

УДК 616.12-008.331.1-039.31-085.225.2

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ УРАПИДИЛА В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ И НЕОСЛОЖНЕННЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ

Д.А. Дошанников¹, А.Н. Кузнецов¹, Е.В. Пудов², С.В. Гусев², А.В. Бязрова², И.С. Круглова¹
¹ГОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия»,

²МЛПУ «Городская клиническая больница № 5», г. Н. Новгород

Дошанников Денис Александрович – e-mail: docdosh@yandex.ru

Актуальность. Гипертонические кризы являются неотложным состоянием, часто осложняющимся развитием острого коронарного синдрома, острого нарушения мозгового кровообращения, острой левожелудочковой недостаточностью и др. и, следовательно, требующим экстренного антигипертензивного лечения. Цель исследования: оценить эффективность и безопасность применения урапидила при лечении гипертонического криза и выявить факторы, оказывающие влияние на эффективную дозу препарата. Материалы и методы. В исследование был включен 51 пациент с осложненным и неосложненным гипертоническим кризом. Всем пациентам проводилась внутривенная инфузия урапидила (Эбрантил®, «Nycomed»). Проводилась оценка динамики изменения гемодинамических показателей. Изучалось влияние на эффективную дозу препарата возраста, пола, индекса массы тела (ИМТ), анамнеза АГ, наличия или отсутствия предшествующей терапии. Заключение. Урапидил (Эбрантил®, «Nycomed») является эффективным и безопасным препаратом для купирования как осложненных, так и неосложненных гипертонических кризов, а факторами, влияющими на эффективную дозу препарата, являются повышенная масса тела и более длительный анамнез артериальной гипертензии.

Ключевые слова: урапидил, осложненный гипертонический криз.

Urgency. Hypertensive crisis is the urgent condition, complicated by acute coronary syndrome, acute stroke, acute left ventricular failure, demanding emergency antihypertensive treatment. The purpose of the research was to estimate efficiency and safety of urapidil for the treatment of hypertensive crisis and to identify the factors influenced on the effective dosage of the drug. Materials and methods. 51 patients were included in the research, with the complicated and uncomplicated hypertensive crisis. To all patients intravenous infusion of urapidil (Ebrantil®, «Nycomed») was performed. The estimation of hemodynamic parameters was investigated. Influence of the age, gender, body mass index, hypertension duration, presence or absence of the previous therapy on the effective dosage of a drug was studied. Conclusion. Urapidil (Ebrantil®, «Nycomed») is an effective and safe for the treatment of complicated and uncomplicated hypertensive crisis. The factors influenced to the effective dosage of the drug are the raised body mass and longer anamnesis of hypertension.

Key words: urapidil, complicated hypertensive crisis.

Введение

Артериальная гипертензия (АГ) широко распространена в большинстве развитых стран мира. Россия относится к регионам с наивысшей частотой АГ, которая в середине 90-х годов составляла 39,9% среди мужчин и 41,1% среди женщин, то есть около 42,5 млн человек [1]. Более того, АГ занимает первое место по вкладу в смертность от сердечно-сосудистых заболеваний.

К неотложным состояниям, связанным с повышением артериального давления, относят гипертонические кризы, которые развиваются примерно у 1% пациентов с артериальной гипертензией [2]. Развитие данного ургентного состояния часто сопровождается присоединением таких осложнений, как острый коронарный синдром, мозговой инсульт, острая левожелудочковая недостаточность, расслаивающая аневризма аорты и др., что требует проведения интенсивной антигипертензивной терапии.

Рекомендовано внутривенное назначение эналаприлата, нитроглицерина, нитропруссиды натрия, β-адреноблокаторов, диуретиков, нейролептиков и ганглиоблокаторов, а при неосложненном течении криза сублингвальный прием каптоприла или нифедипина [3, 4, 5].

В 2009 году в России зарегистрирован α1-адреноблокатор урапидил (Эбрантил®, «Nycomed»), рекомендованный для

купирования гипертонических кризов в ряде европейских стран [6].

