

Гипертензивный криз: как выбрать препарат для снижения давления и улучшить прогноз пациента?

По материалам научно-практической конференции «Медико-социальные аспекты артериальной гипертензии»
(30 мая – 1 июня, г. Одесса)

Внедрение новых антигипертензивных препаратов и их фиксированных комбинаций позволило существенно снизить риск развития неотложных состояний, связанных с кризовыми повышениями артериального давления (АД). Тем не менее осложнения артериальной гипертензии (АГ) до сих пор остаются среди основных причин вызовов службы неотложной медицинской помощи и госпитализации.

На конференции, организованной в гостеприимной Одессе, одним из самых интересных было заседание, посвященное лечению гипертензивного криза. Ведущие украинские специалисты представили современную концепцию оказания помощи при кризе с учетом европейского опыта и отечественных реалий.



Член-корреспондент НАМН Украины, руководитель отдела реанимации и интенсивной терапии ГУ «ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины» (г. Киев), доктор медицинских наук, профессор Александр Николаевич Пархоменко напомнил алгоритм действий врача при гипертензивном кризе и приоритеты выбора препаратов для снижения АД в острых ситуациях.

Определение и критерии

Гипертензивный криз — это внезапное значительное повышение АД от нормального или повышенного уровня, которое почти всегда сопровождается появлением или усилением расстройств со стороны органов-мишеней или вегетативной нервной системы.

В определении заложены три основных критерия криза:

- 1) **внезапное начало;**
- 2) **индивидуально высокое АД** (цифры могут отличаться у разных пациентов);
- 3) **субъективное ощущение** повышения АД (усиливаются головокружение, вегетативные и другие симптомы).

Бессимптомное повышение систолического АД (САД) ≥ 220 мм рт. ст. и/или диастолического АД (ДАД) ≥ 120 мм рт. ст. также следует классифицировать как гипертензивный криз.

На чем основывается выбор тактики ведения пациентов с подозрением на гипертензивный криз?

Если пациент не соответствует вышеперечисленным критериям, но АД повышено, следует провести коррекцию базисной терапии АГ или обследовать пациента как первичного и назначить терапию, если это не было сделано ранее, в соответствии с действующим клиническим протоколом «Артеріальна гіпертензія» (Наказ МОЗ України від 24.05.2012 р. № 384). Нередки ситуации, когда пациент сообщает, что АД повышено уже два дня, и только на третий день он смог найти время, чтобы обратиться к врачу. Безусловно, такую ситуацию не следует расценивать как гипертензивный криз; пациента же необходимо обследовать, оценив сердечно-сосудистый риск, и откорректировать (назначить) лечение.

Если же пациент соответствует основным критериям гипертензивного криза, то подходы к лечению определяются уровнем АД; рисками, сопряженными с кризом; а также типом криза (осложненный или неосложненный).

Осложненные кризы характеризуются острым или прогрессирующим поражением органов-мишеней в виде:

- острой сердечной недостаточности — ОСН (отек легких) или декомпенсации хронической сердечной недостаточности (ХСН);
- острого нарушения мозгового кровообращения;
- острого коронарного синдрома (ОКС);
- внутримозгового кровоизлияния;
- эклампсии у беременных;
- острого расслоения аорты.

«Принципиально важно, что наличие признаков острого поражения органов-мишеней даже при относительно невысоком АД следует классифицировать как осложненный криз и принимать неотложные меры», — подчеркнул профессор А.Н. Пархоменко.

Осложненные кризы представляют прямую угрозу жизни. Пациента следует экстренно госпитализировать в профильное (кардиологическое или неврологическое) отделение интенсивной терапии.

При неосложненных кризах отсутствуют признаки острого поражения органов-мишеней. Кризовое повышение АД проявляется усилением или появлением таких симптомов, как головная боль, кардиалгия, тревожность, тремор, а также extrasystolii. Неосложненный криз представляет потенциальную угрозу для жизни. Пациенты с неосложненным кризом также нуждаются в неотложной помощи, но она может быть оказана и на уровне первичного звена.

Руководство к действию

На сегодня не существует отдельного европейского руководства, регламентирующего оказание помощи при гипертензивном кризе.

Пункты А.3.4.1-2 украинского клинического протокола «Артеріальна гіпертензія» определяют действия врача общей практики при неосложненном кризе. В отношении же осложненных кризов украинский протокол ссылается на консенсусный документ Ассоциации кардиологов Украины и Украинской ассоциации борьбы с инсультом по диагностике и лечению гипертензивных кризов (2011). Хотя этот документ носит рекомендательный характер и не имеет статуса клинического протокола, в нем хорошо обоснована лечебная тактика в зависимости от клинической ситуации, на фоне которой развивается криз.

