



Проблема гипертонических кризов в России. Новые направления в лечении

Важнейшим направлением развития современной кардиологии, наряду с разработкой новых препаратов и методов лечения кардиологических больных, является профилактика сердечно-сосудистых заболеваний, борьба с теми патологическими состояниями, которые могут привести к развитию ишемической болезни сердца, инфаркта миокарда, инсульта головного мозга. Этой теме был посвящен сателлитный симпозиум компании Abbott Products «Проблема гипертонических кризов в России. Новые направления в лечении», состоявшийся 24 ноября 2011 г. в рамках IV Всероссийской конференции «Неотложная кардиология – 2011».



К.м.н. Н.И. Гапонова

В начале своего доклада доцент кафедры скорой медицинской помощи МГМСУ, главный внештатный терапевт станции скорой и неотложной медицин-

Актуальная проблема распространенности и лечения гипертонических кризов в России

ской помощи им. А.С. Пучкова, к.м.н. Н.И. ГАПОНОВА назвала гипертонический криз «парадоксом современной медицины». Действительно, гипертонический криз является самой распространенной ситуацией в неотложной кардиологии, с которой постоянно сталкиваются врачи различных специальностей (в первую очередь – специалисты скорой помощи). В то же время терапия данного состояния по-прежнему остается одной из самых консервативных областей кардиологии: до сих пор врачи и фельдшеры службы скорой и неотложной помощи, ежедневно выезжающие на вызовы по поводу гипертонического криза, назначают пациентам те же препараты, что и 10 лет назад.

Говоря об актуальности поисков новых подходов к лечению гипертонических кризов, следует помнить, что эпидемиология

данного состояния соответствует распространенности артериальной гипертонии (АГ) в обществе. В свою очередь, АГ является одной из самых распространенных болезней, которой страдают около 1 млрд человек в мире. Более того, год от года этот показатель растет, и, согласно некоторым прогнозам, к 2025 г. количество людей с гипертонией увеличится на 60%.

В России распространенность артериальной гипертонии выше по сравнению с другими европейскими странами: данным заболеванием страдают более 40% взрослого населения нашей страны. Более высокие показатели заболеваемости АГ зарегистрированы лишь в Германии и Литве (49 и 55% соответственно).

Однако тревогу вызывают не столько цифры распространенности АГ в России, поскольку сегодня существует множество эффек-

Сателлитный симпозиум компании Abbott Products

тивных препаратов, помогающих держать болезнь под контролем, сколько степень приверженности российских больных к лечению. О своем диагнозе знают 81,1% гипертоников, а эффективно лечатся лишь 27,3% больных. Низкая приверженность больных к лечению является причиной широкой распространенности гипертонических кризов в России: по данным разных авторов, у 1–7% больных артериальной гипертонией ежегодно случается гипертонический криз.

Надежда Ильинична Гапонова подчеркнула роль артериальной гипертонии в общей структуре сердечно-сосудистой смертности, напомнив, что АГ является причиной 54% инсультов и 47% случаев ишемической болезни сердца. В течение долгих лет уровень смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) непрерывно рос, переломить эту тенденцию медикам удалось лишь сравнительно недавно (рис. 1). Тем не менее в России от ССЗ ежедневно умирают 3114 человек, то есть каждые 28 секунд происходит одна сердечно-сосудистая смерть. Особенно беспокоит специалистов тот факт, что доля смертности от осложнений артериальной гипертонии среди людей трудоспособного возраста продолжает увеличиваться.

Следующая часть выступления Н.И. Гапоновой была посвящена исследованию проблемы гипертонических кризов в Москве, проведенному сотрудниками станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова. По данным этого исследования, в столице отмечается неуклонный рост числа кризов: если в 2005 г. было зарегистрировано около 43 тысяч случаев гипертонических кризов, то в 2009-м – больше 72 тысяч. При этом растет количество случаев гипертонического криза у пациентов в возрастной группе 18–35 лет, то есть у совсем молодых людей (рис. 2). Как известно, гипертонические кризы опасны своими осложнениями, такими как инсульт, отек легких, энцефалопатия, сердечная

