

Практическое внедрение стандартов ведения пациентов с АГ высокого сердечно-сосудистого риска

По материалам XII Национального конгресса кардиологов Украины

Сегодня лечение артериальной гипертензии (АГ) неразрывно связано со стратификацией сердечно-сосудистого (СС) риска, степень которого может варьировать от умеренной до очень высокой в зависимости не только от стадии и тяжести АГ, но и от наличия дополнительных факторов риска. Современным стандартам ведения пациентов с АГ высокого риска и их практическому внедрению был посвящен доклад руководителя отдела гипертонической болезни ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, доктора медицинских наук, профессора Евгении Петровны Свищенко.

— Принимая во внимание современные данные о патогенезе и течении АГ, а также установленную взаимосвязь АГ и атеросклероза, при выборе схемы лечения пациентов даже на самых ранних стадиях этого заболевания следует учитывать наличие бессимптомного атеросклеротического процесса и возможность поражения органов-мишеней, наблюдающееся уже на второй стадии АГ. Выявление ранних проявлений атеросклероза и поражений органов-мишеней (сосудов, сердца, почек) на бессимптомной стадии и проведение профилактических мероприятий одновременно с мероприятиями по снижению артериального давления (АД) является одной из главных задач практического врача, наблюдающего больного АГ. Выполнение этой задачи тем более важно, если учитывать, что выбор антигипертензивных препаратов в значительной мере определяется характером обнаруженных поражений.

Так, согласно европейским рекомендациям по лечению АГ 2007 года у пациентов с атеросклеротическим поражением сонных артерий препаратами выбора для снижения уровня АД являются антагонисты кальция (АК) и ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ); в этом же документе указывается на необходимость применения статинов как обязательного компонента лечения таких больных.

Пациентам с гипертрофией левого желудочка сердца рекомендовано в первую очередь применение ИАПФ/блокаторов рецепторов ангиотензина II (БРА) и АК. В современных руководствах по лечению АГ также отражены особенности ведения больных с доклиническими поражениями почек, метаболическими нарушениями и другими состояниями, требующими индивидуализированного подхода к проведению антигипертензивной терапии, направленной на предотвращение более тяжелых осложнений АГ. Даже в случаях возникновения таких осложнений на третьей стадии АГ правильный подбор антигипертензивных препаратов в соответствии с современными рекомендациями будет являться весомым вкладом в улучшение прогноза больных. У пациентов с диастолической сердечной недостаточностью доказана целесообразность использования представителей пяти основных групп антигипертензивных препаратов (диуретиков, ИАПФ, БРА, бета-блокаторов, АК), а также блокаторов рецепторов альдостерона; при наличии систолической сердечной недостаточности из этого списка следует исключить АК, которые ухудшают ее течение. В случае необходимости назначения препаратов этого ряда допустимо использование амлодипина и фелодипина. Таким образом, в современных европейских и отечественных руководствах можно найти ответы практически на все вопросы, возникающие в процессе лечения больных АГ разных категорий. При этом нельзя не обратить внимание на важную роль, которую авторитетные эксперты отводят

комбинированной антигипертензивной терапии в лечении пациентов с АГ высокого риска.

В рекомендациях Европейского общества гипертензии / Европейского общества кардиологов (2007) указывается на целесообразность назначения комбинации не менее двух препаратов в низких дозах начиная с самых первых этапов лечения пациентов с АГ высокого риска с целью усиления антигипертензивного действия, снижения вероятности развития возможных побочных эффектов, а также воздействия на различные факторы риска. При этом не следует упускать из виду ни один класс антигипертензивных препаратов, рекомендованных в настоящее время в качестве первой и второй линии лечения АГ: представители каждого из них не только обладают доказанной способностью снижать АД, но и имеют дополнительные свойства, позволяющие оптимизировать антигипертензивную терапию практически в любой, даже самой сложной клинической ситуации.

Основой комбинированной антигипертензивной терапии, как правило, являются блокаторы ренин-ангиотензиновой системы (РАС) — ИАПФ и БРА, а их комбинации с диуретиками или АК сегодня рассматриваются как наиболее рациональные. При необходимости к блокатору РАС можно добавлять одновременно АК и диуретик, используя таким образом дополнительный вазодилатирующий эффект первого и диуретическое действие второго. Окончательное решение о том, какие препараты следует использовать в схеме комбинированной антигипертензивной терапии, зависит от индивидуальных особенностей пациента и количества дополнительных факторов риска.

Учитывая данные, свидетельствующие о значительном вкладе РАС в развитие тяжелых метаболических нарушений, у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа препаратами выбора являются блокаторы РАС, обладающие доказанным преимуществом в отношении предупреждения развития этого заболевания. Так, в международном исследовании VALUE с участием 15 245 пациентов с АГ и высоким сердечно-сосудистым риском (ИБС, инсульты и СД в анамнезе), в котором сравнивали эффекты БРА валсартана и метаболически нейтрального АК амлодипина, на фоне приема валсартана реже регистрировались новые случаи развития СД (13,1 против 16,4% в группе амлодипина).