Согласно украинским рекомендациям и унифицированному протоколу важнейшими задачами врача первого контакта являются оценка клинического состояния больного, риска развития жизнеугрожающих осложнений и обеспечение повторных измерений АД. Если признаков, указывающих на острое поражение органов-мишеней, нет (то есть криз клинически расценивается как неосложненный), рекомендуется постепенное, в течение нескольких часов, снижение АД до индивидуально приемлемого уровня. В приоритете — пероральные препараты: каптоприл, нифедипин, клонидин, пропранолол, фуросемид. Внутривенные (в/в) или сублингвальные формы в данной ситуации не рекомендуются в связи с непредсказуемостью гипотензивного эффекта. После купирования криза необходимо пересмотреть постоянную антигипертензивную терапию или назначить ее, если это не было сделано ранее.

При осложненном кризе тактика ведения пациента в условиях реанимации определяется конкретным осложнением. И, хотя при составлении консенсусного документа украинские эксперты отмечали дефицит качественных доказательных исследований применения тех или иных подходов, рекомендации хорошо обоснованы отличиями фармакодинамических характеристик препаратов и особенностями патофизиологии тех состояний, при которых они используются.

Для контролируемого снижения АД в urgentных ситуациях применяются только в/в препараты. На рисунках 1-5 представлены рекомендованные и нерекондованные препараты, тактика в отношении снижения АД в разных ситуациях.

Профессор А.Н. Пархоменко прокомментировал каждую из них.

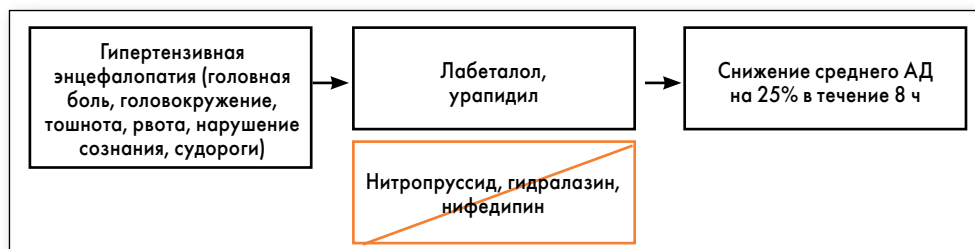


Рис. 1. Лечение гипертонического криза у пациентов с гипертонической энцефалопатией
Адаптировано из: «Гіпертензивні кризи: діагностика та лікування» (Консенсус), 2012.

«Следует избегать резкого снижения АД у пациентов с гипертонической энцефалопатией. При купировании криза у пожилых пациентов быстрое снижение давления чаще вызывает инсульты, чем его повышение, поскольку при этом происходит спазм мозговых сосудов и развивается парадоксальная ишемия».

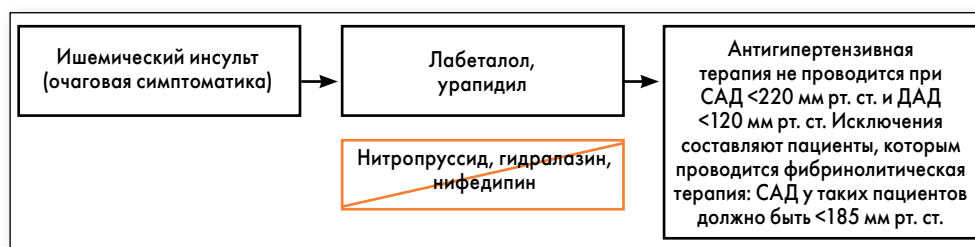


Рис. 2. Лечение гипертонического криза у пациентов с ишемическим инсультом
Адаптировано из: «Гіпертензивні кризи: діагностика та лікування» (Консенсус), 2012.

«Еще более осторожного подхода требует коррекция АД у пациентов с инсультом. У пациентов с ишемическим инсультом повышение АД является компенсаторным механизмом, направленным на поддержание перфузии мозга. В связи с этим резкое снижение АД не рекомендуется. Следует помнить, что симптоматика не позволяет отличить геморрагический инсульт от ишемического, тогда как тактика ведения пациентов при этом типе инсульта противоположная — АД необходимо снижать. Поэтому при подозрении на инсульт принципиально важно провести визуализирующее исследование мозга».

