

А.В. Черниловский¹,
Т.О. Яшкина¹,
Н.А. Бут³,
Е.А. Туренко³,
С.В. Черниловская²

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К КОРРЕКЦИИ ПОВЫШЕННОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»¹

кафедра семейной медицины ФПО

ул. Дзержинского, 9, Днепр, Украина

Днепропетровский медицинский институт традиционной и нетрадиционной медицины²

КУ «Днепропетровская городская многопрофильная клиническая больница № 4» ДОС»³

SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»¹

Department of Family Medicine FPE

Dzerzhinsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine

e-mail: 612@dsma.dp.ua

Dnepropetrovsk Medical Institute of Traditional and Alternative Medicine²

MI «Dnepropetrovsk City Multiprofile Clinical Hospital N 4» DRC»³

Ключевые слова: *хронический гломерулонефрит, синдром артериальной гипертензии, дифференцированный подход, лечение*

Key words: *chronic glomerulonephritis, arterial hypertension syndrome, differentiated approach, treatment*

Реферат. Дифференційований підхід до корекції підвищеного артеріального тиску у хворих на хронічний гломерулонефрит. Черниловський А.В., Яшкіна Т.О., Бут Н.О., Туренко О.А., Черниловська С.В. Актуальність проблеми хронічної хвороби нирок (ХХН) в амбулаторній практиці сімейного лікаря детермінована різними чинниками, зокрема розвитку і прогресування артеріальної гіпертензії, що в свою чергу зумовлює необхідність підбору адекватної терапії цього стану. Метою нашого дослідження було обґрунтування вибору обсягу лікарської терапії в контролі підвищеного артеріального тиску в пацієнтів із хронічним гломерулонефритом залежно від рівня зниження ШКФ з підтвердженням необхідності диференційованого підходу до корекції підвищеного артеріального тиску залежно від рівня ШКФ.

Abstract. Differentiated approach to correction of high blood pressure in patients with chronic glomerulonephritis. Chernilovsky A.V., Yashkina T.O., But N.A., Turenko E.A., Chernilovskaya S.V. Actuality of chronic kidney disease (CKD) in ambulatory practice of a family doctor is determined by various factors, including development and progression of hypertension, which in its turn necessitates selection of adequate treatment of this condition. The aim of our study was to study choice of amount of drug therapy in control of high blood pressure in patients with chronic glomerulonephritis depending on the level of GFR decrease confirms the need in differentiated approach to correction of high blood pressure, depending on GFR level.

В мире проблема неинфекционных заболеваний выходит на первое место по значимости этой группы заболеваний человека в силу их высокой распространенности, рисков летальности и значения в формировании нарушений качества жизни этих пациентов [5].

В Украине в структуре хронической болезни почек (ХБП) гломерулонефрит составляет значительную часть, уступая первенство вторичным нефропатиям, и является причиной терминальной хронической почечной недостаточности (ХПН) в 14% случаев среди всех форм ХБП. На возраст 20-50 лет приходится от 80 до 90% случаев хронического гломерулонефрита (ХГН). [1, 2] Больные ХГН составляют 2% от всех пациентов терапевтического профиля, а среди умерших данная нозология оказывается значи-

мой в 1% всех случаев смерти. В Европе и США ХГН занимает третье место (12-15%) после сахарного диабета и артериальной гипертензии среди причин V стадии хронической болезни почек, что требует заместительной почечной терапии [2].

Актуальность проблемы ХПБ в амбулаторной практике семейного врача детерминирована различными факторами, в частности как фактора развития и прогрессирования артериальной гипертензии, что в свою очередь обуславливает необходимость подбора адекватной терапии этого состояния как фактора замедления прогрессирования почечной недостаточности (ХПН).

Цель – обосновать выбор объема лекарственной терапии в контроле повышенного

артериального давления у пациентов с ХГН в зависимости от уровня снижения СКФ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Обследовано 75 больных в возрасте от 20 до 79 лет с первичным диагнозом ХБП I – III стадии (длительность основного заболевания была от 6 месяцев до 12 лет), которые в связи с обострением основного заболевания находились на стационарном лечении в условиях городского нефрологического центра КУ «ГМКБ № 4» ДООС г. Днепр. Критерием исключения для формирования группы наблюдения были пациенты с уровнем скорости клубочковой фильтрации (СКФ) менее 30 мл/мин/1,73м².

Диагноз ХБП верифицирован в соответствии с действующим приказом № 593 от 12.12.2006 года МЗ Украины «Об утверждении протоколов оказания медицинской помощи по специальности «Нефрология». Все пациенты с первично установленным диагнозом ХБП: гломерулонефрит получали базисное лечение основного заболевания в соответствии с протоколами МОЗ Украины и в соответствии с национальными рекомендациями [3, 4]. Выбор препарата для контроля повышенного артериального давления у пациентов с ХБП зависел от уровня и стойкости повышенного АД у обследованных пациентов.

