

Оновлення в антигіпертензивній терапії відповідно до рекомендацій 2018 року: місце комбінованих препаратів

Незважаючи на всі досягнення сучасної медичної науки, артеріальна гіпертензія (АГ) залишається однією з провідних медико-соціальних проблем. АГ є дуже поширеним патологічним станом: у 2015 році у світі нараховувалося 1,3 млрд осіб з цією хворобою, у Центральній та Східній Європі – понад 150 млн (NCD Risk Factor Collaboration, 2017). Підвищений артеріальний тиск (АТ) виявляється у 30–45% усього дорослого населення планети і в >60% людей віком від 60 років (Chow S.K. et al., 2013). За оцінками експертів, до 2025 року поширеність АГ сягне 1,5 млрд, оскільки показники захворюваності невпинно зростають (Kearney P.M. et al., 2005).

Підвищений АТ – одна з основних причин передчасної смерті. У 2015 році було зареєстровано 10 млн фатальних випадків, пов'язаних з АГ (Forouzanfar M.H. et al., 2017). Найчастіше зростання систолічного АТ (САТ) асоціюється з такими причинами смерті, як ішемічна хвороба серця (4,9 млн/рік), геморагічний інсульт (2 млн, ішемічний інсульт (1,5 млн) (Forouzanfar M.H. et al., 2017). Стейкий зв'язок між показниками АТ та частотою кардіоваскулярних катастроф підтверджено для всіх вікових категорій та расово-етнічних груп (Vishram J.K. et al., 2012; Brown D.W. et al., 2007; Lawes C.M. et al., 2003). У пацієнтів віком до 50 років більш вагомим фактором кардіоваскулярного ризику є діастолічний АТ (ДАТ), однак з часом він поступово зменшується у зв'язку з наростанням жорсткості артерій, і після 50 років більш точним предиктором серцево-судинних подій вважається САТ (Vishram J.K. et al., 2012; Franklin S.S. et al., 1999; Williams B. et al., 2008). Зростання пульсового тиску (різниці між САТ та ДАТ) також має несприятливе прогностичне значення в осіб середнього та похилого віку (Domanski M. et al., 2002; Franklin S.S. et al., 2009).

АГ рідко виникає ізольовано. Зазвичай цей патологічний стан виявляється в сукупності

з іншими факторами кардіоваскулярного ризику на кшталт дисліпідемії та порушення толерантності до глюкози. Компоненти таких кластерів кардіометаболічного ризику підсилюють один одного, суттєво погіршуючи прогноз (Berry J.D. et al., 2012).

Під час чергової зустрічі Європейського товариства гіпертензії, яка відбулася 9 червня цього року в Барселоні, було оприлюднено нові рекомендації Європейського товариства гіпертензії з лікування АГ. До рекомендацій попереднього перегляду (2013 року) було внесено кілька змін та оновлень.

Визначення АГ залишилося незмінним, зазнавши лише деяких термінологічних уточнень. Згідно з цим визначенням, АГ – це стійке підвищення офісного САТ ≥ 140 мм рт. ст. та/або ДАТ ≥ 90 мм рт. ст., що прирівнюється до середніх результатів амбулаторного моніторингування $\geq 130/80$ мм рт. ст. чи показників домашнього моніторингування $\geq 135/85$ мм рт. ст. Автори рекомендацій наголосили на важливості скринінгових програм, згідно з якими офісний АТ потрібно вимірювати у всіх дорослих щонайменше раз на 5 років і частіше – щонайменше раз на 3 роки – у осіб з високим нормальним АТ (130–139/85–89 мм рт. ст.).

Діагноз АГ необхідно підтверджувати за допомогою повторних офісних вимірювань під час наступних візитів або позаофісних добових вимірювань (амбулаторного чи домашнього). Поєднання цих методів діагностики АГ дозволяє виявити синдром білого халата чи, навпаки, масковану АГ, що характеризується підвищеними показниками АТ у домашніх умовах і нормальними його значеннями на прийомі у лікаря.