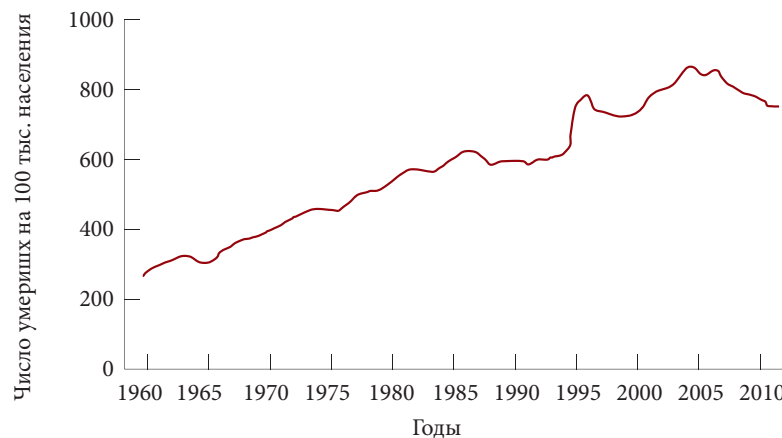


Рис. 1. Уровень смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в РФ в период 1960–2010 гг.*

* Нестандартизованные данные.

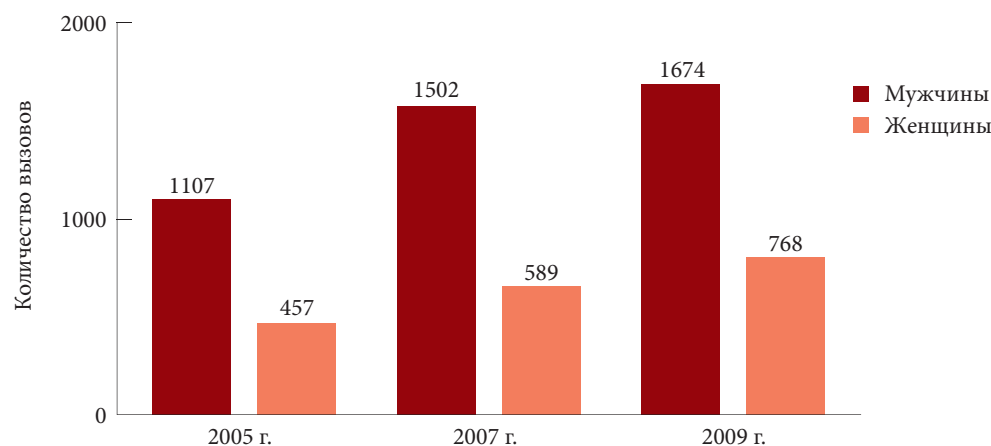


Рис. 2. Динамика вызовов по поводу неосложненных гипертонических кризов у пациентов молодого возраста (18–35 лет) в г. Москве

недостаточность и инфаркт миокарда. К сожалению, в последние годы в нашей стране отмечается отчетливая тенденция к увеличению числа осложнений со стороны ЦНС: инсультов и гипертонических энцефалопатий, в том числе у представителей уже упоминавшейся возрастной группы от 18 до 35 лет.

С целью изучения причин развития гипертонических кризов специалистами станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова был разработан специальный опросный лист, при помощи которого врачи проанке-

тировали 7957 пациентов. После анализа полученных данных выяснилось, что частота обращений в службу скорой помощи по поводу гипертонических кризов зависит от срока заболевания АГ: 48% опрошенных болели более 10 лет, в то время как доля участников опроса, страдающих АГ менее года, составила всего 6%.

Регулярность контроля АД пациентами, согласно данным того же опроса, оставляет желать лучшего: лишь 39% больных артериальной гипертонией регулярно измеряют давление, еще 40% делают это ино-



IV Всероссийская конференция «Неотложная кардиология – 2011»

