

ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ НА УРОВНЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

© 2012 Магомедова Р.Г., Омаров Ш.М., Атаев М.Г.
Дагестанская государственная медицинская академия

С целью изучения фармакоэпидемиологии лечения артериальной гипертензии, хронических заболеваний печени и артериальной гипертензии с хроническими заболеваниями печени на уровне скорой медицинской помощи г. Махачкалы были проанализированы данные из сопроводительных листов 51202 больных, обратившихся в 1999-2009 годы за скорой медицинской помощью в городах и сельской местности Дагестана. Наблюдающаяся полипрагмазия на уровне скорой медицинской помощи не сопровождалась увеличением эффективности терапии. Следовательно, пожилым больным артериальной гипертензией, особенно с хроническими заболеваниями печени, лекарственные средства нужно назначать только при наличии абсолютных показаний и в минимальных дозах.

For the purpose of studying the pharmacoepidemiology of treating the arterial hypertension, chronic liver disease and arterial hypertension with chronic liver diseases at the level of the medical emergency in the city of Makhachkala the authors revised data from the 51202 patients' accompanying lists who applied in the years of 1999-2009 for the medical emergency in Dagestan urban and rural areas. The observed Polypragmasia at the medical emergency level of aid wasn't accompanied by increasing the therapy effectiveness of. Therefore, elderly patients with the arterial hypertension, especially with the chronic liver diseases, medicines must be assigned only with the absolute indications and in minimal doses.

Ключевые слова: фармакоэпидемиология, артериальная гипертензия, болезни печени, скорая медицинская помощь.

Keywords: pharmacoepidemiology, arterial hypertension, liver diseases, medical emergency

Известно, что лекарственные препараты подвергаются биотрансформации в печени, что должно быть учтено при ее патологии. Ряд антигипертензивных средств (АГС) метилдопа, антагонисты кальция, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента являются потенциально гепатотоксичными средствами [2].

Старение организма меняет фармакокинетику и фармакодинамику препаратов. Изменения состава тела, функции печени и почек отражаются на фармакокинетики. Уменьшается печеночный кровоток и активность ферментов, участвующих в метаболизме

лекарственных средств (ЛС). Как правило, уменьшается активность изоферментов цитохрома P450, в то время как механизмы конъюгации почти не страдают. Поэтому период полуэлиминации многих ЛС у пожилых часто удлиняется, а клиренс снижается [1].

Из-за физиологических особенностей у пожилых людей может наблюдаться артериальная гипотензия на прием психодепрессантов и кровоточивость при приеме антикоагулянтов.

Лечение артериальной гипертензии у пожилых пациентов с сопутствующими заболеваниями печени представляет

сложную задачу, так как некоторые АГС не могут быть назначены данному контингенту больных, что представляет научно-практический интерес в решении этой важной проблемы [1].

Поэтому для оптимизации фармакотерапии больных пожилого возраста с артериальной гипертензией (АГ) и заболеваниями печени необходимы знания о сложившейся у них модели применения АГС.

Постепенный рост доли пожилого населения и наличие у них нескольких сопутствующих заболеваний являются актуальной проблемой фармакотерапии данного контингента населения.

С целью изучения фармакоэпидемиологии лечения на уровне скорой медицинской помощи (СМП) и стационаров г. Махачкалы пожилых больных сформированы группы заболеваний: АГ, хронические диффузные заболевания печени (ХДЗП) и АГ+ХДЗП.

Материалы и методы исследования

В работе проанализированы данные из сопроводительных листов СМП 51202 больных, обратившихся в 1999-2009 годы в городах и сельской местности РД по поводу АГ и ХДЗП.

В связи с тем, что в базе данных СМП РД приведены коды основных болезней пациента, нами проведен отдельный анализ фармакоэпидемиологии (ФЭ) оказания СМП больным АГ и ХДЗП.

В структуре заболеваний, связанных с АГ (всего 50 436 больных с I10-I15), значатся эссенциальная гипертензия (код по международной классификации болезней (МКБ) – I10) в 37 373 случаях, гипертонический криз (I13.9) – в 7 345 случаях и вторичная гипертензия (I15) – у 5 718 больных.

