

Растительные препараты в лечении пациентов с артериальной гипертензией



Т.Н. Соломенчук

Несмотря на обилие антигипертензивных средств, доступных сегодня на фармацевтическом рынке, большинству пациентов с артериальной гипертензией (АГ) не удается достичь адекватного контроля артериального давления (АД). Причиной неэффективности антигипертензивной терапии и роли фитопрепаратов в лечении пациентов с АГ был посвящен доклад профессора кафедры семейной медицины ФПО Львовского национального медицинского университета им. Даниила Галицкого, доктора медицинских наук Татьяны Николаевны Соломенчук, прозвучавший в рамках научно-практической конференции с международным участием «Настоящее и будущее семейной медицины» (30-31 октября, г. Киев).

— В настоящее время АГ считается одним из наиболее распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы в глобальном масштабе. При этом повышенный уровень АД рассматривается в качестве значимого фактора риска развития кардиоваскулярных катастроф и смерти пациентов. Согласно результатам эпидемиологических исследований, проведенных в 2012 г., около 32,2% населения Украины (более 12 млн человек) страдают АГ.

Несмотря на то что на протяжении последних десятилетий подходы к диагностике и лечению АГ неоднократно модифицировались, проблема низкой выявляемости АГ, а также недостаточной эффективности стандартной антигипертензивной терапии сохраняет актуальность. Так, исследование NHANES (1999-2000), проведенное в США, показало, что 66% лиц, получающих лечение в связи с АГ, не достигают целевых значений АД <140/90 мм рт. ст. В свою очередь, в наблюдении BP-CARE (2011), в котором приняли участие 7860 леченных по поводу АГ больных из различных регионов Восточной Европы, убедительно продемонстрировано, что средняя частота достижения пациентами контроля АД составляет всего 27,1%, тогда как 72,9% пациентов не могут достичь целевых показателей АД на фоне приема антигипертензивных препаратов. Кроме того, данные, полученные в ходе исследования BP-CARE, свидетельствуют о том, что средний уровень АД у большинства леченных украинских пациентов с АГ является одним из самых высоких в Европе (155/93 мм рт. ст.), а контроль АД достигают всего 16,5% больных.

Причины, приводящие к неадекватному контролю АД, можно разделить на несколько групп:

- ❖ обусловленные врачебными ошибками:
 - нерациональный выбор антигипертензивного средства специалистом;
 - невозможность осуществления мониторинга эффективности лечения;
 - незнание современных рекомендаций по диагностике и лечению АГ;
- ❖ связанные с пациентом:
 - недостаточная осведомленность больных о принципах лечения;
 - низкий комплаенс;
 - экономический фактор, не позволяющий регулярно приобретать антигипертензивные препараты в необходимом количестве.

В то же время препятствовать достижению целевых уровней АД может наличие сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний, а также дополнительных факторов риска.

Исследования, посвященные изучению патогенеза АГ, продемонстрировали, что в основе развития заболевания и его осложнений лежат активация и взаимодействие ренин-ангиотензин-альдостероновой (РААС) и симпатоадреналовой систем (САС). Как известно, ангиотензинген под действием ренина превращается в ангиотензин I, а затем, при участии ангиотензинпревращающего фермента, — в ангиотензин II. Последний стимулирует выработку альдостерона, что приводит к задержке натрия и воды в организме, а также усиливает активность САС. Вследствие этого повышается продукция норадреналина, который обуславливает увеличение сердечного выброса и общего периферического сосудистого сопротивления, создавая предпосылки для повышения уровня АД. Кроме того, норадреналин усиливает выработку ренина, тем самым замыкая порочный круг патогенеза АГ. Важно отметить, что активность САС, играющая одну из ключевых ролей в развитии АГ, возрастает на фоне избыточной массы тела, метаболического синдрома, хронической болезни почек, климактерического синдрома, синдрома обструктивного апноэ сна, стрессовых и тревожно-депрессивных расстройств.

Наряду со значительной распространенностью традиционных факторов риска кардиоваскулярных заболеваний в настоящее время в Украине регистрируется усиление влияния психосоциальных факторов — депрессии и тревоги, стресса, связанного с работой, низкого социального статуса, недостаточной социальной поддержки, враждебности, гнева, негативных эмоций. Подобные изменения приводят к хронической активации САС, сопровождающейся развитием положительного хроно- и инотропного эффектов, явлений вазоконстрикции, задержкой натрия и воды в организме, обуславливающих формирование АГ.