В исследовании NAVIGATOR у пациентов с нарушенной толерантностью к глюкозе и другими кардиоваскулярными факторами риска прием валсартана в течение не менее пяти лет на фоне базисной терапии и специфической модификации образа жизни обеспечил снижение риска развития СД на 14% по сравнению с группой пациентов, не принимавших валсартан. Таким образом, валсартан — препарат, обладающий хорошей доказательной базой относительно его эффективности и безопасности у пациентов высокого риска. В настоящее время в Украине

зарегистрирован высококачественный европейский генерик валсартана под торговым названием Вальсакор (KRKA), который выпускается в дозировках 80 и 160 мг. Кроме того, на рынке присутствует его комбинация с тиазидным диуретиком гидрохлортиазидом в разных дозах (80/12,5; 160/12,5; 160/25 мг), что позволяет обеспечить при необходимости более гибкую антигипертензивную терапию.

Еще одним значимым фактором сердечно-сосудистого риска, которому пока уделяется недостаточно внимания со стороны практических врачей, является гиперурикемия. Распространенность указанной патологии среди взрослого населения в России составляет 19,3%, во Франции — 17%. В настоящее время в Украине проводится многоцентровое исследование LAURA с участием пациентов с АГ, предварительные данные которого свидетельствуют о значительной распространенности гиперурикемии в этой популяции пациентов.

Отрицательные эффекты повышенного уровня мочевой кислоты (МК) в крови были изучены в клинических исследованиях, которые продемонстрировали, что у пациентов с гиперурикемией через 5-6 лет наблюдения АГ развивается в 2-3 раза чаще по сравнению с пациентами, имеющими нормальный уровень МК. Предположительно, основным механизмом повышения уровня АД у лиц с гиперурикемией является неблагоприятное воздействие МК на сосуды, в частности на артериолы почек. Последствия длительного повышения уровня МК не ограничиваются увеличением частоты развития АГ. В исследовании, проведенном на базе нашего отделения, была показана связь между уровнем МК и поражением органов-мишеней (сердца, сосудов, почек) у пациентов с уже развившейся АГ.

Таким образом, снижение уровня МК является важным аспектом ведения пациентов с АГ, и впервые возможность такого снижения с помощью антигипертензивного препарата была продемонстрирована в исследовании LIFE, в котором сравнивали эффекты бета-блокатора атенолола и БРА лосартана. В этом исследовании 85% пациентов в качестве дополнительного компонента антигипертензивной терапии получали гидрохлортиазид в дозе 20 мг/сут, что вызывало повышение уровня МК в крови. Однако если на фоне лечения атенололом уровень МК увеличился на 44 мкмоль/л, то при приеме лосартана — только на 17 мкмоль/л. Авторы исследования пришли к выводу, что основной эффект, наблюдаемый в этом исследовании, а именно снижение на 25% частоты инсульта у пациентов, принимавших лосартан, по сравнению с соответствующим показателем в группе атенолола, был достигнут в значительной степени благодаря нормализации уровня МК, чему способствовал прием лосартана. Сегодня лосартан является единственным антигипертензивным препаратом, обладающим урикозурическим эффектом, который



Е.П. Свищенко

обусловлен уникальным свойством его молекулы. Помимо этого, молекула лосартана обладает такими благоприятными фармакологическими характеристиками, как высокая селективность и аффинность к рецепторам типа AT1, при участии которых реализуются основные неблагоприятные эффекты ангиотензина II, а также длительное действие (более 24 ч), что обусловлено образованием активного метаболита лосартана.

Сегодня украинские врачи имеют возможность назначать высококачественный европейский генерический препарат лосартана как в виде монопрепарата (Лориста) в дозах 25, 50 и 100 мг, так и в виде комбинации с гидрохлортиазидом (Лориста Н, Лориста HD) в дозах 50/12,5 мг и 100/25 мг соответственно.

На использовании тиазидных и тиазидоподобных диуретиков в лечении АГ следует сделать особенный акцент. Внимание к препаратам этого ряда вполне обосновано, поскольку одним из основных механизмов поддержания стабильно высокого уровня АД является «перестройка» функции почек на фоне длительного течения АГ. При наличии соответствующих изменений в работе почек попытки снижения АД с помощью препаратов, не обладающих натрийуретическим действием, приводят к задержке в организме натрия и воды. В связи с этим у пациентов с длительной АГ антигипертензивная монотерапия на старте лечения без использования диуретиков в большинстве случаев является неэффективной. В клинической практике сегодня наиболее широко применяются тиазидные диуретики гидрохлортиазид и хлорталидон, а также тиазидоподобный диуретик индапамид.

Гидрохлортиазид — один из наиболее изученных и испытанных в клинической практике диуретиков, обладающий способностью усиливать антигипертензивный эффект при сочетании с представителями любых других классов антигипертензивных препаратов (исключение составляют бета-блокаторы, применение которых в сочетании с гидрохлортиазидом нежелательно у пациентов с высоким риском развития СД 2 типа). Добавление гидрохлортиазид в небольшой дозе (12,5 мг/сут) к монотерапии современным антигипертензивным препаратом класса БРА валсартаном обеспечивает усиление антигипертензивного эффекта в 1,5-2 раза (Benz et al., 1998).

Таким образом, наличие в Украине высококачественных и доступных комбинированных препаратов, включающих БРА и тиазидный диуретик, увеличивает возможности достижения эффективного контроля АД у большого количества пациентов с АГ. В настоящее время мы располагаем достаточным арсеналом средств для лечения пациентов с АГ и снижения у них сердечно-сосудистого риска у в соответствии с международными стандартами — практическим врачам следует лишь в полной мере использовать имеющиеся возможности в рамках существующих рекомендаций.