

УДК 618-11-0062-089.85:[612.172.2+612.216]

**ДИУРЕТИКИ В ФАРМАКОТЕРАПИИ
ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ:
РЕАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА**

Иванчура Галина Сергеевна
*ГБУЗ Краевая клиническая больница № 2,
Краснодар, Россия*

Пономарева Ася Игоревна – д.м.н., профессор
*Кубанский государственный медицинский
университет, Краснодар, Россия*

Компаниец Ольга Геннадьевна – к.м.н.
*Кубанский государственный медицинский
университет, Краснодар, Россия*

Половной Александр Андреевич
*Кубанский государственный медицинский
университет, Краснодар, Россия*

В исследовании проведен фармакоэпидемиологический анализ использования диуретиков в лечении гипертонической болезни (ГБ). Показан приоритет назначения диуретиков как компонента комбинированной фармакотерапии, в том числе в форме фиксированных комбинаций. При лечении ГБ необходимо обратить внимание врачей на нерациональность назначения короткодействующих диуретиков, и на преимущества торасемида, а также на обязательное указание в выписках пациентов назначения приема препаратов одновременно с пищей.

Ключевые слова: ДИУРЕТИКИ,
ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ

UDC 618-11-0062-089.85:[612.172.2+612.216]

**THE DIURETICS IN THE THERAPY
OF THE HYPERTENSION:
CLINICAL PRACTICE**

Ivanchura Galina Sergeevna
SBIHC Krai clinic hospital Nr 2, Krasnodar, Russia

Ponomareva Asya Igorevna – MD, prof.
Kuban state medical university, Krasnodar, Russia

Kompaniets Ol'ga Gennadievna – Ph.D. (Med.)
Kuban state medical university, Krasnodar, Russia

Polovnoi Alexandr Andreevich
Kuban state medical university, Krasnodar, Russia

The article presented the farmaco-epidemiologic analysis of diuretics using in hypertension treatment (HT). Diuretics as a component of combined pharmacotherapy including fixed combinations have the priority. Physicians should know about non-rationality of short – range diuretics using and advantages of toracemid application in HT. It is necessary to point in discharge from the hospital that the medicines must be taken with meal synchronously.

Key words: DIURETICS, HYPERTENSION

Большинство работ второй половины минувшего столетия было посвящено изучению нарушения механизмов регуляции водно-солевого обмена как причины развития артериальной гипертензии (АГ). Краеугольным камнем этой концепции являлся тезис о задержке натрия и воды в организме с развитием гиперволемии и, следовательно, гипертензии. Известно, что у больных АГ для выведения через почки равного со здоровыми людьми объема натрия и воды требуется большая величина артериального давления (АД), из чего заключали, что АГ имеет компенсаторный характер и направлена на поддержание нормального водно-электролитного баланса в организме. Изучены особенности регуляции АД у больных АГ, потребляющих большое количество поваренной соли [1]. Исследованию водно-солевого баланса посвящены следующие фундаментальные работы [2–4]. Концепция нарушенного водно-солевого обмена предполагает снижение выделения натрия не только вследствие ухудшения функционирования почечных канальцев на фоне нефросклероза (воспалительного, инволютивного, медикаментозного), но и усиления воздействия ренин-ангиотензин-альдостероновой (РААС) и симпатико-адреналовой (САС) систем, а также снижения эффективности функционирования систем натрийуретических пептидов. Особая роль нефросклероза в развитии АГ рассматривается не только с точки зрения причины нарушения регуляции водно-солевого баланса. При этом убедительно показано, что формирование нефросклероза сопровождается значимым снижением эффективности депрессорных почечных механизмов регуляции АД и тем самым провокацией АГ. Кроме того, известно, что снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и повышение уровня креатинина крови являлись независимыми факторами развития доклинической стадии поражения сосудов атеросклерозом [5]. В настоящее время концепция возникновения АД основывается на многофакторности

патофизиологических механизмов. Созданы лекарственные средства, влияющие на различные механизмы регуляции АД. Однако диуретики по-прежнему обозначены одной из базовой групп препаратов, применяющихся для комбинированной терапии и монотерапии гипертонической болезни (ГБ) и ряда ее осложнений.

Целью нашего исследования явилась фармакоэпидемиологическая оценка назначения диуретиков в практике кардиолога и терапевта.

Методы исследования: проведен ретроспективный фармакоэпидемиологический анализ назначения антигипертензивных лекарственных средств в 280 историях болезни и 125 амбулаторных карт пациентов с диагнозом ГБ. Анализировались истории болезни пациентов, находящихся на лечении в кардиологическом отделении комплекса специализированного курсового лечения, пяти поликлиник и стационаров региона, в ходе клинико-фармакологических экспертиз, проведенных в 2011 году. В представленную статью включены данные и анализ результатов, полученных методом сплошной выборки историй и карт с рекомендованными препаратами из группы диуретиков при неосложненной ГБ.

