

ПАЦИЕНТ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ КОГДА ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ

Кардиологу всегда непросто и очень ответственно выступать в аудитории эндокринологов, потому что проблема артериальной гипертензии близка всем и еще потому, что больные артериальной гипертензией в нашей стране составляют почти 40% населения. Ну и самое важное для нас – это то, что артериальная гипертензия является важнейшим фактором риска сердечно-сосудистых осложнений. Согласно результатам крупнейшего исследования артериальной гипертензии, опубликованном в журнале «Ланцет» в 2002 г., повышение систолического артериального давления даже в пределах нормы – от 120 до 140 мм рт. ст. приводит к повышению риска смерти от сердечно-сосудистых осложнений. То же самое и при повышении диастолического давления от 70 до 80 мм рт. ст. Не случайно в настоящее время, согласно российским рекомендациям, артериальное давление ниже 140/90 мм рт. ст. считается целевым для всех категорий боль-

ных. Но если у пациентов имеется высокий и очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений, мы рекомендуем добиваться снижения артериального давления ниже 130/80 мм рт. ст.

Каковы основные признаки высокого и очень высокого риска сердечно-сосудистых осложнений? Прежде всего, это определенный уровень АД: САД > 180 мм рт. ст. и/или ДАД > 110 мм рт. ст. Либо САД > 160 мм рт. ст. при низком ДАД (< 70 мм рт. ст.). Это поражение органов-мишеней и сопутствующие сердечно-сосудистые и почечные заболевания. Но что самое главное для вас, эндокринологов, – это наличие у пациентов сахарного диабета и метаболического синдрома. Сейчас совершенно ясно, что монотерапия эффективна лишь у части больных АГ. Исследование HOT – оно было опубликовано давно, более 10 лет назад, но остается интересным и поучительным – показало, что для достижения целевых уровней АД необходимо назначать 2 и более препаратов. Эта мысль была подтверждена результатами исследований.

В одном из интересных исследований, опубликованном в 2004 г., была четко прослежена закономерность: по мере возрастания индекса массы тела эффективность монотерапии значительно снижается. И все большему числу пациентов требуется назначение двух, трех, четырех препаратов для достижения целевого уровня АД. Мы все хорошо знаем, что больные сахарным диабетом и метаболическим синдромом достаточно трудно поддаются анти-

гипертензивной терапии. В данном случае назначение двух и более препаратов является насущной необходимостью. Еще одно исследование, на этот раз отечественное. Пациенты в группе А, группе активной терапии, лечились с принципиальной установкой на достижение целевых уровней АД. Группа Б – это больные, которые, безусловно, лечились, но задачи достичь каких-то целевых уровней АД в этой группе не ставилось. Исходный уровень и систолического, и диастолического АД в группе А, группе активной терапии, был выше, чем в группе Б. В группе А на долю монотерапии пришлось чуть больше трети пациентов – 27%. Четырехкомпонентную терапию получали 34%, трехкомпонентная терапия была назначена 25%. И 13% – на двухкомпонентной терапии. В группе Б 75% пациентов находились на терапии одним или двумя препаратами. И только четверть получали трех- и четырехкомпонентную терапию. К концу года наблюдения возникла весьма красноречивая картина сердечно-сосудистых исходов. В группе А – 3 случая острого инфаркта миокарда, 1 случай острого нарушения кровообращения, 1 внесердечная смерть. В группе Б – 6 случаев острого инфаркта миокарда, 5 случаев острого нарушения мозгового кровообращения, 1 пациент перенес и инфаркт и инсульт, и очень большое количество гипертонических кризов – 8. Надеюсь, что наши российские исследования настроят вас, уважаемые эндокринологи, на более активное назначение современных схем антигипертензивной терапии. Хотелось бы обратить ваше внимание на то, что комбинированная терапия уже на старте лечения рекомендуется пациентам, имеющим артериальную гипертензию 2-й и 3-й степени с высоким и очень высоким риском развития осложнений. Сюда как раз и относятся больные с сахарным диабетом и метаболическим синдромом. Подумать о низкодозовой моноте-

Исследование/достигнутое САД

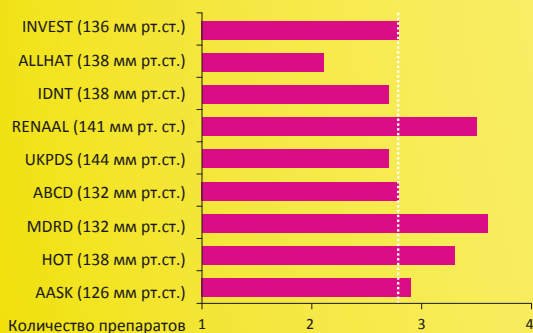


Рисунок 1. Количество антигипертензивных препаратов, необходимых для достижения целевого уровня АД

Таблица. Рациональные (эффективные) и нерациональные комбинации препаратов

Рациональные (эффективные)	Нерациональные
<ul style="list-style-type: none"> иАПФ + диуретик БРА + диуретик иАПФ + АК БРА + АК Дигидропиридиновый АК + БАБ АК + диуретик БАБ + диуретик БАБ + α-адреноблокатор 	<ul style="list-style-type: none"> Сочетания разных лекарственных средств, относящихся к одному классу антигипертензивных препаратов БАБ + недигидропиридиновый АК иАПФ + калийсберегающий диуретик БАБ + препарат центрального действия

В ПРАКТИКЕ ЭНДОКРИНОЛОГА: ИДУТ РУКА ОБ РУКУ

рапии на старте лечения мы рекомендуем только в том случае, если имеется высокое нормальное АД и гипертония 1 степени и низкий или умеренно-низкий риск сердечно-сосудистых осложнений.

