

УДК 616.12-008.331.1:616.13-004.6-085(045)

Авторское мнение

НОВЫЙ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И АТЕРОСКЛЕРОЗА

Я.А. Кац – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, доцент кафедры факультетской терапии, кандидат медицинских наук.

NEW METHODOLOGICAL APPROACH TO HYPERTENSION AND ATHEROSCLEROSIS TREATMENT

Ya.A. Katz – *Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovskiy, Department of Faculty Therapy of Therapeutic Faculty, Assistant Professor, Candidate of Medical Science.*

Дата поступления в печать – 05.09.09 г.

Дата принятия в печать – 27.10.09 г.

Я.А. Кац. Новый методологический подход к лечению гипертонической болезни и атеросклероза. Саратовский научно-медицинский журнал, 2009, том 5, № 4, с. 562–563.

В условиях недостаточно удовлетворительных результатов лечения и профилактики гипертонической болезни (ГБ) и атеросклероза (АТ) предлагается новый методологический подход с выделением и учетом фаз системного хронического воспалительного процесса в сосудах и смещением акцентов на проведение активной противовоспалительной терапии (ПВТ). Особое значение придается диагностике и лечению различных фаз межприступного периода (МПП), прежде всего, преактивной фазы, что должно не только предупредить активацию и прогрессирование процесса, но и явиться своеобразным профилактическим мероприятием.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, атеросклероз, фазы хронического воспаления, противовоспалительная терапия, лизиноприл, гидрохлортиазид.

Ya.A. Katz. New Methodological Approach To Hypertension And Atherosclerosis Treatment. Saratov Journal of Medical Scientific Research, 2009, vol. 5, № 4, p. 562–563.

A new methodological approach has been proposed according to the insufficient results of hypertension (HD) and atherosclerosis (AT) treatment and preventive measures. This method is characterized by the determination and taking into account the phases of systematic chronic inflammatory process in vessels and concentrates on the conduction of an active anti-inflammatory therapy (AIT). Special attention has been paid to the diagnostics and treatment of different phases of interseizure period (ISP), mainly of preactive phase. These measures should both prevent activation and progressing of the process and become a kind of prophylaxis.

Key words: hypertension, atherosclerosis, phases of chronic inflammation, anti-inflammatory therapy, lisinopril, hydrochlorothiazide

Эпидемическая (пандемическая) распространенность и отсутствие значительных успехов в лечении и профилактике гипертонической болезни (ГБ) и атеросклероза (АТ) заставляют искать несколько иные подходы к решению этих сложных задач [1, 2]. При отсутствии четких данных об этиологии ГБ и АТ первичная профилактика этих заболеваний является несовершенной. В связи с этим основные усилия в настоящее время направлены на ликвидацию факторов риска, что приносит лишь частичный положительный эффект и существенно не влияет на возникновение новых случаев заболеваний. Проблема становится еще более сложной, если признать частое наличие коморбидности и гетерогенность АТ и ГБ, что определяет необходимость при поиске подходов к профилактике и терапии учитывать особенности разных форм и характер сопутствующей патологии. В условиях существующих реалий, когда срок полной расшифровки этиологических факторов не определен, а имеющаяся коморбидность способна ухудшать прогноз и осложнять течение заболеваний, наиболее продуктивным при решении вопросов диагностики и терапии является обращение к идее синдромного подхода с учетом основных патогенных и патогенетических механизмов.

Признание хронического воспаления сосудистой стенки ведущим синдромом как при ГБ, так и при АТ делает необходимым при их лечении сместить акценты на проведение активной противовоспалительной терапии. При этом важнейшим условием для эффективной целенаправленной терапии является учет фаз хронического процесса и характера патогенетических механизмов, участвующих в формировании и поддержании хронического воспаления. Характери-

