

Максимов В.А., Давыдова С.С.

Особенности антигипертензивной терапии у мужчин с заболеваниями органов мочеполовой системы

Городская клиническая урологическая больница № 47, г. Москва

Maksimov V. A., Davydova S.S.

Features of hypotensive therapy at men with diseases of bodies of urogenital system

Резюме

В настоящей статье представлены результаты подбора гипотензивной терапии у больных артериальной гипертензией (АГ), которые находились на лечении в урологической больнице с заболеваниями органов мочеполовой системы. Всем больным для эффективного подбора антигипертензивных препаратов проводилось суточное мониторирование АД (СМАД). В работе показана особая значимость дооперационной коррекции гипотензивной терапии. Показано, что при правильно подобранной терапии снижается частота гипертонических кризов (ГК) после лечения мочекаменной болезни (МКБ) методом дистанционной литотрипсии (ДЛТ).

Ключевые слова: ДЛТ, АГ, ГК, антигипертензивная терапия, СМАД

Summary

In the present article results of selection of hypotensive therapy at patients who were on treatment in urological hospital with diseases of bodies of urogenital system are presented. By all patient for effective selection hypotensive preparations it was spent Daily monitoring of arterial pressure. In work the special importance of presurgical correction of hypotensive therapy is shown. It is shown that at correctly picked up therapy frequency of hypertensive crises after treatment Urolithic illness by method Remote lithotripsy decreases.

Keywords: A remote lithotripsy, an arterial hypertension, a hypertensive crisis, hypotensive therapy, daily monitoring of arterial pressure

Введение

Проблема уронефрологии является одной из важнейших в системе здравоохранения. Урологические заболевания оказывают существенное влияние на состояние здоровья общества [1;2]. Если в 80-90-х гг. XX столетия доля урологических болезней составляла 4-5% общей заболеваемости, то к нынешнему времени она увеличилась до 7% [3]. Среди них можно выделить группу заболеваний, наиболее значимых в медико-демографическом отношении: МКБ, хроническая почечная недостаточность (ХПН), заболевания предстательной железы (ПЖ), хронический пиелонефрит и онкоурологические заболевания. Данные нозологические единицы составляют основную долю урологических заболеваний, их прогрессирование сопровождается значительным числом различных осложнений и требует серьезного специализированного лечения у специалистов-урологов [4]. Однако, как правило, наряду с урологическими заболеваниями у пациентов присутствует и ряд других, сочетанных, заболеваний. Наибольшее прогностическое значение среди них имеют заболевания сердечно – сосудистой системы. Коморбидность урологических и кардиологических забо-

леваний необходимо учитывать при планировании тактики ведения больных. Поскольку любое хирургическое вмешательство является стрессом для организма и сопровождается всплеском активности симпатoadrenalной системы в послеоперационном периоде, что нередко сопровождается развитием осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы, актуальной является проблема профилактики их развития у больных с предшествующими заболеваниями сердца и сосудов, в том числе и АГ.

Материалы и методы

В исследование включены 610 больных (все мужчины), в возрасте от 40 до 90 лет, из них с АГ II-III степени, страдающие МКБ или заболеваниями ПЖ. Все больные были проконсультированы кардиологом перед оперативным вмешательством в ГКУБ

№ 47 с августа по декабрь 2011г. Диагностика АГ осуществлялась в соответствии с критериями, опубликованными в Рекомендациях Всероссийского Научного Общества Кардиологов (ВНОК) от 2008 года [5]. Все больные, включенные в исследование, страдали АГ в течение

Таблица 1. Заболевания органов мочеполовой системы исследуемых больных АГ основной и контрольной (ЭВ) групп

Заболевание	Основная группа N=610	%	Группа контроля N=50	%
Доброкачественная гиперплазия ПЖ (ДГПЖ)	316	51,8	6	12
МКБ	224	36,7	44	88
Рак ПЖ	49	8,0		
Хронический простатит	14	2,3		
Острый простатит	7	1,2		

Таблица 2. Общая клиничко-демографическая характеристика больных основной и контрольной групп

