

Актуальные аспекты ведения пациентов с артериальной гипертензией: зарубежные данные и отечественный опыт

22 апреля в г. Донецке состоялся региональный конгресс «Человек и лекарство – Украина», собравший ведущих специалистов для обсуждения актуальных вопросов терапии социально значимых заболеваний. Большое внимание в рамках форума уделялось подходам к лечению артериальной гипертензии (АГ), в частности рассмотрению новых международных согласительных документов, посвященных ведению пациентов с АГ.



Заведующий кафедрой внутренних болезней, общей практики – семейной медицины УНИПО Донецкого национального медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор Александр Иванович Дядык представил вниманию коллег обзор положений новых (2013) рекомендаций Американской ассоциации ар-

териальной гипертензии, а также охарактеризовал дополнения, которые были внесены в этом году в рекомендации JNC-8. По его словам, отличие указанных согласительных документов от европейских рекомендаций состоит в том, что более емко отражены вопросы диагностики и тактики ведения больных АГ, чем обеспечивается большее удобство с практической точки зрения.

Как напомнил докладчик, распространенность АГ остается очень высокой и составляет около 30% во взрослой популяции с резким возрастанием по мере старения. Развитие АГ приводит к повышенному риску сердечно-сосудистых осложнений (таких как ишемическая болезнь сердца – ИБС, сердечная недостаточность, инсульт, периферическое поражение артерий, сердечно-сосудистая смерть), а также хронического повреждения почек. Повышение систолического артериального давления (АД) на 20 мм рт. ст. и диастолического на 10 мм рт. ст. (если исходное АД составляло 115/75 мм рт. ст.) приводит к удвоению кардиоваскулярного риска. В рекомендациях обращается внимание на тот факт, что у лиц старше 50 лет высокий риск в первую очередь обусловлен повышением систолического АД, у пациентов моложе 50 лет – диастолического АД.

В последних рекомендациях определение АГ остается прежним: заболевание диагностируется при показателе АД 140/90 мм рт. ст.; у лиц в возрасте 80 лет и старше – начиная с систолического АД 150 мм рт. ст. В то же время рекомендации JNC-8 (2014) водят критерий 150 мм рт. ст. уже для возрастной группы ≥60 лет. Целесообразность такого подхода к определению АГ подтверждается данными рандомизированных контролируемых исследований, свидетельствующих о пользе терапевтического снижения АД, начиная с указанных показателей. Современная классификация АГ включает такие позиции:

- прегипертензия – систолическое АД не выше 139 мм рт. ст., диастолическое – не выше 89 мм рт. ст.;
- первая стадия АГ – систолическое АД 140-159 мм рт. ст., диастолическое – 90-99 мм рт. ст.;
- вторая стадия АГ – систолическое АД выше 160 мм рт. ст., диастолическое – выше 100 мм рт. ст.

В структуре АГ превалирует эссенциальная АГ, на долю которой приходится более 90% случаев заболевания; также выделяют вторичную АГ, вызванную хроническим поражением почек, стенозом почечных артерий, ночным апноэ.

В отношении диагностики АГ новые рекомендации не содержат выраженных изменений. Однако проблемой отечественной клинической практики, по мнению докладчика, является тот факт, что не все

рекомендации относительно диагностики выполняются клиницистами надлежащим образом, несмотря на то что их значимость отражена в международных согласительных документах и подтверждена временем. Так, в обязательном порядке необходимо измерение АД на обеих руках с интервалом в 1-2 мин, обязательно измерять АД в положении сидя и стоя. Показано суточное мониторирование АД в среднем в течение 5-7 дней. При обследовании больного учитываются наличие сопутствующих заболеваний и количество принимаемых препаратов (в особенности обращают внимание на представителей группы нестероидных противовоспалительных препаратов, нефротоксичные лекарственные средства). Подчеркивается, что у всех больных с АГ необходимо определять скорость клубочковой фильтрации (уровень креатинина в сыворотке крови).

