона над аортой. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

4. При проведении лабораторных методов исследования: общий анализ крови и общий анализ мочи без патологических изменений.

Биохимический анализ крови: общий холестерин (ОХС) – 6,09 ммоль/л, триглицериды – 1,82 ммоль/л, липопротеиды низкой плотности (ЛПНП) – 3,97 ммоль/л, липопротеиды высокой плотности (ЛПВП) – 1,54 ммоль/л, глюкоза – 5,05 ммоль/л, креатинин –

103,68 мкмоль/л, мочевая кислота – 236,64 мкмоль/л; глюкоза плазмы через 2 ч после приема 75 г глюкозы – 6,80 ммоль/ч.

Электрокардиограмма (ЭКГ). Синусовый ритм. ЧСС – 68 уд/мин. Электрическая ось сердца (ЭОС) не отклонена. Ускорение атриовентрикулярного проведения. Нарушение процессов восстановления нижней стенки левого желудочка (ЛЖ). Признаки гипертрофии миокарда ЛЖ (ГЛЖ).

При проведении ЭКГ нами оценивался наиболее значимый признак ГЛЖ – признак Соколова–Лайона – 48 мм.

ЭКГ в начале исследования представлена на рис. 1.

Исследуемые показатели эхокардиограммы (ЭхоКГ) составили: площадь поверхности тела (BSA) – 2,16 м², конечный диастолический размер (КДР) – 4,6 см, толщина задней стенки ЛЖ (ТЗСЛЖ) – 1,67 см, толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) – 1,67 см, масса миокарда ЛЖ (ММЛЖ) – 336,08 г, индекс ММЛЖ – 155,51 г/м².

Картина ЭхоКГ-исследования представлена на рис. 2.

При проведении дуплексного сканирования сонных артерий: толщина комплекса интима–медиа (КИМ) слева 1,1 мм, справа – 1,1 мм. При проведении ультразвукового исследования почек патологических изменений не выявлено.

5. Клинический диагноз. Основное заболевание: АГ II стадии. Степень АГ 2-я. Дислипидемия. ГЛЖ. Атеросклероз сонных артерий. Ожирение 2-й степени. Риск 3 (высокий). Сопутствующие заболевания: хронический гастродуоденит (ремиссия), хронический холецистит (ремиссия).

6. Для антигипертензивной терапии был выбран Аккузид (хинаприл 20 мг + гидрохлортиазид 12,5 мг) 1 раз в сутки.

В качестве обоснования выбора данного лекарства можно привести следующие аргументы:

НОРВАСК®
АМЛОДИПИНА БЕСИЛАТ

Оптimalен для стартовой и комбинированной терапии артериальной гипертензии²



Норваск® – краткая инструкция по медицинскому применению

Норваск® (амлодипина бесилат) – блокатор медленных кальциевых каналов. **Фармакологические свойства:** производное дигидропиридина. Блокирует медленные кальциевые каналы, ингибирует трансмембранный переход кальция внутрь клеток гладкой мышцы сердца и сосудов. **Показания к применению:** артериальная гипертензия. Стабильная стенокардия и вазоспастическая стенокардия (стенокардия Принцметала). Применяется как в монотерапии, так и в сочетании с другими антиангинальными средствами. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к аmlодипину и другим производным дигидропиридина, а также вспомогательным веществам, входящим в состав препарата. Тяжелая артериальная гипотензия. **С осторожностью** применяют у пациентов с печеночной недостаточностью, хронической сердечной недостаточностью неиншемической этиологии III–IV класса, аортальным стенозом, острым инфарктом миокарда (и в течение 1 мес после), в возрасте до 18 лет (эффективность и безопасность не установлены). Коррекции дозы пожилым пациентам и пациентам с почечной недостаточностью и нарушенной функцией печени обычно не требуется. Безопасность применения Норваска во время беременности и кормления грудью не установлена, поэтому применение во время беременности возможно только в случае, когда польза для матери превышает риск для плода и новорожденного. **Способ применения и дозы:** внутрь, один раз в сутки, независимо от приема пищи. Стартовая доза 5 мг, максимальная – 10 мг. **Побочное действие:** при приеме Норваска наиболее часто встречаются следующие нежелательные явления: периферические отеки (лодыжек и стоп), сердцебиение, ощущение жара и приливов крови к лицу, головокружение, головная боль. **Срок годности:** 4 года. **Условия отпуска из аптек:** по рецепту. **Форма выпуска:** таблетки по 5 и 10 мг. По 10 или 14 таблеток в контурной ячейковой упаковке из ПВХ/АI-фольги; по 3 контурные ячейковые упаковки по 10 таблеток или по 1 контурной ячейковой упаковке по 14 таблеток вместе с инструкцией по применению в картонной пачке. Более подробная информация в инструкции по медицинскому применению (Инструкция по медицинскому применению препарата Норваск®, одобрена МЗиСР РФ от 12.09.2012). Перед назначением препарата ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению. Норваск® – зарегистрированная марка корпорации «Пфайзер Эйч. Ся. Пя. Корпорэйшн» (США).