зую хроническое воспаление, следует помнить, что, наряду с острой фазой, как при всяком хроническом процессе, должен быть выделен межприступный период (МПП), который рассматривается нами с точки зрения его неоднородности и неоднотипности течения. Анализ МПП начинается с определения времени, прошедшего после последнего рецидива, так как вслед за ликвидацией острого периода наступают ранняя (РППФ), а затем и поздняя (ПППФ) постприступные фазы МПП. С другой стороны, перед вспышкой атеросклеротического процесса или активацией течения ГБ необходимо определить преактивную фазу (ПАФ) МПП, наиболее значимую с позиции возможно раннего и активного воздействия, что может предотвратить наступление обострения процесса. Наконец, в промежутке этих фаз имеется истинно межприступный период (ИМП), когда активность агрессивных факторов нивелируется антипатогенными механизмами, а функции поврежденных органов-мишеней компенсируются напряженной работой соответствующих функциональных систем. Естественно, что перечень лекарств, входящих в терапию ГБ и АТ в постприступную фазу МПП или в ПАФ, будет разным. В то же время общий подход к проведению терапии должен оставаться системным с учетом фаз воспаления у конкретного больного. Понятно, что предстоит большая работа по накоплению опыта и определению оптимальных средств, применяемых в ту или иную фазу воспаления. Целесообразность подобного подхода к рассмотрению хронического заболевания и фаз МПП была продемонстрирована нами при изучении ревматизма [3, 4]. Наиболее сложным, но необходимым является выяснение при ГБ и АТ характера и степени выраженности (вклад) иммунопатогенных механизмов в развитие хронизации и прогрессировании воспале-

Ответственный автор – **Кац Яков Александрович**
410054, г. Саратов, ул. Клиническая 8/18, кв. 137,
тел. (8452)525808, (8452)525623
E-mail: www.kaz.ru@rambler.ru

ния, степени дезорганизации систем иммунореактивности и фаз вторичной иммунной недостаточности. В последние годы значительное количество работ посвящено изучению вопросов системного воспаления и его показателей при артериальной гипертензии и атеросклерозе [5, 6, 7, 8, 9, 12].

Таким образом, при составлении плана лечения ГБ и АТ необходимо включать средства, учитывая все основные компоненты и механизмы, формирующие хроническое воспаление.

1. Антибактериальный (а/б) и/или противовирусный (ПВ) компоненты. Имеется ряд работ, доказывающих участие хламидий и некоторых вирусов (вирус простого герпеса, ЦМВ) в возникновении и течении АТ. Думается, что в развитии ГБ в целом ряде случаев принимают участие не только хламидии [10], но и вирусы. Однако применение прямых а/б или /и ПВ средств не планируется, если не доказана массивность заражения при рассмотрении каждого конкретного случая. В основном же речь идет об опосредованном воздействии на инфекцию через стимуляцию антибактериальной и противовирусной защиты или использовании средств, способных корригировать дисфункции иммунореактивности.

2. Иммунный компонент, имея в виду воздействие, прежде всего, на регулирующие механизмы иммунного ответа и коррекцию иммунной недостаточности.

3. Антицитокиновые средства.

4. Детоксицирующие препараты.

5. Неспецифические противовоспалительные, включая антигипоксанты.

Составляя план лечения, следовало бы считать оптимальным наличие возможности воздействия одним лекарственным средством, обладающим положительным влиянием на все вышеуказанные компоненты воспалительного процесса. Близко к препаратам с таким комплексным действием подходит иммуноглобулин, что позволяет рекомендовать его при лечении ГБ и АТ: для в/в введения (в активный период) и для в/м введения (в МПП) [11]. Наряду с ИГНЧ в лечебный комплекс при наличии соответствующих показаний должны входить средства противовоспалительного, детоксицирующего действия, цитопротекторы, дезагреганты, средства, способствующие утилизации кислорода и стимулирующие репарацию. К таким препаратам следует отнести гептрал, гепасол, метадоксил, берлитион, реамберин, унитиол, предуктал, простенон, ИАПФ или/и БРА и препараты базовой терапии: статины, делагил (плаквенил).

Обособленно стоит вопрос в отношении базовой антигипертензивной терапии вне зависимости от этиологии гипертензии. Сегодня значимость такой терапии не вызывает сомнений. Однако следует отдавать предпочтение хорошо зарекомендовавшим средствам с наименьшими побочными действиями и доказанным (доказательная медицина) лечебным эффектом. Среди таких средств центральное место занимают ИАПФ, а среди последних может быть отмечен относительно новый препарат Литен Н (фирма «BOSNALIJEK»), содержащий ингибитор ангиотензин-превращающего фермента (лизиноприл) и диуретик (гидрохлортиазид), которые в комбинации оказывают аддитивный антигипертензивный эффект. Если суммировать преимущества лечения препаратом Литен Н, то следует подчеркнуть, что, обладая клинически доказанной эффективностью терапии гипертензии различной этиологии, Литен Н приводит к более эффективному снижению артериального давления по отношению к монотерапии. С точки зрения доказательной гипертензиологии исследованиями

