ФАРМАЦЕВТИЧНА ФІРМА
Дарниця

№1 ВИБІР РОКУ 2016
№1 ВИБІР РОКУ 2017

ВІТЧИЗНЯНА ФАРМАЦЕВТИЧНА КОМПАНІЯ РОКУ*

Каптопрес-Дарниця

ЛІДЕР СЕРЕД АНТИГІПЕРТЕНЗИВНИХ ПРЕПАРАТІВ[1]

ЯКІСТЬ ПІДТВЕРДЖЕНО СЕРТИФІКАТОМ GMP

Каптопрес-Дарниця Р.п. № UA/8156/01/02 від 03.01.2018 р. **Склад:** 1 таблетка містить каптоприлу 50 мг, гідрохлоротіазиду 25 мг
Каптопрес-12,5-Дарниця Р.п.UA/8156/01/01 від 03.01.2018 р. **Склад:** 1 таблетка містить каптоприлу 50 мг, гідрохлоротіазиду 12,5 мг
Лікарська форма. Таблетки **Фармакотерапевтична група.** Комбіновані препарати інгібіторів АПФ. Каптоприл і діуретики. Код АТС С09В А01. **Показання.** Артеріальна гіпертензія. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до каптоприлу, інших інгібіторів АПФ, до гідрохлоротіазиду, інших препаратів, похідних сульфонаміду, або до інших компонентів препарату; наявність в анамнезі ангіоневротичного набряку під час лікування іншими інгібіторами АПФ; вроджений (ідіопатичний) ангіоневротичний набряк та інші. **Побічні реакції.** Головний біль, сонливість, порушення смаку, запаморочення, парестезії, сухий, подразливий (непродуктивний) кашель, стомлюваність, нечіткість зору, біль у м'язах, м'язовий спазм та інші **Умови зберігання.** Зберігати у недоступному для дітей місці в оригінальній упаковці при температурі не вище 25 °С. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник:** ПрАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця». Україна, 02093, м. Київ, вул. Бориспільська, 13, www.darnitsa.ua

Повна інформація про лікарський засіб міститься в інструкції для медичного застосування.

Інформація призначена виключно для розміщення в спеціалізованих виданнях, розповсюдження на конференціях, симпозіумах, семінарах, з медичної тематики

1. Дані представлені листом ООО «Проксіма Рісерч» №77 від 13 квітня 2017 р.
*За результатами конкурсу споживчих вподобань «Вибір року» в Україні 2016, 2017 www.choice-of-the-year.com.ua

ФАРМАЦЕВТИЧНА ФІРМА
Дарниця

Стратегия неотложной помощи при гипертоническом кризе

Подходы к рациональному лечению артериальной гипертензии (АГ) совершенствуются с каждым годом: появляются новые препараты и комбинации, обновляются рекомендации авторитетных врачебных сообществ, пересматриваются взгляды на место отдельных классов препаратов в терапии. Но несмотря на достигнутые успехи, АГ по-прежнему остается ведущим фактором риска развития кардиоваскулярных катастроф.

Повышенное артериальное давление (АД) является основным фактором риска развития инфаркта миокарда и инсульта. Эти заболевания составляют до 40% в структуре причин смерти среди взрослого населения, приводят к инвалидизации и летальным исходам. АГ является наиболее распространенной неинфекционной пандемией в мире. Так, ее общая распространенность составляет около 35-45% общей численности населения (Костин А.В., Костина С.А., 2013; Матюха Л.Ф., 2016). Неконтролируемая АГ представляет серьезную клиническую проблему, непосредственно определяющую ближайший и отдаленный прогноз пациента. Результаты обсервационных, клинических и проспективных исследований показали, что адекватный контроль АГ в рутинной клинической практике достигается лишь у небольшой части (до 20%) пациентов.

Гипертонический криз – предиктор осложнений АГ

Частота осложнений АГ значительно возрастает при гипертонических кризах (ГК). Особую тревогу вызывает их широкое распространение среди трудоспособного населения, поскольку приводит к ранней инвалидизации и снижению продолжительности жизни. В течение 3 лет около 30% всех пациентов с неконтролируемой АГ умирают от мозгового инсульта, терминальной почечной дисфункции или сердечной недостаточности (Hoekstra J., Qureshi A., 2008; Heath I., 2016). При этом каждый 4-й случай смертельного исхода при неконтролируемой АГ связан с ГК (Vidt D.G., 2001; Mozaffarian D. et al., 2016). Результаты ретроспективного многоцентрового исследования ОСАДА продемонстрировали, что частые неосложненные ГК у пациентов с АГ обусловливают достоверное увеличение частоты риска сердечно-сосудистых осложнений, таких как острое нарушение мозгового кровообращения, хроническая сердечная недостаточность, ишемия и гипертрофия миокарда левого желудочка (Колос И.П., Чазова И.Е., 2009). Роль этого неотложного состояния в повышении кардиоваскулярного риска и риска ургентной госпитализации несомненна (Stewart D.L. et al., 2006; Pergolini M.S., 2009; Adhikari S., Mathiasen R., 2014). В связи с этим весьма актуальной остается проблема своевременного купирования ГК со стабилизацией клинического состояния пациентов (Гапонова Н.И., Плавунов Н.Ф., 2012; Березин А.Е., 2017).