Цель исследования: оценить эффективность и безопасность применения урапидила при лечении гипертонического криза и выявить факторы, оказывающие влияние на эффективную дозу препарата.

Материалы и методы

В исследование был включен 51 пациент, поступивший в МЛПУ ГКБ № 5 г. Нижнего Новгорода по поводу гипертонического криза (ГК). 29 больных поступило в стационар с неосложненным ГК, а у 22 больных ГК осложнился развитием ОНМК. Средний возраст пациентов 56,8±8,5 лет, мужчин – 24, женщин – 27. В качестве экстренной антигипертензивной терапии всем пациентам проводилась внутривенная инфузия урапидила (Эбрантил®, «Nycomed»). У всех больных проводилась оценка изменения гемодинамических показателей на фоне лечения. Для выявления факторов, оказывающих влияние на эффективную дозу препарата, оценивались такие показатели, как возраст, пол, индекс массы тела (ИМТ), анамнез АГ, наличие или отсутствие предшествующей антигипертензивной терапии.

Статистическая обработка материала проводилась с помощью программы Primer of Biostatistics version 4.03 by S.A. Glants. Применялся однофакторный дисперсионный анализ

и парный критерий Стьюдента для анализа повторных измерений, а данные представлялись в виде $M \pm \sigma$, где M – среднее арифметическое, σ – стандартное отклонение. Для оценки связей признаков применялся коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Результаты и их обсуждение

Скорость внутривенной инфузии урапидила в группе больных с неосложненным ГК составила 1 мг/мин. Данные о динамике изменения АД и ЧСС на фоне лечения в этой группе больных представлены в таблице 1.

ТАБЛИЦА 1.

Динамика изменения гемодинамических показателей у больных с неосложненным гипертоническим кризом

	исходно	15 мин.	30 мин.	60 мин.	120 мин.
САД, мм рт.ст.	211,4±16,8	192,8±15,7*	167,6±16,1*	146,5±10,9*	140,1±8,3*
ДАД, мм рт.ст.	122,7±8,6	109,5±8,2*	103,1±9,9*	88,4±7,8*	84,2±7,9*
ЧСС, в 1 мин.	83,9±10,9	79,7±6,8	80,1±9,9	78,6±10,1	72,5±9,6*

Примечание: * - $P < 0,05$ при сравнении с исходными данными.

Из таблицы 1 видно, что статистически значимое снижение как систолического, так и диастолического артериального давления зафиксировано уже на 15-й минуте внутривенной инфузии урапидила (Эбрантил®, «Nycomed») и данная тенденция прослеживается на протяжении всей регистрации гемодинамических показателей. Частота сердечных сокращений значимо уредилась через 2 часа от начала наблюдения, т. е. рефлекторной тахикардии не выявлялось.

У пациентов с ОНМК рекомендовано более постепенное снижение АД ввиду возможности ухудшения перфузии головного мозга, поэтому скорость инфузии в этой группе больных была несколько ниже и составила 0,5 мг/мин. [7]. Данные о динамике изменения АД и ЧСС в группе больных с осложненным ГК представлены в таблице 2.

ТАБЛИЦА 2.

Динамика изменения гемодинамических показателей у больных с осложненным гипертоническим кризом

	исходно	15 мин.	30 мин.	60 мин.	120 мин.
САД, мм рт.ст.	218,5±18,8	208,9±16,6	187,8±18,5*	167,8±10,2*	152,3±9,4*
ДАД, мм рт.ст.	126,5±9,5	121,1±9,1	104,3±8,2*	98,6±8,9*	89,7±8,6*
ЧСС, в 1 мин.	94,8±11,2	89,7±12,8	89,1±11,9	88,7±12,4	88,3±11,4

Примечание: * - $P < 0,05$ при сравнении с исходными данными.

