

Рациональность применения комбинированной антигипертензивной терапии у пациентов высокого сердечно-сосудистого риска

Научно-практическая конференция «Гендерные особенности кардиометаболического риска у женщин», состоявшаяся в г. Днепре, стала платформой для презентации новых данных и обмена опытом. В рамках мероприятия рассматривался широкий спектр актуальных проблем.



Современным взглядом на комбинированную антигипертензивную терапию у пациентов высокого сердечно-сосудистого риска, в том числе с коморбидными хроническими заболеваниями почек и сахарным диабетом (СД), посвятил свое выступление старший научный сотрудник отдела дислипидемий ГУ «ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины» (г. Киев), кандидат медицинских наук Вадим Юрьевич Романов.

Согласно метаанализу 61 проспективного обсервационного исследования с участием около 1 млн взрослых пациентов, снижение артериального давления (АД) всего на 10 мм рт. ст. ассоциируется с уменьшением сердечно-сосудистого риска на 40%, а также со снижением риска смерти от ишемической болезни сердца (ИБС) на 30% и от инсульта на 40% (Lewington S. et al., 2002). Данный факт обуславливает важность антигипертензивной терапии в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, в т. ч. потенциально фатальных. К сожалению, в Украине целевых показателей АД достигают не более 20% больных.

При оценке суммарного сердечно-сосудистого риска необходимо учитывать степень и стадию артериальной гипертензии (АГ), а также наличие таких факторов, как поражение органов, индуцированное АГ, сопутствующий СД или хронические заболевания почек. Присутствие данных коморбидных состояний резко повышает степень кардиоваскулярного риска у пациента. Наличие СД с поражением органов-мишеней требует классифицировать даже больных с высоким нормальным АД (130-139 / 85-89 мм рт. ст.) в группу очень высокого риска сердечно-сосудистых осложнений.

У большинства современных пациентов наблюдается сочетание нескольких факторов риска. Согласно научным исследованиям, АГ выявляется у 82% пациентов с хроническими заболеваниями почек, у 77% больных СД, у 52% лиц с дислипидемиями, у 70% пациентов, перенесших инсульт. Болезни периферических артерий сопровождаются повышением АД в 74% случаев, ИБС – в 73%, хронической сердечной недостаточностью (ХСН) – в 71%.

Рекомендации Европейского общества кардиологов / Европейского общества гипертензии (2018) свидетельствуют, что медикаментозная стратегия лечения неосложненной АГ предусматривает стартовое назначение двойной комбинации препаратов, а именно: ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) или блокаторов рецепторов ангиотензина II (БРА) в сочетании с блокаторами кальциевых каналов (БМК) или диуретиками.

Вторым шагом антигипертензивной терапии является назначение тройной фиксированной комбинации ИАПФ/БРА + БМК + диуретик. В случае резистентной АГ, не отвечающей на подобное лечение, следует добавить в терапевтическую схему спиронолактон в дозе 25-50 мг/сут и рассмотреть целесообразность направления пациента в специализированный центр для дальнейшего лечения. Назначение БАБ может рассматриваться на любом этапе терапии при наличии показаний к применению этой группы препаратов: ИБС, ХСН, состояние после инфаркта

миокарда, фибрилляция предсердий, беременность или ее планирование. Кроме неосложненной АГ, данный алгоритм может применяться для пациентов с поражением органов, индуцированным АГ, цереброваскулярными заболеваниями, СД или болезнями периферических артерий.

Таким образом, одним из оптимальных вариантов стартовой терапии является назначение комбинации ИАПФ и БМК. Представителем такого сочетания является препарат **Комбирил-КВ** (АО «Киевский витаминный завод»), содержащий амлодипин и лизиноприл.

Характеристики амлодипина включают высокую антигипертензивную активность, метаболическую нейтральность, вазодилатирующий, нейропротекторный и антиатерогенный эффекты, а также способность стимулировать выработку оксида азота и уменьшать жесткость артерий. Доказательная база амлодипина представлена исследованиями с участием разных категорий пациентов: ALLHAT, ASCOT, VALUE (с АГ), FACET (с СД), IDNT (с АГ и диабетической нефропатией), CAMELOT, PREVENT (с ИБС), PRAISE (с ХСН).

В свою очередь, лизиноприл представляет собой гидрофильный ИАПФ, выводимый почками, а **обуславливает целесообразность его применения в лечении пациентов с паренхиматозными поражениями печени и/или ожирением.** Доказательства эффективности лизиноприла у больных с различными патологиями были получены в испытаниях ALLHAT (с АГ), GISSI-3 (с острым коронарным синдромом), ATLAS (с ХСН), EUCLID, CALM (с СД, хроническими заболеваниями почек).