Всем пациентам было проведено общее клиническое обследование с оценкой жалоб, данных анамнеза, физикальным осмотром и лабораторное обследование (общий анализ крови, общий анализ мочи, уровень протеинурии, биохимические показатели крови: азотный, липидный спектр, общий белок, глюкоза крови), а также ретроспективный анализ амбулаторных карт данных пациентов. Лабораторные исследования пациентов с ХБП были стандартизированными и проводились в сертифицированных лабораториях КУ «ДГМКБ № 4» ДООС и КУ «ЦПМСП № 6» ДООС.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием программы STATISTICA 6.1.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ гендерных особенностей обследованных больных с ХБП показал, что среди всех пациентов преобладали лица мужского пола (47 человек; 62,7%), соответственно женщин было 28 человек (37,3%). Средний возраст пациентов, которые были включены в данное исследование, не зависимо от пола, составил 41,5±13,8 года.

Все пациенты с ХБП: гломерулонефрит в зависимости от уровня нарушения клубочковой фильтрации были разделены на 3 группы. Первая группа наблюдения – пациенты с ХБП I стадии (уровень клубочковой фильтрации более 90 мл/мин/1,73м²) составила 38,6% (29 человек), вторая группа наблюдения – пациенты с ХБП II (СКФ от 60 до 89 мл/мин/1,73м²) – 40% (30 человек), третья группа наблюдения – пациенты с ХБП III стадии (СКФ от 45 до 59 мл/мин/1,73м²) – 21,4% наблюдений (16 человек).

Для решения поставленных задач нами были проанализированы и статистически обработаны данные анализа выбора объема медикаментозной коррекции повышенного артериального давления у пациентов с ХБП: гломерулонефрит с формированием достижения целевых уровней АД в зависимости от уровня СКФ.

По нашим данным, среди всех обследованных пациентов только в первой группе наблюдения с ХБП I у 13,8% пациентов (4 человека) наблюдалось нестойкое повышение АД, что не требовало системного назначения гипотензивных средств, терапия носила симптоматический характер, и в последующем нормализация уровня давления у этих пациентов с ХБП без нарушения функции почек прямо коррелировала с наступлением периода ремиссии основного заболевания (p<0,05).

Анализ необходимости назначения системной (постоянной) гипотензивной терапии у пациентов с ХБП в силу стойкости и выраженности синдрома артериальной гипертензии показал, что эта необходимость была у 73,3% (из 75 человек) не зависимо от стадии ХБП (p<0,05).

В зависимости от стадии ХБП, необходимость назначения гипотензивной терапии в режиме постоянного приема имела место – в 55,2% случаев в первой группе наблюдения (ХБП I), во второй группе (ХБП II) в 90%, и в третьей группе (ХБП III) – в 93,8% наблюдений соответственно.

Выбор и объем назначенной терапии синдрома артериальной гипертензии, который формировал надлежащий контроль АД у пациентов с ХБП, достоверно отличался в группах нашего наблюдения.

Так, в первой группе наблюдения (ХБП I) в 65% случаев контроль АД достигался назначением минимальных терапевтических дозировок ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) (в основном в дозе 2,5 мг), в 5% – монокомпонентная терапия блокаторами ренин-ангиотензиновой системы (БРА) в низких дозировках, в 15% – комбинация препаратов иАПФ с блокаторами кальциевых каналов, и в 15%

случаев комбинации БРА с блокаторами кальциевых каналов.

Во второй группе (ХБП II), где назначение постоянной терапии требовалось в 90% случаев, контроль АД в 63% достигался препаратами из группы иАПФ в средних терапевтических дозах (10 мг), в 11% - комбинация иАПФ с блокаторами кальциевых каналов, в 11% монотерапия БРА в средних или высоких терапевтических дозах, в 15% комбинации БРА с диуретиком или блокатором кальциевых каналов.

В третьей группе наблюдения (ХБП III) – монотерапии иАПФ в средних или высоких дозах было достаточно только у 20%, монотерапии БРА в 6,7%, а в 73,3% требовалось назначение комбинированной терапии с использованием иАПФ, блокаторов кальциевых каналов и диуретиков (в том числе в 20% случаев с добавлением препаратов второй линии (альфа-адреноблокаторов)) и в 6,7% переход на монотерапию препаратом второй линии (прямой ингибитор ренина).

Проведение статистической обработки полученных нами данных с использованием корреляционного анализа показало, что в первой группе наблюдения достижение целевых уровней давления у пациентов с СКФ более 90 мл/мин/1,73м² достигается назначением монотерапии, с включением препаратов иАПФ в минимальной дозе (p<0,05) и только в периоде обострения основного заболевания.

Прогрессирование ХБП с формированием ХПН обуславливает необходимость расширения патогенетической терапии, целью которой является в том числе и достижение контроля синдрома артериальной гипертензии, что по нашим данным достоверно коррелирует с включением в базисную терапию при СКФ 60–89 мл/мин/1,73м² – монотерапии в средних дозах

иАПФ или комбинации иАПФ с блокаторами кальциевых каналов, при СКФ 45–59 мл/мин/1,73м² – комбинации иАПФ или БРА, блокаторов кальциевых каналов и диуретиков (p<0,05). Таким образом, необходимость и объем контроля синдрома АГ у больных с ХБП зависит от стадии развития основного заболевания, а достижение и наличие контроля целевого уровня АД является одним из факторов замедления прогрессирования ХПН.