		Основная группа (N=610)	Группа контроля (N=50)	p
Средний возраст, лет		55±5,8	57±4,9	>0,05
Среднесуточное АД, мм рт.ст.		159,2±5,6	-	-
Анамнез АГ, лет		5±3,1	4±3,5	>0,05
Индекс массы тела, кг/м ²		26,5±4,3	25±3,9	>0,05
Сопутствующие заболевания	ИБС	441 (72,3%)	26 (52%)	>0,05
	Хронический гастрит	116 (19,0%)	8 (16%)	>0,05
	ХОБЛ	102 (16,7%)	10 (20%)	>0,05
	СД 2 типа	67 (11%)	5 (10%)	>0,05
	Хронический панкреатит	37 (6,1%)	3 (6%)	>0,05
	ЖКБ	12 (2,0%)	2 (4%)	>0,05

Примечание. Все значения представлены как среднее ± стандартное отклонение или как количество больных и доли в % от общего числа лиц в группе.

нескольких лет, до выявления у них урологического заболевания. В исследование не включались больные с доказанной вторичной АГ, высокими цифрами привычного АД (>200/110 мм рт.ст.), резистентного к проводимому лечению, декомпенсированным сахарным диабетом, сердечной недостаточностью III-IV ФК. Всем больным АГ, направленным на консультацию кардиолога, проводилось СМАД на аппарате МЭКГ-ДП-НС-01 (монитор ЭКГ, давления, пульса носимый суточный версия 01 «ДМС Передовые технологии», Россия) до оперативного вмешательства, при необходимости после подбора терапии. Измерение АД в дневные часы осуществлялось каждые 15 минут, а в ночные – каждые 30 минут. Всем больным разрешалось вести обычную деятельность, в момент измерения рекомендовалось не двигаться. Затем исследование осуществлялось на вторые сутки после операции, по результатам которого у части больных вновь проводилась коррекция терапии. Контрольное СМАД производилось на 10 сутки после урологического вмешательства. Контрольная группа сформирована включением 50 сопоставимых по возрасту мужчин (от 37 до 82 лет) с анамнезом АГ II-III степени, взятых на экстренное хирургическое вмешательство по поводу МКБ или заболевания ПЖ в ГКУБ №47 в тот же временной период без предшествующей консультации кардиолога. 15 больных (38%) постоянно получали антигипертензивные препараты, 13 пациентов принимали ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) (эналаприл, лизиноприл или фозиноприл) и 2 больных получали комбинированную терапию ИАПФ и диуретиком или бета-блокатором. Об эффективности проводимой терапии судить сложно, так

как СМАД до операции больным контрольной группы, в отличие от основной группы, не проводилось. Заболевания органов мочеполовой системы больных основной и контрольной групп представлены в таблице №1. Общая клиничко-демографическая характеристика больных основной и контрольной групп представлена в таблице №2.

Результаты и обсуждение

Коррекция антигипертензивной терапии потребовалась 301 больному (49,3%) основной группы, из них 82 пациентам с АГ (48,6% от общего числа больных с АГ) и 219 больным с сочетанием АГ и ИБС (49,7% от общего числа больных с сочетанием АГ и ИБС). Усиление/начало антигипертензивной терапии потребовалось 121 больному с ДГПЖ (38,4% от общего числа больных с данной патологией), 147 больным с МКБ (66,2%), 24 больным с раком ПЖ (49,0%), 5 больным с хроническим простатитом (35,7%) и 4 больным с острым простатитом (57,1%).

Данные относительно распределения больных, которым потребовалась коррекция терапии АГ, по урологическим патологиям представлены на рис. 1.

Из диаграммы видно, что наибольшая доля больных с неэффективной прежде антигипертензивной терапией имела место среди пациентов с МКБ (66,2%).

При этом больным, которые получали постоянную антигипертензивную терапию, увеличивалась доза принимаемых препаратов и/или присоединялся препарат другой группы (блокатор кальциевых каналов). Больным, не получавшим постоянного лечения, назначался ИАПФ, метаболизирующийся через печень, фозиноприл (моно-

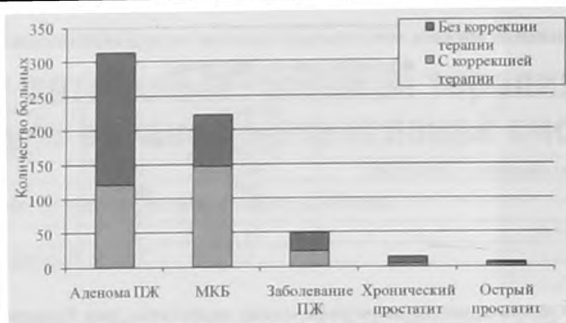


Рисунок №1. Количество больных основной группы с различной урологической патологией, которым потребовалась коррекция антигипертензивной терапии на дооперационном этапе

Таблица 3. Основные оперативные вмешательства, проведенные больным АГ основной и контрольной (ЭВ) групп.