Список литературы:
1. Pfizer H.C.P. Data on file. 2. Инструкция по медицинскому применению препарата Норваск®. Одобрено МЗ СР РФ 12.09.2012 г. Рег. уд. П №015567/01.

Представительство Корпорации «Пфайзер Эйч. Ся. Пя. Корпорэйшн» (США)
Россия, 123317, Москва, Пресненская наб., д. 10, БЦ «Башня на Набережной» (Блок С)
Тел.: +7 (495) 287 50 00. Факс: +7 (495) 287 53 00

- В соответствии с Российскими рекомендациями по диагностике и лечению АГ IV пересмотра 2010 г. комбинация ингибитора ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) и диуретика является рациональной.
- Наличие у пациентки АГ II стадии, 2-й степени, риска 3 (высокого) подразумевало назначение стартовой комбинированной антигипертензивной терапии, что позволяло одновременно воздействовать на два альтернативных звена патогенеза АГ.
- Фиксированная комбинация двух лекарственных препаратов, какой является Аккузид, а также продолжительность его антигипертензивного действия в течение 24 ч позволила повысить комплаентность пациентки проводимой терапии.
- Наличие у пациентки метаболического синдрома подразумевало назначение метаболически нейтральных препаратов, каким является хинаприл. Хотя гидрохлоротиазид не является метаболически нейтральным препаратом, он угнетает углеводный, липидный, пуриновый обмен, снижает концентрацию ионов калия в плазме крови при использовании в суточной дозе 50–100 мг.
- Нахождение пациентки в постменопаузальном периоде подразумевало активацию ренин-ангиотензин-альдостероновой системы и наличие остеопенического синдрома. Таким образом, использование хинаприла как препарата, воздействующего и на циркулирующий, и на тканевой АПФ, сделало его выбор наиболее рациональным и обоснованным. Использование гидрохлоротиази-

Динамика САД/ДАД за 24 нед наблюдения

Визит	САД/ДАД (правая рука), мм рт. ст.	САД/ДАД (левая рука), мм рт. ст.
1-й	168/100	164/98
2-й	134/86	132/84
3-й	130/84	130/84
4-й	124/82	124/82
5-й	126/82	124/82
6-й	124/84	124/84
7-й	122/80	122/78
8-й	124/82	124/82
9-й	132/86	130/86
10-й	130/84	130/84
11-й	126/82	124/82
12-й	122/82	122/82
13-й	128/84	126/84

Рис. 3. ЭКГ пациентки С. в конце исследования.

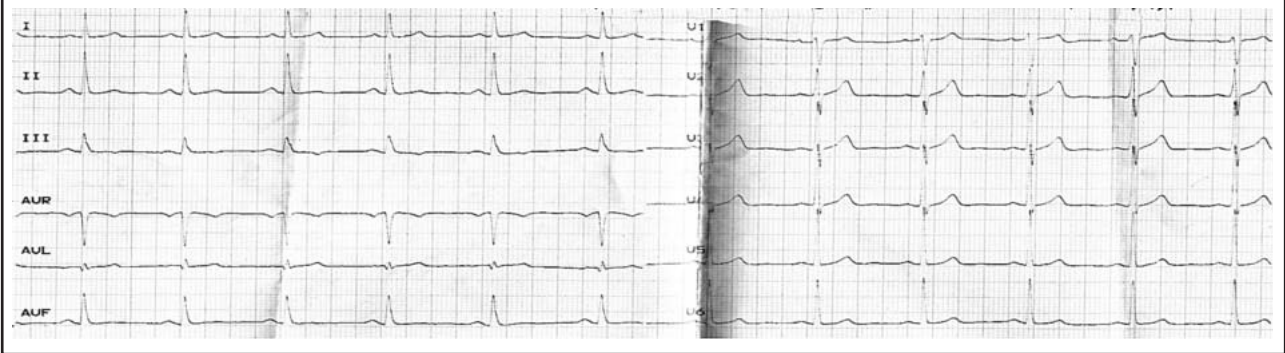
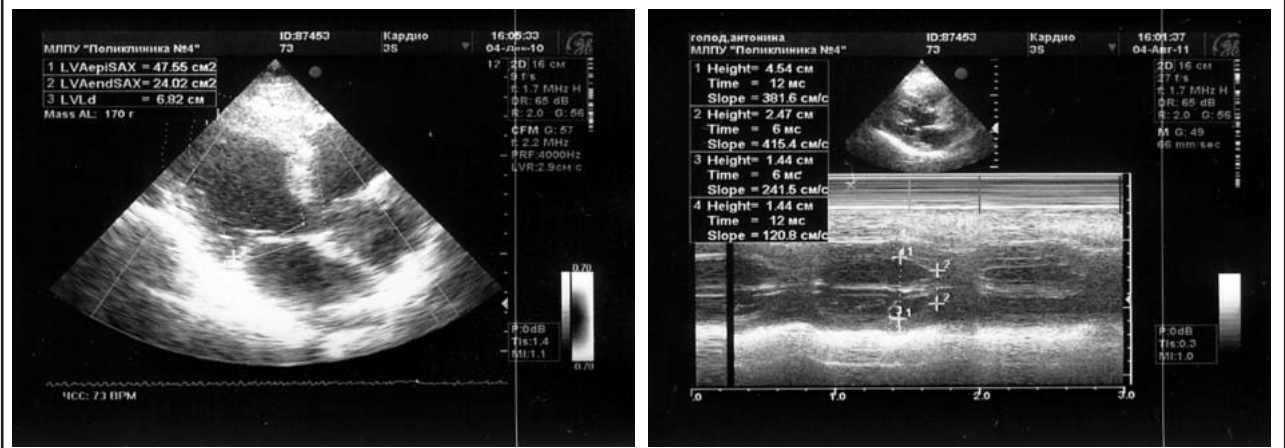


