

Снижение риска у пациентов с артериальной гипертензией: когда цифры означают количество жизней

Больные артериальной гипертензией (АГ) – одни из самых частых посетителей поликлинических отделений. Недооценка кардиоваскулярного риска и неправильный выбор тактики лечения таких пациентов могут обернуться тяжелыми последствиями в виде поражения органов-мишеней и кардиоваскулярных катастроф. Между тем неукоснительное следование современным стандартам и использование данных доказательной медицины при назначении медикаментозной терапии помогают не только существенно сократить время на подбор антигипертензивной терапии, но и избежать таких ошибок, сохранив здоровье и жизнь многим больным. О том, что означают результаты хорошо известных авторитетных исследований в области АГ для участкового терапевта и как в условиях первичного звена отечественного здравоохранения приблизиться к современным стандартам лечения пациентов с этим заболеванием, мы попросили рассказать главного кардиолога МЗ Украины, руководителя отдела симптоматических гипертензий ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, доктора медицинских наук, профессора Юрия Николаевича Сиренко.

– С учетом реалий повседневной клинической практики врача-терапевта первичного звена здравоохранения попытаемся проанализировать, что может сделать врач для того, чтобы в короткий промежуток времени, которым он располагает на амбулаторном приеме, принять меры для минимизации риска развития любых осложнений АГ – от легких, не проявляющихся клинически, до тяжелых кардиоваскулярных катастроф.

Большая часть пациентов с АГ имеют сопутствующие состояния, являющиеся одновременно факторами кардиоваскулярного риска. Исходя из этого врач должен следовать определенному алгоритму, включающему оценку риска, рекомендации по оптимизации образа жизни и назначение антигипертензивного препарата, который с большой долей вероятности обеспечит не только выраженный антигипертензивный эффект уже на первых этапах лечения, но и снижение риска. Решение вопроса о том, с чего начать лечение – с монотерапии или комбинации антигипертензивных препаратов, не займет много времени после сбора анамнеза, определения уровня АД и степени риска пациента. Однако следует помнить о том, что согласно современным стандартам ведения пациентов с АГ комбинированную антигипертензивную терапию целесообразно использовать уже на первых этапах лечения у большинства больных.

Независимо от того, какой метод – моно- или комбинированная антигипертензивная терапия – выбран в итоге, важнейшим компонентом лечения большинства пациентов с АГ являются блокаторы ренин-ангиотензиновой системы (РАС), которая имеет исключительное значение в регуляции многих параметров и функций сердечно-сосудистой системы. Это обусловило широкое применение в клинической практике представителей класса блокаторов РАС – ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ) и сартанов. Эффективное снижение активности РАС имеет особенное значение у пациентов высокого кардиоваскулярного риска – у данной категории больных длительное применение блокаторов РАС обеспечивает существенное улучшение прогноза, что было подтверждено во многих крупных клинических рандомизированных исследованиях.

ИАПФ в последние годы возглавляют перечень препаратов, наиболее часто назначаемых пациентам с АГ во всем мире. Однако и среди этого класса лекарственных средств есть свои «лидеры» – препараты, которые в наибольшей степени отвечают всем современным требованиям ведения пациентов данной категории, то есть имеют мощную доказательную базу эффективности в снижении АД и обладают способностью влиять на прогноз таких больных, особенно при наличии в анамнезе серьезных сердечно-сосудистых осложнений. Весомым аргументом в пользу этих препаратов является и более чем 20-летний опыт их широкого применения в клинической практике.

ИАПФ показаны практически всем пациентам с АГ, за исключением больных с постоянной формой фибрилляции предсердий в анамнезе, двусторонним стенозом почечных артерий (или стенозом артерий единственной почки) или гиперкалиемией, а также беременных или планирующих беременность женщин. Таким образом, при исключении наличия этих заболеваний назначение ИАПФ является безошибочным шагом, позволяющим