Когда мы говорим о комбинированной терапии, надо понимать, что не все препараты хорошо сочетаются (см. таблицу).

Поэтому существует понятие о рациональной и эффективной комбинированной терапии. Какие требования предъявляются к препаратам для комбинированной терапии? Препараты должны иметь взаимодополняющее действие. Они должны как минимум не усиливать, а лучше противостоять побочным эффектам друг друга. Должно достигаться усиление антигипертензивного эффекта при их совместном применении. Препараты должны иметь близкие фармакодинамические и фармакокинетические показатели, это особенно важно для фиксированных комбинаций.


Фиксированные комбинации назначаются все чаще и чаще, и это неудивительно, потому что данный вид терапии обладает целым рядом преимуществ. Прежде всего это простота назначения и титрования дозы, это повышение приверженности пациента к лечению, потому что количество таблеток, которые он принимает, значительно меньше. Это потенцирование антигипертензивного эффекта, увеличение процента «ответчиков» на терапию, уменьшение частоты побочных эффектов, уменьшение стоимости лечения, потому что стоимость фиксированной комбинации меньше стоимости компонентов данной комбинации, если бы они приобретались по отдельности. И исключение возможности нерациональной комбинации, что также очень важно в клинической практике.

Наиболее крупное национальное исследование фиксированных комбинаций – это программа КЛИП-АККОРД, клиническая программа комбинированной терапии

Ко-Ренитеком 1 раз в день. Цель программы – изучить эффективность и безопасность антигипертензивной терапии у больных АГ разного возраста с высоким и очень высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений в условиях клинической практики. 30% больных, которые участвовали в исследовании, имели сахарный диабет и почти 50% имели ту или иную степень ожирения. Препарат Ко-Ренитек является наиболее востребованным, наиболее часто используемым представителем фиксированной комбинации ингибитора АПФ и тиазидного диуретика. Он содержит 20 мг эналаприла, это достаточно большая доза, и 12,5 мг гидрохлоротиазида. По всем современным международным стандартам доза эналаприла обладает хорошей эффективностью и практически полностью минимизирует неблагоприятное влияние гидрохлоротиазида. Эналаприл часто критикуют за то, что его действия не всегда хватает для того, чтобы контролировать АД в течение суток. Но в сочетании с небольшими дозами мочегонных препаратов эналаприл проявляет уже совершенно другие свойства. Поэтому фиксированное сочетание эналаприла с гидрохлоротиазидом – это уже новая лекарственная форма, которая обладает действительно длительным, 24-часовым действием. По окончании программы КЛИП-АККОРД уменьшение клинических проявлений артериальной гипертонии отметили 99,6% больных, нежелательные явления были достаточно редки, кашель был отмечен только в 2% случаев. И что важно, по окончании программы лечение Ко-Ренитеком продолжили 98% больных. И в заключение хочу привести нашу работу о влиянии Ко-Ренитека на уровни глюкозы и холестерина у больных с АГ и сахарным диабетом 2 типа. Мы их наблюдали в течение 16 недель и не выявили какого-либо ухудшения углеводного и липидного обмена (рисунок 2).



И.Е. Чазова, д.м.н., профессор, РКНПК Росздрава РФ

Таким образом, назначение 0,5-2 таблеток Ко-Ренитека может быть достаточно безопасной и эффективной терапевтической моделью лечения АГ у пациентов с СД 2 типа. 

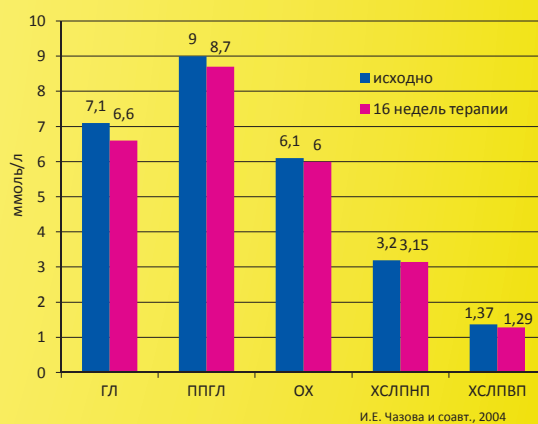


Рисунок 2. Ко-Ренитек при назначении в течение 16 недель у пациентов с АГ и СД типа 2 не ухудшает углеводный и липидный обмен