

Ставим диагноз вместе: итоги учебного мастер-класса для семейных врачей

Ежедневная практика семейного врача отличается ведением пациентов с широким разнообразием жалоб и диагнозов. Именно поэтому компания «Такеда» организовала мастер-класс «Ставим диагноз вместе» для терапевтов и семейных врачей. В рамках мероприятия, прошедшего в Киеве 26 октября, ведущие специалисты в области кардиологии и неврологии могли поделиться секретами диагностики и подходов к терапии типичных клинических ситуаций, а также ведения т. н. сложных категорий больных, обсудить специфику лечения пациентов с коморбидной патологией в свете последних мировых и украинских рекомендаций.



Первый блок семинара был посвящен артериальной гипертензии (АГ) и моментам, которые могут оставаться недооцененными семейным врачом при первичном обращении пациента. Открыла блок врач-кардиолог, старший научный сотрудник

отдела некоронарогенных болезней сердца и клинической ревматологии ГУ «Национальный научный центр «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины», академик НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Елена Геннадьевна Несукай.

— Ни для кого не секрет, что АГ является фактором риска множества заболеваний и состояний, сокращающих продолжительность жизни и снижающих ее качество. Типичная «карьер» пациента с АГ, манифестировавшей в 40 лет, зачастую выглядит так: в 50-55 лет у него отмечаются метаболические нарушения и сексуальные расстройства; в 55-60 присоединяется ишемическая болезнь сердца (ИБС) и, возможно, инфаркт миокарда (ИМ); далее следует прогрессирование хронической сердечной недостаточности (ХСН) с высоким риском мозгового инсульта на рубеже 70-летия.

Рассмотрим в качестве иллюстрации к моим словам клинический случай.

Пациент К., 62 года, бизнесмен, обратился с жалобами на повышение артериального давления (АД): систолического (САД) — до 160 мм рт. ст., диастолического (ДАД) — до 95 мм рт. ст. на протяжении последних 3 месяцев, пастозность голеней, ухудшение памяти, снижение работоспособности, ночные пробуждения из-за головной боли. Тщательный сбор анамнеза позволил выяснить, что колебания АД наблюдаются в течение последних 20-25 лет, диагноз АГ пациент имеет около 20 лет, 6 мес назад перенес транзиторную ишемическую атаку (ТИА), стаж сахарного диабета (СД) 2 типа — около 5 лет. Курит в среднем 20 сигарет в день на протяжении 25 лет. На момент осмотра индекс массы тела (ИМТ) — 33,2 кг/м²; АД на обеих руках 156/96 мм рт. ст.; общий холестерин — 7,2 ммоль/л, триглицериды — 1,9 ммоль/л, глюкоза крови — 7 ммоль/л. Электрокардиография (ЭКГ): признаки гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ). Пациент непостоянно принимает амлодипин в дозировке 5 мг, ежедневно — метформин.

Попытаемся разобраться с дополнительными обследованиями, необходимыми в такой ситуации. Нужно ли проведение эхокардиографии (ЭхоКГ)?

Согласно рекомендациям:

- наличие ГЛЖ на ЭКГ не является поводом к назначению ЭхоКГ, кроме ситуации, когда присутствуют стандартные показания (ХСН, поражения клапанов и др.);
- в случаях отсутствия ГЛЖ на ЭКГ ЭхоКГ показана в ситуациях длительной АГ; тяжелой АГ (необходимость использования >2 антигипертензивных

препаратов); ожирении (что отмечается у пациента К.).

Следующим встает вопрос о необходимости проведения суточного амбулаторного мониторинга АД (СМАД), когда в течение суток показатели АД многократно измеряются с помощью находящегося на пациенте прибора (обычно каждые 15-20 мин в течение дня и с интервалом в 30 мин в ночное время).

Клинические показания к назначению СМАД пациенту:

- подозрение на т. н. АГ белого халата или скрытую АГ;
- офисная АГ 1-й степени (регистрируется у пациента К.);
- высокое офисное АД у больных без поражения органов и с низким общим сердечно-сосудистым риском;
- высокое нормальное АД в офисе врача;
- нормальное офисное АД у лиц с бессимптомным поражением органов или с высоким общим сердечно-сосудистым риском;
- значительная изменчивость офисного АД во время одного или разных визитов;
- автономная, постуральная, постпрандиальная гипотензия; гипотензия, вызванная послеобеденным отдыхом и медикаментозными препаратами;
- повышенное офисное АД или подозрение на преэклампсию у беременных женщин;
- определение истинно резистентной и псевдорезистентной АГ.

Кроме того, специфическими показателями к СМАД могут служить:

- значительное несоответствие между офисным и домашним АД;
- необходимость оценки степени снижения АД во время сна (характерно для пациента К.);
- подозрение на ночную АГ или отсутствие снижения АД во время сна, например, у пациентов с синдромом обструктивного апноэ сна, хронической болезнью почек или СД (к этой категории относится и пациент К.);
- необходимость оценки вариабельности АД.

Итак, пациенту К. проведено СМАД, получены следующие результаты:

- среднее суточное АД — 155/97 мм рт. ст.;
- среднее дневное АД — 154/96 мм рт. ст.;
- среднее ночное АД — 159/101 мм рт. ст.