Результаты исследования и обсуждение. В структуре верифицированных диагнозов анализируемых карт и историй болезни пациентов преобладала ГБ, осложненная хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Неосложненная ХСН гипертония составила 18,4 %, что с учетом сплошной выборки материала с рекомендованными диуретиками свидетельствует о более активном назначении этого класса препаратов при имеющейся ХСН (81,6 %) в сравнении с ГБ. Монотерапия диуретиком при ГБ без ХСН составила 28,6 %. В структуре назначений преобладал индапамид (50 %), далее следовали гидрохлортиазид (25 %), торасемид (12,5 %), фуросемид (6,25 %). Одному пациенту назначены были два диуретика (индапамид и фуросемид), что не являлось

оправданным в условиях отсутствия отечного синдрома. Пациенты с ГБ, неосложненной ХСН, получали диуретики, преимущественно, в составе комбинированной терапии (71,4 %), причем в 42,5 % случаев диуретик был включен в состав фиксированных комбинаций. Назначение препаратов с индапамидом (нолипрел и энзикс дуо) составляло 29,4 % случаев, с гидрохлортиазидом (ко-ренитек, энап Н, валз Н, вальсакор Н, лодоз, лориста Н, тенорик, ирузид, рениприл ГТ) – 70,6 %. Свободная комбинированная антигипертензивная терапия с включением диуретика применялась в 57,5 % случаев. Использование в лечении больных торасемида и фуросемида равнозначно всего в 8,7 % случаев связано, видимо, с низкой информированностью врачей о недавно зарегистрированном показании для торасемида – АГ [6, 7]. С учетом фактов об антиальдостероновом, антифиброзном действии торасемида, снижение общей смертности на 51,5 %, сердечно-сосудистой смертности – на 59,7 %, внезапной смерти – на 65,8 %, в сравнении с пациентами, принимавшими фуросемид, торасемид, становится устойчивой долговременной тенденцией в фармакотерапии ГБ и ХСН [8–10]. Наиболее распространенными по применению препаратом в анализируемых историях болезни были индапамид – 47,8 %, гидрохлортиазид – 34,8 %. Так, 26 пациентов из этой группы, помимо диуретика, применяли один антигипертензивный препарат, 24 пациента – комбинацию из трех лекарственных средств. Сопоставление приоритетов назначения этой клинико-фармакологической группы препаратов с клиническими рекомендациями Российского кардиологического общества и инструкциями по применению каждого препарата позволяет сделать вывод о том, что все диуретики назначены в соответствии с показаниями. Врачи отдают предпочтение метаболически нейтральному индапамиду, в меньшей степени нарушающему липидный и углеводный обмен.

Дополнительно проанализированы копии выписок, выдаваемых пациентам после окончания госпитализации. С учетом общеизвестного факта влияния приема пищи на степень пресистемной элиминации лекарственных средств целесообразно в выписках акцентировать внимание пациентов на связь приема различных диуретиков с приемом пищи. В частности, в соответствии с инструкциями Государственного реестра лекарственных средств Минздравсоцразвития РФ [6], фуросемид необходимо принимать в утренние часы до завтрака, торасемид – после еды, запивая небольшим количеством жидкости, гидрохлортиазид – после еды; индапамид, спиронолактон – вне зависимости от приема пищи, предпочтительно в утренние часы, запивая достаточным количеством жидкости.

Таким образом, в целом результаты нашего анализа свидетельствуют об адекватности назначений лекарственных средств из клинко-фармакологической группы диуретиков. Специалисты при назначении лекарственных средств должны обращать внимание на ряд нижеперечисленных особенностей:

- назначение гидрохлортиазида, фуросемида в качестве монотерапии ГБ нецелесообразно в связи с короткой продолжительностью их действия;
- приоритет метаболически нейтральных диуретиков;
- рациональность выбора петлевого диуретика с учетом данных о суточной длительности действия, антиальдостероновом механизме, метаболических преимуществах торасемида, в сравнении с фуросемидом;
- оптимальное использование фиксированных комбинаций с целью повышения приверженности к лечению;
- уточнение рекомендаций в выписках для пациентов в отношении связи приема препаратов с приемом пищи.

Список литературы

1. Волков В.С., Поселюгина О.Б., Нилова С.А., Роккина С.А. Регуляция артериального давления у больных артериальной гипертонией, потребляющих большое количество поваренной соли // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2008. – Т. 8, № 3. – С. 64–64.
2. Журавлёва О.А., Кошельская О.А. Влияние комбинированной антигипертензивной терапии с достижением целевых значений артериального давления на состояние ренальной гемодинамики у больных сахарным диабетом типа 2 // Сибирский медицинский журнал. – 2011. – Т. 26, № 3–1. – С. 19–24.
3. Кутырина И.М., Руденко Т.Е., Швецов М.Ю. Почечная недостаточность как фактор «старения» сосудов // Терапевтический архив. – 2007. – Т. 79, № 6. – С. 49–52.
4. Evans R.G., Eppel G.A., Rajapakse N.W. et al. Angiotensin II and neurohumoral control of the renal medullary circulation // Clinical and Experimental. Pharmacology and Physiology. – 2010. – Vol. 37, № 2. – P. e58-e69.
5. Evans R.G., Gardiner B.S., Smith D.W., O'Connor P.M. Methods for studying the physiology of kidney oxygenation // Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology. – 2009. – Vol. 35, № 12. – P. 1405–1412.
6. Государственный реестр лекарственных средств – <http://grls.rosminzdrav.ru/>
7. Преображенский Д.В., Некрасова Н.И., Хосева Е.Н. и др. Торасемид – эффективный петлевой диуретик для длительной терапии артериальной гипертензии // Кардиология. – 2011. – Т. 51 (4). – С. 67–73.
8. Lopez B., Gonzalez A., Beaumont J. et al. Identification of a potential cardiac antifibrotic mechanism of torasemide in patients with chronic heart failure // J. Amer. Coll. Cardiol. – 2007. – Vol. 50 (9). – P. 859–867.
9. Lopez B., Querejeta R., Gonzalez A. et al. Effects of loop diuretics on myocardial fibrosis and collagen type I turnover in chronic heart failure // J. Amer. Coll. Cardiol. – 2004. – Vol. 43(11). – P. 2028–2035.
10. Аверин Е.Е. Влияние торасемида на гипертрофию миокарда левого желудочка // Сердечная недостаточность. – 2012. – Т. 13, № 3 (71). – С. 158–163.