

# Лечение артериальной гипертензии в реальной практике: выбор цели и получение результата

**Лечение пациентов с артериальной гипертензией (АГ) высокого сердечно-сосудистого (СС) риска – тема всегда актуальная, особенно для врачей первичного звена здравоохранения. Как много зависит от профессионализма и настойчивости этих специалистов и как мало времени у таких больных для того, чтобы изменить ситуацию, избежать тяжелых кардиоваскулярных заболеваний и спасти свою жизнь!**

Как обеспечить получение быстрого и в то же время устойчивого профилактического эффекта у пациентов с АГ высокого риска при назначении антигипертензивной терапии – этот вопрос обсуждали участники научной дискуссии, состоявшейся в рамках XV Национального конгресса кардиологов Украины (23-25 сентября, г. Киев).

**Руководитель отдела симптоматических артериальных гипертензий ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Юрий Николаевич**



**Сиренко** посвятил доклад вопросам обеспечения контроля артериального давления (АД) и эффективной органопroteкции у пациентов с АГ и комбинированной СС-патологией.

В ходе доклада профессор Ю.Н. Сиренко обратил внимание слушателей на ряд проблем в области лечения больных АГ, актуальных для Украины.

Одной из таких проблем является низкая приверженность к антигипертензивной терапии и неудовлетворительный контроль АД в популяции больных АГ. Несмотря на то что о наличии повышенного АД и необходимости его контроля осведомлены порядка 60-80% жителей городов, только 50% из них принимают антигипертензивные препараты. При этом достижение целевых цифр АД происходит не более чем в 14% случаев (Горбась И.М. и соавт., 2011). Сложившаяся ситуация свидетельствует о том, что при лечении пациентов с АГ врачи используют неверную тактику или неправильно выбирают препараты. Это подтверждают и данные статистики, согласно которым в 2014 г. в Украине одним из наиболее часто назначаемых ингибиторов АПФ (ИАПФ) является каптоприл, который по многим характеристикам уступает современным, более эффективным и безопасным представителям этой группы.

Следует упомянуть еще одну особенность, характерную, впрочем, не только для нашей страны – широкую распространенность множественных факторов СС-риска (ожирения, дислипидемии, курения, нарушения углеводного обмена и т.д.) в популяции больных АГ. Так, в 2010 г. доля пациентов с 3 и более факторами СС-риска в общей структуре больных АГ составила 61% (Горбась И.М. и соавт., 2012). Таким образом, более половины украинских пациентов с АГ относятся к категории высокого риска и нуждаются в проведении интенсивной первичной профилактики, включающей антигипертензивную терапию, которая должна быть направлена не только на эффективный контроль АД, но и

предупреждение повреждения органов-мишеней и развития СС-осложнений.

С неэффективным контролем АД тесно связана другая проблема – резистентность пациентов к антигипертензивному лечению. По данным некоторых авторов, более чем в 50% случаев резистентность к антигипертензивной терапии обусловлена препаратозависимыми причинами: низким качеством назначаемых антигипертензивных средств и их побочными эффектами, снижающими приверженность больных к лечению; отсутствием влияния на истинные механизмы повышения АД; сложным режимом приема препаратов.

**Резюмируя вышесказанное, можно сделать вывод, что для решения проблемы неэффективного контроля АД в Украине необходимо предложить практичный и простой подход к выбору антигипертензивной терапии, оптимальной для большинства пациентов.** Использование такого подхода позволит врачам первичного звена в условиях ограниченного времени назначить антигипертензивное лечение, обеспечивающее практически у любого больного с обычной кардиоваскулярной патологией эффективный контроль АД, модификацию факторов риска, предупреждение поражений органов-мишеней и в конечном итоге – снижение СС-риска.

Одна из основных задач практического врача при ведении пациентов с АГ – достижение целевого уровня АД – сегодня не вызывает вопросов благодаря упрощенному подходу, предложенному в последней версии рекомендаций Европейского общества кардиологов и Европейского общества гипертензии (ESC/ESH, 2013). В соответствии с этим подходом всем больным АГ рекомендовано достижение уровня АД  $\leq 140/90$  мм рт. ст., кроме некоторых категорий. В частности, для пациентов с сахарным диабетом (СД) оптимальными значениями АД являются  $\leq 140/85$  мм рт. ст., у больных с наличием протеинурии систолическое АД (САД) должно составлять  $\leq 130$  мм рт. ст., у пожилых САД должно быть в пределах 150-140 мм рт. ст.

