

# Пациент высокого риска с сопутствующей патологией: как правильно выбрать лечение?



М.Н. Долженко

На III Национальном конгрессе «Человек и Лекарство – Украина», проходившем 24–26 марта 2010 года в г. Киеве, большое внимание было уделено лечению пациентов с сердечно-сосудистой патологией, что закономерно в связи с высокими показателями заболеваемости и смертности. В частности, в рамках секционного заседания «Лечение сердечно-сосудистых заболеваний по принципам доказательной медицины» обсуждались вопросы назначения антигипертензивной терапии у пациентов с сопутствующей патологией.

Профессор кафедры кардиологии и функциональной диагностики Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, доктор медицинских наук Марина Николаевна Долженко в докладе «Как лечить больного высокого кардиологического риска с сопутствующей патологией?» представила вариант решения этой проблемы на примере конкретного клинического случая и руководствуясь данными доказательной медицины.

– В клинической практике мы постоянно сталкиваемся с пациентами, у которых присутствует не одна изолированная патология сердечно-сосудистой системы, а целый комплекс заболеваний.

**Принимая решение о назначении терапии таким больным, практический врач должен учитывать весь комплекс сопутствующих заболеваний и факторов риска, чтобы назначаемое лечение не повредило пациенту.**

Наиболее сложной ситуацией для выбора терапии является наличие у пациента трех и более факторов риска, таких как метаболический синдром, поражение органов-мишеней, сахарный диабет (СД), или выраженной сердечно-сосудистой патологии (ишемической болезни сердца – ИБС) в сочетании с хронической болезнью почек (ХБП).

Рассмотрим данный вопрос на примере конкретного клинического случая. На прием обратился пациент 56 лет (вес 92 кг, рост 184 см, индекс массы тела 28,1 кг/м<sup>2</sup>, окружность талии 89 см) с жалобами на боли за грудиной при эмоциональной и физической нагрузке (при ходьбе до 500 м), головную боль в затылочной области к вечеру, сопровождающуюся головокружением. Больной также жаловался на кашель, одышку при физической нагрузке даже по утрам. Страдает артериальной гипертензией (АГ) около 5 лет, систематически не лечился. Максимальное артериальное давление (АД) составляло 220/120 мм рт. ст., минимальное – 160/100 мм рт. ст.

Год назад больной перенес острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST, ему urgently было произведено стентирование правой коронарной артерии (2 покрытых стента с сиролимусом) и левой коронарной артерии (1 покрытый стент с сиролимусом). Пациент курит; материально-бытовые условия удовлетворительные. В семейном анамнезе – трижды перенесенный инсульт у отца, АГ у матери. На приеме состояние пациента удовлетворительное, деятельность сердца ритмичная, тоны приглушенные, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет, отечность отсутствует.

В результате комплексного обследования диагностирован целый ряд патологий. Так, выявлена ИБС, стенокардия напряжения II функционального класса, постинфарктный кардиосклероз, АГ III степени (гипертоническая болезнь III стадии), гипертрофия левого желудочка. Выраженная концентрическая гипертрофия левого желудочка, ЭхоКГ-признаки гипертензивного сердца, диастолическая функция сохранена. Сердечная недостаточность I

по классификации Стражеско-Василенко. Диагностирован СД 2 типа, легкая форма в стадии компенсации (уровень глюкозы 7,1 ммоль/л, при повторном исследовании 7,7 ммоль/л; гликозилированный гемоглобин 6,7%). При обследовании окулистом выявлена ангиопатия сетчатки. Также диагностирована ХБП, II стадия. Выявлена патология почек: аномалия развития дополнительных артерий почек, неполное удвоение лоханочно-мочеточникового сегмента обеих почек, хроническая почечная недостаточность (ХПН) I ст. Лабораторные исследования выявили повышенный уровень мочевины, креатинина, а также дислипидемию (индекс атерогенности 5,2). Кроме того, обнаружена хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) в стадии ремиссии. Таким образом, пациент относится к группе очень высокого риска, имеют место сопутствующие поражения органов-мишеней.

Исходя из полученных данных, больному необходима антигипертензивная терапия с интенсивным снижением АД – в связи с наличием ХПН в сочетании с СД и протеинурией. Согласно рекомендациям по СД, предиабету и сердечно-сосудистым заболеваниям ESC/EASD (2007 г.), при АГ в сочетании с СД и при наличии протеинурии целевым уровнем для данного пациента является артериальное давление <125/75 мм рт. ст. Для достижения этого уровня АД ему целесообразно сразу назначить комбинированную антигипертензивную терапию.

Итак, какие препараты можно рекомендовать данному пациенту с учетом сопутствующей патологии? Известно, что при использовании тиазидных диуретиков в высоких дозах их комплексы с белками крови могут препятствовать утилизации глюкозы в тканях, приводить к повышению гликемии, возрастанию инсулинорезистентности, а также повышению уровней общего холестерина и холестерина на липопротеидов низкой плотности в плазме крови (В. Brenner, 2004). Таким образом, назначение тиазидных диуретиков в данном случае нежелательно, учитывая наличие у пациента СД 2 типа. В рекомендациях ESH/ESC 2009 г. указано, что если при АГ присутствуют признаки поражения органов-мишеней и/или метаболические нарушения, при назначении терапии возможен выбор из трех классов антигипертензивных препаратов: блокаторов рецепторов ангиотензина II, ингибиторов АПФ (ИАПФ) и блокаторов кальциевых каналов.