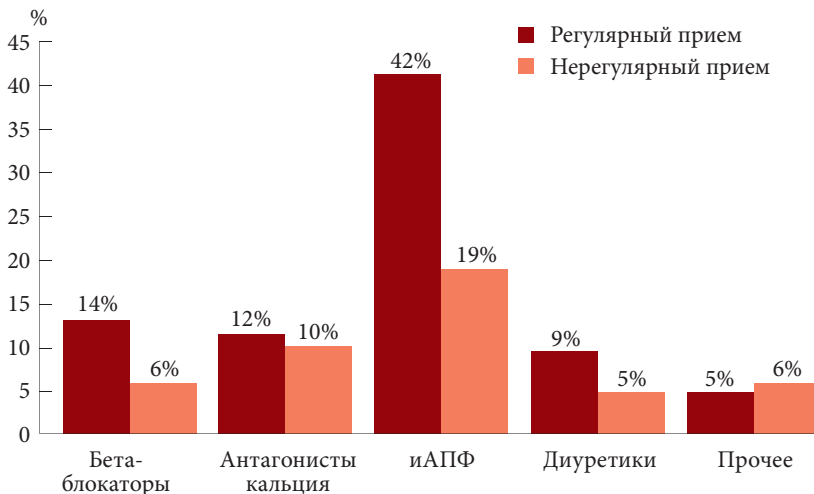


Рис. 3. Лекарственный состав амбулаторной терапии

гда, не имеют дома тонометра или не умеют измерять АД 17 и 4% соответственно.

В ходе исследования был проанализирован состав лекарственной терапии, получаемой пациентами (рис. 3). Выяснилось, что чаще всего пациенты принимают ингибиторы АПФ, на втором месте – β-блокаторы, за ними следуют антагонисты кальция, диуретики и препараты других групп.

Было проведен анализ качества антигипертензивной амбулаторной терапии. В частности, выяснилось, что регулярную монотерапию получают 30% больных, регулярную комбинированную терапию – 25%, нерегулярно принимают какой-либо один гипертензивный препарат 18%, еще 6% охарактеризовали свое лечение как «нерегулярную комбинированную терапию», а 21% опро-

шенных сообщили, что вообще не принимают антигипертензивной терапии. При этом, подчеркнула Н.И. Гапонова, 21% людей с артериальной гипертензией, не получающих никакого лечения, – это показатель, зафиксированный в Москве, в регионах же данная цифра, как предположила докладчик, была бы в 2 раза выше. Полученные в ходе исследования анкеты были рассортированы по округам, после чего выявилась еще одна закономерность: количество обращений в службу скорой помощи по поводу гипертонических кризов коррелировало с качеством амбулаторной помощи: чем лучше работали поликлиники, тем меньше звонков в «скорую» зафиксировано.

Завершая свое выступление, Н.И. Гапонова подчеркнула, что распространенность артериальной гипертензии и одного из серьезных ее осложнений – гипертонического криза – является серьезной проблемой, требующей повышения эффективности работы всех органов системы здравоохранения.



Д.м.н. В.В. Руксин

Неотложная помощь при артериальной гипертензии

Эпидемиологические аспекты артериальной гипертензии и гипертонического криза интересуют практикующих врачей (особенно специалистов скорой и неотложной помощи), в первую очередь, с точки зрения оценки количества обращений больных за медицинской помощью, сообщил в начале своего выступления профессор СГМУ им. И.И. Мечникова, д.м.н. В.В. РУКСИН.

По словам профессора, наиболее частые случаи неотложных состояний связаны с повышением артериального давления, на их долю в нашей стране приходится до 20% всех обращений в службу скорой медицинской помощи. Всего же врачи скорой помощи совершают

около 50 млн выездов в год, причем 10 млн из них – по поводу артериальной гипертензии.

Анализируя эти данные, следует помнить, что миллионы пациентов в России обращаются в связи с повышением АД не в скорую помощь, а в амбулаторные учреждения, то есть в действительности проблема оказания медицинской помощи людям с артериальной гипертензией значительно острее.

В.В. Руксин подчеркнул, что для оказания неотложной помощи при повышении артериального давления принципиально важно различать клинические ситуации: неотложные состояния, не угрожающие жизни, или urgentные, и неотложные состояния, прямо угрожающие

Сателлитный симпозиум компании Abbott Products

жизни, или критические. К первой группе профессор В.В. Руксин отнес ухудшение течения гипертонической болезни (с высокой симпатической активностью или без ее повышения), неосложненные гипертензивные кризы (также подразделяющиеся на кризы с высокой симпатической активностью и кризы без повышения симпатической активности). Что касается критических состояний, несущих непосредственную угрозу жизни, то приведенный докладчиком список был более обширным:

1. Осложненные гипертензивные кризы:

- судорожная форма гипертензивного криза;
- криз при феохромоцитоме.