Усі дорослі пацієнти з АГ I ступеня (офісний АТ 140–159 / 90–99) віком до 80 років повинні отримувати медикаментозне лікування у разі, якщо їхній АТ не вдається контролювати за допомогою лише зміни способу життя. У пацієнтів високого ризику з АГ I ступеня (хворі з кардіоваскулярними захворюваннями, хронічними хворобами нирок, опосередкованим АГ ураженням органів-мішеней) чи осіб з вищими ступенями АГ (САТ >160 мм рт. ст.) фармакотерапію необхідно розпочинати одночасно зі змінами способу життя. У пацієнтів від 80 років, які досі не лікувалися з приводу АГ, слід розпочинати антигіпертензивну терапію за умов офісного САТ ≥ 160 мм рт. ст. Таких хворих треба оцінювати виключно індивідуально, не відмовляючись від лікування АГ лише через старечий вік.

Цільовим показником САТ для осіб віком <65 років є цифри 130–139 мм рт. ст., однак автори рекомендацій зазначають, що якщо пацієнт добре переносить лікування, потрібно прагнути до САТ 120–129 мм рт. ст. Зниження САТ <120 мм рт. ст. не рекомендується, оскільки при такому рівні АТ баланс між перевагами та ризиками може бути суперечливим. Межами цільових показників ДАТ для більшості категорій пацієнтів (з АГ та цукровим діабетом (ЦД), хронічними хворобами нирок, ішемічною хворобою серця, інсультом / транзиторними ішемічними атаками, віком від 80 років) є 70–79 мм рт. ст. незалежно від рівня ризику та коморбідних станів.

Базовим підходом до контролю АТ є зміна способу життя, а саме: обмеження вживання натрію, помірне вживання алкоголю, здорове харчування, регулярне фізичне навантаження, контроль маси тіла та припинення куріння. Впровадження цих заходів у щоденне життя дозволяє відтермінувати старт медикаментозної терапії або доповнити антигіпертензивну дію медикаментів.

Препаратами першої лінії терапії АГ залишилися ті ж самі 5 класів засобів: інгібітори ангіотензинперетворюючого

ферменту (ІАПФ), блокатори рецепторів до ангіотензину II (БРА), блокатори кальцієвих каналів (БКК), бета-блокатори (ББ) та діуретики. Ці класи підтвердили сприятливий вплив на АТ та зменшення кількості кардіоваскулярних подій у великих рандомізованих дослідженнях, тому показані як основа будь-якої антигіпертензивної терапії. Нові рекомендації особливо підкреслюють вагому роль комбінованого лікування. Здебільшого монотерапія не дозволяє досягти цільових показників АТ, особливо тепер, коли для пацієнтів, що добре переносять лікування, ці дані дещо зменшилися. Стартова терапія комбінацією двох засобів повинна стати звичним лікуванням АГ. Винятками з цього правила є пацієнти з незначним підвищенням АТ від цільового рівня, які можуть досягнути такого показника за допомогою одного антигіпертензивного агента, і особи старечого віку або ослаблені пацієнти похилого віку, що потребують м'якшого зниження АТ. Один із провідних етіологічних чинників недостатнього контролю АТ – низька прихильність до лікування. Фіксовані комбінації (ФК) антигіпертензивних препаратів дозволяють отримувати переваги щонайменше двох медикаментів при вживанні однієї таблетки. На сьогодні відомо, що двокомпонентні ФК пришвидшують досягнення цільових показників, збільшують ефективність та передбачуваність контролю АТ.

Призначення ФК двох засобів є головною стратегією сучасної стартової антигіпертензивної терапії, а за потреби призначаються також трикомпонентні ФК (рис. 1, 2). Для більшості пацієнтів рекомендована стартова терапія передбачає застосування ІАПФ/БРА у сполученні з БКК чи тіазидним/тіазидоподібним діуретиком. У разі потреби в потрійній комбінації призначається сполучення ІАПФ/БРА, БКК та сечогінного засобу названих вище груп. ББ застосовуються при наявності специфічних показань (стенокардія, постінфарктний кардіосклероз, серцева недостатність зі зниженою фракцією викиду, тахіаритмії). Безсумнівно, окрім контролю АТ, пацієнти з АГ потребують модифікації супутніх факторів ризику. Для цього призначаються статини та низькодозові препарати ацетилсаліцилової кислоти (Williams B., Mancía G., 2018).

