

Длительная антитромбоцитарная терапия в первичной профилактике у пациентов с АГ: польза или риск?

Ведение пациентов с артериальной гипертензией (АГ) при условии стратификации риска больного и знания современных рекомендаций по лечению этого заболевания у пациентов разных категорий не представляет сегодня больших трудностей. И, казалось бы, лечение больных АГ с отсутствием в анамнезе серьезных сердечно-сосудистых событий (ССС) – наиболее легкая задача, которую приходится каждый день решать врачам общей практики, терапевтам и кардиологам.

Так ли это на самом деле и не является ли отсутствие признаков опасности у пациентов данной категории лишь видимым благополучием, которое в любой момент может обернуться катастрофой? Ответить на эти и другие вопросы, касающиеся некоторых аспектов профилактики сердечно-сосудистых осложнений (ССО) у больных АГ, мы попросили руководителя отдела симптоматических гипертензий Национального научного центра (ННЦ) «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, доктора медицинских наук, профессора Юрия Николаевича Сиренко.

– Антитромбоцитарная терапия является на сегодня важнейшим аспектом лечения большинства пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ). В каких случаях этот вид профилактики ССО должен применяться у больных АГ?

– Пациенты с АГ – крайне разноплановая когорта больных, для которых характерен разный уровень сердечно-сосудистого риска в зависимости от наличия и характера сопутствующих заболеваний и многих других факторов. Присутствие в анамнезе у такого больного любых ССО является обязательным показанием для проведения антитромбоцитарной терапии. Наиболее часто с этой целью используется ацетилсалициловая кислота (АСК), клиническая эффективность и безопасность которой подтверждена многочисленными контролируруемыми исследованиями у широкого спектра кардиологических больных, в том числе у пациентов с АГ.

Назначение АСК в схеме антитромбоцитарной терапии с целью вторичной профилактики ССО в настоящее время признано обязательным в лечении большинства пациентов с ССЗ. О целесообразности такого подхода к лечению пациентов с АГ свидетельствуют результаты всех метаанализов, посвященных изучению проблем вторичной профилактики у таких больных. В частности, результаты крупного метаанализа Н. McConnell (2002) показали, что назначение антиагрегантов, главным образом АСК, снижает суммарный риск развития ССО на 25%, нефатального инфаркта миокарда (ИМ) – на 30%, нефатального инсульта – на 25%.

В настоящее время Европейским обществом кардиологов и Европейским обществом по артериальной гипертензии прием АСК в дозе 75-100 мг/сут рекомендован всем больным АГ с ССО в анамнезе при отсутствии противопоказаний.

На вопрос же о целесообразности приема АСК с целью первичной профилактики ССО у больных АГ однозначного ответа сегодня не существует.

– Изучался ли данный вопрос в крупных клинических исследованиях?

– Эффективность и безопасность АСК в первичной профилактике ССО в условиях адекватной антигипертензивной

терапии изучали в исследовании HOT (Hypertension Optimal Treatment), результаты которого продемонстрировали пользу от ее применения в плане снижения риска развития ИМ (на 36%), тогда как эффективность АСК в первичной профилактике инсульта в этом исследовании не была доказана. К сожалению, HOT является единственным крупным исследованием, в котором изучалась эффективность АСК при проведении первичной профилактики как у мужчин, так и у женщин с АГ. В крупное рандомизированное исследование Women's Health Study, где назначение АСК обеспечило снижение риска развития первого инсульта на 17%, а транзиторных ишемических атак – на 22%, были включены только женщины. Таким образом, вопрос о целесообразности применения АСК у пациентов с АГ и отсутствием ССО в анамнезе может, на первый взгляд, показаться трудно разрешимым в реальной клинической практике. Однако при более тщательном изучении проблемы всегда находятся точки опоры, на которых можно построить обоснование назначения препарата или отказа от него в определенных ситуациях.

– На что могут опираться практические врачи при решении вопроса о назначении АСК у пациентов с АГ в качестве первичной профилактики ССО?

– Прежде всего – на доказанную эффективность АСК в плане снижения риска развития ИМ у таких больных, на степень риска, определяемого по шкале SCORE у каждого конкретного пациента, а также на доказанную необходимость проведения профилактики тромботических осложнений при высоком риске их развития. Согласитесь, даже при самой тщательной оценке сердечно-сосудистого риска у пациента с АГ мы не можем точно определить, какое сосудистое событие у него произойдет раньше – инсульт или ИМ. В связи с этим при констатации высокого риска у такого больного врач должен принять меры по его снижению и назначить антитромбоцитарную терапию с включением АСК.

Наш собственный опыт и данные клинического исследования, проводившегося в нашем отделении и посвященного, в частности, изучению эффективности препаратов разных классов в лечении пациентов с АГ без ССО в анамнезе, также являются одним из оснований для выработки определенной стратегии ведения таких больных.