рассчитывать на эффективное снижение АД в большинстве ситуаций. Об этом, в частности, свидетельствуют результаты исследования CARE 1 (Clinical Altace Real-World Efficacy), принадлежащего к числу первых масштабных авторитетных исследований в области изучения эффектов ИАПФ. В этом исследовании оценивали эффективность и безопасность рамиприла (Тритаце) – одного из наиболее широко используемых сегодня в лечении АГ представителей ИАПФ. В исследовании CARE приняли участие более 11 тыс. пациентов с легкой и умеренной АГ, которым в амбулаторных условиях был назначен рамиприл в дозе от 2,5 до 10 мг/сут в качестве монотерапии на протяжении 8 недель. В ходе этого исследования на монотерапию рамиприлом ответили 86% больных АГ, у которых в результате лечения наблюдалось выраженное снижение систолического и диастолического АД (до 13%). Данные исследования CARE свидетельствовали о хорошей переносимости рамиприла, применение которого только в 3% случаев вызвало кашель (наиболее распространенный побочный эффект ИАПФ) и в 1,8% случаев – головокружение.

Выбор препарата среди представителей класса ИАПФ не займет много времени, если врач помнит основные критерии, на которые следует при этом опираться. К таким критериям относятся мощность и выраженность антигипертензивного действия, хорошая переносимость, а также наличие и выраженность органопротекторных эффектов. Известно, что мощность антигипертензивного действия ИАПФ зависит от степени прочности связи препарата с активным центром АПФ. Наибольшей константой ингибирования АПФ обладают такие представители класса, как рамиприл, периндоприл и лизиноприл. Рамиприл благодаря своим фармакокинетическим свойствам характеризуется длительным антигипертензивным эффектом, обуславливающим возможность приема этого препарата однократно на протяжении суток, что повышает приверженность к лечению.

Рамиприл (Тритаце) обладает также обширной доказательной базой в отношении защиты органов-мишеней у пациентов с АГ высокого риска.

Кардиопротекторные эффекты этого препарата у данной категории больных изучали в ходе одного из самых масштабных и значимых в мировой кардиологии проектов – мультицентрового плацебо-контролируемого исследования NOPE с участием более 9 тыс. пациентов в возрасте старше 55 лет и наличием в анамнезе ишемической болезни сердца, инсульта или сахарного диабета (СД), а также хотя бы одного дополнительного фактора сердечно-сосудистого риска. Терапия рамиприлом осуществлялась на фоне стандартного лечения, в схему которого были включены антигипертензивные препараты (кроме ИАПФ), гиполлипидемические средства и ацетилсалициловая кислота. В этом исследовании, длившемся 4,5 года, лечение рамиприлом способствовало снижению риска сердечно-сосудистой смерти на 26%, инфаркта миокарда – на 20%, инсульта – на 32% по сравнению с группой плацебо. Кроме того, в группе рамиприла наблюдалось снижение частоты наступления смерти от любых причин на 16%, развития сердечной недостаточности – на 23%, остановки сердца – на 37%, возникновения осложнений СД – на 16% и потребности в реваскуляризации – на 15%. При этом препарат был эффективен у пациентов всех возрастных

подгрупп независимо от наличия сопутствующих заболеваний и принимаемой терапии.

На основании результатов исследования NOPE был сделан вывод о том, что рамиприл, благоприятные эффекты которого выходят за рамки снижения АД, эффективен в снижении риска смерти и сердечно-сосудистых катастроф у широкого круга больных высокого риска. Продолжение наблюдения за пациентами NOPE – исследование NOPE-TOO. Все его участники продолжили прием рамиприла на протяжении 2,6 года. Наблюдение показало, что несмотря на активное лечение в обеих группах больных, продолжала существовать достоверная разница в частоте основных сердечно-сосудистых осложнений, выявленная на начальном этапе – в исследовании NOPE. Таким образом, чем раньше начинается терапия рамиприлом, тем более она эффективна. Способность рамиприла замедлять процесс ГЛЖ, а также влиять на другие ЭхоКГ-параметры у пациентов с легкой и умеренной АГ была доказана в проспективном мультицентровом рандомизированном исследовании RACE. В этом исследовании сравнивали эффективность рамиприла и бета-блокатора атенолола у 193 пациентов с легкой и умеренной АГ и ГЛЖ. Дизайн исследования предусматривал удвоение начальных доз препарата или добавление диуретика через 2 недели лечения при неэффективности терапии. Согласно результатам исследования через 6 мес лечения в группе пациентов, принимавших рамиприл, была достигнута более значительная регрессия ГЛЖ по сравнению с группой атенолола. При этом антигипертензивный эффект препаратов был сопоставимым в обеих группах.