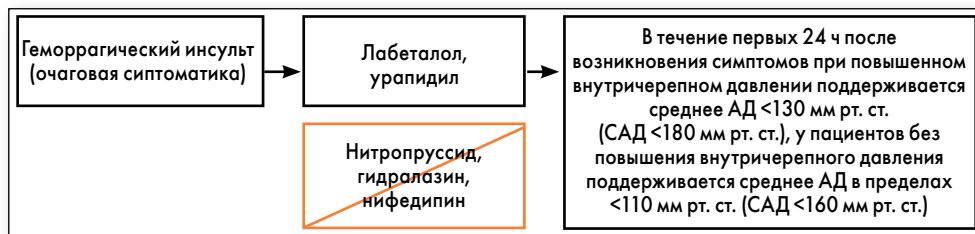


Рис. 3. Лечение гипертонического криза у пациентов с геморрагическим инсультом
Адаптировано из: «Гіпертензивні кризи: діагностика та лікування» (Консенсус), 2012.

«У пациентов с ОКС и повышенным АД часто бывает трудно определить, является ли это повышение первичным (причиной ОКС) или криз развился в ответ на острое нарушение коронарного кровообращения. Однако подходы к контролю АД в большинстве случаев одинаковы и определяются уровнем АД до появления симптомов и на момент оценки, наличием осложнений ОКС (чаще всего ОСН с отеком легких) и поражениями других органов-мишеней».

Продолжение на стр. 12.

Гипертензивный криз: как выбрать препарат для снижения давления и улучшить прогноз пациента?

Продолжение. Начало на стр. 11.

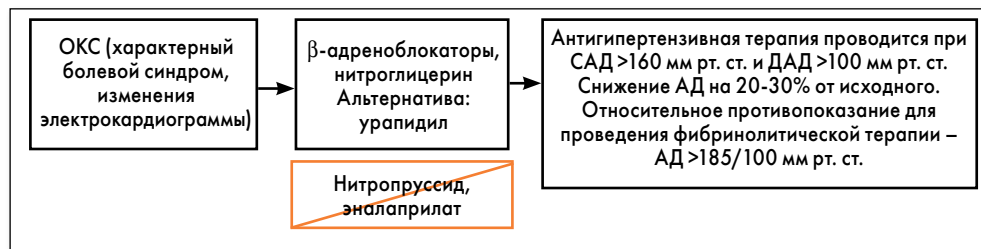


Рис. 4. Лечение гипертензивного криза у пациентов с ОКС

Адаптировано из: «Гіпертензивні кризи: діагностика та лікування» (Консенсус), 2012.

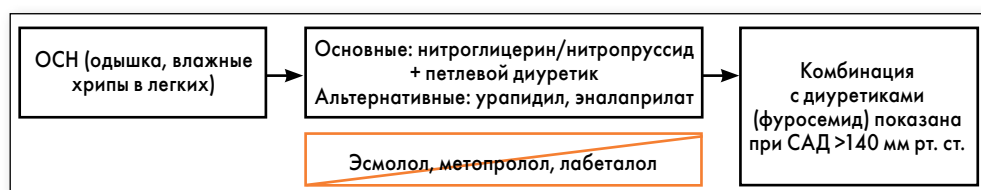


Рис. 5. Лечение гипертензивного криза у пациентов с ОН (отек легких)

Адаптировано из: «Гіпертензивні кризи: діагностика та лікування» (Консенсус), 2012.

Препарат, который можно применять в любых ситуациях

Все препараты, рекомендованные для купирования гипертензивных кризов, имеют те или иные недостатки и ограничения к применению. Например, часто используемый в неотложной кардиологии нитроглицерин у пациентов с ОКС и кризом вызывает венозный стаз. В соответствии с консенсусом 2011 года для купирования гипертензивных кризов у больных с ОКС, ОН, а также в большинстве других ситуаций украинские эксперты рекомендуют в качестве альтернативы нитроглицерину применять урапидил.

Механизм действия урапидила

Урапидил – сосудорасширяющий препарат двойного действия:

- 1) блокатор периферических α -адренорецепторов;
- 2) стимулятор серотониновых 5HT_{1A}-рецепторов в продолговатом мозге.

Альфа-адреноблокада приводит к расширению сосудов, а стимуляция центральных серотониновых рецепторов уменьшает влияние симпатического отдела центральной нервной системы на сосуды основных органов-мишеней – мозга, сердца и почек. Этот двойной механизм действия объясняет, как урапидил обеспечивает управляемое снижение АД при отсутствии рефлекторной тахикардии и «обкрадывания» других сосудистых бассейнов.

Доказательная база урапидила

В зарубежных и отечественных клинических исследованиях установлено отсутствие рефлекторного повышения частоты сердечных сокращений (ЧСС) и снижения почечного кровотока (что характерно для нитроглицерина и нитропруссидов) у пациентов, которым для снижения АД вводили урапидил (W. Yang et al., 2015; А.Н. Пархоменко, О.И. Иркин, 2015). Кроме того, некоторые авторы сообщают об улучшении среднесрочных клинических исходов (табл. 1).