Говоря о последствиях АГ, часто упоминают о сокращении продолжительности жизни, возможности летального исхода или коронарных событий. Однако немаловажным негативным последствием является увеличение риска сосудистой деменции на фоне АГ. Так, существует прямая связь между уровнем АД в 50 лет и состоянием мышления в 70: чем ниже АД, тем лучше когнитивная функция. Длительно существующая АГ создает условия для развития цереброваскулярной патологии, приводящей к гипоперфузии тканей мозга с наличием очагов микроинфарктов. Далее происходит поражение белого вещества, гибель нейронов, накопление β-амилоида в мозге, что может ассоциироваться с возникновением сосудистой деменции с когнитивными

Таблица. Антигипертензивное лечение: выбор препарата	
Субклинические особенности	
ГЛЖ	ИАПФ, БКК, АРА
Атеросклероз	БКК, ИАПФ
Микроальбуминурия	ИАПФ, АРА
Дисфункция почек	ИАПФ, АРА
Клинические события в анамнезе	
Инсульт	Любой эффективный препарат
ИМ	ББ, ИАПФ, АРА
Стенокардия	ББ, БКК
ХСН	Диуретики, ББ, БКК, ИАПФ, АРА
Фибрилляция предсердий:	
рецидивирующая	ИАПФ, АРА
постоянная	ББ, недигидропиридиновые БКК
Протеинурия / почечная недостаточность	ИАПФ, АРА, петлевые диуретики
Болезни периферических артерий	БКК
Клинические состояния	
Изолированная АГ (у пациентов старческого возраста)	Диуретики, БКК
СД	ИАПФ, АРА
Беременность	БКК, метилдопа, ББ

Примечание: ИАПФ — ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента;
ББ — β-блокаторы;
БКК — блокаторы кальциевых каналов;
АРА — антагонисты рецепторов ангиотензина (АТ) II (сартаны).

нарушениями, а также болезни Альцгеймера. Наиболее надежным способом объективизации когнитивных нарушений является нейропсихологическое тестирование.

Например, Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA) предлагает оценивать следующие показатели:

- внимание и концентрация;
- исполнительные функции;
- память;
- речь;
- зрительно-конструктивные навыки;
- абстрактное мышление;
- счет и ориентация.

С учетом приведенных данных пациенту К. был установлен следующий диагноз: «Гипертоническая болезнь III стадии, степень 2, риск 4 (очень высокий). ТИА (2016 г.). СД 2 типа. Смешанная дислипидемия».

Напомню, что вся антигипертензивная терапия пациента К. ограничивается приемом 5 мг амлодипина от случая к случаю.

Какова же тактика дальнейшего лечения? Важно отметить, что, по данным Becket и соавт. (2008), среднее снижение САД на 10-12 мм рт. ст. и ДАД на 5-6 мм рт. ст. позволяет обеспечить уменьшение риска развития инсульта на 40%, ИБС — на 16%. Необходимо донести эту информацию до пациента, что предположительно позволит обеспечить достаточный уровень compliance к антигипертензивной терапии.

Алгоритм выбора антигипертензивной терапии в соответствии с современными рекомендациями отражен в таблице.

Хотелось бы остановиться на такой группе антигипертензивных препаратов, как БКК, которые по необъяснимым причинам опасаются назначать некоторые врачи первичного звена. БКК являются довольно старой группой препаратов с огромным клиническим опытом успешного применения, доказанной эффективностью и хорошо изученным механизмом антигипертензивного действия. Более того, по данным метаанализа, опубликованного в Американском журнале гипертензии в 2004 г. и включившего 13 исследований с участием 103 793 больных, БКК снижают риск развития инсультов на 10% по сравнению с другими антигипертензивными средствами. Рекомендации по менеджменту АГ ESH/ESC (2013) содержат информацию о том, что профилактика инсульта более эффективна при назначении БКК. Нитрендипин эффективно контролирует АД и относится

к числу наиболее изученных в различных клинических ситуациях антагонистов кальция. Высокая вазоселективность этого БКК обеспечивает мощную периферическую вазодилатацию и равномерное снижение АД на протяжении 24 ч. В частности, в исследовании Syst-Eur (2002) была продемонстрирована высокая эффективность нитрендипина у больных старшего возраста. На фоне приема нитрендипина зафиксировано снижение риска деменции на 55%; лечение 1000 пациентов в течение 5 лет предупреждает 19-20 случаев деменции. В последние годы все большую популярность приобретает сочетание БКК и ИАПФ. Чрезвычайно эффективной комбинацией БКК и ИАПФ является препарат Энеас, сочетающий 10 мг эналаприла и 20 мг нитрендипина в одной таблетке. Два рационально подобранных компонента препарата обеспечивают синергизм антигипертензивного действия.

Три исследования с Энеасом в Испании (n=6354), Германии (n=13 946), Австрии (n=1262) по эффективности, безопасности и экономической целесообразности позволили сделать вывод о том, что препарат является оптимальным вариантом обеспечения контроля АД у пациентов, нуждающихся в комбинированной терапии.

Препарат Энеас рекомендуется назначать пациентам:

- с длительной АГ, не контролируемой с помощью монотерапии в высоких дозах или любой другой комбинации препаратов;
- с АД >160/100 мм рт. ст. или с высоким / очень высоким риском сердечно-сосудистых событий, нуждающимся в достаточно быстром снижении АД при стартовой терапии;
- пожилого возраста с изолированной АГ;
- с повышенным уровнем холестерина или с метаболическим синдромом, которым показана фиксированная комбинация с нейтральным метаболическим профилем;
- с АГ и коморбидными состояниями: СД, болезнь почек, инсульт в анамнезе, ТИА.

Возможные негативные последствия АГ с позиции невропатолога были освещены в докладе доцента кафедры неврологии, нейрохирургии и психиатрии Ужгородского национального университета, доктора медицинских наук Михаила Михайловича Ороса.

Продолжение на стр. 22.

