

Современная стратегия лечения артериальной гипертензии: акцент на комбинированную терапию

13 сентября в Украине по инициативе Ассоциации кардиологов Украины проходила конференция, посвященная обсуждению важнейших новостей последнего конгресса Европейского общества кардиологов, проходившего в августе этого года в г. Париже. Доклады ведущих украинских специалистов транслировались из г. Киева в аудитории г. Днепропетровска, Донецка, Одессы, Харькова, Симферополя и Львова. Особое внимание уделялось вопросу профилактики сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности в Украине.

Конференцию открыл директор ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, академик НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Владимир Николаевич Коваленко.

В мероприятии приняли участие ректор Днепропетровской государственной медицинской академии, академик НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Георгий Викторович Дзяк; главный кардиолог Украины, руководитель отдела симптоматических артериальных гипертензий ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Юрий Николаевич Сиренко; руководитель отдела хронической сердечной недостаточности ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Леонид Георгиевич Воронков; член-корреспондент НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской терапии и эндокринологии Днепропетровской государственной медицинской академии Татьяна Алексеевна Перцева; заведующая кафедрой кардиологии и функциональной диагностики Харьковской медицинской академии последипломного образования, доктор медицинских наук, профессор Вера Иосифовна Целуйко; профессор кафедры терапии и семейной медицины Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, доктор медицинских наук Андрей Эдуардович Багрий; доктор медицинских наук, профессор, областной кардиолог г. Одессы Светлана Алексеевна Андриевская; заведующий кафедрой лучевой диагностики Львовского национального медицинского университета им. Данила Галицкого, доктор медицинских наук, профессор Юрий Андреевич Иванив; доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной терапии №1 и профпатологии Днепропетровской государственной медицинской академии Александр Викторович Курята; доктор медицинских наук, профессор кафедры терапии и гастроэнтерологии факультета последипломного образования Крымского государственного медицинского университета им. С.И. Георгиевского Ольга Николаевна Крючкова.

По мнению ведущих специалистов, сегодня оптимизация контроля артериального давления (АД) у больных с артериальной гипертензией (АГ) является одним из важнейших аспектов профилактики кардиоваскулярной заболеваемости и смертности. Этому вопросу было посвящено выступление главного внештатного кардиолога МЗ Украины, руководителя отдела симптоматических артериальных гипертензий ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, доктора медицинских наук, профессора Юрия Николаевича Сиренко. Освещение проблемы выбора терапии АГ в рутинной медицинской практике профессор Ю.Н. Сиренко начал с рассмотрения некоторых мифов, зачастую неоправданно оказывающих влияние на выбор лечения. Так, нередко приходится сталкиваться с мнением, что АГ — распространенное заболевание, относительно легко поддающееся коррекции и не представляющее непосредственной угрозы для здоровья и жизни человека. В то же время современные данные убедительно свидетельствуют, что именно АГ является важнейшим фактором сердечно-сосудистого риска и, более того, ведущей причиной смерти во всем мире. Также существует мнение, что АД, измеренное на плечевой артерии врачом на приеме, — наиболее объективный параметр, позволяющий оценить качество контроля АД у лиц с АГ. По словам докладчика, снижение офисного брахиального АД является важной задачей, однако не единственной. Помимо офисного брахиального АД, необходимо контролировать и другие параметры АД, модификация которых может быть решающей для улучшения отдаленного прогноза. Сегодня хорошо известно, что показатели, полученные при измерении АД у пациента во время



визита к врачу, не отражают суточной динамики АД в полной мере, поэтому самостоятельное измерение АД пациентом дома является чрезвычайно важным. Оптимальное лечение также предполагает стабилизацию АД во избежание значительных колебаний АД от визита к визиту — снижение вариабельности АД. Значительные колебания АД увеличивают риск гипертензивных кризов у больных АГ, а также риск инфаркта миокарда и инсульта. В последнее время большое внимание уделяется показателю центрального аортального давления (ЦАД). Именно с повышением ЦАД связывают повреждение органов-мишеней — сердца, мозга и почек у пациентов с АГ. Таким образом, оптимальный контроль АД в современных условиях предполагает контроль всех вышеперечисленных параметров АД, а именно — офисного АД, измеренного на плече, контроль амбулаторного АД — дневного и ночного, контроль центрального АД и снижение вариабельности показателей АД. Если оценивать все эти показатели на основании данных доказательной медицины, то становится очевидным, что различные антигипертензивные препараты и их комбинации отличаются по своей способности комплексно влиять на параметры АД. Этот вывод подтвержден данными масштабных исследований, в которых показаны преимущества отдельных препаратов и их комбинаций как в отношении снижения параметров АД, так и как следствие в их влиянии на жесткие конечные точки.