Отже, одним з найвагоміших нюансів нових рекомендацій є невідкладний старт лікування комбінованою терапією. Серед ФК, наявних на фармацевтичному ринку України, поєднанням європейської якості та доступної ціни увагу привертають засоби виробництва ЗАТ «Фармацевтичний завод «Егіс» (Угорщина). Зокрема, препарат Хартил-АМ містить рекомендоване для ініціації та подальшого продовження



Хартил® АМ

РАМІПРИЛ+АМЛОДИПІН

**БІЛЬШЕ, НІЖ ПРОСТЕ
ПОЄДНАННЯ**



**НАДІЙНИЙ
КОНТРОЛЬ
АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ**

Показання. Лікування артеріальної гіпертензії у пацієнтів, артеріальний тиск яких контролюється препаратами, що призначаються одночасно у тій же дозі, що і в комбінації, але у вигляді окремих таблеток. Спосіб застосування та дози. Хартил® АМ приймати один раз на добу в один і той же час, незалежно від прийому їжі. Рекомендована початкова добова доза – 1 капсула 5 мг/5 мг. Максимальна добова доза – 10 мг раміприлу та 10 мг амлодипіну.

Протипоказання. Ангіоневротичний набряк, виражений двобічний стеноз ниркових артерій, артеріальна гіпотензія, підвищена чутливість до діючої речовини, стеноз устя аорти, нестабільний гемодинамічний стан після гострого інфаркту міокарда. **Побічні реакції.** Кашель, головний біль, запаморочення, сонливість, артеріальна гіпотензія, серцебиття, індивідуальна непереносимість. Для отримання більш детальної інформації, будь ласка, ознайомтесь з інструкцією з медичного застосування препарату. Відпускається за рецептом лікаря. Інформація для професійної діяльності лікарів та фармацевтів. Р.П. UA/13634/01/02; UA/13636/01/01; UA/13635/01/01; UA/13634/01/03

Представництво «ЕГІС ФАРМАС'ЮТИКАЛС ПЛС»
в Україні: 04119, Київ, вул. Дегтярівська, 27-Т.
Тел.: +38 (044) 496 05 39, факс: +38 (044) 496 05 38



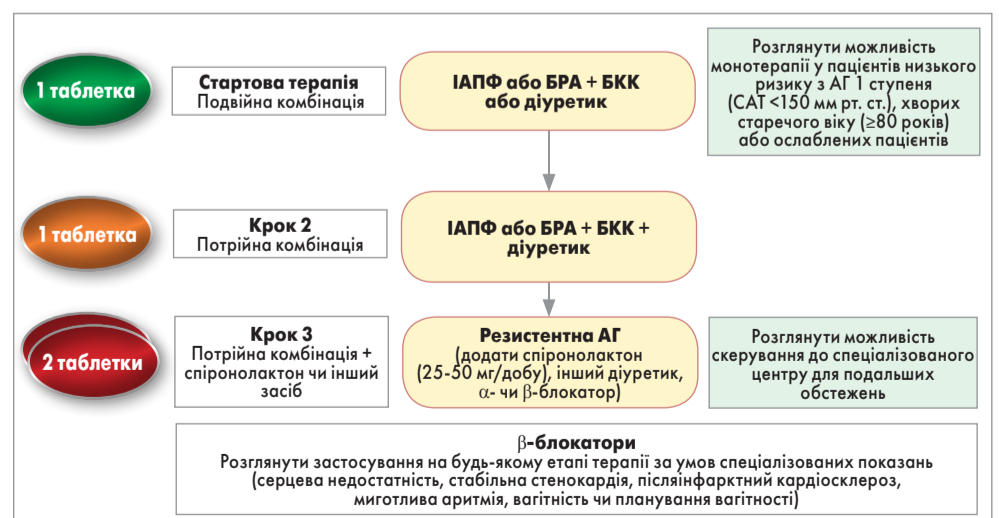


Рис. 1. Стратегія базової фармакотерапії неускладненої АГ
Примітки. Такий алгоритм також підходить більшості пацієнтів з ураженням органів, опосередкованим АГ; цереброваскулярними захворюваннями, ЦД, хворобами периферійних артерій.