2. Острое повышение артериального давления при следующих состояниях:

- отек легких;
- острый коронарный синдром;
- геморрагический инсульт;
- внутреннее кровотечение;
- расслаивающая аневризма аорты;
- субарахноидальное кровоизлияние;
- острая брадикардия.

Оказывая помощь пациенту, страдающему одним из перечисленных заболеваний, необходимо выяснить, является ли артериальная гипертония отдельным состоянием или компенсаторной реакцией организма на другой патологический процесс. В качестве примера профессор В.В. Руксин привел случай повышения давления у больного, страдающего цереброваскулярной ишемией. Повышение давления в такой ситуации является попыткой организма восстановить кровоснабжение того участка головного мозга, который перестал получать кислород. Меры, направленные на снижение артериального давления, в такой ситуации приведут не к улучшению состояния больного, а к развитию паралича.

Приезжая на вызов, врачи скорой помощи, как правило, стараются добиться лечебного эффекта в максимально короткие сроки. Однако

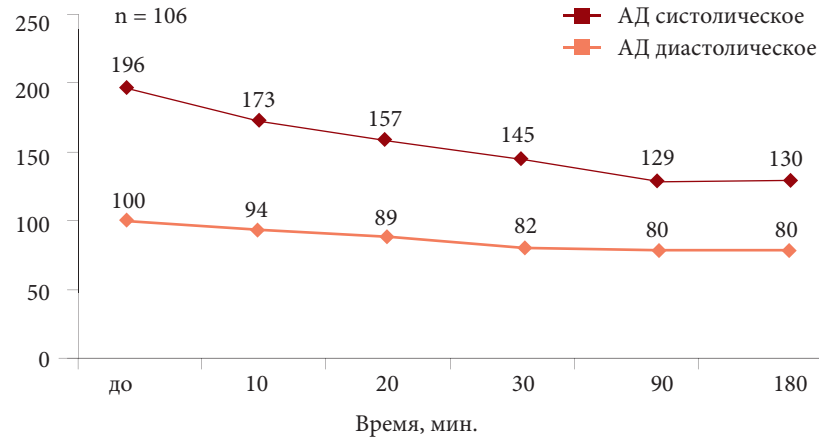


Рис. 4. Изменения артериального давления при сублингвальном назначении моксонидина

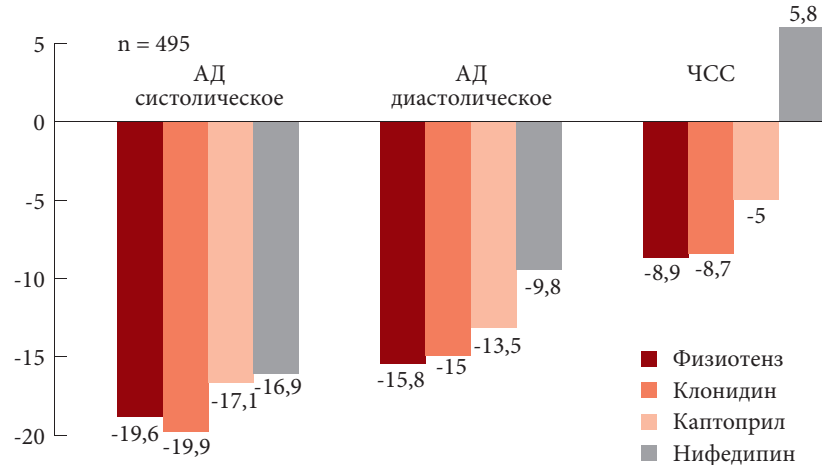


Рис. 5. Изменения АД и ЧСС (%) через 30 минут после приема препаратов

это не всегда необходимо, напротив, по словам В.В. Руксина, быстрое и значительное снижение АД обычно опаснее его повышения. Именно поэтому антигипертензивная терапия должна проводиться в строгом соответствии с клиническими рекомендациями, требующими в ситуациях, угрожающих жизни, проводить контролируруемую интенсивную антигипертензивную терапию, а не просто «сбивать» давление всеми доступными средствами.

Так, согласно зарубежным клиническим рекомендациям, считается, что в первые 30 минут терапии давление должно быть снижено не более чем на 25% от исходной величины, а затем, в течение следую-

щих 2 часов, АД следует стабилизировать в районе 160/100 мм рт. ст., причем, добавил В.В. Руксин, для многих пациентов с тяжелым кардиологическим и неврологическим анамнезом даже этот уровень давления может оказаться чрезмерно низким.

