

Вибір антигіпертензивної терапії: одне рішення — реалізація трьох цілей

Наприкінці лютого в м. Львові відбувся симпозіум «Серцево-судинна допомога в практиці сімейного лікаря: діагностика, лікування, профілактика», під час якого учасники мали можливість ознайомитися з усіма основними аспектами зазначених у назві заходу питань з акцентом на первинну ланку медичної допомоги.



Виступ доцента кафедри кардіології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика (м. Київ), кандидата медичних наук Ірини Володимирівни Давидової, присвячений вибору антигіпертензивної терапії, неабияк зацікавив аудиторію. Назвавши свою доповідь «Одне рішення – реалізація трьох цілей», доповідачка привернула увагу слухачів до фіксованих комбінацій валсартан/амлодіпін і валсартан/амлодіпін/гідрохлортiazид, які дають можливість одночасно знизити артеріальний тиск (АТ), запобігти деменції та забезпечити нефропротекцію.

Оскільки артеріальна гіпертензія (АГ) часто супроводжується низкою коморбідних станів, під час лікування таких пацієнтів слід остерігатися поліпрагмації. Одним із методів уникнення останньої є персоналізація терапії, котра передбачає максимально індивідуалізований підбір лікарських засобів.

Загальне постаріння популяції дещо змінило ситуацію в охороні здоров'я. Раніше пацієнти з АГ помирали переважно від інфаркту міокарда й інсульту, проте наявні на сьогодні потужні антигіпертензивні засоби дають змогу продовжити життя хворих і запобігти розвитку серцево-судинних катастроф. Унаслідок цього переважають інші захворювання та синдроми (діастолічна, а згодом і систолічна серцева недостатність, аритмії, хронічна хвороба нирок (ХХН), когнітивні розлади), а також спостерігається погіршення якості життя. Саме тому, обираючи антигіпертензивний препарат, слід звернути увагу на його здатність запобігати розвитку деменції та ниркової недостатності.

Відповідно до сучасних позицій Європейського товариства кардіологів і Європейського товариства гіпертензії, слід від самого початку лікування призначати комбіновану терапію. У більшості випадків оптимальною стартовою комбінацією є сполучення інгібітора ангіотензинперетворювального ферменту (ІАПФ) або блокатора рецепторів ангіотензину II (БРА) з антагоністом кальцію (АК) чи діуретиком.

У виборі між ІАПФ і БРА І.В. Давидова рекомендує зупинитися на БРА, оскільки препарати цього класу зменшують тяжкість інсультів і покращують прогноз порівняно з іншими класами антигіпертензивних засобів. Окрім того, БРА знижують ризик розвитку хвороби Альцгеймера та деменції, запобігають появі аритмій. Дослідження VALUE показало, що валсартан зменшує ймовірність розвитку нових випадків фібриляції передсердь і переходу пароксизмальної форми останньої в персистуючу (рис. 1).

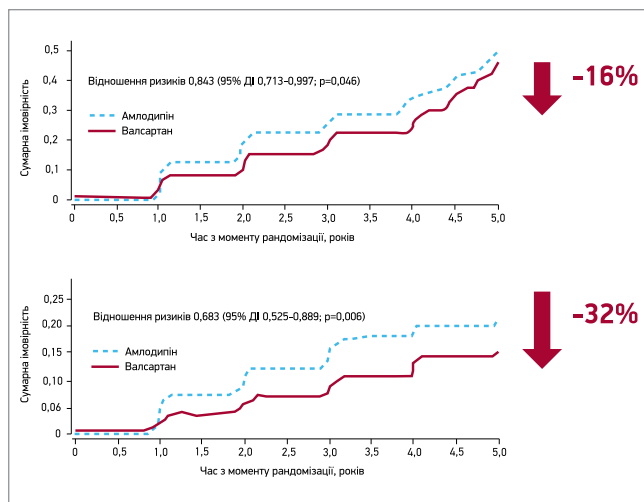


Рис. 1. Зниження ймовірності розвитку нових випадків (а) та персистуючої фібриляції передсердь (б) у разі застосування валсартану порівняно з амлодіпіном

В іншому великому ретроспективному дослідженні було продемонстровано, що в групі пацієнтів, які отримували БРА, наслідки інсульту були кращими, ніж за відсутності такої терапії. У ході подальшого багатофакторного

аналізу було показано, що лікування БРА демонструє незалежний зв'язок зі зниженням тяжкості інсульту та зменшенням ймовірності виникнення важкого наслідку цієї патології (рис. 2).