Среди вирусных гепатитов (44 больных) в основном поводом для

вызова СМП являлись вирусные гепатиты неуточненной этиологии (B19) – 43 больных, а также 1 больной с острым гепатитом В.

Невирусные ХДЗП (K71-K74) служили причиной вызова СМП в 722 случаях, из которых 138 больных с токсическим поражением печени (K71), 20 случаев с неуточненным хроническим гепатитом (ХГ) (K73.9) и 564 больных с циррозом печени (ЦП) (K74).

Результаты и их обсуждение

В основном врачи бригад СМП вводят больным от 1 до 4 ЛС независимо от пола и возраста больных АГ и ХДЗП. Полипрагмазия (назначение одновременно 4 и более препаратов) наблюдается в среднем в 24-26% случаев. Полипрагмазия незначительно чаще наблюдается при оказании СМП больным пожилого возраста. В пожилом возрасте больше подвергнуты полипрагмазии мужчины, а в среднем возрасте – женщины (табл. 1).

Полипрагмазия наблюдалась в 25% случаев АГ и у 2,5% больных ХДЗП. Вероятно, зафиксированная частая полипрагмазия при оказании СМП больным АГ, обусловлена желанием быстро снизить артериальное давление (АД) путем введения различных препаратов, хотя с этой целью достаточно дать таблетку нифедипина или каптоприла под язык. В основном больные АГ получали 1-4 ЛС, а больные ХДЗП – 1-3 ЛС (табл. 2).

В структуре ЛС, назначаемых врачами СМП при АГ и ХДЗП, первые места по частоте занимают спазмолитики, ненаркотические анальгетики и метаболики, то есть препараты, не рекомендованные при данных патологиях (табл. 3).

Таблица 1.

Удельный вес (в %) комбинаций ЛС у больных АГ и ХДЗП

Возраст, лет	Пол	1 ЛС	2 ЛС	3 ЛС	4 ЛС	≥5 ЛС	Всего
0-59	Оба пола	13,5	32,7	29,9	17,5	6,5	100,0
	женский	13,3	33,6	30,1	17,2	5,8	100,0
	мужской	13,8	30,3	29,5	18,0	8,3	100,0
≥60	Оба пола	11,7	30,8	31,5	18,0	7,9	100,0
	женский	11,8	31,1	31,5	17,9	7,6	100,0

	мужской	11,3	29,8	31,5	18,4	9,0	100,0
Итого		12,5	31,7	30,8	17,7	7,3	100,0

Таблица 2.

**Распределение больных ХЗП и АГ по возрасту, диагнозу и числу получаемых ЛС
(% от суммы по горизонтали)**

Возрастные и нозологические группы	1 ЛС	2 ЛС	3 ЛС	4 ЛС	>5 ЛС	Всего
Артериальная гипертензия (I10-15)	12,4	31,6	30,8	17,9	7,4	100,0
0-59	13,3	32,5	30,0	17,6	6,6	100,0
>60	11,6	30,8	31,5	18,1	8,0	100,0
Вирусные гепатиты (B15-19)	22,2	60,0	15,6	2,2	0,0	100,0
0-59	21,1	68,4	7,9	2,6	0,0	100,0
>60	28,6	14,3	57,1	0,0	0,0	100,0
Болезни печени (K70-75)	22,1	33,9	31,5	9,7	2,8	100,0
0-59	23,7	35,8	28,7	8,8	3,0	100,0
>60	19,6	30,8	36,0	11,2	2,4	100,0
Общий итог	12,5	31,7	30,8	17,7	7,3	100,0

Таблица 3

Группы ЛС, введенных больным АГ и ХДЗП (n=51202) бригадой СМП

Группы лекарственных средств	Количество назначений	% больных
Спазмолитики	68146	133,1
Аналгетики неопиоидные	28733	56,1
Метаболики	25020	48,9
Гистаминоблокаторы	6894	13,5
Диуретики	3203	6,3
Нейролептики	2574	5,0
Гипотензивные	1457	2,8
Седативные	735	1,4
Бронхолитики	598	1,2
Симпатомиметики	574	1,1
Аналгетики опиоидные	457	0,9
Сердечные гликозиды	446	0,9
Аналептики	438	0,9
Инфузионные растворы	289	0,6
Гемостатики	236	0,5
Антитромботики	155	0,3
Глюкокортикостероиды	96	0,2
Антиаритмики	96	0,2
Итого	140170	273,8

