

MEDICINE AND PHARMACY

Метаболічна терапія в комплексному лікуванні артеріальної гіпертонії

Золотарьова Наталія Артемівна¹, Паламарчук Дмитро Васильович²

¹ доктор медичних наук, професор, професор кафедри внутрішньої медицини;
Одеський Національний медичний Університет; Україна

² аспірант кафедри внутрішньої медицини;
Одеський Національний медичний Університет; Україна

Анотація. У роботі наведені результати вивчення ефективності 3-4-тижневого використання метаболічної терапії в комплексному лікуванні хворих на артеріальну гіпертензію. Аналізувалися динаміка скарг, цифр артеріального тиску, період стійкої нормалізації артеріального тиску та кількість епізодів його підйому упродовж періода спостереження. Використання метаболічної терапії на тлі протокольного комплексу лікування хворих на артеріальну гіпертензію дозволяє досягти більш вираженого гіпотензивного ефекту, і, відповідно, зниження таких скарг, як головний біль та запаморочення. Крім того, його використання скорочує терміни нормалізації артеріального тиску та епізодів його підвищення АТ, включаючи передкризові стани.
Ключові слова: артеріальна гіпертензія, метаболічна терапія, клінічне та інструментальне спостереження.

За вкладом у смертність від серцево-судинних захворювань перше місце посідає артеріальна гіпертензія (АГ), яка вельми поширена у більшості розвинених країн світу, зокрема в Україні [1]. Патогенетичні механізми, що її супроводжують, такі як симпатична дисрегуляція, дисфункція ендотелію, підвищення жорсткості судин, гіперкоагуляція, атероматоз, посилення радикальних процесів [2,3,4,5,6,] провокують підвищення ще більш загрозливих серцево-судинних ускладнень, а саме: стенокардії, інфаркту міокарда, інсультів, аневризми аорти, серцевої недостатності [7]. Маються також повідомлення про поширеність АГ серед хворих на ревматологічну, ендокринну, неврологічну патології [8,9,10]. Найчастіше хворі помирають від ускладнень артеріальної гіпертензії, причому взаємозв'язок між рівнем артеріального тиску (АТ) і кардіоваскулярним ризиком безперервний, постійний і не залежить від інших факторів ризику. Іншими словами, чим вищий АТ, тим вища ймовірність розвитку серцево-судинних ускладнень і, навпаки, адекватна терапія АГ призводить до зниження ризику

MEDICINE AND PHARMACY

ускладнень та збільшення тривалості життя [11].

Отже до сьогоднішнього дня лікування залишається вельми актуальною проблемою сучасної медицини. У міру зростання більш детальної інформації з вже достатньо вивченого етіопатогенезу АГ, з'являються корекції та нові напрямки з її лікування. Останні з них – вплив на перебіг захворювання за рахунок нормалізації ендотеліальної дисфункції [12], окисно-відновлювального гомеостазу [13], артеріальної ригідності [14].

Кардіоцитопротекція – відносно новий напрямок у медицині та в останнє десятиліття з'являється все більше робіт про його успішне використання при кардіоваскулярній патології, у тому числі при артеріальній гіпертензії [15,16,17,18]. При цьому слід підкреслити, що цитопротектори ще не мають такої значної доказової бази, як, наприклад, практично всі рекомендовані гіпотензивні препарати (інгібітори АПФ, антагоністи Са, β-блокатори, сартани та ін.), внаслідок чого немає однозначної думки щодо їх застосування. Одночасно вже давно доведено, що атеросклероз, ішемічна хвороба серця та артеріальна гіпертензія є найбільш вивченими на сьогоднішній день вільнорадикальними патологіями, в розвитку яких великого значення набуває неконтрольована генерація пероксидів. З цієї точки зору використання метаболітів у хворих на АГ набуває великого значення і питання стосовно цього потребують подальших досліджень.

До теперішнього часу метаболічними препаратами, які найчастіше використовували в кардіології, були триметазидин і мілдронат, але ж відомо, що їх позитивна фармакодинаміка лише в деякій мірі пов'язана з пригніченням в ішемізованих тканинах вільнорадикальних процесів, основною ж метою їх використання є оптимізація клітинного енергетичного обміну і зменшення потреби ішемізованої тканини в кисні. З урахуванням цього значний інтерес представляє собою препарат мексикор, до складу якого входить антиоксидант емоксипін та антигіпоксикант сукцинат, які підсилюють дію одне одного, внаслідок чого його використання може набувати більші перспективи.

Мета дослідження – вивчення ефективності мексикору у хворих на артеріальну гіпертензію.

