

Інновації в ліченні пацієнтів с артеріальною гіпертензією

По итогам научно-практической конференции

Артериальная гипертензия (АГ) является наиболее распространенной патологией в мире и серьезным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний и смертности. Поддержание целевых уровней артериального давления (АД) способствует предотвращению развития необратимых изменений в сердце и снижению риска смерти, однако, по данным различных исследований, обеспечить адекватный контроль АД удается лишь у 19-40% пациентов. Проблема АГ является актуальной и в Украине.

3 ноября на базе Киевского городского центра сердца состоялась научно-практическая конференция, в рамках которой обсуждались современные подходы к ведению пациентов с АГ с использованием инновационных технологий.



Главный специалист МЗ Украины по специальности «Кардиология», научный руководитель отдела симптоматических гипертензий ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Юрий Николаевич Сиренко

рассказал о современных стандартах лечения АГ с точки зрения доказательной медицины.

— Если говорить о современных подходах к ведению пациентов с АГ, хочется отметить, что год назад Европейское общество гипертензии (ESH) опубликовало пересмотренные рекомендации по лечению АГ. Этот документ создан на основе рекомендаций 2007 года и отличается от них рядом уточнений по спорным позициям. Таким образом, документ 2007 года остается актуальным и может служить основой для создания национальных рекомендаций, что и было учтено Украинской ассоциацией кардиологов в 2008 г. при подготовке соответствующего руководства.

Несмотря на отсутствие убедительных доказательств, полученных в ходе клинических исследований относительно тактики ведения пациентов с начальной стадией АГ и низким риском развития осложнений, у этой категории больных начало медикаментозной терапии целесообразно рекомендовать после модификации образа жизни. У пациентов с высоким нормальным АД (139/89 мм рт. ст.) без сахарного диабета (СД) и дополнительных факторов риска нет данных относительно пользы от медикаментозного лечения (ESH, 2009).

В предыдущей редакции рекомендаций ESH указывалось на необходимость поддержания целевого АД на уровне 140/90 мм рт. ст. в общей популяции и 130/80 мм рт. ст. — у пациентов высокого и очень высокого риска, с наличием СД и/или метаболического синдрома.

В руководстве ESH 2009 года рекомендовано поддержание АД на более низком уровне (130-139/80-85 мм рт. ст. или близких к этим цифрам значениях) у всех пациентов с АГ. При этом пациентам с СД или высоким сердечно-сосудистым риском (наличием сердечно-сосудистых осложнений или событий в анамнезе) рекомендуется снижать систолическое АД до уровня 130 мм рт. ст., а пациентам с протеинурией — до 125 мм рт. ст.

Основная идея новых пересмотренных рекомендаций относительно выбора антигипертензивного средства состоит в том, что с помощью препарата любого класса (диуретика, β-блокатора, ингибитора АПФ, блокатора кальциевых каналов либо блокатора рецепторов ангиотензина II — БРА), назначенного в адекватной дозе, можно добиться значительного снижения уровня АД и связанных с АГ рисков, что подтверждено данными масштабного метаанализа.

В каждом конкретном случае при выборе антигипертензивных средств следует учитывать возраст больного, его образ жизни, личные предпочтения, вероятные побочные эффекты, сопутствующие заболевания и т. д.

Так, среди причин предпочтения антигипертензивных препаратов группы БРА можно отметить хорошую переносимость и в связи с этим лучшую приверженность пациентов к лечению. Кроме того, появление на отечественном рынке инновационного оригинального БРА Кардосала (олмесартана медоксомила), стоимость которого сопоставима с таковой генерических ингибиторов АПФ, способствовало увеличению доступности высокоэффективной терапии с использованием качественных препаратов.



Заведующий кафедрой нефрологии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, доктор медицинских наук, профессор Дмитрий Дмитриевич Иванов

представил современную точку зрения на проблему лечения АГ у пациентов с нарушением функции почек и оценил возможность нефропротекции у этой категории больных.