По статистике, приведенной профессором В.В. Руксиним, лишь 6,4% обусловленных повышением АД обращений в службу скорой помощи связаны с непосредственным риском для жизни, остальные 93,4% вызовов не предполагают использования препаратов, предназначенных для терапии критических состояний. Поэтому основу неотложной антигипертензивной терапии должны составлять «3 К»:

кардиология и ангиология



IV Всероссийская конференция «Неотложная кардиология – 2011»

Таблица. Нежелательные явления через 30 минут после назначения препаратов под язык, %

Нежелательные явления	Нифедипин (n = 164)	Каптоприл (n = 75)	Клонидин (n = 119)	Физиотенз (n = 137)
Головокружение		15,5	0,8	9,5
Слабость		26,8	2,6	4,4
Усиление головной боли	7,9		0,8	3,6
Гиперемия кожи	43,9			
Сухость во рту			39,5	8,1
Сердцебиение	14,1			
Сонливость			16,8	7,3
Всего	65,9	42,3 / 1,4	61,3	38,7

нифедипин (Коринфар), каптоприл (Капотен) и клонидин (Клофелин). В отсутствие угрозы для жизни артериальное давление следует снижать на протяжении 1–3 часов, а препараты вводить сублингвально. Одним из препаратов (не относящихся к контролируемым средствам), способным постепенно и мягко (рис. 4) снижать артериальное давление, является Физиотенз (Abbott Products) (моксонидин), назначаемый сублингвально однократно в дозе 0,4 мг. Постепенность действия, характерная для моксонида, не должна вводить в заблуждение: по данным исследования, проведенного про-

фессором В.В. Руксиным и соавт., этот препарат эффективнее классического Клофелина (рис. 5). Особенно выраженным оказалось воздействие Физиотенза на диастолическое давление, которое обычно с трудом поддается лекарственной терапии. Кроме того, на фоне применения Физиотенза развивалось сравнительно небольшое число нежелательных явлений (НЯ) (табл.). Невысокая частота НЯ отмечена и у пациентов, получавших каптоприл, однако одному из больных данной группы (единственному из 495 человек, включенных в исследование) понадобилась компенсирующая терапия, поскольку прием

каптоприла привел к развитию «эффекта первой дозы» (в таблице выделено красным). Физиотенз продемонстрировал высокую эффективность при применении его у больных с выраженной симпатической активностью в сочетании с умеренным или выраженным повышением артериального давления. По мнению профессора В.В. Руксина, Физиотенз может с успехом применяться в лечении гипертонических кризов у данной категории пациентов, в то время как при умеренном повышении АД без высокой симпатической активности лучше использовать нифедипин и каптоприл.



Профессор С.Н. Терещенко

Купирование неосложненных гипертонических кризов. Исследование AVES

Открывая свое выступление, руководитель отдела заболеваний миокарда и сердечной недостаточности Института клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова РКНПК, д.м.н., профессор С.Н. ТЕРЕЩЕНКО назвал гипертонический криз «тихим убийцей», приводящим к развитию инфаркта миокарда, инсульта и почечной недостаточности (рис. 6), а лечение гипертонических кризов – одной из насущных задач современной кардиологии. Прислушаясь к решению этой задачи, важно понимать, что ключевым фактором, определяющим опасность криза, является не

уровень артериального давления, а поражение органов-мишеней. Симптоматика гипертонического криза зависит от того, какой орган оказался под ударом, именно поэтому в классической медицине использовались такие определения, как гипертонический криз по кардиальному или церебральному типу. Цель терапии гипертонического криза была сформулирована еще Б.Е. Вотчалом в 1964 г.: «Не просто снизить артериальное давление, а сделать это с определенным темпом, не допуская избыточного снижения АД, избегая, по возможности, развития побочных эффектов, не превышая разумно-