ATLAS, TROPHY, EUCLID и др. показана высокая эффективность использования лизиноприла для лечения АГ в пожилом возрасте, у тучных пациентов, при ретинопатии и микроальбуминурии, кроме того, подтвержден кардиопротективный эффект лизиноприла при наличии хронической сердечной недостаточности. В Литен Н за счет сочетания двух компонентов, в оптимальных дозах, уменьшаются побочные действия гидрохлортиазида: нет негативных влияний на липиды, уровень глюкозы и калия в сыворотке крови. Отсутствие негативного влияния на липиды особенно важно, если учесть очень частое сочетание АГ с атеросклерозом, что повышает привлекательность применения Литен Н и при атеросклеротическом процессе. Рекомендательный прием Литен Н – один раз в сутки, что является очень удобным для пациента, обеспечивая достаточно высокую приверженность к терапии. Кроме того, доказана безопасность и хорошая переносимость препарата.

Развитие новых технологий позволяет надеяться на появление в скором времени терапевтически ориентированных фармакоконструкций целенаправленного действия на основе «функциональных» антител (каталитических или/и интрател), которые можно было бы применять в преактивной фазе (в период накопления конформационно нестабильных антител). Понятно, что в каждом конкретном случае в предложенный перечень препаратов ряд средств может быть добавлен или исключен. Однако не подлежит сомнению, что накопление опыта при проведении противовоспалительной терапии по указанному плану должно выявить все положительные стороны предложенного подхода, с возможными вариантами сочетаний различных препаратов и отдельных комплексов.

Библиографический список

1. Чазов, Е.И. Взгляд из прошлого в будущее / Е.И. Чазов // Терапевтический архив. – 2004. – № 6. – С. 8-15.
2. Гогин, Е.Е. Гипертоническая болезнь – основные причины, определяющие сердечно-сосудистую смертность в стране / Е.Е. Гогин // Терапевтический архив. – 2003. – № 9. – С. 31-36.
3. Кац, Я.А. Межрецидивный период ревматизма. Диагностика. Лечение. Профилактика рецидивов / Я.А. Кац // Современные проблемы медицинской науки: Мат. науч.-практ. конф. Саратов, 1994. – С. 67-69.
4. Кац, Я.А. Эволюция ревматизма / Я.А. Кац. – Саратов: СГМУ, 2002. – 40 с.
5. Шилкина, Н.П. Артериальная гипертензия и системный воспалительный процесс: современное состояние проблемы / Н.П. Шилкина // Терапевтический архив. – 2008. – № 5. – С. 91-96.
6. Показатели неспецифического воспаления у больных гипертензивной болезнью / Е.В. Ощепкова, В.А. Дмитриев, В.Н. Титов и соавт. // Терапевтический архив. – 2007. – №12. – С. 18-25.
7. Li, H. Essential hypertension is associated with subclinical inflammation / H. Li, Y.C. Gong, D.L. Zhu // Am. J. Hypertens. – 2004. – Vol. 22. – № 2. – P. 323.
8. Ross, R. Atherosclerosis – an inflammatory disease / R. Ross // N. Engl. J. Med. – 1999. – Vol. 340. – P. 115-126.
9. Glass, C.K. Atherosclerosis: the road ahead / C.K. Glass, J.L. Witztum // Cell. – 2001. – Vol. 104. – P. 503-511.
10. Chlamidia pneumonia antibodies are associated with CRP levels in hypertensive patients / V. Pitiriga, V. Kotsis, M. Alecsandrou et al. // J. Hypertens. – 2003. – Vol. 21. – Suppl. 4. – P. 237.
11. Бисага, Г.Н. Роль иммуноглобулинов для внутривенного введения в лечении рассеянного склероза / Г.Н. Бисага // Лекции для практикующих врачей. Т. 2; Под ред. А.Г. Чучалина, А.И. Мартынова, Ю.Б. Белоусова. – Общероссийский фонд «Здоровье человека», 2008. – С. 148-169.
12. Chiu, B. Multiple infection in carotid atherosclerotic plaques / B. Chiu // Am. Heart J. – 1999. – Vol. 138. – P. 534-536.