Проведенные клинические исследования свидетельствуют в пользу высокой распространенности расстройств тревожно-депрессивного спектра в популяции. Так, по данным российского наблюдения КОМПАС, от 44,7 до 47,4% пациентов, обращающихся за медицинской помощью к семейным врачам, терапевтам, кардиологам и невропатологам, имеют проявления тревоги и депрессии. Схожие результаты продемонстрировало исследование КООРДИНАТА: более половины пациентов с АГ страдают от депрессии (59%) и тревоги (63%), при этом депрессия является вторым по значимости (после курения) фактором риска смерти пациентов с АГ и ишемической болезнью сердца (ИБС).

На сегодня негативное влияние тревожно-депрессивных расстройств на прогноз АГ и ИБС не вызывает сомнения у специалистов. Доказано, что тревога и депрессия увеличивают риск кардиоваскулярных осложнений в 1,5-2 раза, смерти пациентов, перенесших инфаркта миокарда, в 3-6 раз; при этом вероятность реализации сердечно-сосудистых катастроф коррелирует с тяжестью тревожно-депрессивных нарушений. Значимость тревожно-депрессивных изменений также была отмечена в исследовании INTERHEART (2004): согласно его результатам, риск развития инфаркта миокарда на фоне тревожно-депрессивного расстройства сопоставим с таковым при сахарном диабете и курении.

Таким образом, активация САС на фоне тревоги и депрессии приводит к повышению уровня АД и ухудшает прогноз АГ. Предупреждение подобных изменений требует как более раннего выявления тревожно-депрессивных состояний, для чего в общемедицинской сети целесообразно проводить скрининг пациентов с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), а также своевременно оказывать должную адекватную медикаментозную помощь. Важно подчеркнуть, что при наличии выраженных нарушений депрессивного спектра препаратами выбора остаются антидепрессанты и анксиолитики, тогда как при умеренно выраженных симптомах тревоги и депрессии разумной альтернативой агрессивным синтетическим средствам являются более безопасные растительные препараты. В частности, при умеренно выраженных проявлениях тревоги и депрессии высокую эффективность демонстрируют комбинированные препараты на основе экстрактов валерианы, пустырника и боярышника. Установлено, что валериана обладает седативным и анксиолитическим действием, мягким снотворным и гипотензивным эффектами, реализуемыми за счет снижения активности САС. Пустырник оказывает успокаивающее действие на нервную и сердечно-сосудистую системы (в 2 раза превосходя по силе эффекта препараты на основе валерианы), а также обладает мягким мочегонным и гипотензивным влиянием. В свою очередь, боярышник улучшает тонус коронарных и церебральных сосудов, нормализует кровообращение, сердечный ритм, способствует уменьшению концентрации общего холестерина в сыворотке крови и снижению уровня АД.

Высокоэффективным представителем таких лекарственных средств является препарат СЕДАФИТОН® производства компании ПАО «Фитофарм».

Благодаря разнонаправленному влиянию активных компонентов (экстракты валерианы, боярышника и пустырника) СЕДАФИТОН® оказывает седативное, противотревожное, мягкое снотворное, антиаритмическое и антигипертензивное действие, что позволяет с успехом использовать этот препарат для коррекции умеренно выраженных тревожно-депрессивных расстройств и нормализации нарушений функции сердечно-сосудистой системы, в частности артериальной гипертензии I-II стадии.

В 2014 г. было проведено исследование эффективности препарата СЕДАФИТОН® в улучшении контроля АД у больных с АГ и умеренно выраженными проявлениями тревожно-депрессивного расстройства. В наблюдение были включены 62 пациента с АГ I-II стадии 1-2 степени тяжести с оценкой по HADS 8-11 баллов, средний возраст которых составил 62±6 лет. Пациенты были рандомизированы в 2 группы: стандартной комбинированной антигипертензивной терапии в сочетании с препаратом СЕДАФИТОН® и стандартного комбинированного антигипертензивного лечения. В начале и на 12-й неделе исследования у всех пациентов были изучены динамика показателей HADS и суточного мониторинга АД (СМАД) (табл.). СМАД был выбран в качестве оценочного критерия в связи с тем, что данный метод позволяет получить максимально объективные сведения о гиперактивации симпатической нервной системы на фоне тревожно-депрессивных расстройств при АГ. Важно отметить, что в начале исследования в обеих группах контроль АД, согласно показателям СМАД, был недостаточным.