Матеріали та методи. Об'єктом дослідження стали 53 пацієнти з артеріальною гіпертензією, що перебували на стаціонарному лікуванні у кардіологічному відділенні Військово-медичного клінічного центру Південного регіону (м.Одеса. Україна).

MEDICINE AND PHARMACY

Вік хворих коливався від 38 до 78 років (середній вік становив $56,5 \pm 1,08$ років), їх чоловіків – 34 чол., жінок – 19 чол.

Всі пацієнти були розділені на дві групи :

I група – 26 хворих (контрольна група). У лікування включено стандартний комплекс серцево-судинних препаратів, що рекомендуються для лікування артеріальної гіпертензії (сартани, інгібітори АПФ, бета-адреноблокатори, статини).

II група – 27 хворих (основна група). У вищеприписаний медикаментозний комплекс включався курс мексикору за наступною схемою: I тиждень – по 100 мг х 3 рази на добу парантерально (внутрішньом'язово), з II тижня – по 100 мг х 3 рази на добу внутрішньо протягом всього періоду спостереження. У середньому курс лікування мексикором становив 3–4 тижні ($24,54 \pm 1,67$ діб).

Групи були зіставні між собою за віком, статтю ($p > 0,05$) і в кожній з них аналізувалися зміна цифр АТ у процесі лікування, період стійкої нормалізації АТ, випадки його підйомів протягом подальшого стаціонарного періоду, а також динаміка таких скарг, як головні болі та запаморочення.

З урахуванням нормальності розподілу у групах статистичну обробку результатів проводили шляхом обчислення середньої арифметичної (M), середнього квадратичного відхилення, середньої помилки середньої арифметичної (m), критерію Стьюдента (t). Відмінності вважали достовірними при $p < 0,05$.

Результати та їх обговорення. У процесі спостереження за обома групами аналізувалась динаміка скарг (головний біль, запаморочення) та зміна цифр АТ у процесі лікування. Встановлено, що у контрольній групі у 73,1% хворих (19 із 26) приблизно до початку II Тижня лікування (8–10 діб) АТ досягало нормальних значень, що збігається з приблизним терміном, необхідним для підбору та корекції дози гіпотензивних засобів. У решти 6 хворих (23,1%) рівень АТ стабілізувався лише до кінця II тижня, а у 1 хворого (3,8%) зниження протягом всього стаціонарного періоду було нестійким і незначним. У хворих, до комплексу лікування яких входив Мексикор, нормалізація артеріального тиску відзначалася до кінця I – початку II тижня лікування (7–8 діб) у 77,8% хворих (21 з 27 осіб), що дозволило у чотирьох пацієнтів (14,8%) на II тижні знизити дозу гіпотензивного препарату. З пацієнтів, що залишилися, у 5-ти АТ нормалізувалося до кінця другого тижня, у 1-го – на третьому. Динаміка середніх показників АТ у хворих обох груп представлена в наведеній нижче таблиці.

MEDICINE AND PHARMACY

Таблиця

Динаміка показників АТ під впливом медикаментозного комплексу
з використанням Мексикору

Групи	АТ		р	Діастолічний		р
	д/лік.	п/лік		д/лік.	п/лік	
Контрольна група	150,77 ±1,92	136,92±2,76	<0,0001	94,04 ±2,69	81,73 ±0,83	=0,0001
Група з використанням Мексикору	149,44 ±2,7	122,22±0,82	<0,00001	97,22± 2,92	78,15±0,93	<0,00001

З таблиці видно, що достовірне зменшення АТ відбулося до кінця курсу терапії у хворих обох груп, однак у групі з використанням Мексикору воно було більш вираженим. Крім того, необхідно відзначити, що зменшення поганого самопочуття, головного болю та запаморочень, пов'язаних з підйомом цифр АТ, відзначали до кінця лікування практично половина хворих контрольної групи (53,8% – 14 осіб з 26), у той час як у групі з використанням Мексикору – лише третина пацієнтів (33,3% – 9 з 27 чол.).

Після стабілізації АТ (не менше 5 днів) у хворих обох груп аналізувалися також випадки підйомів цифр АТ протягом подальшого стаціонарного періоду. Результати показали 15 епізодів гіпертезії у 9 хворих контрольної групи, причому необхідно підкреслити, що 3 їх, тобто. 20,0% були передкризовими. У хворих, у комплекс лікування яких входив Мексикор, реєструвалося 7 епізодів у 4 хворих, з них передкризовий – 1 (14,3%, $p < 0.05$). Вищеописане демонструє значну гіпотензивну ефективність медикаментозного комплексу із включенням курсу мексикору, а точніше – посилення дії гіпотензивних препаратів під впливом цього кардіопретекторного засобу.