Таблица 1. Результаты 6-месячного наблюдения за пациентами с СН после выписки, у которых для купирования гипертензивного криза применяли нитроглицерин или урапидил (Am. J. Med. Sci. 2015; 350 (2): 109-115)		
	Нитроглицерин (n=35)	Урапидил (n=37)
Повторная госпитализация, %	25,7	10,8
Сердечно-сосудистая смерть, %	2,85	0
Нефатальный инфаркт миокарда, %	8,57	2,7
Злокачественные аритмии, %	5,7	5,4
Кардиогенный шок, %	8,6	2,7

Обобщая клинические данные, полученные для урапидила и нитроглицерина, можно сформулировать следующие рекомендации:

«Используйте новую возможность легкого управления АД с помощью инфузии урапидила. Это не просто облегчает достижение контроля АД, но и повышает выживаемость больных после выписки из стационара. Не применяйте нитроглицерин у пациентов с дисфункцией почек, инсультом или энцефалопатией».

Способ применения урапидила

В украинской инструкции по применению урапидила рекомендуются две альтернативные схемы в/в введения (рис. 6). Для применения второй схемы необходим инфузомат. Урапидил начинает действовать через 2-5 мин после в/в введения; эффект – в течение 4-6 ч после окончания инфузии.

Рассказывая о собственном опыте применения урапидила, профессор А.Н. Пархоменко отметил, что при использовании инфузий у пациентов с осложненными кризами удается

Вариант 1	Вариант 2
В/в инъекция 10-50 мг урапидила	Стабилизация АД с помощью инфузии
Через 5 мин АД не изменяется	Максимальная начальная скорость введения – 2 мг/мин, затем дозу уменьшают до поддерживающей – в среднем 9 мг/ч
Повторная в/в инъекция 10-50 мг урапидила	
Через 5 мин АД не изменяется	
Возможна повторная в/в инъекция 10-50 мг урапидила или перевод на инфузию	

Рис. 6. Способы применения лекарственного средства Эбрантил (раствор для инъекций) с целью купирования гипертензивного криза

Примечание. Способы разведения препарата описаны в инструкции для медицинского применения лекарственного средства Эбрантил.

Адаптировано из: «Гіпертензивні кризи: діагностика та лікування» (Консенсус), 2012.

стабилизировать АД в первые 36-48 ч. Доза урапидила подбирается индивидуально. Благодаря хорошей переносимости и минимальному перечню противопоказаний (повышенная чувствительность к компонентам препарата, аортальный стеноз, артериовенозный шунт) урапидил является оптимальным препаратом для купирования гипертензивного криза у многих пациентов с сопутствующими заболеваниями и толерантностью к вазодилататорам.



Не менее важному аспекту – практическому опыту применения урапидила (Эбрантила) у пациентов с резистентной АГ и коморбидными состояниями было посвящено выступление доктора медицинских наук, профессора Елены Акиндиновны Коваль (ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»).

Клинический случай

Пациент А., 67 лет, перенес не-Q-инфаркт миокарда на фоне гипертензивного криза (210/120 мм рт. ст.) и был в ургентном порядке стабилизирован. Стабилизация АД достигнута введением урапидила (Эбрантил) в/в двумя болюсами по 25 мг с продолжением инфузии на следующие сутки. После выписки принимал Эбрантил в таблетках по 30 мг 2 р/сут в составе комплексной антигипертензивной терапии. Однако вскоре в связи с отсутствием Эбрантила в аптеках* пациент перешел на доксазозин, который переносил хуже (слабость, головокружение). АД контролировалось плохо, поэтому часто менял терапию. Принимал бисопролол, диуретик, высокие дозы моксонидина (0,6-0,8 мг/сут), рекомендованные нефрологом. Не переносит антагонисты кальция из-за отеков.

В анамнезе: АГ более 20 лет, высокие цифры АД, несмотря на терапию (АГ почечного генеза – поликистоз обеих почек). Атерогенная дислипидемия, хроническое обструктивное заболевание легких II стадии, курит, повышенного питания, гиперплазия простаты, сахарный диабет 2 типа. Хроническая болезнь почек – ХБП (скорость клубочковой фильтрации, СКФ – 15-25 мл/мин).

Вскоре пациент снова поступил в кардиореанимацию с повышением АД до 230/125 мм рт. ст. Криз осложнился ОН с сохраненной фракцией выброса левого желудочка. Стабилизация АД достигнута повторными болюсами и инфузиями фуросемида и урапидила. Повышена доза бисопролола до 10 мг/сут, усилена диуретическая терапия, снижена доза моксонидина (без ущерба для контроля АД), к схеме лечения добавлен блокатор рецепторов ангиотензина II, который можно применять при ХБП, – азилсартан (Эдарби) в дозе 40 мг/сут. На фоне терапии АД – 150-160/90-95 мм рт. ст., планируется гемодиализ с последующей пересадкой почки после стабилизации состояния. К перспективам, связанным с лечением, относится скептически.