Рабочая группа по АГ Украинского общества кардиологов определяет ГК как внезапное значительное повышение АД от нормального или повышенного уровня, которое почти всегда сопровождается появлением или усилением расстройств со стороны органов-мишеней или вегетативной нервной системы (Пархоменко А.Н. и соавт., 2013). При ГК пациент нередко испытывает беспокойство, страх, тревогу, озноб, иногда отмечается отек лица, ухудшение зрения, повторные приступы тошноты и рвоты, возможны неврологические нарушения с диссоциацией рефлексов на верхних и нижних конечностях и т. д. (Матюха Л.Ф., 2016). У некоторых пациентов (беременные, дети, подростки, лица с ранее нормальными показателями АД) клиническая картина ГК с поражением органов-мишеней может проявляться даже при умеренном повышении АД.

К наиболее частым причинам ГК относят психоэмоциональные перегрузки, метеорологическое влияние, неправильно подобранную плановую терапию АГ, невыполнение больными назначений врача и т. д. (табл. 1.)

ГК подразделяют на осложненные и неосложненные. Неосложненные чаще развиваются на фоне нарушения режима приема антигипертензивной терапии, при эмоциональном перенапряжении, тревоге. Они, как правило, не требуют госпитализации. Осложненные ГК характеризуются опасными для жизни поражениями органов-мишеней. Так, с осложненным ГК ассоциированы: инфаркт мозга (24%), отек легких (22%), гипертензивная энцефалопатия (17%), острый коронарный синдром (14%), эклампсия (4,6%), интракраниальное кровоизлияние (4,6%), а также расслаивающая аневризма аорты (1,9%). Возможны и другие осложнения: отек соска зрительного нерва, кровоизлияния в сетчатку, острое повреждение почек, микроангиопатическая гемолитическая анемия (Островская Ю.И., Мелехов А.В., 2017; Березин А.Е., 2017).

Таблица 1. **Факторы, провоцирующие резкое повышение АД (Березин А.Е., 2017)**

Гемодинамические	Ишемические/ метаболические	Рефлекторные	Другие
Гиперволемия Гипертермия Тахикардия Брадикардия	Гипоксия Ишемия миокарда Острое почечное повреждение Преэклампсия	Тревога/депрессия Паническая атака Боль Синдром обструктивного апноэ сна Гипервентиляция Уродинамическая обструкция Билиарная обструкция	Отказ от приема антигипертензивных средств Психотравмирующая ситуация Прием гормональных контрацептивов Злоупотребление алкоголем Курение Прием наркотических средств Операции и травмы

Таблица 2. **Лечение осложненного ГК (Свищенко Е.П. и соавт., 2012; Матюха Л.Ф., 2016; Островская Ю.И. и соавт., 2017)**

Препарат	Доза	Начало действия	Продолжительность действия	Показания
Вазодилататоры				
Нитропрусиид натрия	в/в капельно 0,25-10 мкг/кмин	мгновенно	1-3 мин	Показан при любом варианте ГК, кроме острых нарушений мозгового кровообращения, из-за риска развития отека головного мозга
Нитроглицерин	в/в капельно 50-100 мкг/мин	2-5 мин	3-5 мин	Инфаркт миокарда (противопоказаны при сердечной недостаточности, приеме β-блокаторов)
Верапамил	в/в 5-10 мг, можно продолжать в/в капельно 3-25 мг/час	1-5 мин	10-30 мин	
Нимодипин	в/в капельно 15 мкг/кг/час	10-20 мин	2-4 ч	При субарахноидальном кровоизлиянии
Эналаприл	в/в 1,25-5 мг	15-30 мин	6 ч	Острая левожелудочковая недостаточность (кроме острого инфаркта миокарда); применение ограничено при остром повреждении почек, противопоказан при эклампсии
Антиадренергические препараты				
Нимодипин	в/в болюсно 20-80 мг со скоростью 2 мг/мин или в/в капельно 50-300 мг	5-10 мин	4-8 ч	Эффективен при всех вариантах ГК, кроме острой левожелудочковой недостаточности
Пропранолол	в/в капельно со скоростью 0,1 мг/мин	10-20 мин	2-4 ч	При расслоении стенок аорты и остром коронарном синдроме
Эсмолол	в/в болюсно 80 мг, 250 мкг/кг/мин инфузионно	1-2 мин	10-20 мин	Острое нарушение мозгового кровообращения, расслаивающая аневризма аорты, послеоперационная гипертензия
Фентоламин	в/в 1-3 мл 0,5% раствора	1-2 мин	3-10 мин	Феохромоцитома, синдром отмены клофелина
Другие препараты				
Фуросемид	в/в болюсно 40-80 мг	5-30 мин	6-8 ч	При ГК с острой сердечной или почечной недостаточностью
Торасемид	в/в 10-100 мг			
Магния сульфат	в/в болюсно 5-20 мл 25%	30-40 мин	3-4 ч	Судороги, эклампсия

Примечание: в/в – внутривенно.