— Патология почек является одной из наиболее часто встречающихся у пациентов с АГ, являясь одновременно и причиной, и следствием повышения АД. При этом хотелось бы подчеркнуть, что пациента с наличием микроальбуминурии либо СД (а это фактически означает наличие проблем с почками в будущем) даже при наличии АД в пределах среднестатистической нормы (130/85 мм рт. ст.) мы относим к группе высокого риска осложнений, сопоставимого с таковым у пациентов с АД 180/100 мм рт. ст., и в этом случае назначаем антигипертензивную терапию для достижения целевых уровней АД < 130/85 мм рт. ст.

Независимо от того, какова первичная причина появления микроальбуминурии, ее наличие свидетельствует о значительном повышении риска сердечно-сосудистых событий и смерти.

Показано, что каждое повышение соотношения альбумин/креатинин в моче в 10 раз увеличивает относительный риск сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности в 2 раза; с каждым снижением расчетной скорости клубочковой фильтрации в 2 раза относительный кардиоваскулярный риск увеличивается в 3 раза.

Какие же антигипертензивные препараты целесообразно применять у пациентов с нарушением функции почек? Их выбор достаточно ограничен; это ингибиторы АПФ, БРА и прямые ингибиторы ренина, при этом пациентам с микроальбуминурией рекомендуется назначение указанных препаратов в высоких дозах. Одной из самых важных задач антигипертензивного лечения у этой категории больных является предупреждение возникновения микроальбуминурии, а при ее наличии — уменьшение выраженности и, по возможности (на ранних стадиях), содействие ее обратному развитию, а также замедление прогрессирования, что может отсрочить наступление терминальной стадии поражения почек и смерти. БРА являются одними из немногих препаратов с доказанной эффективностью в снижении поражения почек, причем у пациентов отмечается также уменьшение проявлений сердечной недостаточности и снижение риска сердечно-сосудистой

смерти (Pfeffer et al., 2003). В исследованиях RENAAL и IDNT показана достоверная эффективность БРА в предотвращении удвоения уровня креатинина, отдаленной наступления терминальной стадии хронической почечной недостаточности и уменьшении риска смерти у пациентов с диабетической нефропатией. Таким образом, БРА можно рассматривать как препараты выбора у пациентов со сниженной функцией почек.

Олмесартан (Кардосал) — инновационный БРА, обеспечивающий эффективный контроль АД, сохраняющийся на протяжении 24-часового междозового интервала, в том числе в критичные утренние часы. В настоящее время продолжается рандомизированное клиническое плацебо контролируемое исследование ROADMAP с участием 4400 пациентов с СД 2 типа без альбуминурии, в котором оценивают влияние олмесартана на время до наступления микроальбуминурии, а также сердечно-сосудистую и ренальную смертность. Предполагается, что пациенты будут получать терапию до 5 лет, что позволит оценить долгосрочные эффекты олмесартана.

Таким образом, олмесартан (Кардосал) является высокоэффективным антигипертензивным препаратом, который может с успехом применяться у пациентов с поражением почек.



Профессор кафедры кардиологии и функциональной диагностики Национальной академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, доктор медицинских наук Олег Иосифович Жаринов

в своем докладе остановился на особенностях лечения такого тяжелого осложнения АГ, как сердечная недостаточность (СН), а также возможностях его предотвращения.

— По данным Фрамингемского исследования, среди причин возникновения СН наиболее частыми являются ишемическая болезнь сердца (ИБС) и АГ (40%), только АГ (30-37%), только ИБС (19-37%); и лишь в 11-15% случаев причиной развития СН становятся другие факторы. При этом риск возникновения СН коррелирует со стадией АГ и возрастом пациента (Lloyd-Jones, 2002). Вероятность возникновения СН значительно увеличивается при наличии у пациента других факторов риска: курения, гипертрофии левого желудочка, перенесенного инфаркта миокарда, СД и др.

Выделяют четыре стадии поражения сердца при АГ (J. Olea et al., 1995):

- диастолическая дисфункция левого желудочка без признаков гипертрофии;
- диастолическая дисфункция левого желудочка с ЭхоКГ-признаками гипертрофии при сохраненной (а) либо нарушенной (б) толерантности к физическим нагрузкам;
- появление клинических признаков СН (тяжелой одышки, рентгенологических признаков интерстициального отека легких с фракцией выброса (ФВ) левого желудочка > 50%) с наличием умеренной гипертрофии левого желудочка (масса/объем > 1,8 без признаков ИБС) или выраженной гипертрофии (масса/объем < 1,8 с выраженной ишемией миокарда);
- наличие гипертрофии левого желудочка с ФВ < 50%.