– О чем свидетельствуют результаты этого исследования?

– В исследование, о котором идет речь, были включены пациенты с тяжелой АГ (АД $\geq 180/110$ мм рт. ст.) без ССО в анамнезе. Этим больным, у которых планировалось применение АСК и ряда других препаратов с целью первичной профилактики ССО, предварительно было выполнено исследование головного

мозга с помощью спиральной компьютерной томографии (КТ). Результаты обследования показали, что около 50% из них имеют «немые» поражения головного мозга. Отмечу, что, по данным некоторых исследований с использованием более точного метода – магнитно-резонансной томографии, – такие изменения встречаются несколько чаще (до 60% случаев у пациентов после 65 лет) даже при менее тяжелом течении АГ. «Немые» поражения головного мозга, согласно современным представлениям, являются основой для развития в дальнейшем когнитивных нарушений и деменции. В связи с этим правильная тактика ведения пациентов с АГ, направленная на замедление прогрессирования повреждений головного мозга, является очень важной.

В нашем исследовании мы изучали эффективность различных схем терапии с использованием антигипертензивных препаратов, АСК, статинов, которые пациенты принимали на протяжении одного года. При повторном проведении КТ головного мозга оказалось, что более чем у 50% пациентов с «немыми» поражениями мозга патологические изменения прогрессировали. При этом антигипертензивная терапия в нашем исследовании не дала ожидаемых результатов; предположительно, причиной этого мог быть изначально высокий уровень артериального давления. Не удалось также получить какие-либо ассоциации с применяемыми антигипертензивными средствами, поскольку пациенты принимали комбинированную терапию с использованием препаратов разных классов. В данном исследовании одним из самых эффективных факторов, способствовавших предотвращению прогрессирования поражений головного мозга у больных АГ, был прием АСК и статинов – препараты этих групп независимо друг от друга достоверно снижали риск развития повторных «немых» поражений мозга. Таким образом АСК и статины должны стать неотъемлемым компонентом терапии пациентов с АГ.

Результаты этого исследования были представлены два года назад на конгрессе Европейского общества гипертензии в ходе научной сессии, посвященной проблемам поражений мозга у пациентов с АГ. В мировой научной литературе на сегодня имеется не так много работ, в которых раскрыты эти вопросы; тем более интересными являются результаты, полученные нашими специалистами в этой области. Эти данные, представляющие, с одной стороны, определенную научную новизну, а с другой – наш собственный практический опыт, показали, что необходимость в плане наличия «немых» ишемических поражений мозга у пациентов с АГ без ССО в анамнезе при осуществлении общей стратегии их ведения является вполне оправданной. При выявлении таких осложнений у больных данной категории следует, скорее всего, использовать те же подходы к лечению, что и у пациентов с АГ и ССО в анамнезе,



Ю.Н. Сиренко

поскольку наличие «немых» поражений головного мозга автоматически переводит этих пациентов на уровень вторичной профилактики с обязательным применением АСК.

– Необходимость проведения длительной антитромбоцитарной терапии с использованием АСК у различных групп больных вызывает вопросы относительно ее безопасности. Какие меры можно предпринять, чтобы снизить риск развития побочных эффектов такого лечения?

– Безусловно, если решение о длительной АСК-терапии принято, то врач должен прежде всего подумать о возможных ее осложнениях, риск развития которых существует всегда в большей или меньшей степени у любого пациента. Больные с высоким риском развития тяжелых кровотечений требуют особой тактики и дополнительной сопроводительной терапии.

Однако гораздо чаще врачу приходится решать проблему защиты желудочно-кишечного тракта, в которой нуждаются все без исключения пациенты, длительно принимающие АСК. Проблема возникновения у пациентов болевого синдрома, диспептических явлений, эрозивных и даже язвенных поражений гастроинтестинального тракта знакома многим специалистам, которые назначают своим пациентам длительную антитромбоцитарную терапию.

Сегодня в арсенале практических врачей есть препарат Кардиомагил (Nycomed), который представляет собой соединение АСК (в наиболее эффективных и безопасных дозах – 75 и 150 мг) с гидроксидом магния, что является быстродействующим антацидом. Это очень важно, учитывая высокую скорость всасывания АСК из желудка.

Гидроксид магния, входящий в состав Кардиомагила, не влияет на всасываемость и антитромбоцитарную активность АСК.

В заключение нашей беседы отмечу, что, продумывая схему лечения пациентов с АГ без ССО в анамнезе и задаваясь вопросом о степени их сердечно-сосудистого риска и соотношении польза/риск при постоянном приеме большого количества препаратов, врач должен помнить, что сегодня в его распоряжении достаточно широкий выбор лекарственных средств, и в его силах сделать так, чтобы лечение принесло больному пользу, а не новые проблемы.

Подготовила Наталья Очеретяная