Тактика врача при осложненном ГК

Осложненный ГК является прямым показанием к неотложной госпитализации пациента в стационар. К факторам, ухудшающим прогноз при ГК, относят большую продолжительность АГ, пожилой и старческий возраст, повышение уровня креатинина и мочевины в крови >220 мкмоль/л и >10 ммоль/л, наличие тяжелой гипертензивной ретинопатии (экстравазальная эксудация и геморрагии). Неотложные мероприятия при купировании осложненного ГК должны быть направлены на уменьшение нагрузки на левый желудочек, устранение периферической вазоконстрикции и гиповолемии, ишемии головного мозга и острой коронарной или сердечной недостаточности (табл. 2) (Долженко М.Н., Джакхия Т.Г., 2012; Матюха Л.Ф., 2016).

Резкое снижение АД противопоказано у таких пациентов из-за возможности риска развития ишемии миокарда и головного мозга. В большинстве случаев требуется неполное снижение АД в пределах 25% от его исходного уровня. Доказательных данных в отношении темпов и степени снижения АД при осложненных ГК крайне мало, поэтому тактика лечения в каждом конкретном случае остается индивидуальной. В некоторых клинических ситуациях АД следует снижать быстро, например, при расслаивающей аневризме аорты (на 25% от исходного за 5-10 мин), у женщин с эклампсией и признаками HELLP-синдрома (препараты выбора – β-блокаторы, гидралазин, никардипин, нифедипин), у детей (препараты выбора – β-блокаторы, каптоприл, нифедипин) (Островская Ю.И. и соавт., 2017).

Купирование неосложненного ГК

Лечение пациентов с неосложненным ГК можно проводить в амбулаторных условиях. Госпитализация требуется в случаях, когда гипотензивная терапия на догоспитальном этапе неэффективна, диагноз не вполне ясен и требуется дополнительное обследование пациента. Скорость снижения АД у лиц с неосложненным ГК – 25% от исходного уровня в первые 2 ч с последующим снижением до целевых цифр в течение 24-48 ч.

Для лечения неосложненного ГК могут быть использованы перорально или внутримышечно (в/м):

- каптоприл 25 мг сублингвально (противопоказан при билатеральном стенозе почечных артерий; ангионевротическом отеке; гиперкалиемии; у беременных);
- клонидин 0,075-0,3 мг внутрь или сублингвально, 0,01% раствора 0,5-1,5 мл в/м (противопоказан при атриовентрикулярной блокаде, брадикардии);
- лабеталол 200-400 мг внутрь, повторный прием допустим каждые 2-3 ч (противопоказан при бронхиальной астме, атриовентрикулярной блокаде высокой степени);
- нифедипин 5-10 мг сублингвально или 10-20 мг внутрь;
- пропранолол 20-80 мг внутрь (не применять при бронхообструкции, брадикардии);
- диазепам 0,5% раствора 1,0-2,0 в/м;
- фуросемид 40-120 мг внутрь или в/м;
- торасемид 10-100 мг внутрь или в/м (Свищенко Е.П. и соавт., 2012; Матюха Л.Ф., 2016; Березин А.Е., 2017).

Классическим гипотензивным препаратом для быстрого купирования неосложненного ГК является Каптопрес® Дарница. Эта фиксированная комбинация содержит 50 мг каптоприла и 25 мг / 12,5 мг гидрохлоротиазида. Оба действующих вещества имеют обширную доказательную базу в лечении АГ и безупречную репутацию среди врачей и пациентов.

Начальная доза препарата может составлять $^1/_2$ таблетки 1 р/сут. Терапевтический эффект появляется через 30-60 мин и удерживается на протяжении ≥6-12 ч. Эффективность терапии оценивают по степени снижения диастолического АД; положительным ответом на лечение считают его снижение <90 мм рт. ст. или на ≥10 мм рт. ст. от исходного значения. В случае недостаточной эффективности доза может быть удвоена или дополнительно назначен пролонгированный блокатор кальциевых каналов либо β-адреноблокатор. При почечной дисфункции (скорость клубочковой фильтрации >30 мл/мин/1,73 м^2) рекомендовано снижение дозы препарата вдвое. При тяжелой почечной недостаточности, в период беременности и лактации, при билатеральном стенозе почечных артерий, ангионевротическом отеке в анамнезе Каптопрес® Дарница не применяют (Березин А.Е., 2017).

Таким образом, частые ГК повышают риск развития осложнений АГ и ухудшают прогноз. С практической точки зрения удобно разделять ГК на осложненные и неосложненные. Лечение пациентов с осложненными ГК осуществляется только в условиях стационара. Пациентов с неосложненными ГК можно лечить амбулаторно при получении положительного ответа на проводимую гипотензивную терапию. Каптопрес® Дарница может быть рекомендован для купирования неосложненных ГК. Пациентов необходимо обучить самостоятельному использованию данного препарата в случае развития ГК.

Подготовила ***Мария Марчук***