Диагностика СН осуществляется при наличии характерной симптоматики и субъективных жалоб, а также подтвержденного заболевания сердца и его визуализации. Ответ на лечение является дополнительным диагностическим критерием СН (Рабочая группа по СН Ассоциации кардиологов Украины, 2009).

Контроль АД является самым доступным способом профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и смертности.

Положительное влияние снижения АД у пациентов на уменьшение сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности было продемонстрировано во многих исследованиях. Лечение АГ способствовало уменьшению количества инсультов на 35-40%, инфаркта миокарда — на 20-25%, СН — более чем на 50% (A. Chobanian, G. Bakris, H. Black et al., 2003). Ангиотензин II является мощным вазоконстриктором и основным элементом РААС, которая играет основную роль в регуляции АД. Использование БРА для лечения АГ при хронической СН является патогенетически обоснованным и целесообразным, поскольку эта группа препаратов обеспечивает более полную блокаду эффектов ангиотензина II, которая осуществляется через иные механизмы, чем у ингибиторов АПФ, и не сопровождается «эффектом ускользания». В метаанализе Shmieder и соавт. (2003) на основе 80 рандомизированных клинических исследований с участием 4113 пациентов показано, что БРА способствуют значительному (-13%) уменьшению гипертрофии левого желудочка по сравнению с диуретиками (-8%), β-блокаторами (-6%), блокаторами кальциевых каналов (-11%), ингибиторами АПФ (-10%).

Таким образом, АГ — это один из основных факторов риска СН за счет развития гипертрофии левого желудочка и фиброзных изменений в сердце. Контроль АД является одним из самых эффективных методов предотвращения необратимых изменений в сердце, при этом достижение целевого уровня АД значительно снижает риск развития СН и ее декомпенсации. Лечение пациентов с АГ и СН с использованием БРА является патогенетически обоснованным и способствует уменьшению гипертрофии левого желудочка и увеличению выживаемости больных.

Благодаря участию авторитетных специалистов научно-практическая конференция проходила на традиционно высоком уровне и вызвала живой интерес у присутствующих — после докладов состоялась дискуссия, в рамках которой прозвучала интересная и необходимая для практических врачей информация, в частности о препарате Кардосал — пролекарстве, которое гидролизруется в лекарство олмесартан непосредственно в ЖКТ, при этом не происходит воздействия на систему Р450, что позволяет эффективно и безопасно включать олмесартан в комбинированную терапию. Олмесартан характеризуется значительно более длинным периодом полураспада в организме по сравнению с другими представителями данной группы, который может достигать 12-18 ч, что позволяет принимать препарат 1 раз/сут. Олмесартан обладает уникальным механизмом связывания с АТ-рецепторами посредством контакта с двумя участками рецептора, содержащего гидроксильную (ОН-) и карбокси (α-СООН) группы (домен «двойной цепи»), что обеспечивает выраженный пролонгированный эффект. Остальные препараты этой группы способны связываться лишь с участком рецептора, содержащего ОН-группу. Олмесартан, как и все БРА, оказывает дозозависимый эффект в снижении АД, однако его способность снижать уровень давления значительно превосходит такую же лекарственных средств этой группы. В рандомизированном двойном слепом контролируемом исследовании S. Oparil и соавт. (2001) показано, что олмесартан достоверно превосходил лосартан, валсартан и ирбесартан в снижении не только суточного, но и офисного АД (p=0,005), при этом его особенностью являлось быстрое достижение стабильного эффекта уже через несколько дней терапии. Такой эффект Кардосала позволяет быстро достигать целевых уровней АД даже при необходимости его значительного (ниже 130/85 мм.рт.ст) снижения в отдельных группах пациентов с АГ и сопутствующей патологией согласно рекомендациям ESH.

Подготовила Татьяна Спринсян