Важным аспектом полноценной антигипертензивной терапии является приверженность к лечению. Статистические данные демонстрируют, что на 2-3-й год около 50% больных с АГ самостоятельно прекращают назначенное лечение. Показано также, что низкий комплаенс повышает вероятность госпитализации по поводу АГ и ее осложнений. Пятилетнее наблюдение за 131 472 пациентами выявило, что наименьшая частота отмены антигипертензивных препаратов отмечается у лиц, принимающих БРА и их комбинации с диуретиками.

Препарат **Ирбетан-Н** (АО «Киевский витаминный завод») представляет собой сочетание БРА ирбесартана с классическим тиазидным диуретиком гидрохлортиазидом (ГХТЗ). Исследование COSIMA, сравнивавшее эффективность двух фиксированных комбинаций (ирбесартан 150 мг + ГХТЗ 12,5 мг и валсартан 80 мг + ГХТЗ 12,5 мг), показало, что у пациентов с нелеченной АГ (систолическое АД >160 мм рт. ст.) и больных, получавших монотерапию (систолическое АД >140 мм рт. ст.), фиксированная комбинация ирбесартана и ГХТЗ была достоверно более действенной в снижении как офисного, так и домашнего АД, чем сочетание валсартана с ГХТЗ. В группе ирбесартан + ГХТЗ целевых значений АД достигли более 50% участников, а в группе валсартан + ГХТЗ – лишь около 33%.

Гипертрофия левого желудочка является отдельным фактором сердечно-сосудистого риска, сопровождающимся снижением выживаемости не только лиц с АГ, но и нормотоников. Всем пациентам с гипертрофией левого желудочка рекомендована терапия блокаторами ренин-ангиотензиновой системы (РАС) в комбинации с БМК или диуретиками (например, **Комбирил-КВ, Ирбетан-Н**). Целевое систолическое АД для

таких больных составляет 120-130 мм рт. ст. Исследование SILVHIA, сравнивавшее ирбесартан и ателолол, установило: несмотря на сравнительную антигипертензивную активность (достижение целевого диастолического АД у 77% участников группы ирбесартана и 74% группы ателолола), уменьшение индекса массы миокарда левого желудочка под влиянием ирбесартана было более выраженным: на 16% по сравнению с 9% в группе ателолола.

АГ, в т. ч. в сочетании с диабетической нефропатией, является одной из главных причин терминальной стадии почечной недостаточности, обуславливая около 72% подобных случаев (United States Renal Data System, 2003). Упомянувшееся ранее руководство Европейского общества кардиологов / Европейского общества гипертензии по лечению АГ (2018) утверждает, что блокаторы РАС более эффективны в снижении альбуминурии, чем другие антигипертензивные препараты, и в связи с этим рекомендуются как часть терапевтической стратегии у пациентов с АГ и микроальбуминурией или протеинурией. В качестве начального лечения у таких больных следует применять комбинацию блокаторов РАС с БМК или диуретиками (например, **Ирбетан-Н**). Подобное сочетание является также рекомендованной стартовой терапией для пациентов с СД.

Согласно исследованию IRMA 2, включавшему 590 пациентов с АГ, СД 2 типа и микроальбуминурией, прием ирбесартана в дозе 300 мг ассоциировался с 70% снижением риска развития диабетической нефропатии у пациентов с СД независимо от выраженности антигипертензивного действия. Исследование IDNT (n=1715) также установило, что ирбесартан достоверно снижал риск развития терминальной стадии почечной недостаточности и смерти на 20% по сравнению с плацебо и на 23% по сравнению с амлодипином (Lewis E.J. et al., 2001). Таким образом, в данных исследованиях продемонстрирована ренопротекторная эффективность ирбесартана как на ранней, так и на поздней стадии диабетической нефропатии.

Итак, **обновленные рекомендации** Европейского общества кардиологов / Европейского общества гипертензии по лечению АГ (2018) подчеркивают **необходимость назначения комбинированного стартового лечения.** Отечественные препараты **Комбирил-КВ** и **Ирбетан-Н** (АО «Киевский витаминный завод») отвечают всем требованиям к современным антигипертензивным препаратам и могут выступать оптимальным стартовым лечением для большинства пациентов с АГ, в т. ч. с сопутствующим СД и хроническими заболеваниями почек (группа высокого и очень высокого риска).

Подготовила **Лариса Стрильчук**



Ирбетан-Н

комбінація ірбесартану з гідрохлортиазидом

Дві складові для лікування АГ!

- 1 нормалізує АТ у більшого числа пацієнтів
- 2 дозволяє швидше досягти цільових значень тиску
- 3 знижує АТ більш виражено, ніж при монотерапії

ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ СПЕЦІАЛІСТІВ З ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
РП.: НР/А/13717/01/01 та НР/А/13717/01/02 від 03.07.2014.

КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД
Якість без компромісів!