Подвергается критике еще одно заблуждение — что только длительно существующая АГ приводит к поражению органов-мишеней (сердца, головного мозга, почек). Однако даже незначительное повышение АД представляет существенный риск для здоровья. Внимание специалистов должно быть сосредоточено на ранней диагностике АГ, а усилия направлены на оптимальную коррекцию всех параметров АД даже у больных на ранних стадиях заболевания. Только в таком случае можно рассчитывать на

наиболее благоприятный результат лечебных и профилактических мероприятий. Так, правильно подобранная антигипертензивная терапия снижает риск развития инфаркта миокарда на 15-20%, ишемического инсульта — на 30-40%, а общую смертность — на 5-10%. При анализе данных крупных исследований, проведенных в последние годы, становится очевидным, что прогресс в снижении уровня смертности от сердечно-сосудистых заболеваний у больных АГ все еще недостаточен, а, согласно руководствам, снижение уровня сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности — главная цель антигипертензивной терапии. В связи с этим представляет интерес результат анализа около 20 исследований, посвящен-



ных проблеме лечения АГ, представленный на конгрессе Европейского общества кардиологов в текущем году. В соответствии с представленными данными достоверное влияние антигипертензивной терапии на общую смертность больных АГ продемонстрировано только в трех исследованиях по оценке выживаемости и смертности у различных групп больных АГ (М. Bertrand) — ASCOT, ADVANCE, HYVET. Во всех трех исследованиях пациенты принимали комбинированную терапию и во всех использовали периндоприл (Престариум), если не в качестве основы, то как второй препарат. Значительный интерес в этом отношении представляет исследование ASCOT, которое по праву считается одним из важнейших клинических испытаний последних лет. В данном исследовании достигнуто достоверное снижение общей смертности на 11% (рис.), что превышает показатели, полученные в других исследованиях. В антигипертензивной ветви исследования ASCOT (ASCOT-BPLA) было показано, что стратегия с использованием блокатора

кальцевых каналов (БКК) амлодипина в качестве первой линии терапии с последующим добавлением при необходимости ингибитора ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) периндоприла предпочтительнее, чем стратегия назначения бета-блокатора атенолола в качестве стартового препарата с последующим добавлением тиазидного диуретика бендрофлуметиазида. В группе, получавшей комбинацию амлодипина и периндоприла, также было отмечено статистически значимое снижение риска нестабильной стенокардии (на 32%), заболеваний периферических артерий (на 35%), почечной недостаточности (на 15%). Показано, что комбинация амлодипина и периндоприла, применявшаяся в исследовании, оказывала более эффективное влияние на различные показатели АД, чем комбинация атенолола и тиазидного диуретика. Определенная разница наблюдалась в снижении АД в течение всего периода исследования. В частности, средняя разница брахиального уровня АД при данных терапевтических режимах для систолического АД составила 2,7 мм рт. ст., для диастолического АД — 1,9 мм рт. ст., причем достигнутые различия сохранялись в течение суток, в том числе в ночное время. Как уже упоминалось, ночное АД является более значимым показателем, определяющим прогноз у больных АГ, чем офисное АД (E. Dolan et al., 2005). Кроме того, показано, что лечение комбинацией амлодипина и периндоприла сопровождалось меньшей вариабельностью систолического АД в течение суток (P.M. Rothwell et al., 2010) и на 4,7 мм более эффективным снижением ЦАД. В Украине врачам и пациентам доступна фиксированная комбинация амлодипина и периндоприла (Би-Престариум). В целом результаты ASCOT подтвердили, что от избранной стратегии лечения АГ непосредственно зависят дальнейшее развитие заболевания и прогноз пациента. Следует помнить, что комбинированная терапия значительно увеличивает частоту положительного ответа на лечение. Это обусловлено в первую очередь тем, что препараты разных групп влияют на различные патофизиологические механизмы АГ, тем самым обеспечивая разнонаправленное действие и надежный контроль АД. Кроме того, применение комбинации препаратов позволяет использовать меньшие их дозы, чем в случае монотерапии, за счет чего улучшается переносимость лечения и уменьшается риск развития побочных эффектов. Современные антигипертензивные комбинации не только характеризуются более высокой эффективностью, но и отличаются лучшим профилем безопасности. По словам профессора Ю.Н. Сиренко, в настоящее время предполагается, что БКК и ИАПФ при одновременном применении проявляют синергическое действие не только на функцию, но и на структуру артерий. Оба класса препаратов являются эффективными вазодилататорами, что, безусловно, объясняет выраженный антигипертензивный эффект такой комбинации. Оба класса оказывают сосудопротекторный эффект, но при этом имеют разные точки приложения. По данным экспериментальных и клинических исследований, ИАПФ способны восстанавливать нарушенные функции эндотелия и состояние сосудов при различных заболеваниях: АГ, сердечной недостаточности, ишемической болезни сердца. При этом периндоприл отличается наиболее выраженным эндотелийпротекторным эффектом и способностью угнетать апоптоз эндотелиальных клеток. Так, в исследовании EUROPA было показано, что снижение рисков при лечении периндоприлом (Престариум, Servier, Франция) связано не только с его антигипертензивным действием (A.H. Gotma et al., 2001). Это подтверждается фактом, что под влиянием периндоприла исход болезни улучшался во всех возрастных группах независимо от наличия или отсутствия АГ, сахарного диабета, ранее перенесенного инфаркта миокарда.