	Основная группа N=607	%	Контрольная(ЭВ) группа N=50	%
Трансуретральная резекция простаты (ТУР) простаты	270	44,5%	6	12
Дистанционная литотрипсия (ДЛТ)	216	35,6%	44	88
Радикальная простатэктомия	49	8,1%		
Аденомэктомия	66	10,9%		
Контактная шнеколитотрипсия	6	1,0%		

прил) по 5 мг 2 раза в день, затем при необходимости увеличивалась его доза до 10 мг 2 раза в день и/или присоединялся блокатор кальциевых каналов нифедипин (кордафлекс) (в начальной дозе 10 мг 2 раза в день) или амлодипин (норваск) (в начальной дозе 5 мг 1 раз в сутки). У 3 пациентов (0,5%, 1 больной с ДГПЖ и 2 больных МКБ) не удалось достичь целевого уровня АД на фоне приема двух антигипертензивных препаратов, поэтому им было отказано в операции, для подбора эффективного гипотензивного лечения они были направлены в многопрофильный стационар, в связи с чем из нашего исследования они были исключены. Остальным 607 больным основной группы были проведены хирургические операции по коррекции урологической патологии. Основные виды оперативных вмешательств представлены в таблице №3.

В раннем послеоперационном периоде у 5 больных (0,8%) основной группы развился ГК. Терапия ГК заключалась в назначении фуросемида 40 мг внутривенно и 20 мг нифедипина (коринфара) однократно под язык. Из них у всех больных была произведена ДЛТ по поводу МКБ. Таким образом, частота развития ГК у больных МКБ в послеоперационном периоде составила 2,3% (5 из 222),

при проведении ДЛТ частота развития этого осложнения в нашем исследовании оказалась равной 2,5% (5 из 199).

В контрольной группе в раннем послеоперационном периоде ГК развился у 38 больных (76,0%), причем опять же все эти больные подвергались ДЛТ. Частота развития ГК в группе контроля, без дооперационной коррекции антигипертензивной терапии оказалась статистически значимо больше, чем в основной группе ($p < 0,0001$). Частота развития этого осложнения при МКБ и проведении ДЛТ в группе контроля составили 86,4% (38 из 44), что оказалось больше, чем у больных МКБ, перенесших ДЛТ, основной группы, то есть после адекватной антигипертензивной терапии ($p < 0,0001$). Данные представлены на Рис.2.

Наибольшая доля больных с повышенными значениями АД по данным СМАД на вторые сутки после операции, которым потребовалось усиление антигипертензивной терапии, оказалась в группе пациентов с МКБ, после ДЛТ (71 из 216, 32,9%). Статистически значимо ($p < 0,0001$) более низкая доля больных с повышенными значениями АД по результатам повторного СМАД оказалась после ТУР ПЖ (8 из 270, 3,0%), радикальной простат



Рис.2. Частота развития ГК у больных основной и контрольной групп в раннем послеоперационном периоде

эктомии (1 из 56, 2,0%), аденомэктомии (1 из 66, 1,5%). Нормальные значения АД по данным СМАД на вторые сутки послеоперационного периода отмечены у всех больных лишь после контактной литотрипсии. В контрольной группе повышенные значения АД по результатам СМАД на вторые сутки послеоперационного периода, потребовавшие коррекции антигипертензивной терапии, зарегистрированы у 39 больных из 50 прооперированных (78,0%). Процент пациентов с повышенными значениями АД по результатам СМАД на вторые сутки послеоперационного периода оказался статистически значимо выше у больных контрольной группы по сравнению с основной ($p < 0,01$). Причем все больные подвергались ДЛТ, доля больных МКБ с повышенным АД после ДЛТ в группе контроля составила 88,6% (39 из 44 больных), что оказалось статистически значимо выше, чем у больных МКБ после ДЛТ основной группы ($p < 0,05$).

