



Российский
национальный
исследовательский
медицинский
университет
им. Н.И. Пирогова

Пациентка с артериальной гипертензией, поражением органов-мишеней и постменопаузальным метаболическим синдромом

О.А. Кисляк, А.В. Стародубова

Адрес для переписки: Оксана Андреевна Кисляк, kisiakoa@mail.ru

В комбинированной терапии артериальной гипертензии предпочтение следует отдавать фиксированным комбинациям препаратов. Это способствует повышению приверженности пациентов лечению. В крупных клинических исследованиях одна из таких комбинаций, состоящая из телмисартана и амлодипина (препарат Твинста®), продемонстрировала мощное гипотензивное действие и органопротективный эффект.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, постменопаузальный метаболический синдром, Твинста

Больная Р., 56 лет. Доставлена в терапевтическое отделение больницы машиной скорой помощи в связи с повышением артериального давления (АД) до 210/100 мм рт. ст. Анамнез заболевания: страдает артериальной гипертензией около четырех лет, ранее АД максимально повышалось до 180/100 мм рт. ст. Лекарственные препараты пациентка регулярно не принимала, эпизодически использовала эналаприл. Стационарно не лечилась. *Перенесенные заболевания:* миома матки.

Наследственность: у матери артериальная гипертензия и сахарный диабет, у сестры артериальная гипертензия, ожирение, вес > 100 кг. Не курит. Алкоголь употребляет редко в умеренных количествах. Ведет малоподвижный образ жизни, диет не придерживается. *Гинекологический анамнез:* беременностей, аборт, родов не было. В 2002 г. оперативное лечение по поводу фиброзного узла в матке. Естественная менопауза. Последняя менструация в 52 года. *Состояние при поступлении:* удовлетворительное. Жалобы на голо-

вные боли, сердцебиение, чувство тревоги.

Масса тела 76 кг, рост 158 см, индекс массы тела (ИМТ) 30,44 кг/м². Окружность талии 102 см, бедер 102 см, отношение окружности талии к окружности бедер – 1. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное. Хрипы не выслушиваются. Частота дыхательных движений 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Частота сердечных сокращений (ЧСС) 84 уд/мин. АД 170/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Симптом Орнтера отрицательный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. Щитовидная железа не пальпируется.

Общий анализ крови, общий анализ мочи без патологических отклонений от нормы.

Биохимический анализ крови: общий холестерин 8,9 ммоль/л, липопротеины высокой плотности (ЛПВП) 0,9 ммоль/л, тригли-



церида 2,1 ммоль/л, сахар крови натощак 6,3 ммоль/л, через два часа после нагрузки глюкозой 8,0 ммоль/л, калий 4,6 ммоль/л, мочевая кислота 326 мкмоль/л, креатинин 94 мкмоль/л, скорость клубочковой фильтрации 56,9 мл/мин/1,73 м².

Суточное мониторирование АД: средние значения систолического АД (САД) 140 мм рт. ст., диастолического АД (ДАД) 80 мм рт. ст., пульсовое давление 60 мм рт. ст., индекс времени САД 64%, индекс времени ДАД 25%. Вариабельность САД 16,8 мм рт. ст., вариабельность ДАД 10,9 мм рт. ст.

День: средние значения САД 139 мм рт. ст., ДАД 80 мм рт. ст., пульсовое давление 59 мм рт. ст., индекс времени САД 46%, индекс времени ДАД 7%. Вариабельность САД 15 мм рт. ст., вариабельность ДАД 10,4 мм рт. ст.

Ночь: средние значения САД 142 мм рт. ст., ДАД 81 мм рт. ст., пульсовое давление 61 мм рт. ст., индекс времени САД 100%, индекс времени ДАД 61%. Вариабельность САД 11 мм рт. ст., вариабельность ДАД 7,8 мм рт. ст.

Суточный индекс САД 1,87%, суточный индекс ДАД 0,49%

ЭКГ: синусовая брадикардия. ЧСС 52 уд/мин. Горизонтальное положение электрической оси сердца.

ЭхоКГ: аорта 3,5 см, левое предсердие 3,36 см, конечный диастолический размер левого желудочка (ЛЖ) 4,94 см, конечный диастолический объем ЛЖ 114,96 мл, конечный систолический размер ЛЖ 2,42 см, конечный систолический объем ЛЖ 20,57 мл, толщина межжелудочковой перегородки 1,1 см, толщина задней стенки ЛЖ 1,1 см, фракция выброса 82,1%, фракция укорочения ЛЖ 51,01%, ударный объем 94,39 мл, ударный индекс 53,11 мл/мин², минутный объем 7,17 л/мин.