Обобщая результаты ряда современных исследований, профессор Ю.Н. Сиренко отметил, что существующие доказательные данные свидетельствуют о выраженном эффекте

ИАПФ в отношении профилактики инфаркта миокарда. В то же время БКК рассматриваются как одни из наиболее эффективных препаратов для профилактики ишемического инсульта. Эти данные позволяют считать комбинацию препаратов БКК и ИАПФ оптимальной для снижения риска сердечно-сосудистых и сосудисто-мозговых осложнений.

Подводя итоги выступления, профессор Ю.Н. Сиренко отметил, что сегодня во всем мире приблизительно 1 млрд больных страдает АГ, что обуславливает особую значимость этой медико-социальной проблемы. Только ранний, интенсивный и жесткий контроль всех показателей АД с использованием современных комбинаций антигипертензивных препаратов, доказавших эффективность в крупных исследованиях по выживаемости и смертности, существенно уменьшает кардиоваскулярный риск, защищает органы-мишени от повреждения и предупреждает развитие осложнений, блокируя формирование сердечно-сосудистого континуума на самых ранних этапах заболевания.

Стратегией, позволяющей достичь контроля АГ и достоверно улучшить прогноз пациентов с АГ, можно считать назначение фиксированной комбинации периндоприла и амлодипина.

Подготовила **Наталья Очеретяная**

3

Би-ПРЕСТАРИУМ®

Периндоприла аргинин+амлодипин, 1 таб/день

-63
мм рт.ст.

Самая эффективная тактика снижения АД!³⁻⁴

НОВАЯ
ДОЗА

САД*

-63 мм рт. ст.¹



7 миллионов пациентов в Украине нуждаются в более эффективном снижении артериального давления²

*САД - систолическое артериальное давление.

1. Bahl VK et al. Am J Cardiovasc Drugs. 2009;9:135-142. 2. Артериальная гипертензия и сердечно-сосудистый риск. Сиренко Ю. Н., Жаринов О. И., Киев 2008.

3. Dahlöf B et al; for the ASCOT Investigators. Lancet. 2005; 366:895-906. 4. ACCOMPLISH Trial Investigators. N Engl J Med. 2008; 359:2417-2428.

Би-Престариум

Показания: Артериальная гипертензия и/или ишемическая болезнь сердца. Противопоказания: Повышенная чувствительность к периндоприлу, амлодипину или другим составляющим препарата; беременность, период кормления грудью, шок (кардиогенный шок), нестабильная стенокардия, сердечная недостаточность после острого инфаркта миокарда в первые 28 дней, обструкция выхода из левого желудочка, ангионевротический отек, тяжелая артериальная гипотензия. Побочные реакции. Обычно лечение Би-ПРЕСТАРИУМ переносится хорошо. Могут наблюдаться нежелательные эффекты, которые перечислены ниже: со стороны дыхательной, пищеварительной, мочеполовой, нервной систем, сердечно-сосудистой системы, аллергические реакции, изменения лабораторных показателей. Подробную информацию можно найти в инструкции для медицинского использования. Особенности использования: Для пациентов с почечной недостаточностью необходимо подбирать дозу в зависимости от клиренса креатинина и отита пациента на лечение. В состав препарата входит лактоза, поэтому не рекомендуют назначать данный препарат при врожденной intolerance лактозы, синдроме мальабсорбции глюкозы и галактозы, недостаточности лактазы Лилла. Детальнее смотрите в инструкции для медицинского использования.

Условия выпуска. По рецепту. P-с/м/а/8748/01/02, м/а/8748/01/01, м/а/8748/01/03, м/а/8748/01/04 от 07.08.2008