Однако в последнем европейском руководстве по лечению АГ предложен достаточно сложный алгоритм выбора терапии в зависимости от степени повышения АД и степени СС-риска.

Более простым и практичным выглядит подход, предложенный канадскими экспертами в 2009 г., на основе которого разработан унифицированный алгоритм лечения – STITCH, который предполагал назначение в качестве начальной терапии комбинации ИАПФ/диуретик или сартан/диуретик. В последующем при недостижении целевого уровня АД осуществлялись дополнительные шаги, начиная с повышения дозы препаратов и заканчивая поэтапным включением

в схему лечения антагониста кальция, бета-блокатора и в качестве последнего шага альфа-блокатора или спиронолактона. В результате использования такого алгоритма на протяжении 6 мес целевой уровень АД был достигнут в 65% случаев (против 53% случаев в группе контроля).

Предложенная упрощенная схема выбора антигипертензивного лечения существенно облегчает задачи врача, позволяя сэкономить время на принятии решения об увеличении дозы монопрепарата или о переходе на комбинированную антигипертензивную терапию.

Профессор Ю.Н. Сиренко отметил, что одной из важных составляющих успеха в обеспечении контроля АД с помощью алгоритма STITCH был правильный выбор компонентов терапии. При этом фиксированные комбинации назначались в группе использования STITCH-алгоритма в 85% случаев.

**Рамиприл – лидер среди представителей группы ИАПФ по количеству клинических рандомизированных исследований, в которых эффекты этого препарата были изучены у больных, находящихся на разных этапах развития СС-континуума – начиная от наличия множественных факторов риска и заканчивая хронической сердечной недостаточностью (ХСН).**

Рамиприл – оптимальный препарат для большинства пациентов с АГ, которым требуется назначение эффективного и, что немаловажно, простого лечения.

В исследовании CARE 8-недельная монотерапия рамиприлом позволила достичь целевого уровня АД почти у 90% пациентов с мягкой и умеренной АГ пожилого возраста и у 70% лиц с изолированной систолической АГ. Среднее снижение САД и диастолического АД (ДАД) составило соответственно 21 и 13 мм рт. ст.

В исследованиях HUCAR и RACE прием рамиприла способствовал регрессии гипертрофии левого желудочка сердца, которая является независимым фактором риска развития СС-осложнений и смерти.

Эффективность рамиприла в улучшении прогноза пациентов с инфарктом миокарда доказана в исследованиях AIRE, AIREX и подтверждена данными многоцентрового регистра MITRA PLUS, в котором рамиприл обеспечил более выраженное снижение смертности у больных ИМ по сравнению с другими часто применяющимися ИАПФ.

**Рамиприл – препарат, с которого началась эра нефропротекции при лечении пациентов с АГ.** В исследовании REIN с участием больных недиабетической нефропатией и протеинурией рамиприл замедлял развитие терминальной почечной недостаточности и переход на гемодиализ: количество участников без терминальной стадии почечной

недостаточности увеличилось в группе рамиприла на 56% по сравнению с группой контроля.

Классическим в области лечения пациентов с АГ высокого риска (с множественными факторами риска или СС-заболеваниями) считается исследование HOPE. В этом исследовании применение рамиприла у больных высокого СС-риска обеспечило снижение первичной конечной комбинированной точки (инфаркта миокарда, инсульта, СС-смерти) на 22%. Важно, что все конечные точки в этом исследовании достоверно снижались и у пациентов с СД – это было показано в субисследовании MICRO-HOPE.

**Следует отметить, что убедительные доказательства влияния на прогноз у пациентов с АГ высокого риска получены не для каждого представителя группы ИАПФ. Между тем врачи первичного звена в реальной клинической практике сталкиваются чаще всего именно с такими больными.**

Польза раннего начала терапии рамиприлом была продемонстрирована в исследовании HOPE-TOO, в котором осуществляли наблюдение за участниками, продолжавшими принимать рамиприл или переведенных на этот препарат с приема плацебо. В конце наблюдения (в среднем 2,6 года) частота развития всех конечных точек продолжала достоверно снижаться, а снижение первичной конечной точки составило 17%.

**Таким образом, раннее начало лечения рамиприлом пациентов с АГ высокого риска приводит к выраженному улучшению прогноза, и этот эффект сохраняется со временем.**

Рамиприл как препарат, обеспечивающий многочисленные протекторные эффекты, подходит больным АГ, СД, ХСН с патологией почек, инфарктом миокарда и инсультом в анамнезе.