Допплерэхокардиография: максимальная скорость раннедиастолического наполнения ЛЖ 1,06 м/с, максимальная скорость позднедиастолического наполнения ЛЖ 0,94 м/с. Клапанный аппарат без патологических изменений, патологические внутрисердечные потоки не выявлены, зон асинергии

миокарда нет. Признаки диастолической дисфункции отсутствуют. Масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ) 232 г, индекс ММЛЖ 130 г/м².

Заключение: признаки гипертрофии левого желудочка.

Дуплексное сканирование артерий: скорость распространения пульсовой волны 16 м/с, толщина комплекса «интима – медиа» 1,07 мм.

У пациентки был диагностирован метаболический синдром согласно критериям Международной диабетической федерации (International Diabetes Federation – IDF) 2005 г. [1]: абдоминальное ожирение: окружность талии > 80 см (102 см), повышение уровня триглицеридов ≥ 1,7 ммоль/л (2,1 ммоль/л), снижение уровня ЛПВП < 1,2 ммоль/л у женщин (0,9 ммоль/л), нарушенная гликемия натощак – повышенный уровень глюкозы плазмы натощак ≥ 6,1 и < 7,0 ммоль/л (6,3 ммоль/л), нарушенная толерантность к глюкозе – повышенный уровень глюкозы плазмы через два часа после нагрузки 75 г безводной глюкозы при пероральном глюкозотолерантном тесте ≥ 7,8 и < 11,1 ммоль/л (8,0 ммоль/л), уровень АД > 140/90 мм рт. ст.

В результате обследования у больной была выявлена артериальная гипертензия III степени (повышение АД до 210/100 мм рт. ст.). Суточный мониторинг АД продемонстрировал особенности артериальной гипертензии у данной больной: стойкое высокое АД в ночные часы (non-dipper), повышенную вариабельность АД.

Дополнительное инструментальное обследование позволило выявить у пациентки поражение органов-мишеней:

- гипертрофию миокарда левого желудочка сердца по индексу ММЛЖ ≥ 95 г/м² у женщин (130 г/м²);
- утолщение стенки сонных артерий по комплексу «интима – медиа» > 0,9 мм (1,07 мм);
- значительное увеличение жесткости сосудистой стенки по скорости каротидно-фemorальной пульсовой волны > 10 м/с (16 м/с);

- хроническую болезнь почек III стадии: скорость клубочковой фильтрации от 30 до 59 мл/мин/1,73 м² (56,9 мл/мин/1,73 м²).

Диагноз: гипертоническая болезнь II стадии, артериальная гипертензия III степени, риск 4. Гипертрофия миокарда ЛЖ. Хроническая болезнь почек III стадии. Метаболический синдром. Абдоминальное ожирение. Дислипидемия. Нарушенная гликемия натощак. Нарушенная толерантность к глюкозе.

Согласно рекомендациям Европейского общества специалистов по лечению артериальной гипертензии (European Society of Hypertension – ESH) и Европейского общества кардиологов (European Society of Cardiology – ESC) 2013 г. больным артериальной гипертензией II и III степени с любым уровнем сердечно-сосудистого риска рекомендуется быстрое начало медикаментозной терапии одновременно с изменением образа жизни для достижения целевого уровня АД < 140/90 мм рт. ст. [2]. Рекомендуется ограничить потребление соли до 5–6 г в сутки, увеличить потребление овощей, фруктов, молочных продуктов с низким содержанием жира, снизить массу тела до ИМТ 25 кг/м² и окружность талии до < 88 см у женщин, регулярные физические нагрузки, например не менее 30 минут умеренной динамической физической активности в течение 5–7 дней в неделю.

Высокий риск у пациентки однозначно указывает на необходимость назначения комбинированной терапии.

Предпочтительными комбинациями в настоящее время считаются комбинации блокаторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) и блокаторов рецепторов ангиотензина II (БРА)) с тиазидными диуретиками или антагонистами кальция (АК).