Пациент проконсультирован в зарубежной клинике. После осмотра и дополнительного обследования в схеме терапии оставлен моксонидин в дозе 0,2 мг/сут, отменен азилсартан в связи с отсутствием опыта применения (но не в связи с противопоказаниями). Из-за отсутствия пероральной формы урапидил временно заменен на доксазозин по 2 мг/сут. По возвращении рекомендован обратный переход на урапидил 60 мг 1 р/сут** в составе комплексной терапии. Снижение дозы урапидила было обусловлено критическим снижением функции почек.

Комментируя клинический случай, профессор Е.А. Коваль обозначила несколько важных вопросов, которые должен был решить лечащий врач:

- Нужно ли и можно ли продолжать терапию тем препаратом, который контролировал АД после криза, то есть Эбрантилом, с учетом сопутствующих заболеваний?
- Не повредит ли назначение Эбрантила пациенту с тяжелой дисфункцией почек, находящемуся на гемодиализе?

Для того чтобы получить ответы на эти вопросы, были детально проанализированы и сопоставлены характеристики антигипертензивных препаратов второй линии, к которым относится и Эбрантил. На основании приведенных данных сделаны выводы о том, что для урапидила характерен ряд особых эффектов, которые отличают его от препаратов центрального действия, а именно:

- отсутствие значимого влияния на ЧСС;
- уменьшение преднагрузки и постнагрузки на миокард у пациентов с АГ и ишемической болезнью сердца;
- снижение общего периферического сосудистого сопротивления;
- более выраженное снижение легочного сосудистого сопротивления по сравнению с системным сосудистым сопротивлением;
- увеличение почечного кровотока и снижение почечного сосудистого сопротивления у пациентов с гипертензией и нормальной почечной функцией.

Данное уникальное сочетание эффектов урапидила объясняет совместимость, а в ряде случаев даже дополнительную пользу при сопутствующих и фоновых заболеваниях, включая ОКС, СН (как острую, так и хроническую), обструктивное заболевание легких, заболевания периферических артерий и почек (табл. 2).

Профессор Е.А. Коваль отметила, что из всех сравниваемых препаратов только урапидил влияет на серотонинергические нейроны продолговатого мозга. Именно на этом уровне осуществляется связь механизмов регуляции сосудистого тонуса

*В настоящее время Эбрантил (капсулы пролонгированного действия) доступен в аптеках Украины. **Согласно инструкции по применению, Эбрантил (капсулы пролонгированного действия) может назначаться в следующих режимах:

• для постепенного снижения АД лечение начинать с дозы 30 мг 2 р/сут (2 капсулы препарата Эбрантил, капсулы по 30 мг/сут);

• для быстрого снижения АД лечение начинать с дозы 60 мг 2 р/сут (2 капсулы препарата Эбрантил, капсулы по 60 мг/сут);

• дозу можно постепенно адаптировать к индивидуальным потребностям. Диапазон поддерживающей дозы – 60-180 мг урапидила в сутки, общее количество необходимо разделить на 2 индивидуальные дозы.

в бассейнах трех органов-мишеней — мозга, почек и сердца. Урапидил равномерно уменьшает симпатическую стимуляцию этих органов и гармонизирует ее с парасимпатическим влиянием.

Известно, что блокаторы α₁-адренорецепторов по сравнению с антигипертензивными препаратами I ряда (ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента, сартанами, антагонистами кальция и тем более диуретиками и β-адреноблокаторами) оказывают положительное влияние на углеводно-жировой обмен: повышают чувствительность тканей к инсулину, снижают уровни общего холестерина, триглицеридов. Это объясняет назначение моксонидина в рассматриваемом клиническом случае.

Однако урапидил также имеет убедительные доказательства эффективности и безопасности применения у пациентов с метаболическими расстройствами. По результатам исследования у пожилых пациентов с сахарным диабетом и резистентной АГ (W. Yang et al., 2014) авторы сделали вывод, что урапидил эффективен в снижении АД, хорошо переносится и может быть включен в первую линию терапии в подобных случаях. Согласно данным метаанализа, в течение 3 мес терапии урапидилом по схеме 60 мг 2 р/сут отмечено достоверное снижение уровней общего холестерина, триглицеридов, холестерина липопротеинов низкой плотности и повышение — холестерина липопротеинов высокой плотности (Pattenie, von Heusinger, 1992).

Учитывая, что пациент А. перенес ОКС, полезными могут оказаться такие дополнительные свойства урапидила, как снижение активности фибриногена плазмы крови (A. Haenni, H. Lithell, 1996) и угнетение серотонин-зависимой агрегации тромбоцитов (J. Storck et al., 1990; J.G. Orrch et al., 1990).