Обсуждая преимущества раннего назначения рамиприла в качестве стратегии, наиболее подходящей для большинства пациентов с АГ, нельзя не затронуть еще один интересный вопрос, который сегодня активно изучается, – это эффективность хронокоррекции антигипертензивной терапии.

На сегодня уровень ночного АД рассматривается как один из наиболее значимых прогностических маркеров. Показано, что назначение вечернего приема антигипертензивных препаратов способствует улучшению контроля АД, что, в свою очередь, приводит к снижению частоты СС-осложнений, в том числе риска кардиоваскулярной и общей смерти (R.C. Hermida et al., 2010, 2011, 2013). Эти данные не позволяют сегодня сделать однозначные выводы, однако эксперты Американской ассоциации сахарного диабета (ADA) рекомендуют пациентам, получающим несколько антигипертензивных препаратов, принимать хотя бы половину из них на ночь. Примечательно, что именно такой режим приема рамиприла

использовали в исследовании NOPE. По данным субисследования NOPE, рамирил не только оказывает выраженный антигипертензивный эффект, но и способствует нормализации суточного ритма АД, существенно не влияя на исходно нормальный суточный ритм АД. По результатам суточного мониторирования ночное снижение САД и ДАД на фоне лечения рамирилом составило 17 и 8 мм рт. ст. соответственно.

Результаты 48-часового суточного мониторирования АД у пациентов с АГ 1-2 степени до и после 6-недельного лечения рамирилом в дозе 5 мг/сут показали, что при назначении рамирила на ночь обеспечивается более эффективный контроль АД в течение суток по сравнению с утренним приемом препарата (R.C. Hermida et al., 2009).

Учитывая вышеприведенные данные, к первоочередным задачам практического врача, сталкивающегося с необходимостью ежедневного назначения эффективной и простой антигипертензивной терапии у пациентов с АГ, относятся следующие:

- оценка степени кардиоваскулярного риска у больного АГ;
- назначение пациентам с высоким риском и обычными СС-заболеваниями простой схемы антигипертензивной терапии, которая обеспечит стабильный контроль АД в течение суток и будет способствовать улучшению прогноза (рамирил или его комбинация с гидрохлортиазидом 1 раз в сутки);
- выявление сложных больных АГ с редкими сопутствующими патологиями и подбор для них индивидуально-го лечения.

Такой подход позволит рационально управлять потоком пациентов с АГ на уровне первичного звена здравоохранения и обеспечивать у большинства из них эффективный контроль АД.

**Доктор медицинских наук, профессор Елена Геннадьевна Несукай (отдел некоронарогенных заболеваний сердца и клинической ревматологии ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско НАМН Украины) отметила,**



что клинические эффекты применения рамирила, полученные в исследовании NOPE, были связаны не только со снижением АД. Одним из главных факторов,

определяющих благоприятное влияние рамирила на прогноз больных АГ, является его выраженный вазопротекторный эффект.

Показано, что рамирил улучшает способность тромбоцитов реагировать на оксид азота (NO) (снижает NO-резистентность) и тем самым улучшает кардиоваскулярные исходы у пациентов высокого риска, характеристики которых были во многом схожи с таковыми у участников исследования NOPE (S.R. Willoughby et al., 2012).

Важность этого открытия становится понятной, если вспомнить, что NO-резистентность тромбоцитов приводит к их усиленной агрегации и, следовательно, повышенному тромбообразованию. Очевидно, снижение резистентности к NO и повышение дезагрегации тромбоцитов наряду с вазодилатирующим эффектом и снижением АД являются важным

механизмом действия рамирила, обеспечившим улучшение кардиоваскулярных исходов у пациентов с АГ высокого риска в исследовании NOPE.

В реальной практике возникает вопрос, который тесно связан с назначением рамирила как универсального препарата для большинства больных АГ.

**Возможно ли получить результаты, достигнутые в исследовании NOPE, в котором участвовали пациенты старших возрастных групп, у больных молодого и среднего возраста?** Важность этого вопроса определяют данные, свидетельствующие о том, что в настоящее время атеросклероз сосудов начинается развиваться уже в молодом возрасте (Tuzcu, 2001), коррелируя с наличием и количеством факторов СС-риска и тесно связан с наличием и количеством факторов риска (Raitakari et al., 2003).