Вазо- и нефропротекторные эффекты рамиприла убедительно продемонстрированы в исследовании MICRO-NOPE, в котором приняли участие пациенты с СД 2 типа и одним дополнительным фактором риска. В этом исследовании рамиприл способствовал предупреждению развития сердечно-сосудистых событий и нефропатии, при этом эффективность препарата в снижении риска сердечно-сосудистых осложнений оказалась более значительной, чем снижение АД. Еще более пристальное внимание клинической реализации нефропротекторных свойств рамиприла было уделено в исследовании REIN, в котором в качестве первичной конечной точки оценивали изменение снижения скорости клубочковой фильтрации и период до наступления терминальной стадии хронической почечной недостаточности (ХПН). Согласно результатам исследования длительное лечение рамиприлом позволило снизить риск наступления терминальной стадии ХПН в 2,7 раза, а риск развития тяжелой протеинурии – в 2,4 раза по сравнению с группой плацебо.

На основании результатов многочисленных клинических исследований рамиприл рекомендован для лечения пациентов с АГ, сердечной недостаточностью, нефропатией с целью профилактики инфаркта миокарда, инсульта, СД 2 типа. Таким образом, в реальной клинической практике рамиприл можно рассматривать как препарат выбора при проведении антигипертензивной терапии в большинстве клинических ситуаций, и его назначение уже на начальных этапах лечения позволит избежать потери времени при подборе препарата, повторных визитов пациентов к врачу, а также будет способствовать улучшению прогноза у больных АГ.



Ю.Н. Сиренко

Возможно, если бы каждый врач первичного звена здравоохранения отдавал себе отчет в том, сколько пациентов на конкретном участке можно спасти от инфаркта миокарда, инсульта или кардиоваскулярной смерти, то изменения в подходах к выбору антигипертензивного препарата, как и к ведению пациентов с АГ в целом, можно было бы наблюдать не только в нормативных документах, но и в реальной клинической практике в масштабах всей страны.

Используя вышеприведенные результаты международных исследований с применением рамиприла, нетрудно подсчитать, сколько пациентов с АГ на конкретном терапевтическом участке могут избежать кардиоваскулярных осложнений и смерти при условии постоянного длительного приема рамиприла. В качестве наглядного примера проанализируем возможности улучшения прогноза у больных данной категории, обслуживающихся в поликлинике N-ского района г. Киева. 10% пациентов этой поликлиники (8 тыс. жителей района) имеют кардиоваскулярные заболевания. Исходя из данных, полученных в исследовании NOPE, в котором на фоне терапии рамиприлом наблюдалось снижение риска инфаркта миокарда на 20% в группе, включающей 4645 пациентов с АГ высокого риска, развития этого кардиоваскулярного события избежали 108 больных. Таким образом, длительный прием рамиприла в адекватных дозах будет способствовать предотвращению развития инфаркта миокарда у 179 пациентов из 8 тыс. кардиологических больных, обслуживающихся в районной поликлинике. В исследовании NOPE развитие инсульта удалось предотвратить у 63 пациентов (снижение риска на 32% в группе, включающей 4645 больных), таким образом, в поликлинике, рассматриваемой в качестве примера, из 8 тыс. пациентов с кардиоваскулярными заболеваниями избежать инсульта смогут 108 больных при условии регулярного приема ИАПФ рамиприла.

289 спасенных жизней в одном только районе города – еще более впечатляющая цифра, если оценить перспективы лечения рамиприлом в отношении предотвращения кардиоваскулярной смерти, опираясь на результаты исследования NOPE, в котором было достигнуто 26% снижение этой конечной точки в группе рамиприла.

На мой взгляд, именно с позиции, позволяющей оценить реальное количество пациентов, которых можно будет спасти от инвалидности и смерти, следует рассматривать вопрос о выборе препарата. Сухой язык медицинской статистики данных, полученных в клинических исследованиях, убедительнее любой яркой рекламы. Пора врачу осознать собственную роль в снижении кардиоваскулярной заболеваемости и смертности у кардиологических пациентов.

Подготовила Наталья Очеретяная

