

Коморбидный пациент с фибрилляцией предсердий: на что обратить внимание

По материалам VIII Научно-практической конференции Ассоциации аритмологов Украины (17-18 мая, г. Киев)

Пациенты с фибрилляцией предсердий (ФП) чаще всего имеют сопутствующие состояния и заболевания, которые влияют на характер терапии. С другой стороны, наличие ФП обуславливает особенности лечения сопутствующей патологии. Вопросам ведения таких пациентов был посвящен совместный доклад ведущего научного сотрудника отдела реанимации и интенсивной терапии, доктора медицинских наук Олега Игоревича Иркина и старшего научного сотрудника отдела аритмий, кандидата медицинских наук Елены Николаевны Романовой (ГУ «ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско НАМН Украины», г. Киев).

Доклад начался с рассмотрения клинического случая — истории болезни пациентки К. 72 лет, с артериальной гипертензией (АГ), сахарным диабетом (СД) и заболеванием периферических артерий (ЗПА) в анамнезе, которая была госпитализирована с жалобами на одышку в течение последних 4 мес (фракция выброса — 52%), стойкое повышение артериального давления (АД $\geq 170/90$ мм рт. ст.), головокружения, слабость, быструю утомляемость, перебои в области сердца.

Перечисленные симптомы наблюдались на фоне комбинированной антигипертензивной терапии, которую пациентка принимает в течение почти 20 лет (рамиприл 10 мг и гидрохлортиазид 25 мг). Больная принимала также аторвастатин в дозе 20 мг, ацетилсалициловую кислоту 100 мг и метформин 1000 мг 2 р/сут. На протяжении последних 4 мес была 4 раза госпитализирована в неврологический стационар, где ей была назначена ноотропная терапия (винпоцетин, пирацетам, цераксон), вазодилатор ницерголин, а также бетагистин для лечения вестибулярных нарушений. Проведенное лечение оказалось неэффективным.

Пациентка была госпитализирована в стационар ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины с последующим проведением стандартного обследования, в том числе электрокардиографии (ЭКГ), эхокардиографии, биохимического исследования крови, общего анализа крови, суточного мониторирования АД (СМАД).

По результатам обследования выявлены ФП, брадикардия, атриовентрикулярная блокада высокой степени, средний уровень АД в дневное время — 157/104 мм рт. ст., гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ). Была рекомендована установка искусственного водителя ритма сердца. После имплантации кардиостимулятора у больной нормализовалась частота сердечных сокращений, была устранена брадикардия, являвшаяся основной причиной жалоб на быструю утомляемость, одышку, нарушение когнитивных функций, головокружения, низкую толерантность к физическим нагрузкам. Уровень офисного АД приблизился к норме. Однако СМАД показало наличие резких его колебаний и подъемов до высоких цифр (систолическое АД — до 180 мм рт. ст.) в течение суток. В данном случае следует констатировать неэффективность терапии АГ. У таких пациентов сохраняется высокий риск смерти (J. R. Vanegas et al., 2018). Кроме того, именно неконтролируемое АД является причиной развития ФП в 70% случаев (E. J. Benjamin et al., 1994; W. B. Kannel et al., 1998). Таким образом, в данной клинической ситуации остро стоит вопрос об обеспечении эффективного контроля АД как важном условии профилактики новых пароксизмов ФП и снижения риска смерти. Рассмотрим, какие именно антигипертензивные препараты рекомендуют современные руководства в случае наличия ФП.

Согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов по лечению АГ (ESC, 2013*) пациентам с АГ, сопутствующей ФП, сердечной недостаточностью (СН) и ГЛЖ следует назначить блокаторы ренин-ангиотензиновой системы (РАС) — ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ)

и блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА) для профилактики новых эпизодов ФП. На пользу от применения блокаторов РАС у пациентов с АГ и ФП указывают также эксперты Американской ассоциации сердца и Американской коллегии кардиологов (АНА/АСС, 2017). В обновленной версии европейских рекомендаций по ведению пациентов с ФП (2016) появилась рубрика «Антиаритмические эффекты неантиаритмических препаратов», где указывается, что у пациентов с ГЛЖ и АГ следует рассмотреть назначение блокаторов РАС.

С одной стороны, блокаторы РАС влияют на важные звенья патогенеза ФП, с другой — предотвращают осложнения, связанные с нарушением ритма сердца.

Таким образом, назначение блокаторов РАС в качестве upstream-терапии у пациентов с ФП и коморбидностями сегодня является стандартным подходом, основанным на действующих рекомендациях.

