



# Профессор О.Д. ОСТРОУМОВА: «Современные фиксированные комбинации гипотензивных препаратов позволяют добиться целевого уровня артериального давления и высокой комплаентности»



*О наиболее эффективных и безопасных подходах к оптимизации лечения больных артериальной гипертонией мы беседуем с доктором медицинских наук, профессором кафедры клинической фармакологии и пропедевтики внутренних болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, кафедры факультетской терапии и профболезней Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, вице-президентом Российского медицинского общества по артериальной гипертонии Ольгой Дмитриевной ОСТРОУМОВОЙ.*

– **Артериальная гипертония – один из основных факторов, определяющих прогноз и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. Наблюдается ли тенденция к снижению ее частоты в России?**

– Популяционная частота артериальной гипертонии среди взрослого населения России составляет 40%, и этот высокий показатель уже на протяжении нескольких лет остается неизменным. С небольшой поправкой можно констатировать, что распространенность артериальной гипертонии не зависит от половой принадлежности, но варьирует в разных возрастных категориях. Ее частота среди лиц в возрасте 20–29 лет составляет 10–15%, а среди пожилых пациентов превышает 80%, что дает основание называть артериальную гипертонию классическим возраст-ассоциированным заболеванием. Уже долгое время не меняется и частота таких серьезных осложнений артериальной гипертонии, как инфаркт миокарда и инсульт. И это несмотря на огромные усилия, которые предпринимаются в данном направлении всем медицинским сообществом, в том числе РМОАГ, и государственными структурами. Подчеркну: смертность от этих осложнений снизить все-таки удалось, но саму частоту осложнений – нет. И самое обидное, что существующие современные схемы лечения делают это возможным.

– **Чем объясняется сложившаяся ситуация?**

– Прежде всего недостаточно адекватным контролем уровня артериального давления. В нашей стране доля пациентов с контролируемым артериальным давлением невелика и имеет тенденцию к уменьшению: если три года назад артериальное давление должным образом контролировалось у 21%, то сейчас – менее чем у 19% пациентов. Причина в недостаточном ле-

чении, что в свою очередь связано с неправильным выбором препарата или его дозы, а также с низкой приверженностью больных режиму терапии, поскольку не все пациенты готовы к длительному, порой пожизненному, приему гипотензивных препаратов. Почему это так важно? Между уровнем артериального давления и риском развития осложнений существует линейная зависимость: чем выше артериальное давление, тем больше риск развития инсульта, инфаркта миокарда, хронической почечной недостаточности и т.д. Более того, вклад артериальной гипертонии в развитие этих серьезных заболеваний весьма высок, например в случае инсульта 40%. Именно поэтому первостепенной задачей в лечении пациентов с артериальной гипертонией является снижение артериального давления до целевого уровня 140/90 мм рт. ст.

– **Какие фармакотерапевтические подходы позволяют добиться контроля артериального давления и соблюдения большим режимом терапии?**

– Как говорил Ленин, важно найти основное звено, ухватившись за которое, можно вытащить всю цепь. Сегодня специалисты во всем мире считают, что таким звеном с точки зрения оптимизации лечения артериальной гипертонии является применение фиксированных комбинаций гипотензивных препаратов.

Современные фиксированные комбинации гипотензивных препаратов пролонгированного действия (в течение 24 часов и более) имеют очень удобный режим дозирования – один раз в день, что способствует повышению приверженности пациентов лечению. Еще одно преимущество фиксированных комбинаций – минимизация побочных эффектов препаратов, входящих в состав этих комбинаций. Такая лекарственная форма позволя-

ет усилить органопротективный эффект гипотензивных лекарственных средств и снизить риск сердечно-сосудистых осложнений.

– **Означает ли это, что в реальной практике немедикаментозные методы лечения артериальной гипертонии не работают?**

– Все зависит от конкретного пациента и его состояния. Если у пациента можно добиться контроля заболевания при помощи изменения образа жизни, ему показана диетотерапия. В идеале необходимо употреблять больше пяти порций овощей и фруктов в день. Напомню: порция – это овощ или фрукт среднего размера, стакан свежевыжатого сока и примерно чашка свежих овощей или полчашки вареных, за исключением картофеля. Всем своим студентам я предлагаю попробовать питаться таким образом хотя бы неделю-другую. Уверена, что максимум на третий день начнутся проблемы с меню. Трудно соблюсти и рекомендации по ограничению потребления соли: менее 5 граммов в сутки означает, что пища должна быть практически несоленой. Одним словом, если пациенту приказать соблюдать все немедикаментозные меры буквально с завтрашнего дня, его энтузиазма хватит на сутки, и впоследствии он будет вспоминать этот день с ужасом. А эмоциональная память, по мнению психологов, самая стойкая. Следовательно, переход нужно делать постепенно, причем врач совместно с пациентом должен определить наиболее оптимальные немедикаментозные рекомендации исходя из реалий жизни пациента.

