



Коморбідний пацієнт з АГ, ІХС і ХОЗЛ: раціональний вибір терапії

8-9 липня у форматі онлайн відбулася клінічна школа «Артеріальна гіпертензія – коморбідність та супутні стани», що привернула увагу багатьох вітчизняних фахівців. Сьогодні внаслідок збільшення частки осіб похилого віку в демографічній структурі населення проблема коморбідності набуває особливо важливого значення. Наприклад, ішемічна хвороба серця (ІХС) досить часто трапляється в пацієнтів із хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ), артеріальною гіпертензією (АГ) тощо. Звичайно, лікування таких хворих має свої особливості, про які й розповіли професор кафедри кардіології та функціональної діагностики Харківської медичної академії післядипломної освіти (ХМАПО), доктор медичних наук Лариса Миколаївна Яковлева та професор кафедри фтизіатрії, пульмонології та сімейної медицини ХМАПО, доктор медичних наук Марина Миколаївна Кочуєва.



Л.М. Яковлева



М.М. Кочуєва

На початку своєї доповіді професор Л.М. Яковлева зазначила, що метою лікування хворих на АГ та ІХС є не просто зниження артеріального тиску (АТ), а досягнення його чітко визначеного цільового діапазону. Так, цільовий рівень систолічного АТ у пацієнтів з ІХС віком до 65 років має перебувати в межах від 120 до 130 мм рт. ст., понад 65 років – від 130 до 140 мм рт. ст.; цільовий рівень діастолічного АТ – від 70 до 80 мм рт. ст. незалежно від віку. Чому так? Виявляється, що вищі показники систолічного АТ сприяють зростанню навантаження на серцевий м'яз і збільшення потреби міокарда в кисні. Зменшення систолічного АТ до показників нижче 120 мм рт. ст. супроводжується зниженням перфузії міокарда та падінням надходження кисню.

У лікуванні пацієнтів з АГ та ІХС рекомендують використовувати антигіпертензивні препарати, що мають здатність покращувати симптоми стенокардії. Існує декілька варіантів стартового лікування таких хворих, які схвалені Європейським товариством кардіологів і Європейським товариством із вивчення артеріальної гіпертензії (ESC/ESH):

- інгібітор ангіотензинперетворювального ферменту (ІАПФ) / блокатор ренін-ангіотензин-альдостеронової системи + β-адреноблокатор / антагоніст кальцію (АК);
- АК + діуретик/β-адреноблокатор;
- β-адреноблокатор + діуретик.

Обираючи тактику лікування хворого на ІХС, насамперед доцільно оцінити ризик серцево-судинних (СС) катастроф. Згідно з останніми рекомендаціями ESC із діагностики та ведення пацієнтів із хронічними коронарними синдромами, для цього слід виконати тест із дозованим фізичним навантаженням і виконати розрахунок тредміл-індексу. Якщо цей індекс становить понад 3 бали, ризик СС-смерті вважається високим (перевищує 3% протягом року). У такому випадку слід розглянути можливість проведення реваскуляризації.

Крім того, показаннями до реваскуляризації є стеноз коронарних артерій таких локалізацій: трисудинне ураження з проксимальними стенозами; стеноз стовбура коронарної артерії; проксимальний стеноз передньої нижньої коронарної артерії.

За відсутності показань до реваскуляризації пацієнту необхідно призначити належну антиангінальну терапію за такою схемою:

- як першу лінію терапії для контролю серцевого ритму та симптомів використовують β-адреноблокатор та/або АК;
- якщо симптоми стенокардії не контролюються β-адреноблокатором або АК, необхідно призначити комбінацію β-адреноблокатора з дигідропіридиновим АК;
- комбінація β-адреноблокатора з дигідропіридиновим АК може бути розглянута як стартова терапія першої лінії;
- пролонговані нітрати можуть бути розглянуті як друга лінія терапії, якщо стартова терапія комбінацією β-адреноблокатора + дигідропіридиновий АК не дає змоги контролювати симптоми;
- у разі призначення пролонгованих нітратів із метою запобігання розвитку толерантності необхідно дотримуватися перерв у їх прийомі;

➢ як друга лінія терапії можуть бути розглянуті нікорандил, івабрадин, триметазидин, якщо симптоми стенокардії не контролюються β-адреноблокаторами, АК і нітратами.

β-адреноблокатори не лише дають змогу контролювати симптоми стенокардії, а й покращують прогноз виживання. Так, багаточислове дослідження CORONOR продемонструвало, що застосування β-адреноблокаторів у пацієнтів зі стабільною ІХС зумовлює зниження відносного ризику СС-смерті на 57% порівняно з тими, хто не приймав препаратів цієї групи.