При этом возникает следующий вопрос: какой именно блокатор РАС выбрать для контроля АД и профилактики ФП у коморбидного пациента? В рассматриваемом клиническом случае пациентка принимает на протяжении многих лет рамиприл. Следует ли пересмотреть эту терапию и заменить ИАПФ на БРА и какой представитель группы БРА выбрать?

БРА — препараты с выраженным и длительным антигипертензивным эффектом, и существуют доказательные данные, свидетельствующие о том, что они демонстрируют равные возможности в профилактике смерти (сердечно-сосудистой и от всех причин) и инфаркта миокарда по сравнению с ИАПФ. При этом БРА несколько превосходят ИАПФ в эффективности профилактики инсульта — одного из наиболее грозных осложнений ФП (G. Reboldi et al., 2008).

Именно БРА все чаще отдают предпочтение врачи в развитых странах, и одним из наиболее широко используемых препаратов этой группы является валсартан. Эффекты валсартана изучены в большом количестве исследований с участием пациентов с различными коморбидностями. Для этого препарата также доказана способность профилировать пароксизмы ФП у пациентов с АГ. Так, в метаанализе L. Healey и соавт. (2005) показано, что у пациентов, перенесших кардиоверсию по поводу ФП и имеющих различные сопутствующие заболевания (АГ, инфаркт миокарда в анамнезе, хроническую СН), применение валсартана приводит к уменьшению частоты пароксизмов ФП на 29%, а в группе пациентов с хронической СН данный показатель снижался на 44%.

Итак, в качестве основы антигипертензивной терапии у пациентки К. был выбран валсартан. Возникает следующий вопрос: продолжать ли использовать в качестве второго компонента антигипертензивной терапии диуретик гидрохлортиазид, и если да, то следует ли увеличить его дозу для повышения эффективности контроля АД?

Безусловно, у данной пациентки с учетом высоких цифр АД необходимо использовать комбинированную антигипертензивную терапию — такой подход на протяжении нескольких лет считается стандартным при уровне АД $>160/100$ мм рт. ст. Необходимость назначать комбинированное лечение



О.И. Иркин



Е.Н. Романова

диктует и высокий сердечно-сосудистый риск у пациентки (сопутствующие ГЛЖ, ФП, ЗПА, СД). Целесообразность и эффективность такого подхода доказаны во многих крупных рандомизированных исследованиях (SHER, ALLHAT, HOT, INVEST, LIFE), в которых приняли участие 98 тыс. пациентов, а результаты позволили сделать вывод о том, что 90% пациентов достигают целевых уровней АД только при условии приема нескольких препаратов, тогда как монотерапия обеспечивает удержание АД на необходимом уровне не более чем в 50% случаев. Если комбинированная антигипертензивная терапия оказывается недостаточно эффективной, то оптимальной тактикой считается не повышение дозы компонентов (что увеличит риск побочных эффектов), а добавление третьего препарата в невысокой дозе, что обеспечит наиболее полное влияние на звенья патогенеза АД и снизит риск неблагоприятных реакций.

Исходя из перечня средств первой линии терапии АГ, которые рекомендуют европейские и украинские эксперты (ESH, 2013, 2018; Унифицированный клинический протокол по оказанию первичной, вторичной и третичной медицинской помощи при АГ, 2012), в качестве третьего компонента комбинированной антигипертензивной терапии следует назначить антагонист кальция. В данной ситуации, учитывая необходимость обеспечить длительный контроль над АД и снижением его вариабельности, а также наличие ЗПА, препаратом выбора стал амлодипин. Он обладает длительным периодом полувыведения (>50 ч), что обеспечивает эффективный контроль АД на протяжении суток без резких подъемов и падений. Кроме того, для амлодипина доказано наличие антиатеросклеротических свойств и церебропротекторного эффекта. В рассматриваемой ситуации перечисленные свойства амлодипина внесут ценный вклад в общий эффект антигипертензивного лечения.

Следует отметить, что до недавнего времени назначение двойной, а тем более тройной антигипертензивной терапии было в большинстве случаев обречено на провал в связи с низкой приверженностью пациентов к одновременному приему нескольких препаратов. Это в определенной мере обуславливало и нежелание врачей назначать несколько антигипертензивных средств — слишком высока была вероятность полного прекращения пациентом терапии на фоне недоверия к врачу, рекомендующего столь неудобный режим лечения.

Однако в эру фиксированных комбинаций препаратов возможность проведения комбинированной терапии (двойной и даже тройной) путем приема

*Данная рекомендация сохранена в европейском руководстве по диагностике и лечению АГ 2018 года.