Есть пациенты, правда их меньшинство, которые могут стартовать с монотерапии одним из гипотензивных препаратов. Однако, как показывает клиническая практика, на первичный амбулаторный прием приходят пациенты с артериальной гипертонией высокого риска, которым



## Актуальное интервью

в качестве стартового лечения необходимо сразу же назначать комбинированную терапию. Детально терапевтические подходы изложены в Рекомендациях РМОАГ по ведению больных с артериальной гипертензией, которые претерпели уже четвертое издание.

**– У Вас как у вице-президента РМОАГ, под чьей эгидой проводятся различные конференции, школы и семинары, есть уникальная возможность профессионального общения с врачами-кардиологами из разных регионов России. Насколько их уровень подготовки соответствует современному представлению о ведении больных с артериальной гипертензией?**

– Подготовка разная. Как и в любой специальности, есть профессионалы высочайшего уровня, а есть те, кому необходимо поднимать уровень знаний. Однако в целом кардиологи имеют представление о современных подходах к ведению больных артериальной гипертензией, обладают достаточно высокой квалификацией. Сложнее складывается ситуация с подготовкой терапевтов, на которых лежит огромная ответственность за грамотную диагностику и ведение больных с самыми разными заболеваниями.

**– С какими трудностями они сталкиваются?**

– Главная проблема – коморбидность состояний у пациентов с артериальной гипертензией, предполагающая тщательный и взвешенный выбор гипотензивного препарата с точки зрения соотношения эффективности и безопасности. Именно вопросы медикаментозного лечения больных артериальной гипертензией в сочетании с метаболическим синдромом, сахарным диабетом, цереброваскулярной болезнью, почечной недостаточностью и другими заболеваниями наи-

более значимы в практической деятельности специалистов амбулаторно-поликлинического звена и стационарных учреждений. Учитывая большую заинтересованность врачей разных специальностей в обсуждении наиболее оптимальных схем лечения артериальной гипертензии у больных с сочетанной патологией, РМОАГ стало проводить специализированные междисциплинарные школы, в которых помимо кардиологов участвуют эндокринологи, неврологи, нефрологи и другие специалисты.

Кроме того, в России действуют отдельные рекомендации по ведению больных с метаболическим синдромом, значительная часть которых посвящена лечению артериальной гипертензии у таких пациентов. Подготовлена третья редакция этого документа, ее выход в свет ожидается осенью этого года. А весной 2013 г. были приняты Рекомендации по ведению больных артериальной гипертензией и хронической обструктивной болезнью легких. В Рекомендациях РМОАГ по ведению больных с артериальной гипертензией лечению артериальной гипертензии у отдельных категорий – беременных, пожилых пациентов, больных сахарным диабетом, больных цереброваскулярной болезнью, хронической болезнью почек и др. – посвящены целые разделы. К слову, в разработке этих междисциплинарных глав, где представлена квинтэссенция наиболее оптимальных схем лечения, принимали участие ведущие врачи разных специальностей, входящие в экспертный совет нашего общества.

**– По каким вопросам обычно возникают споры между экспертами?**

– В последнее время предметом для дискуссии между кардиологами и эндокринологами, например, стал целевой уровень артериального давления. Мы

определили, что давление необходимо снижать ниже 140/90 мм рт. ст., а эндокринологи установили пороговое значение 130/80 мм рт. ст. В настоящее время у нас нет убедительных данных, которые свидетельствовали бы о том, что уровень артериального давления ниже 130/80 мм рт. ст. у больного без диабетической нефропатии имеет какие-либо преимущества по сравнению с уровнем ниже 140/90. Более того, согласно данным доказательной медицины, при снижении артериального давления ниже уровня 130/80 мм рт. ст. резко возрастает риск возникновения сердечно-сосудистых осложнений.

**– Какие новые подходы к лечению артериальной гипертензии, с Вашей точки зрения, наиболее перспективны?**

– Сейчас мы возвращаемся к индивидуализации лечения, но уже на совершенно другом уровне, чем в XIX и начале XX века. Именно генетические исследования позволят обеспечить индивидуальный подход к выбору лекарственного препарата для конкретного больного. Думаю, с этим связано будущее медицины. Что касается дня сегодняшнего, рационально подобранные фиксированные комбинации гипотензивных препаратов позволяют нам добиваться целевых уровней артериального давления, высокой приверженности пациента лечению при благоприятном профиле безопасности.

