

Эффективность применения урсодезоксихолевой кислоты при полиморбидной патологии: клинический случай

Кому будет интересно:
#кардиолог #терапевт

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, Т.Е. НАЛИЧИЕМ НЕСКОЛЬКИХ ОДНОВРЕМЕННО ПРОТЕКАЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ОДНОГО ЧЕЛОВЕКА, ОСТАЕТСЯ ОДНОЙ ИЗ СЛОЖНЫХ ЗАДАЧ В СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПОЛИМОРБИДНОСТЬ ХАРАКТЕРНА НЕ ТОЛЬКО ДЛЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ, НО И ДЛЯ ЛИЦ БОЛЕЕ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА, ЧТО МОЖЕТ БЫТЬ СВЯЗАНО С ОСОБЕННОСТЯМИ СОВРЕМЕННОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ, НАЛИЧИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА, НЕРАЦИОНАЛЬНЫМ ПИТАНИЕМ, ГИПОДИНАМИЕЙ И ДРУГИМИ ФАКТОРАМИ.



езультаты крупных наблюдательных исследований показали, что комбинация сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и метаболических нарушений является наиболее частым паттерном полиморбидности: среди мужчин – 39–79,8%, среди женщин – 30–55,2%.

Кардиометаболическая полиморбидность определяется как существование таких хронических заболеваний, как артериальная гипертензия (АГ), гиперхолестеринемия, ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность, фибрилляция предсердий, сахарный диабет (СД), хроническая болезнь почек, а также неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП). Связь между ССЗ и НАЖБП изучается давно. В некоторых исследованиях установлена сильная корреляция между НАЖБП и повышенным риском ССЗ. Полученные результаты позволяют предположить единство патогенетических механизмов и вероятность снижения сердечно-сосудистой патологии при лечении заболеваний печени.

Лечение полиморбидных пациентов нередко представляет трудную задачу, так как терапевтические стратегии лечения, основанные на существующем нозологическом подходе, могут не дать должного положительного результата. Назначение препаратов, обладающих положительными плейотропными свойствами, играет важную роль, поскольку это позволяет воздействовать сразу на несколько патогенетических механизмов и избежать полипрагмазии.

Ниже приведен клинический случай, в котором рассмотрены особенности ведения молодого пациента с АГ, ожирением и НАЖБП.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Мужчина, 40 лет.

Работает финансовым аналитиком.

Жалобы: на общую слабость, «ноющую» боль в области затылка, возникающую при психоэмоциональном напряжении, периодическое ощущение жара в области лица, совпадающее с повышением уровня артериального давления (АД) максимально до 150/90 мм рт. ст., определяемым при самостоятельном измерении, увеличение массы тела приблизительно на 10 кг, одышку при быстрой ходьбе.

При активном расспросе также отметил периодическую тяжесть в правом подреберье после употребления жирной и жареной пищи, повышенную утомляемость, слабость.

Анамнез: указанные жалобы беспокоят в течение двух последних лет. Связывает появление жалоб со стрессовыми ситуациями на работе после назначения на руководящую область, с нерациональным питанием и сидячим образом жизни.

За медицинской помощью не обращался, самостоятельно при повышении АД принимал 25 мг каптоприла сублингвально с положительным эффектом. Однако за последний месяц отметил учащение эпизодов головной боли, в связи с чем обратился к терапевту по месту жительства.

Анамнез жизни: лазерная коррекция зрения по поводу миопии средней степени – 5 лет назад. Острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, СД, вирусные гепатиты, ВИЧ, туберкулез отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Курение, злоупотребление алкоголем отрицает. Применение за последние 6 месяцев гепатотоксичных лекарственных препаратов, биологически активных добавок отрицает. Семейный анамнез: мать страдает АГ, СД 2-го типа и желчнокаменной болезнью, отец – АГ, ожирением (со слов, пару лет на-

зад выявили предиабет); бабушка умерла от ишемического инсульта в возрасте 75 лет.

Объективно: состояние удовлетворительное. Рост – 175 см, масса тела – 94,5 кг, индекс массы тела (ИМТ) – 30,9 кг/м², окружность талии (ОТ) – 103 см, окружность бедер (ОБ) – 99,5 см, индекс ОТ/ОБ – 1,04 (тип распределения жировой ткани андронидный). Телосложение гиперстеническое. Кожные покровы и слизистые оболочки физиологической окраски и влажности, высыпаний нет, телеангиэктазии и пальмарная эритема отсутствуют. Отеков нет. ЧДД – 19 в минуту, перкуторный звук над легкими ясный легочный, при аускультации – дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс – 78 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 140/80 мм рт. ст. (правая рука), 135/80 мм рт. ст. (левая рука). Границы относительной сердечной тупости не расширены. При аускультации сердца тоны слегка приглушены, ритмичные. Шум в проекции общих сонных артерий не выслушивается. Пульсация тыльной артерии стопы сохранена с обеих сторон. Живот симметричный, при пальпации мягкий, безболезненный; при перкуссии свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Печень не пальпируется, перкуторно вертикальный размер по правой среднеключичной линии – 13 см. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул оформленной консистенции, обычного цвета, без патологических примесей, 1 раз в сутки. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Результаты лабораторного обследования

- Клинический анализ крови, коагулограмма, общий анализ мочи: без патологии.
- Биохимический анализ крови:

Общий белок	82,9 г/л
Альбумин	45 г/л
Общий билирубин	16 мкмоль/л
Аланинаминотрансфераза	25,5 ед/л
Аспаратаминотрансфераза	20,5 ед/л
Щелочная фосфатаза	165 Ед/л ↑
γ-Глутамилтранспептидаза	25 Ед/л
Креатинкиназа	150 ед/л
Креатинин	105 мкмоль/л
Мочевина	5 ммоль/л
Натрий	139,5 ммоль/л
Калий	4,34 ммоль/л
Хлор	104,5 ммоль/л
Общий холестерин (ХС)	5,15 ммоль/л ↑ (в норме <4,9)
Триглицериды	1,57 ммоль/л
ХС ЛПНП	3,1 ммоль/л ↑ (в норме <3)
ХС ЛПВП	1,3 ммоль/л
ХС неЛПВП	3,85 ммоль/л
Аполипопротеин В	1,2 г/л ↑ (в норме <1)
Глюкоза плазмы крови натощак	5,3 ммоль/л
Гликированный гемоглобин	6,2%
Уровень инсулина натощак	13 МкЕд/мл
Индекс инсулинорезистентности НОМА-IR	3,1 ↑ (в норме <2,7)
Высокочувствительный С-реактивный белок	2,9 мг/л ↑ (в норме <2)
Мочевая кислота	362 мкмоль/л
Сывороточные маркеры гепатитов В и С	отрицательные
Тиреотропный гормон	3,1 мЕд/л



С целью диагностики наличия у пациента предиабета или СД был проведен глюкозотолерантный тест, который выявил нарушение толерантности к глюкозе.

Результаты инструментального обследования

- **Электрокардиография** (12 отведений): синусовый ритм с частотой сердечных сокращений 70 в минуту. Нормальное положение электрической оси сердца.
- **Суточное мониторирование АД:** АГ 1-й степени («non dipper», недостаточное снижение АД в ночное время).
- **Эхокардиография:** размеры полостей сердца не увеличены. Уплотнение створок аортального, митрального клапанов. Регургитация митрального клапана 1-й степени, регургитация трикуспидального клапана 1-й степени. Глобальная сократимость удовлетворительная. Зон асинергии не выявлено. Фракция выброса – 69%.
- **Дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий:** патологии не выявлено.
- **УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства (почки, надпочечники):** УЗ-признаки стеатоза печени, билиарного сладжа, диффузных изменений поджелудочной железы.
- **УЗИ щитовидной железы:** патологии не выявлено.
- **Фундоскопия:** признаков ретинопатии не выявлено.

На основании жалоб, анамнеза, объективного осмотра и данных лабораторно-инструментального обследования был выставлен следующий диагноз.

Основной: Гипертоническая болезнь I стадии, АГ 1-й степени. Гиперлипидемия. Ожирение 1-й степени. Абдоминальное ожирение. Нарушение толерантности к глюкозе. Инсулинорезистентность. Риск 3 (высокий). Целевое АД <130/<80 мм рт. ст. Сопутствующий: НАЖБП. Желчнокаменная болезнь: билиарный сладж.

Пациенту даны рекомендации по изменению образа жизни, снижению массы тела.

Назначена следующая фармакотерапия:

1 антигипертензивная терапия: фиксированная комбинация – лизиноприл 5 мг и индапамид 1,5 мг утром под контролем уровня АД;

2 терапия гепатопротектором, обладающим желчегонным, холелитолитическим и гиполипидемическим действием: урсодезоксихолевая кислота (УДХК; Урсосан) по 250 мг 3 раза в день.

На контрольном визите через 1 месяц отмечалось улучшение общего самочувствия, головные боли беспокоили в первые две недели терапии, после не рецидивировали, снижение массы тела на 5 кг, достигнут целевой уровень АД. При лабораторном обследовании наблюдалось снижение уровней общего ХС до 4,9 ммоль/л, ХС ЛПНП до 3,1 ммоль/л, щелочной фосфатазы до 130 Ед/л. Рекомендовано продолжение лечения.

Через 3 месяца от начала терапии были получены положительные результаты в виде улучшения общего самочувствия (пациент жалоб не предъявлял), снижения массы тела на 10 кг (ИМТ 27,6 кг/м², ОТ – 93 см), удержания уровня АД в пределах целевых значений, нормализации уровня общего ХС, ХС ЛПНП (-50% от исходного), щелочной фосфатазы, показателей углеводного обмена (гликированный гемоглобин 5,3%, индекс НОМА-IR = 1,9). По данным УЗИ органов брюшной полости отмечались положительная динамика выраженности стеатоза печени, нормализация реологии желчи, отсутствие билиарного сладжа. Рекомендовано продолжение терапии.

УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВАЯ КИСЛОТА

УДХК представляет собой гидрофильную и нетоксичную желчную кислоту, образующуюся в печени и обнаруживаемую в желчи человека. УДХК – соединение с цитопротекторными, холеретическими, антиапоптотическими, антифибротическими, мембраностабилизирующими, антиоксидантными, противовоспалительными и иммуномодулирующими свойствами.

В проведенных исследованиях продемонстрировано эффективное применение препарата УДХК (Урсосана) у пациентов с сочетанием ССЗ, метаболических нарушений, а также с нарушенными функциями печени.

В данном клиническом случае особый интерес представляет тот факт, что на фоне соблюдения немедикаментозных мероприятий назначение УДХК (Урсосан) позволило в кратчайшие сроки не только устранить билиарный сладж и явления холестаза, но и нормализовать показатели липидного и углеводного обмена и таким образом существенно снизить сердечно-сосудистые риски у данного пациента.

Подготовлено по материалу: Полякова О.А., Клепикова М.В., Черемушкин С.В., Остроумова О.Д. Значимость применения урсодезоксихолевой кислоты у молодого полиморбидного пациента с артериальной гипертензией, ожирением и неалкогольной жировой болезнью печени: клинический случай. Клинический разбор в общей медицине. 2023; 4 (2): 19–26. DOI: 10.47407/kr2023.4.2.00199