У дослідженні TIBBS вивчали антиангінальну ефективність біспрололу (оригінальний препарат Конкор®) і ніфедипіну. Через 4 тиж від початку лікування в пацієнтів, які приймали біспролол дозою 10 мг/добу, кількість нападів стенокардії та транзиторних ішемічних епізодів за даними дводобового моніторингу ЕКГ зменшилася більш ніж удвічі (з 8,1±0,6 до 3,2±0,4 випадку). На тлі терапії цим препаратом у 52,5% хворих епізоди ішемії були усунуті повністю; і, що найважливіше, на 68% знизилася кількість ранкових піків епізодів ішемії (в період із 08:00 до 08:59). Біспролол порівняно з ніфедипіном забезпечував покращення виживаності надалі та чинив сприятливіший вплив на перебіг ІХС (зниження частоти інфаркту міокарда, госпіталізацій у зв'язку з нестабільною стенокардією).

Призначаючи β-адреноблокатор пацієнту із супутнім бронхообструктивним захворюванням, необхідно враховувати його селективність. Препарат має блокувати саме β₁-адренорецептори, котрі локалізуються переважно в міокарді та провідній системі серця, та не впливати на β₂-рецептори, розташовані здебільшого в бронхах. Цим вимогам цілком відповідає Конкор® – препарат із найвищою селективністю й афінністю до β₁-адренорецепторів серед відомих β-адреноблокаторів.

Хворим, які перенесли інфаркт міокарда, необхідно призначити ацетилсаліцилову кислоту; вона знижує не тільки ризик СС-подій, а й загальну смертність у цієї категорії пацієнтів. Обструктивні захворювання легень (за винятком асприн-асоційованої бронхіальної астми – БА) не є протипоказанням до призначення ацетилсаліцилової кислоти.

Важливою умовою успішного лікування ІХС є досягнення цільового показника холестерину ліпопротеїнів низької щільності 1,4 ммоль/л або на 50% від його вихідного рівня за допомогою статинів.

Професор М.М. Кочуєва розповіла про особливості лікування ХОЗЛ у хворих із кардіальною патологією.

Поширеність ХОЗЛ

Доповідач звернула увагу, що кардіологи часто не підозрюють про можливість існування ХОЗЛ у своїх пацієнтів, оскільки вважають цю патологію досить рідкісною. Проте, згідно з даними статистики, розповсюдженість ХОЗЛ серед пацієнтів віком понад 60 років варіює в різних країнах від 7,8 до 19,7%. ХОЗЛ не тільки обтяжує перебіг кардіальної патології, а й потребує внесення певних корективів у лікувальний процес. Саме тому кардіологу потрібно обов'язково уточнювати наявність

факторів ризику ХОЗЛ (стаж куріння, виробничі забруднення) та його проявів (задишка, кашель із мокротинням, періодичне посилення респіраторних симптомів). Для уточнення діагнозу слід виконати спірометрію.

Лікування пацієнтів із ХОЗЛ і кардіальною патологією

Досить важливими умовами успішного лікування ХОЗЛ є відмова від куріння, збільшення фізичної активності, навчання методам самоконтролю. Для подальшого вибору терапевтичної тактики необхідно визначити, до якої групи належить пацієнт за класифікацією GOLD (А, В, С або D). Препаратами вибору є β₂-агоністи короткої дії, β₂-агоністи тривалої дії, М-холінолітики короткої чи тривалої дії, інгаляційні кортикостероїди. У разі збереження симптомів та/або загострень лікування потрібно переглянути.

Варто зважати, що при супутній кардіальній патології безпечними вважаються лише β₂-агоністи тривалої дії та М-холінолітики тривалої дії; β₂-агоніст короткої дії салбутамол можна використовувати лише на початку терапії коротким курсом за наявності вираженої задишки. Передозування салбутамолом спричиняє зростання ризику кардіальних ускладнень. Загалом саме загострення СС-патології є основною причиною госпіталізацій пацієнтів із ХОЗЛ (у 42% випадків), тоді як респіраторні ускладнення – причина лише 14% госпіталізацій.

У хворих на ХОЗЛ значно вища поширеність СС- і цереброваскулярних захворювань:

- хронічної серцевої недостатності – в 4 рази;
- ІХС – у 2 рази, стенокардії й інфаркту міокарда – у 2,5 рази;
- периферичних захворювань артерій і порушень ритму серця – у 2,4 рази;
- мозкового інсульту – в 1,5 рази.