Висновки. Використання Мексикору в комплексній терапії хворих на артеріальну гіпертензію дозволяє досягти більш вираженого гіпотензивного ефекту, і, відповідно, зниження таких скарг, як головний біль та запаморочення. Крім того, його використання скорочує терміни нормалізації АТ та кількість епізодів підвищення АТ, включаючи передкризові.

References:

- [1] Візір В.А., Деміденко О.В., Гончаров О.В. та ін. Гіпертонічна хвороба. Вторинні артеріальні гіпертензії. Модуль 2. Ч. 2: навчальний посібник з внутрішньої медицини. Запоріжжя: ЗДМУ, 2018. 100 с.
- [2] Золотарьова Н.А., Романченко М.І. Ендотеліальна дисфункція: діагностичне значення, методи визначення. Одеський медичний журнал. 2013; 2: 77-84.
- [3] Золотарьова Н.А., Вастьянов Р.С. Дослідження жорсткості судин у

MEDICINE AND PHARMACY

- хворих залежно від різних ступенів артеріальної гіпертензії. Світ медицини та біології. 2024; 20 (87): 65–69.
- [4] Сіренко Ю.М., Рековець О.Л., Радченко Г.Д. Артеріальна гіпертензія та стрес: С-тип артеріальної гіпертензії та резистентність до антигіпертензивної терапії. Артеріальна гіпертензія. 2022; 15 (3-4): 18–29.
- [5] Zolotareva N., Solomko O., Zolotareva K. Comparative efficiency of different lipid-lowering drugs combination for the treatment of coronary atherosclerosis. Journal of Health Sciences. 2013; 3 (4): 249–258.
- [6] Золотарьова Н.А., Гуненко І.І., Парасківа Д.Г. Швидкість поширення пульсової хвилі та її діагностичне значення при серцево-судинних захворюваннях. Український терапевтичний журнал. 2021; 3: 81–86.
- [7] International Society of Hypertension (2020). Hypertension Clinical Practice Guidelines (ISH, 2020). Medscape, May 29.
- [8] Zolotariova N.A., Romanchenko M.I. Influence of rosuvastatin on the lipid profile and inflammatory markers in patients with gout and arterial hypertension. Journal of Education, Health and Sport. 2016; 7 (9): 627–635.
- [9] Chaker L., Bianco A.C., Jonklaas J., Peeters R.P. Hypothyroidism. Lancet. 2017; 390: 1550–1558.
- [10] Бурчинський С.Г. Можливості комплексної патогенетичної корекції основних клінічних синдромів при невротичних розладах. Український медичний часопис. 2023; 1 (153): Т.2 Спецвипуск: 33–37.
- [11] Waeber B. Treatment strategy to control blood pressure optimally in hypertensive patients. Blood pressure. 2001; 10: 62–73.
- [12] Золотарьова Н.А., Романченко М.І. Вплив аторвастатину на клінічні прояви перебігу подагри, коморбідної з артеріальною гіпертензією. Science Rise: Medical Science. 2017; 10 (18): 39–44.
- [13] Дзяк Г.В., Курята А.В., Коваленко В.М., Гіріна О.М., Нетяженко В.З., Павлік С.С. та ін. Ефективність терапії з використанням тіотріозоліну в лікуванні пацієнтів з ІХС та стабільною стенокардією напружи II – III ФК. Запорізький медичний журнал. 2010; 12 (5): 32–33.
- [14] Золотарьова Н.А., Гуненко І.І. Вплив статинотерапії на еластичні властивості кровоносних судин у хворих на артеріальну гіпертензію. Доповіді Вінницького національного медичного університету. 2023; 27 (2): 264–268.
- [15] Золотарьова Н.А., Медянка Ю.С. Метаболічна терапія в серцево-судинній патології. Одеський медичний журнал. 2010; 2 (118): 73–77.
- [16] Zolotarova N.A., Vastyanov R.S., Zolotarova K.O., Nescoromna N.V. ω -3 polyunsaturated fatty acids i magnetotherapy combined impact on free radical processes in patients with stable exertional angina. Acta Balneologica. 2023; 174 (4): 249–252.
- [17] Єгорова М.С., Гармаш Ю.Ю. Сучасні цитопротектори (антигіпоксанти, антиоксиданти): у чому феномен популярності в кардіології та неврології? Український медичний журнал. 2017; 4: 1–5.
- [18] Золотарьова Н.А., Медянка Ю.С. Вплив комбінованої терапії з використанням магнітних полів і мексикору на окисно-відновний гомеостаз у хворих на стабільну стенокардію. Journal of Health Sciences. 2013; 3 (4): 259–268.