В нашем случае предпочтительной комбинацией антигипертензивных препаратов (АГП) будет комбинация иАПФ или БРА

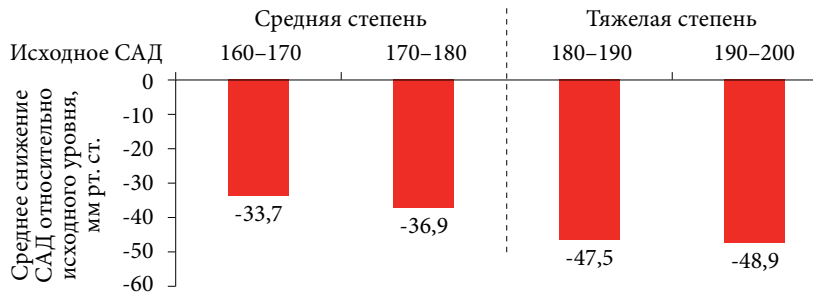


Рисунок. Эффективность препарата Твинста® (10 мг) для лечения пациентов с артериальной гипертензией II и III степени

с АК, поскольку у пациентки выявлены:

- гипертрофия левого желудочка (рекомендованы иАПФ или БРА, АК);
- метаболический синдром (рекомендованы иАПФ или БРА, АК);
- повышение скорости пульсовой волны, центрального САД (рекомендованы иАПФ или БРА, АК);
- повышенная вариабельность АД (рекомендованы АК);
- хроническая болезнь почек (рекомендованы иАПФ или БРА).

Для комбинированной терапии артериальной гипертензии могут

использоваться как нефиксированные, так и фиксированные комбинации (ФК) препаратов. Однако предпочтение следует отдавать ФК, содержащим два препарата в одной таблетке, поскольку приверженность лечению у больных, принимающих ФК, выше, чем у больных, использующих свободные комбинации АГП [3].

К фиксированным комбинациям АГП предъявляются следующие требования:

- у препаратов должен быть различный и взаимодополняющий механизм действия (например, БРА и АК);

- каждый из компонентов должен быть безопасным и эффективным АГП;
- комбинация препаратов должна приводить к лучшему результату, уменьшению количества нежелательных явлений и улучшению переносимости по сравнению с монотерапией компонентами.

Этим требованиям отвечает фиксированная комбинация БРА телмисартана и АК амлодипина (Твинста®), которая может быть назначена пациентке. В этой комбинации оба компонента доказали влияние на конечные точки в крупных клинических исследованиях, продемонстрировали мощное гипотензивное действие и органопротективный эффект, положительное влияние на метаболические характеристики или метаболическую нейтральность у пациентов с метаболическим синдромом, значительную продолжительность действия. В исследовании применения фиксированной комбинации показана высокая эффективность при лечении пациентов с артериальной гипертензией II и III степени [4, 5] (см. рисунок). ☺

Литература

1. Alberti K.G., Zimmet P., Shaw J., IDF Epidemiology Task Force Consensus Group. The metabolic syndrome – a new worldwide definition // Lancet. 2005. Vol. 366. № 9491. P. 1059–1062.
2. Mancia G., Fagard R., Narkiewicz K. et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) // J. Hypertens. 2013. Vol. 31. № 7. P. 1281–1357.
3. Российское медицинское общество по артериальной гипертензии (РМОАГ), Всероссийское научное общество кардиологов (ВНОК). Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (четвертый пересмотр) // Системные гипертензии. 2010. № 3. С. 5–26.
4. Littlejohn T.W., Majul C.R., Olvera R. et al. Results of treatment with telmisartan-amlodipine in hypertensive patients // J. Clin. Hypertens. 2009. Vol. 11. № 4. P. 207–213.
5. Neutel J., Mancia G., Black H. et al. Single-pill combination of telmisartan 80 mg/amlodipine 10 mg provides superior blood pressure reductions in patients with severe hypertension Teamsta severe HTN study // J. Hypertens. 2010. Vol. 28. Suppl. A. e46. Abstr. HT.1.04.

Arterial hypertension, organ damage and postmenopausal metabolic syndrome: a clinical case

O.A. Kislyak, A.V. Starodubova

Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov

Contact person: Oksana Andreyevna Kislyak, kisiakoa@mail.ru

Fixed combinations of antihypertensives are characterized by higher patient adherence and should be regarded as first-choice medications for arterial hypertension. In large clinical trials, fixed combination of telmisartan and amlodipine (Twynsta®) has demonstrated good hypotensive effect and organs protection.

Key words: arterial hypertension, postmenopausal metabolic syndrome, Twynsta