Из таблицы 2 следует, что у пациентов также регистрируется значимое снижение систолического и диастолического АД, которое начинается с 30-й минуты инфузии урапидила (Эбрантил®, «Nycomed»). ЧСС у больных ГК, осложненным развитием ОНМК, за время наблюдения достоверно не изменилась, сохранилась склонность к тахикардии, что обусловлено гиперактивацией симпатoadреналовой системы в остром периоде мозгового инсульта.

Средняя доза урапидила (Эбрантил®, «Nycomed») у исследуемых больных составила 60,29±20,11 мг. Средняя продолжительность инфузии у исследуемых больных составила 72,5±24,4 мин. При оценке связи возраста и эффектив-

ной дозы урапидила значимой корреляции не выявлено ($r_s=0,08$; $P=0,03$). У мужчин средняя доза урапидила составила 57,29±18,77 мг, у женщин этот показатель был достоверно выше – 62,96±21,22 мг ($P=0,32$).

Для оценки влияния предшествующей антигипертензивной терапии на эффективную дозу урапидила (Эбрантил®, «Nycomed») пациенты, независимо от вида гипертонического криза, были разделены на 2 группы: в 1-ю вошел 31 человек, получавший ранее антигипертензивную терапию, во 2-ю группу вошли 19 пациентов, не получавшие ранее антигипертензивной терапии. Эффективная доза урапидила в 1-й группе составила 57,47±19,51 мг, во 2-й группе – 60,47±20,94 мг ($P=0,649$). Таким образом, у больных, получавших ранее антигипертензивную терапию, доза урапидила для купирования гипертонического криза достоверно меньше.

Индекс массы тела (ИМТ) у исследуемых больных составил 29,67±8,32 кг/м². При оценке связи между дозой урапидила и ИМТ выявлена средняя положительная корреляция ($r_s=0,421$; $P=0,002$). Длительность анамнеза артериальной гипертензии у исследуемых больных составил 12,8±7,98 лет. При оценке связи между дозой урапидила и анамнезом артериальной гипертензии выявлена слабая положительная корреляция ($r_s=0,318$; $P=0,023$).

Побочное действие препарата выявилось у 3 больных (5,9%). Двое пациентов пожаловались на головокружение, а у одного наблюдалась кратковременная рефлекторная тахикардия до 106 уд./мин.

Выводы

Урапидил (Эбрантил®, «Nycomed») является эффективным и безопасным препаратом для купирования как осложненных, так и неосложненных гипертонических кризов.

Факторами, влияющими на эффективную дозу препарата, являются повышенная масса тела и более длительный анамнез артериальной гипертензии.



ЛИТЕРАТУРА

1. Шальнов С.А., Деев А.Д., Вихирева О.В. и др. Распространенность артериальной гипертензии в России: информированность, лечение, контроль. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2001. № 2. С. 3-7.
2. Рускин В.В. Экстренная помощь при артериальной гипертензии: краткое руководство для врачей. М.: МЕДпресс-информ. 2009. 48 с.
3. Национальные рекомендации ВНОК по диагностике и лечению артериальной гипертензии. Третий пересмотр. 2008.
4. European Society of hypertension – European Society of cardiology guidelines for the management of hypertension. J. Hypertens. 2003. № 21. P. 1011-1053.
5. Guidelines for management of arterial hypertension. J. Hypertens. 2007. № 25. P. 1105-1187.
6. Klassifikation, Diagnostik und Therapie der Hypertonie 2007 – Empfehlungen der Österreichischen Gesellschaft für Hypertensiologie. J Hyperton. 2007. № 7. P. 7-11.
7. Leonardi-Bee J., Bath P.M. et al. Blood pressure and clinical outcomes in the international stroke trial. Stroke. 2002. № 33. P. 1315-1320.
8. Castillo J., Leira R. et al. Blood pressure decrease during the acute phase of ischemic stroke in associated with brain injury and poor stroke outcome. Stroke. 2004. № 35. P. 520-526.