всего одной таблетки открыло новые возможности для кардинального изменения ситуации в области контроля АД. Установлено, что у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и высоким риском, которые вынуждены принимать одновременно не менее 5 препаратов, использование фиксированных комбинаций существенно повышает приверженность к лечению — на 35-44% (J. M. Castellano et al., 2014; A. Patel et al., 2015; Selak, 2014; Huffman, 2015). На целесообразность использования данного подхода для улучшения приверженности пациентов к терапии указывается во всех современных рекомендациях по лечению АГ и сердечно-сосудистой профилактики.

Особенно привлекательной выглядит возможность эффективного антигипертензивного лечения у сложных пациентов путем назначения фиксированных комбинаций украинского производителя — такие препараты более доступны для наших пациентов, особенно когда речь идет о людях пожилого возраста.

Так, украинская фармацевтическая компания «Дарница» выпускает тройную фиксированную комбинацию валсартана (160 мг), гидрохлортиазида (12,5 мг) и амлодипина (5 и 10 мг) — препарат Тиара Трио. Данный препарат уже хорошо знаком украинским врачам и продемонстрировал многообещающие результаты в исследованиях, проводившихся на базе украинских научных центров.

В отделении аритмий сердца ГУ «ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины» эффекты препарата Тиара Трио были изучены у пациентов с суправентрикулярными нарушениями ритма (суправентрикулярной экстрасистоліей — СВЭ, парной, групповой экстрасистоліей и пароксизмами ФП (О.С. Сычев, Е.Н. Романова, О.В. Срибная, 2017).

В обеих группах пациентов применение фиксированной комбинации валсартана, гидрохлортиазида и амлодипина обеспечило не только выраженный антигипертензивный эффект, но и дополнительное антиаритмическое действие (рис. 1, 2).

Докладчики отметили, что рассмотренная клиническая ситуация демонстрирует типичный портрет

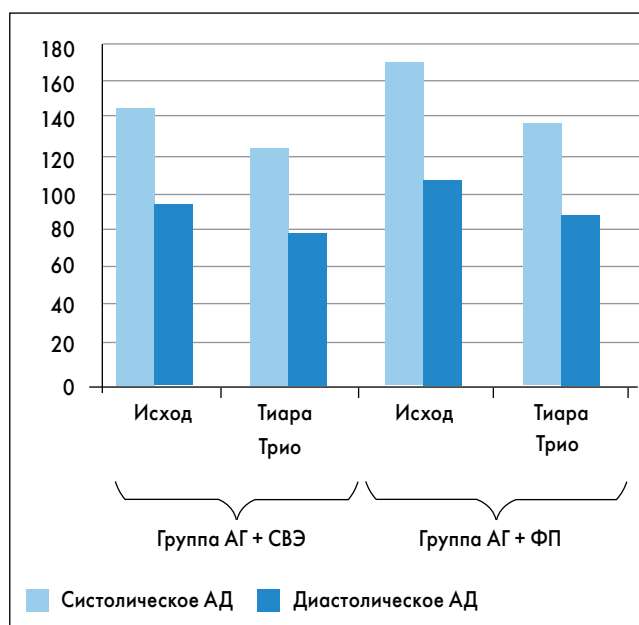


Рис. 1. Динамика показателей АД на фоне приема препарата Тиара Трио

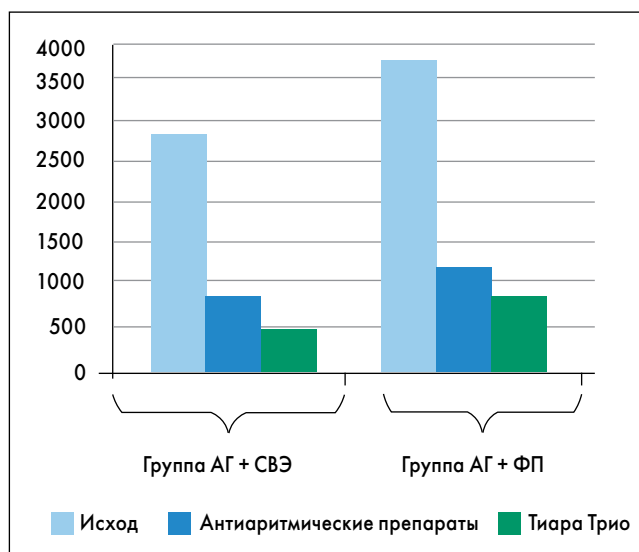


Рис. 2. Динамика выявления СВЭ по данным холтеровского мониторинга ЭКГ

пациента с впервые возникшей ФП: большинство таких пациентов — люди пожилого возраста с длительным анамнезом АГ, у каждого пятого есть клинические проявления атеросклероза или СД, а каждый десятый уже перенес инсульт. Важными моментами в ведении таких пациентов, на которые стоит обратить внимание, являются:

- обеспечение эффективного влияния на все факторы риска, включая АГ, атеросклероз, СД и другие заболевания и состояния;

- учитывая высокий сердечно-сосудистый риск при сочетании АГ и ФП, антигипертензивная терапия у таких пациентов должна начинаться с назначения двух- или трехкомпонентных комбинаций;

- основной комбинированного антигипертензивного лечения при наличии ФП являются блокаторы РАС;

- для оценки эффективности терапии целесообразно использовать информацию не только о клиническом, но и амбулаторном АД (проведение СМАД);

- при повышенном амбулаторном АД необходимо пересмотреть терапию, предварительно убедившись, что пациент принимает назначенное лечение.

- выбор антигипертензивных препаратов у пациентов с ФП должен основываться на доказательных данных, свидетельствующих об эффективности в профилактике развития ФП и предотвращении новых пароксизмов аритмии;

- важное значение имеют дополнительные свойства антигипертензивных препаратов, позволяющие корректировать сопутствующие состояния.

Пациентке К., помимо фиксированной комбинации валсартана, гидрохлортиазида и амлодипина (Тиара Трио), следует продолжить терапию аторвастатином в связи с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений. Кроме того, необходимо рассмотреть вопрос о назначении перорального антикоагулянта с целью профилактики инсульта в связи с высоким риском по шкале CHA₂DS₂-VASc (7 баллов), которая используется у пациентов с ФП.

Подготовила **Наталья Очеретяная**





**Науково-практична конференція
Асоціації ревматологів України**

Інформаційне повідомлення №1

**РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ
І СПОРІДНЕНІ З НИМ ХВОРОБИ:
ЛОКАЛЬНІ ТА СИСТЕМНІ УРАЖЕННЯ.
СТРАТЕГІЯ ПЕРСОНІФІКОВАНОГО
ЛІКУВАННЯ**

28–29 листопада 2018 р., м. Київ

МІСЦЕ ПРОВЕДЕННЯ:
м. Київ,
готель «Русь»
вул. Госпітальна, 4

www.strazhesko.org.ua

Міністерство охорони здоров'я України
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика
Інститут сімейної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика
МГО Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства»




**Запрошуємо Вас взяти участь у роботі
науково-практичної конференції з міжнародною участю**

**«СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ
СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ»**

(до 100-річчя заснування Національної медичної
академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика)

25-26 жовтня 2018 року
вул. Дорогожицька, 9, НМАПО імені П.Л. Шупика (Велика Актова Зала)

*Конференція внесена до основного Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів,
науково-практичних конференцій, які проводитимуться у 2018 році.*

Наукова тематика конференції: сучасний розвиток сімейної медицини в Україні; новітні
напрямки та технології у практиці сімейного лікаря; актуальні питання первинної медичної
допомоги в загальній системі охорони здоров'я щодо формування та збереження здоров'я
населення; новітні підходи до освіти сімейних лікарів.

**Під час проведення конференції відбудуться презентації та обговорення
стендових доповідей; виставки, майстер-класи, круглі столи;
презентація доповідей молодих вчених.**

Учасники заходу отримають сертифікат, зразки та інформаційні матеріали виставки.

**Науково-організаційний відділ: тел/факс (044) 206-73-22, (044) 205-49-29
Контактна особа з питань поселення: (050) 671-77-18**

ОБЕРІТЬ ВІДПОВІДНУ ТІАРУ**

ФАРМАЦЕВТИЧНА ФІРМА
Дарниця



ВІТЧИЗНЯНА ФАРМАЦЕВТИЧНА
КОМПАНІЯ РОКУ*



Подвійна сила нормалізації АТ*** та органопротекція

Тіара Дуо у дозуванні:

- ♥ 160 мг валсартану/12,5 мг гідрохлортіазиду
- ♥ 80 мг валсартану/12,5 мг гідрохлортіазиду
- ♥ 160 мг валсартану/25 мг гідрохлортіазиду



Потрійна сила нормалізації АТ та потрійний захист органів-мішеней²⁻⁵

Тіара Тріо® у дозуванні:

- ♥ 5 мг амлодіпіну/12,5 мг гідрохлортіазиду/160 мг валсартану
- ♥ 10 мг амлодіпіну/12,5 мг гідрохлортіазиду/160 мг валсартану

Тіара Дуо — Р.П. № UA/16280/01/01, № UA/16280/01/02, № UA/16280/01/03.