Согласно международным рекомендациям целью лечения является снижение систолического АД <140 мм рт. ст., диастолического – <90 мм рт. ст. У больных старше 80 лет (в рекомендациях JNC-8 – ≥60 лет) уровень систолического АД 150 мм рт. ст. рассматривается как исходный показатель, демонстрирующий необходимость снижения АД. Особый акцент сделан на необходимости жесткого титрования дозы лекарственных препаратов и перманентном характере лечения АГ. В данном контексте необходимость постоянного приема препаратов и вытекающее из этого нарушение комплаентности являются серьезной проблемой, обуславливающей высокую частоту повторных госпитализаций, которых можно было бы избежать при четком соблюдении пациентами режима приема препаратов.

Нефармакологические методы коррекции АГ в современных рекомендациях не претерпели особых изменений. Подчеркивается значимость снижения массы тела, дозированных физических нагрузок, ограничения в рационе поваренной соли, отказа от злоупотребления алкоголем. Абсолютно обязательный характер носит имеющая целью уменьшение сердечно-сосудистого риска рекомендация отказа от курения, также обусловленная тем что табакокурение обладает острым прессорным эффектом, который может повышать амбулаторное дневное АД. Со стороны врача крайне важными задачами являются донесение значимости коррекции образа жизни в лечении АГ, содействие формированию у пациента четкого понимания сути проблемы.

В рекомендациях предлагается следующий простой алгоритм подбора лечения. Незамедлительное начало медикаментозной антигипертензивной терапии показано при уровне систолического АД 160 мм рт. ст. и диастолического 100 мм рт. ст. При прегипертензии рекомендуется модификация образа жизни; назначение медикаментозного лечения показано в тех случаях, когда изменение образа жизни оказывается неэффективным в течение нескольких месяцев и у пациента присутствуют факторы риска. При первой стадии АГ у лиц моложе 60 лет в качестве препарата первой линии рассматривают ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) или блокаторы рецепторов ангиотензина второго типа (БРА II). При необходимости назначения двухкомпонентной схемы к указанным препаратам возможно добавление блокатора

кальциевых каналов или тиазидного диуретика. Больным в возрасте старше 60 лет при первой стадии АГ в качестве препаратов первой линии показаны блокаторы кальциевых каналов или тиазидные диуретики; при необходимости назначается комбинация блокатора кальциевых каналов и ИАПФ. В тех случаях, когда двухкомпонентная терапия не позволяет достичь целевых показателей АД, назначается трехкомпонентная схема с добавлением препаратов других фармакологических групп: β-адреноблокаторов, препаратов центрального действия, возможно, антагонистов альдостерона. При второй стадии АГ рекомендуют начинать терапию с двухкомпонентной схемы лечения: с этой целью предлагаются комбинация блокатора кальциевых каналов или тиазидного диуретика с ИАПФ; при необходимости – БРА II. Выступающий отметил, что в последних рекомендациях особое внимание уделяют такой группе препаратов, как дигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов. Как известно, многие больные в составе схем лечения АГ получают β-адреноблокаторы. В этой ситуации, а также больным с сердечной недостаточностью не назначаются такие препараты, как верапамил и дилтиазем, – у данных категорий больных предпочтительно назначать именно дигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов.

Известно, что у больных из группы высокого риска достичь контроля АД труднее, они чаще нуждаются в назначении антигипертензивного медикаментозного лечения в сочетании с другими препаратами, например с активной гиполипидемической терапией. Для получения максимальной экономической эффективности лечения АГ терапевтические подходы должны учитывать не только уровни АД, но и общий сердечно-сосудистый риск. В случае наличия сопутствующих заболеваний (сахарного диабета, гиперлипидемии) схемы лечения остаются аналогичными сформулированным в предшествующих рекомендациях. Так, при АГ и хроническом повреждении почек актуальной остается комбинация ИАПФ с БРА II с блокаторами кальциевых каналов. При АГ в сочетании с ИБС комбинируются следующие препараты: β-адреноблокаторы, БРА II или ИАПФ, а также дигидропиридиновые блокаторы кальциевых каналов; при инсульте в анамнезе – ИАПФ и БРА II. При АГ и систолической сердечной недостаточности базисными препаратами являются β-адреноблокаторы и ИАПФ; при необходимости дополнительного контроля АД приемлемо назначение дигидропиридиновых блокаторов кальциевых каналов. При снижении скорости клубочковой фильтрации до 30-40 мл/мин в схемах лечения целесообразно назначение не тиазидных, а петлевых диуретиков.

