

Актуальные вопросы применения фиксированных комбинаций в клинической практике



Е.П. Свищенко

Сегодня клинический опыт убедительно демонстрирует, что для достижения целевого артериального давления (АД) большинству пациентов необходимо назначение двух и более антигипертензивных препаратов. В соответствии с последним пересмотром рекомендаций по лечению артериальной гипертензии (АГ) Европейского общества гипертензии и Европейского общества кардиологов, опубликованным в ноябре 2009 г., комбинированная антигипертензивная терапия может быть назначена с самого начала лечения АГ. Такой подход должен применяться в первую очередь у больных с высоким риском кардиоваскулярных осложнений, когда сроки нормализации АД могут иметь решающее значение для прогноза, – а таковыми являются большинство наших больных.

В настоящее время предметом дискуссии является уже не то, какому препарату следует отдавать предпочтение, а скорее, то, какую комбинацию антигипертензивных агентов предпочтительнее назначать. Для ответа на этот вопрос следует обратиться к данным доказательной медицины. В недавно проведенных исследованиях (ASCOT, 2006; ACCOMPLISH, 2008) были убедительно продемонстрированы преимущества применения комбинации ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) и антагонистов кальция по сравнению с другими комбинациями антигипертензивных препаратов. В исследовании ASCOT лечение амлодипином в сочетании с периндоприлом (Престариумом) позволило снизить риск сердечно-сосудистой смерти на 24%, инсульта на 23% и риск смерти от всех причин на 11% по сравнению с лечением комбинацией β-блокатор ± диуретик. Эти результаты подтверждают наличие выраженных протекторных свойств у комбинации амлодипин ± Престариум и обосновывают выбор сочетания этих препаратов для лечения АГ в большинстве клинических ситуаций.

Нижеприведенный клинический случай хорошо иллюстрирует концепцию необходимости раннего начала комбинированной антигипертензивной терапии. Представленный пациент, несомненно, относится к категории высокого риска, несмотря на то что у него совершенно отсутствуют симптомы заболевания и жалобы. Хотя данный больной не представляется тяжелым при первом рассмотрении, ведение таких пациентов должно быть жестким и непрерывным. И это

в первую очередь предполагает назначение мощных препаратов для достижения жесткого контроля АД.

Лечащий врач, наблюдавший больного до обращения в ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, проявил осторожность и, принимая во внимание относительно молодой возраст больного и отсутствие жалоб, начал терапию с низких доз β-блокатора. И хотя частота сердечных сокращений (ЧСС) действительно снизилась, это не привело к удовлетворительному контролю АД. При повышении же дозы β-блокатора появились побочные эффекты. Пациент был переведен на прием блокатора рецепторов ангиотензина II (БРА), но не достиг целевого АД (<140/90 мм рт. ст.). И лишь назначение Би-Престариума немедленно привело к ожидаемому результату – эффективному контролю АД.

Клинический случай

У мужчины 52 лет, обратившегося к участковому терапевту по поводу рутинного обследования для получения медицинской справки, было выявлено повышение АД (до 170/100 мм рт. ст.), подтвержденное при повторном измерении. Жалобы у пациента отсутствовали, за исключением учащенного сердцебиения при стрессе. Анамнез не содержал сведений о предшествующих заболеваниях, в частности о проблемах с почками. По словам больного, он выкуривает 15 сигарет в день, не злоупотребляет алкоголем, не принимает медицинских препаратов.

При клиническом осмотре каких-либо особенностей обнаружено не было. Масса тела – 80 кг, рост – 172 см. Тоны сердца нормальные, за исключением короткого систолического шума на верхушке; хрипов в легких нет; абдоминальных шумов нет; пульсация артерий нижних конечностей соответствует норме; шумов на бедренной артерии нет.

Лабораторные тесты

Результаты исследования мочи на экскрецию белка и сахара, включая микроскопическое исследование, – в норме. По данным ЭКГ – регулярный синусовый ритм 88 уд/мин, нормальная морфология зубцов Р и QRS-комплекса, за исключением отклонения оси сердца влево (–30°); амплитуда

QRS была оценена как нормальная с индексом Соколова-Лайона в грудных отведениях 31 мм. Больному было рекомендовано снижение массы тела, уменьшение потребления соли и прекращение курения. Контрольный визит через 6 нед показал, что АД осталось на уровне 160/90 мм рт. ст. при повторном измерении в позиции сидя. Масса тела не изменилась. По словам пациента, он стал курить меньше.