В связи с этим нельзя не вспомнить результаты исследования SECURE, проведенного в рамках исследования NOPE, в котором рамирил в дозе 10 мг/сут продемонстрировал способность замедлять скорость прогрессирования атеросклеротического поражения артерий (замедление дальнейшего утолщения комплекса интимамедиа сонных артерий на 37%).

Еще одно положительное свойство рамирила, обуславливающее выраженный антиатеросклеротический эффект — способность восстанавливать функцию эндотелия сосудов. Установлено, что рамирил улучшает функцию эндотелия у молодых нормотензивных пациентов с успешно прооперированной коарктацией аорты, о чем свидетельствовало восстановление кровотока на предплечье. У этих же больных применение рамирила было связано с уменьшением уровней циркулирующих молекул адгезии и провоспалительных цитокинов.

Таким образом, рамирил влияет на важные механизмы развития и прогрессирования атеросклероза, что определяет его широкие возможности в улучшении прогноза пациентов с АГ молодого и среднего возраста.

Среди преимуществ рамирила следует отметить двойной путь выведения, что выгодно во многих клинических ситуациях; выраженную липофильность, обуславливающую максимальное проникновение действующего вещества через мембрану клеток и эффективную блокаду тканевой ренин-ангиотензиновой системы.

Для клинической практики важно, что рамирил — препарат, обеспечивающий наиболее высокую приверженность к антигипертензивной терапии по сравнению с другими ИАПФ (J. of Hypertension, 2011, 29: 1012-1018).

**Использование рамирила в лечении АГ — один из кратчайших и простых путей для обеспечения стабильного контроля АД, эффективной органопротекции и приверженности пациентов с АГ к длительному лечению.** Раннее назначение рамирила в повседневной практике у всех категорий больных АГ, независимо от пола, возраста, наличия СД, почечной дисфункции, других сопутствующих состояний и заболеваний, будет способствовать более раннему получению «дивидендов» в виде предупреждения поражения органов-мишеней и тяжелых СС-осложнений.

Подготовила **Наталья Очеретяная**



## ПЕРЕДПЛАТА НА 2015 РІК!

Здоров'я України®  
МЕДИЧНА ГАЗЕТА

### Шановні читачі!

Передплатити наше видання ви можете в будь-якому поштовому відділенні зв'язку «Укрпошти» за Каталогом видань України на 2015 р. у розділі «Охорона здоров'я України. Медицина», а також у редакції за тел. (044) 521-86-98.

**Медична газета «Здоров'я України».**  
**Тематичний номер «Кардіологія, ревматологія, кардіохірургія»**

Передплатний індекс – 37639

Періодичність виходу – 6 разів на рік

Вартість передплати – 300,00 грн

Для редакційної передплати на видання необхідно:

- ♦ перерахувати на наш розрахунковий рахунок необхідну суму в будь-якому відділенні банку згідно з такими реквізитами: р/р 26000052613363 ФКВ «ПРИВАТБАНК», РОЗРАХУНКОВИЙ ЦЕНТР, МФО 320649, код ЄДРПОУ 38419785;
- ♦ надіслати копію квитанції, яка підтверджує факт оплати визначеної кількості примірників;
- ♦ вказати адресу доставки примірників.

**Наша адреса:** Медична газета «Здоров'я України», 03035, м. Київ, вул. Механізаторів, 2.

**Телефон/факс відділу передплати (044) 521-86-98,**

**e-mail: podpiska@health-ua.com**

Дата здійснення операції		Сума:		Платник:		Місце проживання:		Отримувач:		ТОВ „Тематичний проект „Здоров'я України 21 сторіччя” ФКВ „ПРИВАТБАНК”, розрахунковий центр	
Код ЄДРПОУ:		3 8 4 1 9 7 8 5		Розрахунковий рахунок:		2 6 0 0 0 5 2 6 1 3 3 6 3		МФО банку:		3 2 0 6 4 9	
Призначення та період платежу:		Платник:		Контролер:		Бухгалтер:		Касир:			
Дата здійснення операції		Сума:		Платник:		Місце проживання:		Отримувач:		ТОВ „Тематичний проект „Здоров'я України 21 сторіччя” ФКВ „ПРИВАТБАНК”, розрахунковий центр	
Код ЄДРПОУ:		3 8 4 1 9 7 8 5		Розрахунковий рахунок:		2 6 0 0 0 5 2 6 1 3 3 6 3		МФО банку:		3 2 0 6 4 9	
Призначення та період платежу:		Платник:		Контролер:		Бухгалтер:		Касир:			
Повідомлення						Квитанція					