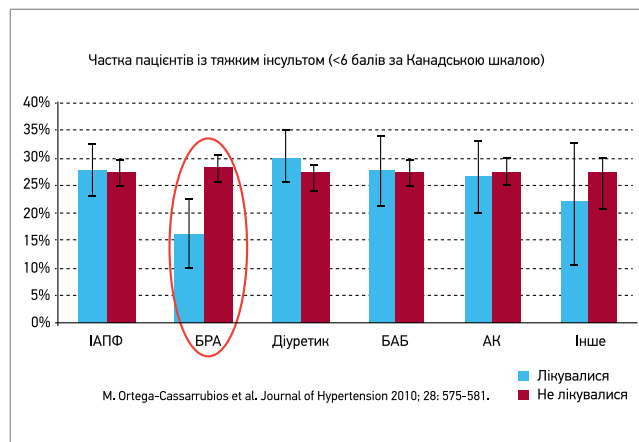


Рис. 2. Зниження частки пацієнтів із тяжким інсультом (<6 балів за Канадською неврологічною шкалою) при застосуванні БРА

Для профілактики хронічної недостатності мозкового кровообігу та пов'язаної з нею деменції слід обирати АК. Показано, що класичний представник цього класу амлодіпін на 19% знижує ризик розвитку інсульту порівняно з іншими класами антигіпертензивних засобів. Цікаво, що існує безпосередній обернений зв'язок між рівнем АТ у 50 років і станом когнітивних функцій у 70. Це підкреслює важливість ранньої корекції АГ відповідними препаратами. Дослідження демонструють, що АК здатні зменшувати ризик розвитку деменції більш ніж на 50%.

Отже, комбінація валсартан/амлодіпін (**Комбісарт, АТ «Київський вітамінний завод»**) не лише дає змогу знижувати рівень АТ до цільових значень, а й чинить профілактичну дію щодо інсультів і деменції. Проте приблизно в 50% випадків двокомпонентні комбіновані препарати не можуть забезпечити пацієнту досягнення цільового рівня АТ, що зумовлює потребу в призначенні трикомпонентної фіксованої комбінації.

Одним із висновків класичного дослідження ALLHAT є те, що діуретики здатні значно знижувати ризик інсульту, тому додавання до валсартану/амлодіпіну діуретика гідрохлортiazиду (**Комбісарт Н, АТ «Київський вітамінний завод»**) дає змогу додатково підсилити профілактичну дію комбінації щодо виникнення цереброваскулярних катастроф.

Загалом профілактика інсультів розпочинається з базового рівня – модифікації способу життя (боротьба з гіподинамією та шкідливими звичками, здорове харчування); важливим компонентом цієї профілактики є також контроль глікемії. Ще один аспект – контроль АТ з обов'язковим досягненням цільових показників протягом усієї доби, в тому числі вночі та в ранкові години. Остання умова підкреслює важливість вибору препаратів із великою тривалістю дії. Крім антигіпертензивної терапії, зниження серцево-судинного ризику в пацієнтів з АГ передбачає призначення статинів й антиагрегантів (**Магнікор, АТ «Київський вітамінний завод»**). Останніми роками було доведено, що застосування ацетилсаліцилової кислоти виправдане лише для вторинної профілактики серцево-судинних катастроф, оскільки в умовах первинного ризику геморагічних ускладнень у більшості випадків перевищує очікувану користь. Статинотерапія має бути агресивною, особливо за умови дуже високих показників загального холестерину та/або холестерину ліпопротеїнів низької щільності. На жаль, часто лікарі побоюються призначати аторвастатин у дозі 40 мг, розпочинаючи лікування з недостатніх доз. На фармацевтичному ринку України доступний вітчизняний аторвастатин **Лівостор (АТ «Київський вітамінний завод»)**, представлений у вигляді широкого спектра доз (10, 20 і 40 мг), що дає можливість підібрати відповідну дозу для кожного пацієнта та створює умови для хорошої прихильності до лікування.

Поряд із профілактикою деменції та когнітивних розладів слід звертати увагу на запобігання гіпертензивному ураженню нирок. Основні напрями лікування ХХН включають етіотропну, патогенетичну, нефропротекторну й антипротеїнуричну терапію. Необхідно також приділити увагу іншим аспектам лікування. Раннє призначення нефропротекторної терапії здатне відтермінувати початок гемодіалізу на декілька років. Діалізне лікування є надзвичайно обтяжливим і для пацієнта, і для системи охорони здоров'я загалом, тому максимальне відтермінування його початку дуже важливе.