Методы лечения и его начало

Пациент получил рекомендации по коррекции диеты и отказу от курения. Поскольку повышенное АД и учащенный сердечный ритм были выявлены повторно, больному в качестве терапии был выбран β-блокатор метопролол в дозе 50 мг. Во время следующего визита систолическое АД (САД) снизилось до 150 мм рт. ст., диастолическое АД (ДАД) не изменилось. ЧСС уменьшилась до 64 уд/мин. Уровень холестерина в крови – 6,9 мг/л, содержание глюкозы и почечная

функция в норме. Доза β-блокатора была удвоена.

Через неделю пациент упомянул об ухудшении самочувствия и о том, что у него холодеют пальцы рук и стопы. Больному было рекомендовано уменьшить дозу метопролола до 50 мг и начать прием БРА валсартана 180 мг. Спустя 6 нед ЧСС составило 66 уд/мин, АД практически не изменилось, однако жалобы на холод в нижних конечностях исчезли. Пациенту было назначено 24-часовое амбулаторное мониторирование АД; в течение суток АД в среднем составляло

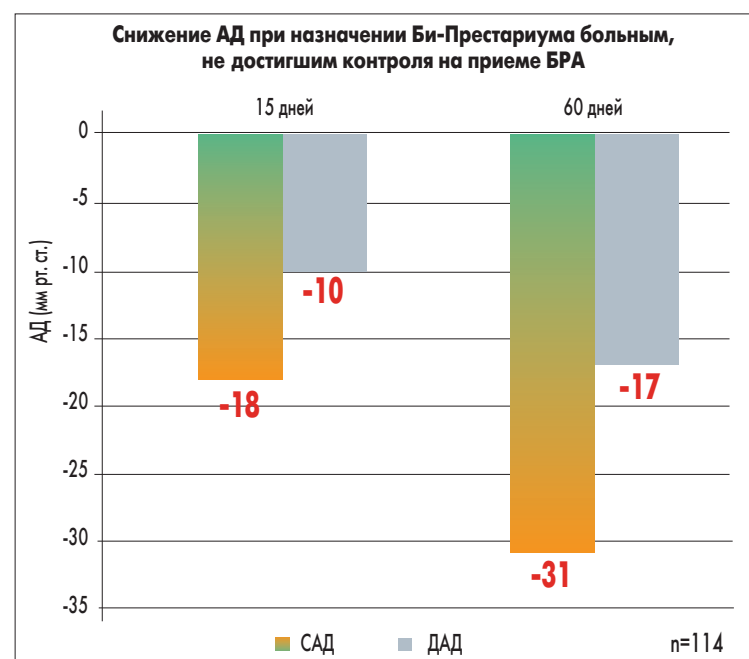


Рис. 1. Би-Престариум обеспечивает быстрое и мощное снижение АД у пациентов с АГ, не достигших контроля при терапии БРА

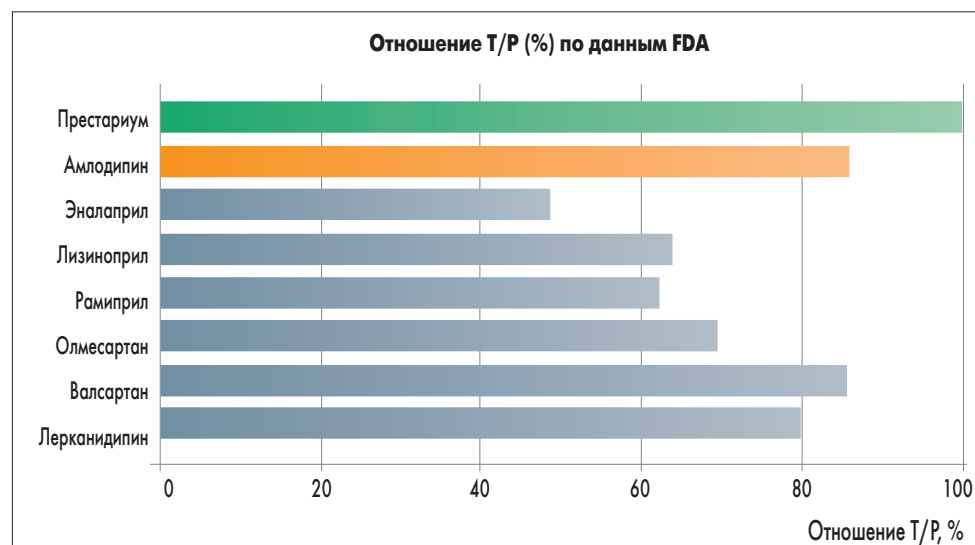


Рис. 2. Би-Престариум состоит из Престариума и амлодипина, которые обеспечивают эффективное снижение АД на протяжении 24 ч

146/88 мм рт. ст., САД в дневное время — 151 мм рт. ст., в ночное — 138 мм рт. ст. Поскольку уровень АД все еще оставался повышенным, доза БРА была увеличена до 360 мг. Однако последующие измерения не показали значительного снижения АД.