Рис. 4. Картина ЭхоКГ пациентки С. в конце исследования.



да, одним из эффектов которого является кальцийсберегающий, также представлялось крайне целесообразным.

- Для замедления темпа прогрессирования поражения органов-мишеней (в нашем случае наличие у пациентки ГЛЖ и увеличение толщины КИМ сонных артерий) и регресса их патологических изменений, как известно, хорошо зарекомендовали себя ИАПФ.

7. Наблюдение за пациенткой продолжалось в течение 24 нед. Контрольные визиты на прием к врачу и осмотры осуществлялись через каждые 2 нед. После назначения антигипертензивной терапии и за весь последующий период наблюдения пациентка не предъявляла жалоб, связанных с наличием у нее АГ.

Данные, полученные при физикальном исследовании, оставались без значимых динамических изменений, за исключением показателей систолического и диастолического АД (САД/ДАД), приведенных в таблице.

Как видно из таблицы, целевое АД было достигнуто пациенткой уже на 2-м визите (2 нед антигипертензивной терапии) и на всем протяжении наблюдения постоянно находилось в пределах целевых значений.

На 7-м визите (12 нед антигипертензивной терапии) и на 13-м (24 нед антигипертензивной терапии) пациентке проводилось исследование приверженности терапии с помощью опросника Мориски–Грина. В обоих случаях пациентка оказалась привержена лечению.

Спустя 24 нед наблюдения пациентке были проведены контрольные лабораторные и инструментальные исследования.

Общий анализ крови и общий анализ мочи – без патологии. Биохимический анализ крови: ОХС – 5,78 ммоль/л, триглицериды – 1,80 ммоль/л, ЛПНП – 3,12 ммоль/л, ЛПВП – 1,56 ммоль/л, глюкоза – 5,47 ммоль/л, креатинин – 94,08 мкмоль/л, мочевиная кис-

лота – 239,72 мкмоль/л; глюкоза плазмы через 2 ч после приема 75 г глюкозы – 6,91 ммоль/ч.

ЭКГ. Ритм синусовый. ЧСС – 72 уд/мин. Нормальное положение ЭОС. Признаки ГЛЖ. Нарушение реполяризации миокарда. Признак Соколова–Лайона – 37 мм.

ЭКГ в конце исследования представлена на рис. 3.

Исследуемые показатели ЭхоКГ составили: BSA – 2,16 м², КДР – 4,5 см, ТЗСЛЖ – 1,44 см, ТМЖП – 1,44 см, ММЛЖ – 259,20 г, ИММЛЖ – 119,93 г/м².

Картина ЭхоКГ в конце исследования представлена на рис. 4.

При проведении дуплексного сканирования сонных артерий толщина КИМ слева 1,0 мм, справа – 1,0 мм.

8. Как видно, назначенная антигипертензивная терапия в виде фиксированной комбинации хинаприл 20 мг + гидрохлоротиазид 12,5 мг позволила добиться решения нескольких актуальных задач: достичь целевого АД в течение всего 2 нед; поддерживать АД на целевом уровне на протяжении всего периода наблюдения (24 нед); добиться регресса ГЛЖ, оцениваемой по ЭхоКГ-критерию, – ИММЛЖ (снижение на 76,88 г/м²) и ЭКГ-критерию, – признаку Соколова–Лайона (снижение на 11 мм); достичь снижения толщины КИМ сонных артерий (снижение на 0,1 мм); процессы нормализации АД и снижения объема поражений органов-мишеней предрасполагают к задержке развития ассоциированных клинических состояний и снижению их тяжести; эффективность назначенной терапии послужила основной причиной высокой комплаентности пациентки лечению и сохранению веры в рекомендации врача; назначенное лечение позволило нормализовать самочувствие пациентки, улучшив тем самым качество ее жизни; в перспективе получаемая пациенткой терапия позволит снизить число визитов к врачу и количество дней временной нетрудоспособности, что, несомненно, будет иметь экономическое значение.

— * —