Кардиология развивается быстро. Недавно вышли новые европейские рекомендации по ведению больных с артериальной гипертензией. Вполне возможно, что в связи с этим потребуют пересмотра и российские рекомендации, особенно в отношении лечения артериальной гипертензии при хронической болезни почек. Но это уже тема для следующей беседы. ☺

Беседовала С. Евстафьева

## В Евросоюзе разрешено применение препарата Ксарелто® для вторичной профилактики после острого коронарного синдрома

*Европейская комиссия 24 мая 2013 г. (Берлин, Германия) разрешила применение инновационного перорального антикоагулянта Ксарелто® (ривароксабан) для профилактики атеротромботических событий (сердечно-сосудистая смерть, инфаркт миокарда, инсульт) у взрослых пациентов, перенесших острый коронарный синдром (ОКС) с повышением уровня маркеров повреждения миокарда, в дозе 2,5 мг 2 раза в сутки в сочетании со стандартной антиагрегантной терапией. Это означает, что ривароксабан является единственным инновационным пероральным антикоагулянтом, применение которого разрешено у пациентов, перенесших ОКС с повышением уровня маркеров повреждения миокарда.*

**А**териальные тромбы, которые могут стать причиной рецидива острого коронарного синдрома (ОКС), образуются за счет двух механизмов – активации тромбоцитов и образования тромбина. Стандартная антиагрегантная терапия воздействует только на механизм тромбоцитарной активации тромбообразования. Ривароксабан воздействует на фактор Ха – активатор образования тромбина.

«Нам известно, что содержание тромбина остается повышенным в течение долгого времени после ОКС, поэтому пациенты остаются в группе риска. В исследовании ATLAS ACS 2-TIMI 51 мы доказали, что лечение таких пациентов низкими дозами ривароксабана в сочетании со стандартной антиагрегантной терапией воздействует на оба механизма тромбообразования, благодаря чему достигается более полная длительная защита, в том числе значительно снижается риск смертности, – сообщил С. Майкл Гибсон, магистр наук, председатель исследовательской группы PERFUSE Гарвардской медицинской школы, главный исследователь в исследовании ATLAS ACS. – Получение разрешения на применение препарата Ксарелто® стало очень важным для нас и пациентов, подверженных риску развития вторичного атеротромботического явления».

«Уже сейчас Ксарелто® широко используется кардиологами для профилактики инсульта у пациентов с фибрилляцией предсердий. Одобрение Ксарелто® способствует подтверждению уже оцененных интересных свойств препарата и повышению его клинической ценности за счет использования для профилактики артериального тромбообразования», – отметил доктор Кемаль Малик, член испол-

нительного комитета Bayer HealthCare, руководитель отдела глобальных разработок.

Разрешение ривароксабана к применению по данному показанию основывается на важнейших клинических данных, полученных в ключевом исследовании III фазы ATLAS ACS 2-TIMI 51, в котором участвовало более 15 500 пациентов. Доказано, что добавление ривароксабана в дозе 2,5 мг 2 раза в сутки к стандартной антиагрегантной терапии (низкие дозы аспирина с тиаопиридином (клопидогрел или тиклопидин) или без такового) достоверно снижало частоту комбинированной первичной конечной точки эффективности (сердечно-сосудистая смерть, инфаркт миокарда, инсульт) у пациентов, недавно перенесших ОКС, по сравнению с группой, получавшей только стандартную антиагрегантную терапию.

Частота эпизодов массивных кровотечений по шкале TIMI (Thrombolysis In Myocardial Infarction – оценка коронарного кровотока), не связанных с коронарным шунтированием и внутричерепным кровоизлиянием, была в целом низкой, хотя и увеличивалась при добавлении ривароксабана. Тем не менее добавление ривароксабана не приводило к увеличению риска смертельных внутричерепных кровоизлияний или смертельных кровотечений в целом.

В соответствии с рекомендациями Европейского общества кардиологов (2012), основанными на результатах клинического исследования ATLAS ACS 2-TIMI 51, рекомендуется применение ривароксабана в дозе 2,5 мг 2 раза в день для лечения пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, которые имеют низкий риск кровотечений и получают антиагрегантную терапию аспирином и клопидогрелом.

*Источник: пресс-релиз компании «Байер»*