Таким образом, в данном случае ступенчатая терапия урапидилом была назначена обоснованно.

Таблица 2. Препараты второй линии терапии АГ с центральным действием, зарегистрированные в Украине			
	Урапидил (Эбрантил)	Моксонидин	Клонидин
Синдром отмены	Нет	+/-	+++
Возможность ступенчатой терапии	✓ (в/в и пероральная формы)	Нет	Нет
ОКС	✓	Не исследован	Противопоказан
ОСН	✓	Не исследован	Нет данных
ХСН	✓	Противопоказан при систолической ХСН – повышает риск смерти*	Противопоказан
Почки	При значительном нарушении необходимо снизить дозу	При СКФ 30-60 мл/мин снизить дозу до 0,4 мг/сут	Нет данных
Периферический кровоток	✓	Противопоказан при облитерирующем атеросклерозе, синдроме Рейно	Противопоказан при периферическом атеросклерозе
Беременность	Можно применять при эклампсии	Не показан / с осторожностью	Нет данных

Примечание. *По данным исследования MOXON (2004).

Зарубежный опыт свидетельствует также об успешном применении Эбрантила при резистентной АГ. F. Rabbia и соавт. (Hypertension, 2016) описали случай применения пролонгированной в/в терапии урапидилом с переходом на пероральный прием при тяжелой АГ и неэффективной почечной денервации. Пациенту 45 лет с 7-летней историей безуспешного лечения АГ с кризовым течением (повышение АД до 240/150 мм рт. ст.) и недостаточной эффективностью пяти (!) антигипертензивных препаратов после неуспешной радиочастотной денервации почечных артерий был назначен урапидил (Эбрантил). После нескольких курсов 5-дневной инфузии Эбрантила в течение 6 мес прекратились случаи госпитализации по поводу гипертензивного криза и пациент был переведен на многокомпонентную пероральную терапию с включением Эбрантила, на фоне которой достигался контроль АД. В данном случае предпочтение было отдано урапидилу по сравнению с лабеталолом, эсмололом, эналаприлатом, нитропруссидом и никардипином в связи с минимальными побочными эффектами, возможностью длительного хранения раствора для инфузии в активном состоянии и ступенчатой терапии.

Опираясь на клинический опыт, можно утверждать, что из всех антигипертензивных препаратов второй линии урапидил (Эбрантил) в пероральной форме является оптимальным выбором для сохранения контроля АД у пациентов с резистентной АГ и коморбидными состояниями (включая ОКС и терминальную стадию ХБП).

В ходе обсуждения авторы докладов пришли к выводу, что урапидил (Эбрантил) является препаратом выбора во многих сложных ситуациях — как для купирования гипертензивного криза, так и для достижения контроля АД у пациентов, резистентных к антигипертензивной терапии. Многолетний клинический опыт применения урапидила и благоприятный профиль безопасности позволяют использовать его при различных сопутствующих заболеваниях у самых трудных больных.

Пока верстался номер

В августе этого года вышли в свет новые европейские рекомендации по ведению пациентов с АГ. В этом руководстве несколько расширен раздел, посвященный гипертензивным кризам. По-прежнему выделяется два варианта кризисного повышения АД — с острым поражением органов-мишеней, требующим срочной госпитализации, и без такового, когда требуется достичь контроля над АД в течение ближайших суток. Европейские эксперты с практической точки зрения обосновывают применение при кризах препаратов короткого действия, которые позволяют более точно титровать дозу в зависимости от реакции АД. В рекомендации включен перечень основных и альтернативных препаратов для снижения АД при различных вариантах течения криза. В качестве препаратов первой линии терапии рекомендованы нитроглицерин, короткодействующие β-адреноблокаторы и блокаторы кальциевых каналов. В качестве альтернативы предлагается использовать урапидил, в частности при злокачественной гипертензии с или без острого поражения почек, при ОКС и остром кардиогенном отеке легких. Рекомендуемая схема применения урапидила: 12,5-25 мг в/в болюсно, 5-40 мг/ч в продолжительной инфузии.

Подготовил **Дмитрий Молчанов**

Статья печатается при содействии ООО «Такеда Украина».

UA/EB/0918/0032



Раптова серцева смерть: сучасні можливості профілактики

24 вересня в м. Києві відбулася прес-конференція, присвячена проблемі раптової серцевої смерті (РСС) в Україні та сучасним можливостям її профілактики. В обговоренні основних питань стосовно запобігання виникненню випадків РСС узяли участь провідні вітчизняні фахівці в галузі кардіології та медицини невідкладних станів.