Цільові показники АТ для пацієнтів із ХХН становлять 130-140/70-80 мм рт. ст. Алгоритм лікування АГ при ураженні нирок зазначений у рекомендаціях Європейського товариства кардіологів і Європейського товариства гіпертензії (2018):

крок 1 – подвійна комбінація в одній таблетці (ІАПФ/БРА + АК чи ІАПФ/БРА + тiazидний або петльовий діуретик);

крок 2 – потрійна комбінація (ІАПФ/БРА + АК + діуретик);

крок 3 – сполучення потрійної комбінації зі спіронолактоном (25-50 мг/добу), за непереносимості останнього – з іншим діуретиком, α- чи β-блокатором.

Окрім зазначених комбінацій, за наявності серцевої недостатності, стенокардії, фібриляції передсердь у пацієнтів після інфаркту міокарда, у вагітних або жінок, які планують вагітність, на будь-якому етапі лікування можуть додаватися β-блокатори.

У прогресуванні нефросклерозу ключову роль відіграє гіперактивація ренін-ангіотензин-альдостеронової системи (РААС), яка спричиняє клубочкову гіпертензію, ішемію тубулоінтерстицію та протеїнуричне ушкодження/ремоделювання, тому базисними медикаментами в лікуванні АГ у пацієнтів із ХХН є ІАПФ/БРА. Механізми нефропротекторної дії препаратів, які блокують РААС, включають усунення клубочкової гіпертензії та гіперфільтрації, ішемії тубулоінтерстицію, зниження протеїнурії, зменшення реабсорбції натрію, пригнічення синтезу запальних цитокінів і профібротичних факторів.

Як зазначено в алгоритмі лікування АГ при ураженні нирок, якщо на тлі терапії трикомпонентною комбінацією антигіпертензивних препаратів цільового АТ досягнуто не було, слід додати спіронолактон або інший діуретик. У разі наявності ХХН тактика вибору діуретика залежить від швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) (табл.).

Таблиця. Призначення діуретиків за резистентної АГ залежно від ШКФ (Mann S., 2011)	
ШКФ	Вибір діуретика
>60 мл/хв/1,73 м ²	Збільшити дозу гідрохлортiazиду до 50 мг; залишити дозу гідрохлортiazиду 25 мг і додати спіронолактон, або амilorид, або еплеренон
45-60 мл/хв/1,73 м ²	Перевести на хлорталідон у дозі 25 мг або індапамід (у комплексі з калійзберігальним діуретиком)
<45 мл/хв/1,73 м ²	Перевести на петльовий діуретик (особливо при ШКФ <30 мл/хв/1,73 м ²); комбінувати петльовий діуретик із тiazидоподібним (якщо ШКФ становить 30-45 мл/хв/1,73 м ²)

Відповідно до результатів дослідження INCLUSIVE, комбінація ірбесартану та гідрохлортiazиду (300/25 мг) дає змогу досягти цільового систолічного АТ у 77%, а цільового діастолічного – у 83% пацієнтів. Варто зауважити, що в дослідженні брали участь пацієнти похилого віку й особи з цукровим діабетом і метаболічним синдромом, а це досить проблематична для лікування категорія хворих. Зазначена антигіпертензивна комбінація представлена вітчизняним препаратом **Ірбетан Н (АТ «Київський вітамінний завод»)**.

Наприкінці виступу І.В. Давидова наголосила на необхідності колегіального прийняття рішень у веденні тяжких пацієнтів і перелічила показання до консультації нефролога: вперше виявлені та підтверджені при повторному обстеженні протеїнурія або альбумінурія класу А3, гематурія після виключення її урологічних причин, зниження ШКФ до рівня <60 мл/хв/1,73 м², підвищення вмісту креатиніну чи сечовини крові, АГ, уперше виявлена у віці до 40 років або понад 60 років, резистентна АГ, порушення концентраційної функції нирок, каналцеві порушення (ніктурія, поліурія, стійке зниження питомої ваги сечі, глюкозурія за нормального рівня глюкози крові).

Підготувала **Лариса Стрільчук**

Комбісарт

Комфортний контроль АТ!



GMP STANDART



-33% ↓
ЗАГАЛЬНА СМЕРТНІСТЬ

-50% ↓
РИЗИК ІНСУЛЬТУ

-33% ↓
РИЗИК ЦД

»» Щоденний прийом **Комбісарту** або **Комбісарту Н** дозволяє уникнути розвитку серцево-судинних ускладнень^{1,2}