Выводы

В нашей работе показано, что осуществление ДЛТ у ряда больных АГ приводит к повышению АД, а также к развитию ГК. Продемонстрировано, что при дооперационной коррекции антигипертензивной терапии уменьшается доля больных с повышенным АД в раннем послеоперационном периоде, а также значительно снижается частота развития ГК. Взаимосвязь проведения ДЛТ с по-

вышением системного АД интересует исследователей с 1986 г., когда J.C. Peterson и B. Finlayson продемонстрировали развитие или ухудшение имеющейся до вмешательства АГ у трех больных непосредственно после процедуры [6]. С того периода доказательства влияния ДЛТ на уровень АД в раннем и отдаленном послеоперационном периоде выявляли большое количество исследователей [7,8,9,10,11,12]. Сравнивая наши данные с данными литературы, следует отметить, что сходные результаты были получены J.E. Lingeman и соавт., которые изучали результаты лечения 927 больных МКБ, 731 из которых подверглись ДЛТ (основная группа), а у 196 применялись другие методики (контрольная группа) [13]. Авторы продемонстрировали статистически значимое повышение уровня диастолического АД в группе ДЛТ по сравнению с данными до вмешательства, в отличие от контрольной группы. В этой работе было также показано, что при долгосрочном наблюдении частота выявления АГ в группе больных ДЛТ не превышает таковую контрольной группы. ■

Максимов В.А., Давыдова С.С., Городская клиническая урологическая больница № 47, г. Москва; Автор. ответственный за переписку - Давыдова С.С., г. Москва, Луговой проезд д.9, к.1, кв157. sve20045164@yandex.ru

Литература:

1. Miller D.C., Saigal C.S., Litwin M.S. The demographic burden of urologic diseases in America // Urol. Clin. North Am. 2009. Vol. 36, ч 1.Р.11-27
2. Anger J.T., Saigal C.S., Wang M., Yano E.M. Urologic disease burden in the United States: veteran users of Department of Veterans Affairs healthcare.// Urology. 2008. Vol. 72, ч 1. Р.37-41.
3. Аполихин О.И., Какорина Е.П., Сивков А.В., Бешлиев Д.А., Солнцева Т.В., Комарова В.А. Состояние урологической заболеваемости в Российской Федерации по данным официальной статистики. // Урология. 2008. ч 3. С.3-9.
4. Лопатин М.Ю. Пробы с дозированной физической нагрузкой (велозргометрия, тредмил-тест). Научно-практические рекомендации. Волгоград. изд.-во ВОКЦ. -2001.-68 с.
5. Чазова И.Е., рабочая группа по разработке рекомендаций, комитет экспертов по разработке рекомендаций. Национальные рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертонии. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2008; 7(6), Приложение 2.
6. Jaeger P, Redha F, Uhlschmid G, Hauri D. Morphological changes in canine kidneys following extracorporeal shock waver treatment. Urol Res 1988;16:161-6.
7. Fajardo LL, Hillman BJ, Weber C, Donovan JM, Drach GW. Microvascular changes in rabbit kidneys after extracorporeal shock wave treatment. Invest Radiol 1990; 25(6):664-9.
8. Neal DE, Kaack MB, Harmon EP, et al. Renin production after experimental extracorporeal shock wave lithotripsy: a primate model. J Urol 1991;146(2 Pt 2): 548-50.
9. Brewer SL, Atala A, Ackerman DM, et al. Shock wave lithotripsy damage in human cadaver kidneys. J Endourol 1988;4:333-9.
10. Chaussy C, Schmiedt E. ESWL for kidney stones: an alternative to surgery? Urol Radiol 1984;6:80-7.
11. Rubin Y, Arger PH, Pollack HM, et al. Kidney changes after ESWL: CT evaluation. Radiology 1987;162:21-4.
12. Baumgartner BR, Dickey KW, Ambrose SS, et al. Kidney changes after ESWL: appearance on MR imaging. Radiology 1987;163:531-4.
13. Lingeman JE, Kulb TB. Hypertension following extracorporeal shock wave lithotripsy. J Urol 1987;137 (Suppl):142A.