Директор ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України» (м. Київ), президент Асоціації кардіологів України, академік НАМН України, доктор медичних наук, професор **Володимир Миколайович Коваленко** наголосив на тому, що в структурі загальної смертності перше місце посідає саме смертність від серцево-судинних захворювань (ССЗ), яка в нашій державі відповідно до останніх статистичних даних становить 67%. Серед основних причин у структурі серцево-судинної смертності можна виділити гострий інфаркт міокарда, інсульт різної етіології, серцеву недостатність (СН), але при цьому вагоме місце посідають і хронічні форми ішемічної хвороби серця (ІХС). Саме вони є тим плацдармом, на основі якого розвиваються фатальні серцево-судинні події.

Слід зазначити, що рівень РСС є досить високим і в економічно розвинених країнах, тому це дуже актуальна та багатогранна проблема, котра потребує як оптимального комплаєнсу між населенням і лікарями, так і адекватної державної підтримки й забезпечення щодо організації навчання громадськості та впровадження нових технологій у медичну галузь.

Директор Центру екстреної медичної допомоги (ЕМД) та медицини катастроф м. Києва **Анатолій Васильович Вершигора** розповів про алгоритм дій у разі РСС.

Свідками РСС досить часто стають люди, що не мають медичної освіти, й, на жаль, лише одиниці можуть надати чітку інформацію під час виклику служби швидкої допомоги та надати первинну допомогу. Отже, дуже важливо, щоб якомога більше дорослих громадян уміли оцінити в цілому стан людини, що неприємно в громадському місці, й за необхідності зробити серцево-легеневу реанімацію до приїзду співробітників ЕМД. Особливо це стосується працівників громадського транспорту,

поліції, пожежної служби, котрі повинні мати базові знання щодо надання першої медичної допомоги в екстрених ситуаціях, у тому числі при РСС. У центрі ЕМД та медицини катастроф є навчально-тренувальні відділи, де проводяться тренінги щодо надання першої медичної допомоги для немедичного персоналу.

Звичайно, велике значення має небайдужість, відповідальність і власне бажання кожної людини навчитися надавати першу медичну допомогу.

У профілактиці РСС важливу роль відіграє також відповідальне ставлення до власного здоров'я та життя пацієнтів із ССЗ. Досі можна зустріти людей зрілого віку, котрі ніколи не міряли собі артеріальний тиск, ніколи не зверталися до лікаря, щоб зробити електрокардіограму, не замислювалися про власний серцево-судинний ризик, незважаючи на несприятливий сімейний анамнез і наявність серйозних чинників кардіоваскулярного ризику.

Треба зауважити, що в більшості випадків РСС розвивається в чоловіків працездатного віку, котрі раніше не скаржилися на своє здоров'я й ніколи не зверталися до лікаря. Тому важливо, щоб медичні працівники активніше проводили санітарно-просвітницьку роботу з населенням щодо чинників ризику РСС.

Президент Асоціації аритмологів України, керівник відділу порушень ритму серця ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України, доктор медичних наук, професор **Олег Сергійович Сичов** зазначив, що вагомим чинником ризику РСС є різноманітні порушення ритму серця, а саме: шлуночкові аритмії та брадикардії, спричинені атріовентрикулярними блокадами. Ці порушення ритму не піддаються медикаментозному лікуванню й потребують хірургічного втручання, тобто імплантації кардіовертерів-дефібриляторів або кардіостимуляторів. Звичайно, такий метод лікування є досить високовартісним, тому необхідна постійна робота державних



програм для закупівлі цих пристроїв. Наразі інститут є учасником пілотного проекту, відповідно до якого бюджетним коштом здійснюється закупівля кардіовертерів-дефібриляторів, що дає можливість встановити їх безкоштовно тим пацієнтам, яким вони необхідні. З початку 2018 року в інституті штучні водії ритму імплантовано 70 пацієнтам. Загальна кількість кардіостимуляторів та кардіовертерів-дефібриляторів, імплантованих за цей період в Україні, становить близько 5,5 тис. Однак цей показник є приблизно в 5 разів нижчим, аніж, наприклад, у Польщі.

Президент Асоціації з невідкладної кардіології, керівник відділу реанімації та інтенсивної терапії ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України, доктор медичних наук, професор **Олександр Миколайович Пархоменко** проаналізував можливості профілактики РСС із позиції лікаря-реаніматолога. Першим і важливим моментом у запобіганні РСС є мотивація самого пацієнта із ССЗ. Багато хворих, маючи всі чинники серцево-судинного ризику й обтяжений сімейний анамнез, продовжують вести нездоровий спосіб життя, не приймають призначену терапію та не бажають нічого змінювати. 40-50% пацієнтів, у яких виникла РСС, мали раніше ті чи інші скарги на стан здоров'я (дискомфорт у ділянці серця, незначну задишку тощо), але до лікаря не зверталися. 70% таких пацієнтів гинуть на догоспітальному етапі, а решта хворих госпіталізуються у відділення реанімації в дуже тяжкому стані.