Включение препарата СЕДАФИТОН® в стандартную схему антигипертензивной терапии привело к улучшению контроля АД, что выразилось в дополнительном снижении среднесуточного систолического АД (САД) на 3,6 мм рт. ст., диастолического АД (ДАД) на 5 мм рт. ст. в то время как у пациентов, проходивших курс лечения по стандартной схеме терапии АГ данный показатель не привисыл 1 мм рт. ст.

Таблица. Динамика показателей СМАД в 1-й и 2-й группах пациентов до начала лечения и через 12 нед наблюдения						
Показатель	1-я группа (n=32)			2-я группа (n=30)		
	В начале лечения	Через 12 нед наблюдения	Δ (%)	В начале лечения	Через 12 нед наблюдения	Δ (%)
Среднесуточные показатели						
САД, мм рт. ст.	137,5±6,9	132,6±6,5	-3,6	136,3±7,4	135,5±7,3	-0,6
ДАД, мм рт. ст.	86,9±8,1	82,6±7,2	-5,0	85,6±7,8	85,1±6,7	-0,6

Подобный эффект имеет существенное положительное влияние на прогноз АГ, поскольку в ходе крупномасштабных метаанализов было подтверждено, что снижение уровня АД на 2 мм рт. ст. сопровождается уменьшением риска формирования инфаркта миокарда на 10% и инсульта на 7% на протяжении года. Назначение препарата СЕДАФИТОН® в составе комбинированной стандартной антигипертензивной терапии также способствовало снижению ночного систолического и диастолического АД, улучшению суточного профиля АД. В частности, среди принимавших СЕДАФИТОН® было на 7,5-12,5% больше пациентов, у которых удалось нормализовать профиль АД с диспропорционального до оптимального ночного снижения АД. Еще одним преимуществом препарата СЕДАФИТОН® было уменьшение продолжительности повышения АД в течение суток на 10%, что способствовало снижению риска формирования атеротромботических осложнений АГ и поражения органов-мишеней. В то же время СЕДАФИТОН® снижал вариабельность дневного и ночного САД и ДАД на 8%, что также уменьшало вероятность развития повреждения органов-мишеней (сонных артерий, сосудов глазного дна) и гипертрофии левого желудочка сердца (рис.).

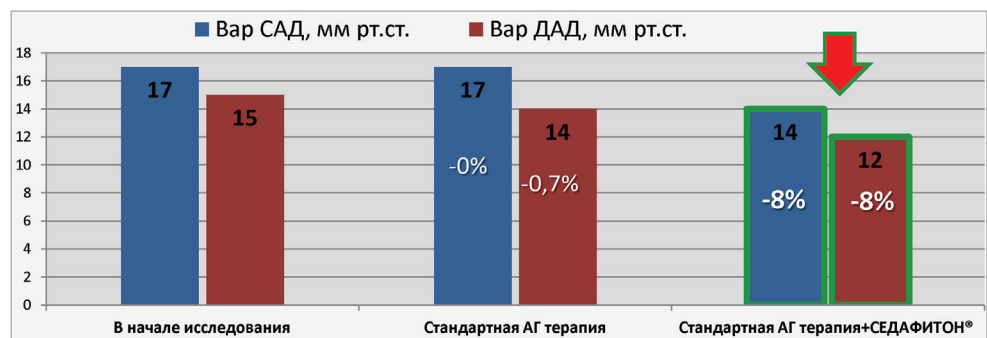


Рис. Сравнительная динамика вариабельности АД у пациентов с тревожно-депрессивным состоянием легкой и средней тяжести

Таким образом, у большинства пациентов с АГ на фоне умеренных тревожно-депрессивных нарушений не удается достичь оптимального контроля АД с помощью только лишь антигипертензивных препаратов.

Включение в состав стандартной антигипертензивной терапии растительного препарата СЕДАФИТОН®, обладающего седативным противотревожным, антиаритмическим и антигипертензивным эффектами, позволяет снизить уровень тревоги и депрессии у пациентов, нормализовать средние уровни суточного, дневного и ночного АД, циркадный ритм АД, а также уменьшить вариабельность АД в течение суток.

Подготовил **Антон Проїдак**

3v