Сателлитный симпозиум компании Abbott Products

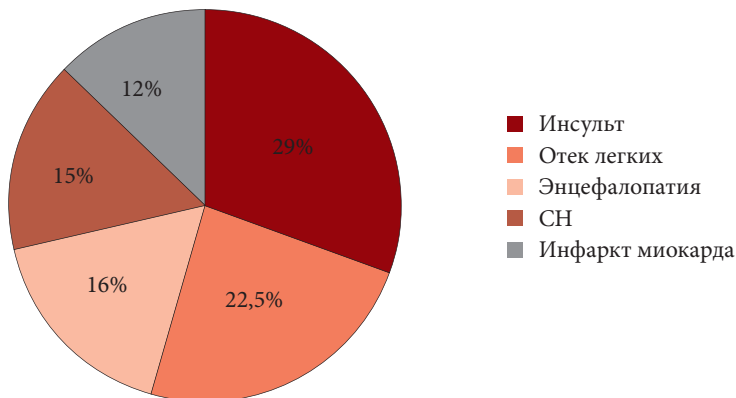


Рис. 6. Наиболее частые исходы гипертонических кризов*

* Zampaglione B., Pascale C., Marchisio M., Cavallo-Perin P. Hypertensive urgencies and emergencies. Prevalence and clinical presentation // Hypertension. 1996. Vol. 27. № 1. P. 144–147.

го числа назначений». При этом, отметил профессор С.Н. Терещенко, очень важны послекризисовая стабилизация пациента и профилактика повторных гипертонических кризов.

Короткодействующие антигипертензивные препараты хорошо снижают АД, но, когда их действие заканчивается, давление поднимается еще выше, а значит, задачей врача является подбор таких лекарственных средств, которые помогали бы стабилизировать состояние пациента, а не ухудшить его. К сожалению, на сегодняшний день эффективность профилактики повторных кризов остается неудовлетворительной: в течение года повторный криз развивается у 62,2% больных, в течение месяца – у 39,6%, более того, у 11,7% следующий эпизод криза развивается в течение 48 часов. Конечно, каждый повторный гипертонический криз негативно влияет на прогноз пациента.

Очевидно, что лечение и профилактика гипертонических кризов должны стать одной из приоритетных задач кардиологии. Какие препараты должны использоваться для ее решения? По словам профессора С.Н. Терещенко, ответ на этот вопрос следует искать в евро-

пейских рекомендациях второго пересмотра по ведению больных с повышенным артериальным давлением, выпущенных в 2011 г. К сожалению, некоторые средства, включенные в эти рекомендации, не зарегистрированы в нашей стране, в то же время другие, широко применяемые в российской медицине, из рекомендаций исключены.

В поисках адекватной замены этим лекарственным средствам было проведено многоцентровое исследование AVES, в ходе которого классический препарат каптоприл сравнивался с моксонидином (Физиотенз, Abbott Products). В исследовании приняли участие более 200 пациентов. Уровень

Заключение

В последнее время в подходах к терапии гипертонических кризов наметились определенные изменения. Сегодня задачей врача является не только и не столько снижение артериального давления до определенного уровня, сколько предупреждение повторных кризов, а также защита органов-мишеней, страдающих от повышения АД. Для решения этих задач врачам необходимы

Физиотенз (моксонидин) может рассматриваться в качестве препарата выбора для лечения неосложненного гипертонического криза начиная с догоспитального этапа.

АД мониторировался каждые 15 минут в течение 6 часов после приема, а затем каждые 30 минут в течение 12 часов. На фоне лечения каптоприлом была выявлена тенденция к повышению АД через 6 часов, что требовало повторного приема препарата, в то время как в группе больных, получавших моксонидин, такого эффекта не наблюдалось.

В ходе исследования AVES было установлено, что снижение артериального давления у больных с неосложненным гипертоническим кризом наблюдалось уже к 30-й минуте от начала лечения, при этом снижение не превышало 25%. Продолжительность антигипертензивного эффекта сохранялась в течение 12 часов от начала лечения, кроме того, препарат оказывал нефропротективное действие. Таким образом, Физиотенз (моксонидин) может рассматриваться в качестве препарата выбора для лечения неосложненного гипертонического криза начиная с догоспитального этапа.

препараты нового поколения, обладающие более равномерным и продолжительным действием. Одним из таких средств является препарат Физиотенз (моксонидин) компании Abbott Products, который обладает достаточной доказательной базой, что позволяет рекомендовать его в качестве препарата выбора для лечения неосложненных гипертонических кризов. ➔