Тісний зв'язок ХОЗЛ і СС-захворювань зумовлений такими спільними патогенетичними факторами, як тканинна гіпоксія, оксидативний стрес, ендотеліальна дисфункція, активація нейрогуморальних систем, хронічне системне запалення. Найчастішою супутньою патологією в пацієнтів із ХОЗЛ є АГ.

ХОЗЛ та ІХС

Доведено наявність зв'язку між зниженням обсягу форсованого видиху за 1-шу секунду (ОФВ₁) і підвищенням ризиком розвитку ІХС. Поширеність ІХС серед пацієнтів із ХОЗЛ становить 16-53%. ХОЗЛ та ІХС мають загальні маркери СС-ризик: потовщення комплексу інтима-медіа, збільшення швидкості пульсової хвилі, підвищення рівнів фібриногену та С-реактивного протеїну й інших маркерів системного запалення. Лікування ІХС при ХОЗЛ здійснюють відповідно до рекомендацій незалежно від наявності ХОЗЛ.

Отже, лікування пацієнтів із коморбідністю є непростим завданням і має враховувати вплив тих чи інших лікарських засобів на супутню патологію. Так, використання β-адреноблокаторів у схемах терапії СС-захворювань у пацієнтів із ХОЗЛ має обмежуватися селективними блокаторами β₁-адренорецепторів. У лікуванні ХОЗЛ у разі супутньої кардіальної патології безпечним є призначення β₂-агоністів і М-холінолітиків тривалої дії.

Підготував В'ячеслав Килимчук

UA-CONC-PUB-092020-029

Конкор® Конкор® Кор

Бісопрололу фумарат



Працює на **результат**

- Надійний контроль АТ¹
- Зменшення нападів ішемії та ризику коронарних подій у пацієнтів з ІХС^{1, 3}
- Конкор Кор для індивідуального підбору дози у пацієнтів з ХСН²
- Покращує прогноз у пацієнтів із ХСН^{1, 2, 4}



Скорочена інструкція для медичного застосування препаратів Конкор, Конкор Кор

Склад: 1 таблетка містить 2,5 (Конкор Кор), 5 або 10 (Конкор) мг бісопрололу фумарату. Таблетки, вкриті плівковою оболонкою. **Фармако-терапевтична група:** селективні блокатори бета-адренорецепторів. **Показання.** Конкор Кор і Конкор: ХСН із систолічною дисфункцією лівого шлуночка в комбінації з інгібіторами ангіотензинперетворюючого ферменту, діуретиками, при необхідності — серцевими глікозидами. Конкор: АГ, ІХС (стенокардія). **Фармакологічні властивості.** Селективний β_1 -адреноблокатор. Чинить антиангінальну та гіпотензивну дію. Зменшує потребу міокарда в кисні завдяки зменшенню ЧСС і зменшенню серцевого викиду та зниженню артеріального

тиску, збільшує постачання міокарда киснем за рахунок зменшення кінцево-діастолічного тиску і подовження діастолі. **Побічні реакції:** брадикардія, погіршення серцевої недостатності, відчуття холоду або оніміння кінцівок, артеріальна гіпотензія, запаморочення, головний біль, нудота, блювання, діарея, запор, астения, втомлюваність. Повна інформація знаходиться в інструкціях для медичного застосування препаратів. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Р. п. МОЗ України:** №UA/3322/01/01, №UA/3322/01/02, №UA/3322/01/03. **Виробник:** Мерк КГаА, Німеччина/Merck KGaA, Germany. **Найменування та місцезнаходження уповноваженого представника:** ТОВ «Асіно Україна», Україна, 03124, м. Київ, бульвар В. Гавела, 8. ТОВ «Фарма Старт» входить до групи компаній Асіно (Швейцарія). Повна інфор-

мація знаходиться в інструкціях для медичного застосування препаратів. Інформація для медичних і фармацевтичних працівників, для розміщення в спеціалізованих виданнях для медичних установ та лікарів, і для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики.

АГ — артеріальна гіпертензія, ІХС — ішемічна хвороба серця, ХСН — хронічна серцева недостатність.

1. Інструкція для медичного застосування препарату Конкор. 2. Інструкція для медичного застосування препарату Конкор Кор. 3. TIBBS, Von Armin et al, JACC Vol. 25, No. 1 231 January 1995:231-8. 4. The Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study II (CIBIS-II): a randomized trial. — Lancet 1999; 353; 9-13.