ВЫВОДЫ

1. При первой стадии ХБП у пациентов с гломерулонефритом стойкое повышение АД, как синдрома развития осложненного течения основного заболевания, наблюдается в 65% случаев, при второй стадии ХБП – в 90% случаев, а к третьей стадии стойкое повышение АД наблюдается у 93,3%.

2. У 13,8% пациентов с ХБП I степени наблюдается нестойкое повышение АД, что не требует системного назначения гипотензивных средств, при этом нормализация уровня давления у этих пациентов прямо коррелирует с наступлением периода ремиссии основного заболевания.

3. В зависимости от стадии ХБП необходим дифференцированный подход при выборе гипотензивной терапии для контроля синдрома АГ у этих пациентов. При первой стадии ХБП у пациентов с гломерулонефритом эффективный контроль достигается назначением только монокомпонентной терапии в низких терапевтических дозах, в то время как в третьей стадии необходимо назначать комбинированную терапию.

4. У пациентов с ХБП: гломерулонефритом коррекция повышенного артериального давления должна быть дифференцированной в зависимости от уровня СКФ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Національний реєстр хворих на хронічну хворобу нирок: 2012 рік / уклад. Н.І. Козлюк [та ін.]; Державна установа «Інститут нефрології НАМН України»; гол. ред. М. О. Колесник. – Київ, 2013. – 89 с.

2. Нефрологія: нац. підручник / Л.А. Пиріг, Д.Д. Іванов [та ін.]; за ред. академіка НАМН України, д-ра. мед. наук, проф. Пирога Л.А., д-ра мед. наук, проф., Д.Д. Іванова. – Донецьк: Видавець Заславський О.Ю., 2014. – 292 с.

3. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії: Наказ МОЗ України № 384 від 24.05.2012р. – Київ, 2012 – 72с.

4. Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Нефрологія»: Наказ МОЗ України № 593 від 12.12.2004р.- Київ, 2004.

5. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/ru/>

REFERENCES

1. Kozljuk NI, et al. [National registry of patients with chronic kidney disease: 2012]. SI "Institute of Nephrology AMS of Ukraine". Kyiv, 2013;89. Ukrainian.
2. Pyrig LA, Ivanov DD, et al. [Nephrology: National textbook]. Donec'k: Vydavec' Zaslavs'kyj O.Ju., 2014;292. Ukrainian.
3. [The approval and implementation of medical and technological documents for standardization of medical care in hypertension: MOH Ukraine N 384 of 24.05.2012]. Kyiv, 2012;72. Ukrainian.
4. [On approval of the protocols of care, specialty "Nephrology": MOH Ukraine N 593 of 12.12.2004]. Kyiv; 2004. Ukrainian.
5. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/ru/>



УДК 616.36-002-003.826:616.379-008.64]-02-036-085

**І.В. Чопей,
Т.І. Гряділь,
К.І. Чубірко**

**СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ЕТІОЛОГІЮ
ТА ПАТОГЕНЕЗ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ
ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ
(огляд літератури)**

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
Факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки
кафедра терапії та сімейної медицини
(зав. – к. мед. н., доцент К.І. Чубірко)
вул. Університетська, 14, Ужгород, 88000, Україна
State Higher Education Establishment "Uzhhorod National University"
Department of Therapy and Family Medicine
Universytets'ka str, 14, Uzhhorod, 88000, Ukraine
e-mail: kseniya.chubirko@uzhnu.edu.ua*

Ключові слова: неалкогольна жирова хвороба печінки, предіабет, цукровий діабет 2-го типу, ожиріння
Key words: obesity, NAFLD, prediabetes, type 2 diabetes, cardiovascular risk

Реферат. Современные представления об этиологии и патогенезе неалкогольной жировой болезни печени (обзор литературы). Чопей И.В., Грядиль Т.И., Чубирко К.И. Исходя из литературных данных о патогенезе НАЖХП, саму болезнь можно считать независимым фактором риска ССЗ, поскольку доказана тесная связь последней с инсулинорезистентностью, а затем и сахарным диабетом 2 типа, и дислипидемией. Нерешенным при этом остается вопрос отнесения пациентов с предиабетом и НАЖХП к той или иной группе сердечно-сосудистого риска.

Abstract. Modern views on etiology and pathogenesis of nonalcoholic fatty liver disease (literature survey). Chopey IV, Griadil TI, Chubyrko K.I. Judging from literature data on pathogenesis of NAFLD, the disease itself may be considered as independent risk factor of CVD as it was proved a close link of the latter with insulin-resistance and further with diabetes type 2 and dislipidemia. The question on whether the patients with pre-diabetes and NAFLD are related to one or another cardio-vascular risk group remains unsolved.

Протягом останніх років неалкогольну жирову хворобу печінки розглядають у контексті метаболічного синдрому та асоціюють із абдомінально-вісцеральним ожирінням, перифе-

ричною ІР, дисліпідемією та артеріальною гіпертензією [2, 5, 6, 7, 12].

Майже у третини населення неалкогольна жирова хвороба печінки виявляється за