В настоящее время в распоряжении клиницистов находится большой арсенал антигипертензивных лекарственных препаратов разных групп. Как подчеркнул докладчик, цитируя зарубежные источники, одним из наиболее важных достижений медицины XX ст. является внедрение в клиническую практику ИАПФ, которые впервые предоставили врачу возможность активно вмешиваться в ферментативные процессы, протекающие в ренин-ангиотензин-альдостероновой системе. Сегодня препараты данной группы – обязательный компонент лечения больных с ИБС, сердечной недостаточностью, при дисфункции левого желудочка; доказано их положительное влияние у постинфарктных больных. Для ИАПФ характерны кардио-, рено-, вазопротекторные эффекты.

Каждый из представителей данной группы имеет свои особенности. В своем выступлении профессор

Продолжение на стр. 14.

Актуальные аспекты ведения пациентов с артериальной гипертензией: зарубежные данные и отечественный опыт

Продолжение. Начало на стр. 13.

А.И. Дядык сосредоточился на рассмотрении такого ИАПФ, как квинаприл, опыт применения которого насчитывает почти 40 лет. Препарат обладает большой доказательной базой – изучению его терапевтических возможностей посвящены более 100 крупных исследований. В отличие от других представителей группы ИАПФ (каптоприла, эналаприла, рамиприла и др.), для которых максимальная доза достигается при традиционном 2- или 4-кратном повышении терапевтической дозы, квинаприл имеет 8-кратный диапазон (от 10 до 80 мг) и преимущественно в том смысле, что высокие дозы не связаны с повышением токсичности.

Квинаприл представляет собой пролекарство, при приеме препарата внутрь происходит быстрая деэтерификация квинаприла до квинаприлата (дикислоты квинаприла, основного метаболита). Механизм действия квинаприла заключается в ингибировании циркуляции и тканевой активности АПФ, тем самым уменьшаются вазопрессорная активность и секреция альдостерона. Препарат оказывает благоприятный гемодинамический эффект, улучшает липидный профиль, а также повышает чувствительность к инсулину, что важно при сочетанном сахарном диабете 2 типа. Гемодинамическая оценка у пациентов с АГ показала, что снижение АД на фоне терапии квинаприлом сопровождается уменьшением общего периферического сопротивления сосудов и сопротивления сосудов почек с незначительными изменениями сердечного ритма, сердечного индекса, почечного кровотока, скорости клубочковой фильтрации или фильтрационной фракции либо вообще отсутствием таковых. Квинаприл

улучшает функцию эндотелия за счет механизмов, которые повышают доступность окиси азота. Дисфункция эндотелия считается ведущим патофизиологическим механизмом в развитии поражения коронарных артерий.

Поскольку выведение квинаприла до 70% осуществляется почками, важно внимательно подходить к дозированию препарата у пациентов со сниженной функцией почек. Эффективность квинаприла в отношении снижения АД не уступает таковой других антигипертензивных препаратов. Положительные эффекты квинаприла включают замедление развития микроальбуминурии и перехода микроальбуминурии в протеинурию, что является важным фактором снижения прогрессирования нарушения функции почек.