Другим важливим моментом є виявлення пацієнтів із високим ризиком розвитку РСС (хронічні форми ІХС, СН у поєднанні з аритміями, тромбоз глибоких вен тощо) на етапі первинної медичної допомоги й направлення їх у високоспеціалізовані медичні установи.

Після завершення прес-конференції був проведений майстер-клас із кардіореанімації, орієнтований на людей без медичної освіти.



ЕБРАНТИЛ

Урапідил — оригінальний альфа-блокатор
з центральним механізмом дії

НАДІЙНИЙ КОНТРОЛЬ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

- Застосовується у терапії¹:
 - гіпертензивних кризів
 - тяжкого ступеня артеріальної гіпертензії
 - рефрактерної гіпертензії
- Не викликає рефлексорну тахікардію^{2,3}
- Капсули пролонгованої дії⁴:
 - забезпечують ефективний контроль артеріального тиску⁵
 - сприятливо впливають на ліпідний профіль і метаболізм глюкози^{6,7}



1. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу Ебрантил, розчин для ін'єкцій, 5 мг/мл. 2. Dooley M., Goa K.L. Drugs; 56: 929–955, 1998. 3. Langtry H.D. et al., Drugs; 38: 900–40, 1989. 4. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу Ебрантил, капсули пролонгованої дії тверді по 30 мг або 60 мг. 5. Spah F et al., Blood Pressure, 4 (suppl 3): 62–67, 1995. 6. Pattenier JW, von Heusinger FC. Effect of urapidil treatment on lipid metabolism in patients with hypertension. Royal Soc Med Int Congr Symp. 1992;196:61–67. 7. Oren S. et al., Journal of Human Hypertension 10, 123–127, 1996.

Склад: діюча речовина: urapidil; 1 мл розчину містить 5 мг урапідилу, що відповідає 5,47 мг урапідилу гідрохлориду; 1 капсула 30 мг містить 30 мг урапідилу, 1 капсула 60 мг містить 60 мг урапідилу. **Лікарська форма.** Розчин для ін'єкцій. Капсули пролонгованої дії тверді. **Фармакотерапевтична група.** Антигіпертензивний засіб. Блокатори альфа-адренорецепторів. Код АТХ C02C A06. **Фармакологічні властивості.** Урапідил має центральний та периферичний механізми дії. На периферичному рівні урапідил блокує в основному постсинаптичні альфа-1-адренорецептори, таким чином пригнічуючи судинозвужувальну дію катехоламінів. На центральному рівні урапідил модулює активність центру регуляції кровообігу; що запобігає рефлексорному збільшенню тонуусу симпатичної нервової системи чи зниженню симпатичного тонуусу. Урапідил призводить до зниження систолічного та діастолічного тиску шляхом зниження периферичного опору. Частота серцевих скорочень залишається практично незмінною. **Клінічні характеристики.** **Показання.** Розчин для ін'єкцій: Гіпертензивний криз. Тяжка або дуже тяжка ступінь артеріальної гіпертензії. Рефрактерна артеріальна гіпертензія. Контрольоване зниження артеріального тиску у разі його підвищення під час/або після хірургічної операції. Капсули: артеріальна гіпертензія. **Протипоказання.** Розчин для ін'єкцій: Гіперчутливість до будь-якого з компонентів препарату. Аортальний стеноз. Артеріовенозний шунт (за винятком пацієнтів із гемодинамічно незначним діалізним шунтом). Капсули: Гіперчутливість до діючої речовини або до будь-якої з допоміжних речовин. **Побічні реакції.** Нудота, запаморочення, головний біль. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник.** Розчин для ін'єкцій: Такеда ГмбХ, Німеччина та Такеда Австрія ГмбХ, Австрія. Капсули: Такеда ГмбХ, місце виробництва Оранієнбург, Німеччина. Р. п. UA/9943/02/01, UA/9943/01/01, UA/9943/01/02.

Повна інформація про лікарський засіб міститься в інструкції для медичного застосування. Інформація для медичних та фармацевтичних працівників для публікації в спеціалізованих виданнях, що призначені для медичних закладів та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. Повідомити про небажане явище, або про скаргу на якість препарату Ви можете до ТОВ «Такеда Україна» за тел. (044) 390-09-09.

ТОВ «Такеда Україна»: 03110, м. Київ, вул. Солом'янська, 11, тел.: (044) 390 0909, факс: (044) 390 2929, www.takeda.ua