Трети больным вводились несколько спазмолитиков, что выражается долей этих ЛС более 100%. Рекомендованные клиническими рекомендациями ЛС для лечения АГ встречались в назначениях врачей в 9% случаев. До 20% больных получили ЛС психосупрессивного действия: седативные, нейролептики, гистаминоблокаторы. При оказании СМП больным АГ и ХДЗП использованы следующие ЛС, действующие на сердечно-сосудистую систему: гипотензивные, симпатомиметики, сердечные гликозиды, антиаритмики, диуретики и инфузионные растворы.

Анализ структуры ЛС при оказании СМП больным АГ показал, что удельный вес часто используемых ЛС практически одинаков с таковым у

больных АГ и ХДЗП (табл. 4). Антигипертензивные ЛС при лечении больных АГ использовались в 9% случаев. В остальных случаях вводились ЛС с сомнительным антигипертензивным действием: спазмолитики, седативные, гистаминоблокаторы и др.

При ХДЗП назначались в основном ненаркотические анальгетики и спазмолитики, хотя болевой синдром и спазмы полых органов при ХДЗП не наблюдаются, что может указывать на неправильность выставленного диагноза. Если допустить, что диагнозы выверены, то все больные получали гепатотоксичные ЛС: нестероидные противовоспалительные и седативные средства (табл. 5).

Таблица 4.

Рейтинг групп ЛС, использованных для оказания СМП больным АГ (n=50436)

Группы лекарственных средств	Всего назначений	% больных
Спазмолитики	67732	134,3
Анальгетики неопиоидные	27850	55,2
Метаболики	24964	49,5
Гистаминоблокаторы	6773	13,4
Диуретики	3106	6,2
Нейролептики	2574	5,1
Гипотензивные	1457	2,9
Седативные	727	1,4
Бронхолитики	587	1,2
Симпатомиметики	574	1,1
Анальгетики опиоидные	419	0,8
Сердечные гликозиды	407	0,8
Аналептики	391	0,8
Инфузионные растворы	283	0,6
Гемостатики	210	0,4
Антитромботики	155	0,3
Общий итог	138396	274,4

Таблица 5.

Рейтинг групп ЛС, назначенных больным ХДЗП (n=766) врачами СМП

Группы лекарственных средств	Всего назначений	% больных
Анальгетики неопиоидные	883	115,3
Спазмолитики	414	54,0
Гистаминоблокаторы	121	15,8
Диуретики	97	12,7
Метаболики	56	7,3
Аналептики	47	6,1
Сердечные гликозиды	39	5,1
Анальгетики опиоидные	38	5,0
Глюкокортикостероиды	28	3,7
Гемостатики	26	3,4
Бронхолитики	11	1,4
Седативные	8	1,0

Инфузионные растворы	6	0,8
Общий итог	1774	231,6

Заключение

Наблюдающаяся полипрогмазия на различных уровнях оказания медицинской помощи больным пожилого возраста может способствовать увеличению числа

нежелательных эффектов препаратов [3]. Следовательно, пожилым больным, особенно с ХДЗП, ЛС нужно назначать только при наличии абсолютных показаний и в минимальных дозах.

Примечания

1. Нис А. Основы медикаментозного лечения // Клиническая фармакология по Гудману и Гилману / Под общей ред. А. Г. Гилмана; ред.: Дж. Хардман и Л. Лимберд. В 4 т. Пер с англ. Кн. 1. М. : Практика. 2006. С. 49-65. 2. Уилкинсон Г. Фармакокинетика // Клиническая фармакология по Гудману и Гилману / Под общей ред. А.Г. Гилмана, ред. Дж. Хардман и Л. Лимберд. В 4 т. Пер с англ. Кн. 1. М. : Практика, 2006. С. 16-49. 3. LaRosa J. C., He J., Vupputuri S. Effect of statins on risk of coronary disease: a meta-analysis of randomized controlled trials // JAMA. 1999. Vol. 282. P. 2340-2346.

Статья поступила в редакцию 02.03.2012 г.