Склад: 1 таблетка містить валсартану 80 мг і гідрохлортіазиду 12,5 мг або валсартану 160 мг і гідрохлортіазиду 12,5 мг, або валсартану 160 мг і гідрохлортіазиду 25 мг. **Лікарська форма.** Таблетки, вкриті плівковою оболонкою. **Фармакотерапевтична група.** Антагоністи ангіотензину II та діуретики. Валсартан та діуретики. Код АТХ C09D A03. **Показання.** Есенціальна артеріальна гіпертензія у пацієнтів, тиск крові яких відповідно не регулюється монотерапією. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до будь-якого з компонентів Тіари Дуо або до інших похідних сульфонамідів. **Побічні реакції.** З боку респіраторної системи, органів грудної клітки та середостіння: часто: кашель, нежить, фарингіт, інфекції верхніх дихальних шляхів. З боку нервової системи: часто: головний біль, втома; нечасто: астения, запаморочення, безсоння, тривожність, парестезії. З боку опорно-рухового апарату та сполучної тканини: часто: біль у спині, артралгія; нечасто: біль у руках або ногах, біль у грудях, біль у шиї, артрит, розтягнення і деформації, м'язові судоми, міалгія. **Умови зберігання.** Зберігати в оригінальній упаковці при температурі не вище 2 °С. Зберігати у недоступному для дітей місці. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник.** ПрАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця». Україна, 02093, м. Київ, вул. Бориспільська, 13. Повна інформація про лікарський засіб міститься в інструкції для медичного застосування лікарського засобу.

Тіара Тріо® — Р.П. № UA/15069/01/01, № UA/15070/01/01.

Склад: 1 таблетка 5мг/12,5 мг/160мг містить амлодіпіну бесілат у перерахуванні на амлодіпін 5 мг гідрохлортіазид 12,5 мг і валсартан 160 мг. 1 таблетка 10мг/12,5 мг/160мг містить амлодіпіну бесілат у перерахуванні на амлодіпін 10 мг гідрохлортіазид 12,5 мг і валсартан 160 мг. **Лікарська форма.** Таблетки, вкриті плівковою оболонкою. **Фармакотерапевтична група.** Антагоністи ангіотензину II, інші комбінації. Код АТХ C09D X01. **Показання.** Лікування есенціальної гіпертензії у дорослих пацієнтів, з артеріальним тиском, адекватно контрольованим комбінацією з амлодіпіну, валсартану і гідрохлортіазиду, які застосовують у вигляді трьох окремих препаратів або у вигляді двох препаратів один з яких є комбінованим. **Протипоказання.** Гіперчутливість до діючих речовин, інших сульфонамідів. Похідних дігідропірідину або до будь-якої допоміжної речовини є призначають дітям. **Побічні реакції.** Можливі реакції з боку системи крові. Та лимфатичної системи. Зберігати в оригінальній упаковці при температурі не вище 25 °С. Зберігати у недоступному для дітей місці. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник.** ПрАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця». Україна, 02093, м. Київ, вул. Бориспільська, 13. Повна інформація про лікарський засіб міститься в інструкції для медичного застосування лікарського засобу.

Література:

1. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу Тіара Тріо®, Тіара Дуо. 2. Селюк М.М., Козачок М.М. «Комбінована терапія артеріальної гіпертензії — запорука успішного лікування» Український медичний вісник №9, 2016. 3. Свіщенко С.П. «Фіксована комбінація Тіара Тріо: раціональний вибір у лікуванні пацієнта з артеріальною гіпертензією» Український медичний часопис №3 2016. 4. Березін О. Є. «Фіксовані комбінації в лікуванні пацієнтів з артеріальною гіпертензією» Український медичний часопис, №4 2016. 5. Колесник Т.В. «Комбінована терапія в лікуванні артеріальної гіпертензії» журнал Здоров'я України №10, 2016. 6. Black H.R., Bailey J., Zappe D., Samuel R. Valsartan: more than a decade of experience. Drugs. 2002;62(13):1983-2005

*за результатами конкурсу споживчих вподобань «Вибір року» в Україні 2016, 2017

**тіара у контексті «дорогоцінна прикраса для голови»

***АТ — артеріальний тиск

www.choice-of-the-year.com.ua

Інформація призначена виключно для розміщення у спеціалізованих виданнях призначених для медичних установ та лікарів.