В контексте рассмотрения нарушений функции почек при АГ профессор А.И. Дядык отметил, что в современных рекомендациях важная роль отводится тиазидным диуретикам, которые комбинируются с антигипертензивными препаратами других фармакологических групп. В то же время, как неоднократно подчеркнул докладчик, при нарушенной функции почек вместо тиазидных целесообразно назначать петлевые диуретики. При существенном снижении функции почек, уменьшении уровня клубочковой фильтрации до 40-30 мл/мин тиазидные диуретики недостаточно эффективны. При этом особого внимания заслуживает петлевой диуретик торасемид, который сочетает в себе эффекты фуросемида и спиронолактона. Основным механизмом действия торасемида обусловлен торможением ренальной реабсорбции ионов натрия и хлора в восходящей части петли Генле. Немаловажно, что длительное применение фуросемида сопровождается повышенным риском остеопороза, чего не отмечается

при использовании торасемида. В ряде исследований продемонстрирована способность торасемида оказывать антифибротическое действие. Для торасемида характерны низкая вариабельность всасывания в желудочно-кишечном тракте, более низкий риск развития гипокалиемии.

При выборе конкретного петлевого диуретика, по мнению выступающего, следует отдавать предпочтение препарату торасемида пролонгированного высвобождения (Бритомар), который характеризуется плавным повышением и снижением концентрации действующего вещества в плазме крови. Бритомар существенно не влияет на уровень гломерулярной фильтрации, почечный плазмоток. После многократного применения относительная биодоступность торасемида в форме таблеток пролонгированного высвобождения достигает 90-100%, что обеспечивает прогнозируемую эффективность. По сравнению с обычным торасемидом препарат пролонгированного высвобождения обладает более выраженной натрийуретической активностью при одинаковой величине диуреза. Таким образом, именно пролонгированная форма торасемида является более подходящей для применения в качестве антигипертензивного средства. В 2012 г. японскими учеными были опубликованы данные проспективного рандомизированного исследования, посвященного сравнению обычного петлевого диуретика и петлевого диуретика пролонгированного действия у больных с сердечной недостаточностью I-II класса по классификации NYHA. В исследовании показано, что за период наблюдения (2 года) отмечена достоверно более низкая частота летальных исходов и повторных госпитализаций в группе больных, получавших петлевой диуретик пролонгированного действия, по сравнению с соответствующими показателями в группе пациентов, принимавших фуросемид.

Завершая свое выступление, профессор А.И. Дядык подчеркнул, что, говоря о роли и преимуществах использования пролонгированной формы торасемида, он опирается не только на данные зарубежных коллег, но и на собственный опыт.

Подготовила Катерина Котенко

НОВИНИ МОЗ

Реімбурсація та підвищення обізнаності щороку рятує від 30 до 40 тис. життів українців

Міністр охорони здоров'я України Олег Мусій вважає профілактику одним із найважливіших завдань нової системи охорони здоров'я. За його словами, МОЗ й обласні центри здоров'я особливу увагу приділяють профілактичній, просвітницькій роботі, ранньому виявленню захворювань, долучаючи до акцій і проєктів громадськість. Корисним та успішним є проєкт «Школа здоров'я» – робота, підсилена запровадженням проєкту щодо відшкодування вартості гіпотензивних препаратів, дала відчутні позитивні результати.

«За три роки проведено 1,2 млн вимірювань артеріального тиску, що разом із державною програмою боротьби з артеріальною гіпертензією та реімбурсацією коштів за препарати проти підвищеного тиску привело до зменшення смертності від серцево-судинних захворювань в Україні. Якщо раніше зі скаргами на підвищений артеріальний тиск до лікарів зверталися близько 30% осіб, то сьогодні ми досягли показника 67%. За час реалізації практично волонтерського просвітницького проєкту і державного проєкту щодо реімбурсації щороку ми зберігаємо від 30 до 40 тис. життів українців», – сказав О. Мусій.

На думку високопосадовця, державне регулювання цін на ліки пацієнтам з гіпертонічною хворобою зумовило зниження вартості антигіпертензивних препаратів у межах від 20 до 30%. Необхідно продовжити цей проєкт та в майбутньому поширити часткове відшкодування вартості ліків на інші групи медикаментів – для хворих на цукровий діабет, на ВІЛ/СНІД і туберкульоз. Виступаючи на засіданні Комітету ВРУ з питань охорони здоров'я, міністр зазначив: «Ми плануємо за наявності реєстрів проводити реімбурсацію коштів з держбюджету безпосередньо кожному хворому. Якщо буде запроваджено реєстр і він буде функціонувати для всіх без виключення державних програм, ми відійдемо від тендерних закупівель, що мають значний корупційний потенціал. Це дасть можливість діяти за принципом, що наразі застосовується щодо ведення хворих на артеріальну гіпертензію, коли запровадження

реімбурсації мало наслідком зниження вартості медикаментів від 20 до 30%».