**В связи с наличием у пациента поражения органов-мишеней и высокой вероятности развития инсульта (учитывая семейный анамнез) необходимо выбрать препарат, который наряду с антигипертензивным действием обладает профилактическим воздействием в отношении развития ишемических поражений головного мозга.**

В данном случае блокаторы кальциевых каналов более показаны для профилактики инсульта, чем тиазидные диуретики либо β-блокаторы (BPLTTS, 2005). Принимая во внимание эти рекомендации и наличие хорошей доказательной

базы, препаратом выбора в данной группе антигипертензивных препаратов стал фелодипин (Фелодип, Teva). Фелодип – селективный блокатор медленных кальциевых каналов, производное дигидропиридина; оказывает вазодилатирующее, гипотензивное, антиангинальное действие. Благодаря особенностям лекарственной формы замедленное высвобождение фелодипина приводит к удлинению фазы всасывания и обеспечивает равномерную концентрацию фелодипина в плазме крови в течение 24 ч.

**Известно, что фелодипин замедляет прогрессирование патологии почек у пациентов с АГ и ХБП вследствие высокой сосудистой селективности. Так, при применении фелодипина у таких больных замедляется прогрессирование снижения скорости клубочковой фильтрации, отмечается снижение протеинурии (Nephros Study, 2001).**

В украинском многоцентровом исследовании FAUST, подтверждающем зарубежные данные, продемонстрировано свойство данного препарата эффективно снижать систолическое и диастолическое АД, уменьшать сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность у пациентов с АГ, включая тех, кто перенес инфаркт миокарда (Ю.Н. Сиренко, 2005).

В исследовании FEVER (3,4 года, 9800 пациентов) доказано, что применение фелодипина достоверно снижает риск развития сердечно-сосудистых осложнений. Так, применение препарата в терапевтических дозах приводит к снижению риска всех сердечно-сосудистых событий на 27%, риска сердечно-сосудистой смерти на 33% (L. Liu et al., 2005). В исследовании STOP Hypertension-2 применение ИАПФ и/или блокатора кальциевых каналов (фелодипина в частности) на 25% эффективнее снижало риск цереброваскулярных осложнений у пациентов с АГ по сравнению с диуретиками и β-блокаторами (Ekblom et al., 2004).

При выборе препарата также необходимо учитывать, что пациент курит, у него имеет место ХОБЛ. В зарубежных исследованиях показано, что применение Фелодипа увеличивает доставку кислорода на 34% уже со 2-й недели приема, снижает общее легочное сопротивление на 39% (D. Sajkov et al., 1993).

Назначение препарата из группы ИАПФ в данном случае целесообразно в связи с наличием у пациента ИБС (кроме того, ИАПФ являются препаратами первого ряда в лечении сердечной недостаточности). Препараты данной группы имеют явные преимущества по сравнению с β-адреноблокаторами у пациентов, страдающих СД. На сегодняшний день ИАПФ имеют наиболее широкий спектр показаний к применению, причем по большинству показаний у них есть качественная доказательная база и высший уровень рекомендаций. Как известно, применение препаратов этой группы способствует уменьшению выраженности гипертрофии миокарда левого желудочка, являющейся независимым предиктором неблагоприятных сердечно-сосудистых осложнений.

Вместе с тем при выборе конкретного препарата из данной группы необходимо учитывать наличие у пациента сопутствующей патологии почек. Для большинства известных ИАПФ и их метаболитов основным путем выведения из организма является почечный, поэтому у больных с патологией почек необходима коррекция доз данных препаратов. В этом отношении явными преимуществами обладает спираприл (Квадроприл, Teva), для которого характерен двойной сбалансированный путь выведения: практически в равной степени препарат выводится через почки и с желчью. В исследовании КВАДРИГА, целью которого была оценка выраженности антигипертензивного эффекта и безопасности спираприла в дозе 6 мг у больных АГ, показан выраженный антигипертензивный эффект препарата. Доказано, что терапия Квадроприлом в дозе 6 мг/сут в течение 6 мес приводит к снижению микроальбуминурии (фракционный клиренс альбумина снижается на 25,8%). Помимо этого, применение данного препарата замедляет прогрессирование почечной недостаточности у пациентов с АГ и ХБП.

**Квадроприл расширяет возможности терапии при различной патологии сердечно-сосудистой системы, обладая кардио-, вазо- и нефропротективным действием и являясь при этом метаболически нейтральным препаратом.**

Таким образом, рассматриваемому пациенту была назначена комбинация Фелодипа и Квадроприла, что позволяет ожидать достижения максимального положительного эффекта. Помимо этого, учитывая перенесенный больным инфаркт миокарда и проведенное коронарное стентирование, согласно современным рекомендациям ему необходимо назначение аспирина в комбинации с клопидогрелем. Кроме того, согласно современным рекомендациям пациенты высокого и очень высокого риска должны получать статины. Применение данных препаратов приводит к значительному снижению сердечно-сосудистого риска. Также необходим надлежащий контроль АД под наблюдением эндокринолога.

Лечение АГ – одна из наиболее актуальных проблем современной кардиологии. Это связано с ее высокой распространенностью, а также с большим количеством возможных осложнений. Несмотря на успехи интервенционных технологий, адекватная антигипертензивная и гиполипидемическая терапия являются факторами, от которых зависит продолжительность жизни основной массы пациентов. Нельзя забывать, что чем выше риск развития сердечно-сосудистых осложнений при АГ, тем больше польза от рациональной индивидуально подобранной антигипертензивной терапии. Правильный выбор лечения позволяет пациенту с полиорганной патологией сохранить высокое качество жизни на долгие годы.

Подготовила Катерина Котенко