Больной обратился за консультацией в отдел гипертонической болезни ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины. После оценки состояния пациента и качества терапии метопролол и валсартан были отменены. Больному назначена фиксированная комбинация ИАПФ периндоприла и антагониста кальция амлодипина (Би-Престариум 5/5 мг). При следующем визите через 5 дней АД снизилось до 132/85 мм рт. ст. Самочувствие больного улучшилось, и лечение было продолжено. Для контроля эффективности терапии было проведено повторное амбулаторное мониторирование АД, подтвердившее достижение эффективного контроля АД. Принято решение продолжать прием Би-Престариума 1 таблетка в день с обязательным контролем образа жизни и повторной оценкой АД.

Почему Би-Престариум является рациональным выбором в данной клинической ситуации?

Пациент в течение 2 мес до обращения в нашу клинику получал лечение безрезультатно. В данной клинической ситуации очень важно назначить сильный антигипертензивный препарат для быстрого достижения контроля АД, так как желание больного продолжать лечение ослабевает с каждой неудачей.

Новые результаты исследования STRONG показали, что Би-Престариум обеспечивает быстрое и мощное снижение АД (-31/-17 мм рт. ст.) у пациентов с АГ, не достигших контроля при терапии БРА (рис. 1).

К концу исследования нормализация АД была достигнута у 83,3% пациентов (САД <140 мм рт. ст., ДАД <90 мм рт. ст.), среднее АД составляло 133/83 мм рт. ст.

24-часовой контроль АД

При выборе препарата важно учитывать длительность и стабильность антигипертензивного эффекта в течение суток.

Би-Престариум представляет собой фиксированную комбинацию Престариума и амлодипина, которые эффективно снижают АД на протяжении 24 ч и превосходят по длительности действия другие антигипертензивные агенты (рис. 2).

24-часовой контроль АД при приеме комбинации подтвержден в исследовании ASCOT с использованием амбулаторного мониторинга АД. В этом исследовании доказано, что амлодипин/периндоприл снижает АД в дневное время, а также в ночное, что подтверждает действительную 24-часовую эффективность. Более эффективное, снижение АД в ночное

время на фоне приема этой комбинации может объяснить лучшие показатели заболеваемости/смертности в исследовании ASCOT.

Жизнесохраняющие преимущества

Важнейшей целью назначения антигипертензивного препарата данному пациенту является предотвращение сердечно-сосудистых осложнений и сохранение жизни. Таким образом, при выборе лечения для этого пациента следует руководствоваться доказательствами способности Би-Престариума увеличивать продолжительность жизни.

В исследовании ASCOT амлодипин/периндоприл снижал

общую смертность, сердечно-сосудистую смертность, риск инсульта и инфаркта миокарда более выражено, чем β-блокатор/диуретик (рис. 3). Комбинация амлодипин/Престариум является единственной комбинацией ИАПФ/антагонист кальция с доказанными жизнесохраняющими преимуществами: достоверное снижение риска общей и кардиоваскулярной смертности.

Комбинация амлодипин/Престариум является единственной комбинацией ИАПФ/антагонист кальция с доказанными жизнесохраняющими преимуществами: достоверное снижение риска общей и кардиоваскулярной смертности.

Список литературы находится в редакции.



Рис. 3. Снижение риска осложнений и смерти при лечении комбинацией амлодипин/Престариум по сравнению с комбинацией β-блокатор/диуретик

Би-ПРЕСТАРИУМ®

Артериальная гипертензия, ИБС

1 таб./день

<140/90
мм рт. ст.

Сильный препарат

для достижения цели!

САД*

-41,9 мм рт. ст.

ДАД**

-23,2 мм рт. ст.¹

7 МИЛЛИОНОВ ПАЦИЕНТОВ В УКРАИНЕ НУЖДАЮТСЯ В БОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОМ СНИЖЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ²

1. Bahl UK. Fixed dose perindopril and amlodipine in moderate- to - severe hypertension Presented at 14-th World Congress of Heart Disease 2006, Toronto, Canada. Submitted for printing in Int J Clin Pract.

2. Артериальная гипертензия и сердечно-сосудистый риск. Сиренко Ю. Н., Жарновец О. И., Киев 2008

* Системическое артериальное давление

** Динамическое артериальное давление

Представительство в Украине: 01025, Киев, ул. Воровского, 24
Тел.: (044) 490-34-41/-42, факс: (044) 490-34-40