Головним акцентом у концепції побудови нової системи охорони здоров'я є зміна системи управління

Під час брифінгу в Українському кризовому медіа-центрі міністр охорони здоров'я Олег Мусій повідомив, що найближчим часом МОЗ України подасть на погодження до центральних органів виконавчої влади розпорядження Кабміну про концепцію побудови в Україні нової системи охорони здоров'я. Він назвав три основні складові, на яких базуватиметься нова система охорони здоров'я України, – системні зміни в управлінні, фінансуванні та підготовці медичних кадрів. За його словами, найпринциповішим моментом, що не був передбачений попередніми реформами, є зміна системи менеджменту охорони здоров'я. «Перш за все йдеться про передачу від МОЗ управлінських функцій професіоналам, які працюють в системі, – представникам лікарського, медсестринського самоврядування, самоврядування фармацевтичних працівників. Питання атестації, післядипломної освіти, ведення реєстру спеціалістів, видачі дозволів на лікарську практику, контроль дотримання Етичного кодексу лікаря України, призначення головних позаштатних спеціалістів, замовлення фахівців у навчальних закладах та інші функції після зміни законодавства мають стати сферою відповідальності національної корпоративної професійної організації лікарів України, – наголосив Олег Мусій. – Наступним кроком у роздержавленні управління й передачі функцій від регуляторних органів стане запровадження саморегулювання ринків, за якого заклади охорони здоров'я, приватно практикуючі лікарі, аптеки, заводи-виробники самі формуватимуть взаємодію. Ні Державна служба лікарських засобів, ні Державний експертний центр, ні інші ланки бюрократичного апарату не матимуть повноважень визначати, як функціонувати ринку в Україні. Суб'єкти останнього повинні створити саморегульовані організації і домовитися між собою».

Міністр також запевнив, що розбудову первинної ланки – сімейної медицини – буде продовжено з особливим акцентом на профілактичний напрям. Планується провести суттєві зміни й у підготовці кадрів (перехід до резидентури).

Олег Мусій переконаний, що нова модель системи охорони здоров'я потребує потужних упереджувальних інформаційно-роз'яснювальних кампаній серед населення та фахівців, залучення широких кіл громадськості до взаємодії.

Житомирщина отримала унікальне медичне обладнання

Житомирська обласна дитяча клінічна лікарня отримала в подарунок від австрійського мецената Тобіаса Гроліча унікальне обладнання – біохімічний аналізатор вартістю 45 тис. євро. Медичний прилад встановлений у клініко-діагностичній лабораторії лікарні, де він замінив старе устаткування, що використовувалося понад 20 років і вже не відповідало сучасним вимогам. BioChem FC-360 – високоефективний повністю автоматичний настільний аналізатор відкритого типу для отримання результатів з клінічної хімії, імунології, електролітів та моніторингу лікарських засобів. Максимальна потужність приладу – 360 тестів за годину.

За словами заступника головного лікаря з хірургічної роботи Миколи Бобра, працівники лікарні просто вражені щедрістю та благородством австрійського мецената: «Колектив нашої лікарні, всі маленькі пацієнти та їхні батьки щиро вдячні за такий жест доброї волі».

Прагнення допомагати хворим і нужденним пан Т. Гроліч успадкував від своїх батьків. Він продовжує цю благородну справу разом з дружиною Ольгою, яка народилася на Житомирщині. Саме вона ініціювала придбання за власні кошти високовартісного обладнання та передачу його Житомирській обласній дитячій клінічній лікарні».

Прес-служба МОЗ України