

Типичные ошибки в лечении артериальной гипертензии

А.В. Мелехов, Я.И. Учаева

Распространенность артериальной гипертензии, значимое влияние ее на прогноз пациентов делают это заболевание важной медико-социальной проблемой. Скучная симптоматика нередко приводит к недооценке серьезности заболевания пациентом, что снижает частоту обращений к врачу на ранней стадии заболевания. Основной целью лечения является максимальное снижение риска развития сердечно-сосудистых осложнений, реализуемое через снижение артериального давления. Для достижения положительных результатов в лечении гипертонической болезни необходима совместная работа врача и пациента. Одним из способов повышения эффективности терапии является применение фиксированных комбинаций гипотензивных лекарств.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, медикаментозная терапия, гипотензивные препараты, генерики, фиксированные комбинации, Конкор АМ.

Распространенность гипертонической болезни в Российской Федерации высока и составляет в среднем 39,5% (у мужчин 37,2%, у женщин 40,4%), однако только 21,5% больных получают адекватное лечение [1]. Целью лечения является нормализация артериального давления (АД), обеспечивающая улучшение прогноза пациентов, снижение риска развития осложнений артериальной гипертензии (АГ), таких как инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, хроническая сердечная недостаточность, снижение почечной функции, а также улучшение качества их жизни.

В настоящее время ведение больных АГ регламентируется отечественными рекомендациями, разработанными с учетом рекомендаций европейских экспертов [2, 3].

Для успешного лечения гипертонической болезни необходимо сочетание немедикаментозной терапии и рационального применения гипотензивных лекарств. Необходимость и конкретные способы изменения образа жизни должны подробно объясняться всем пациентам, однако на практике врачи нередко пренебрегают этим или лишены возможности заниматься санпросветработой из-за высокой нагрузки и нехватки времени общения с больным. Однако в тех случаях, когда пациенту удается выполнять рекомендации по модификации факторов риска, нередко даже одних этих мероприятий хватает для нормализации АД или по крайней мере его снижения и уменьшения потребности в гипотензивных препаратах, что, безусловно, снижает риск сердечно-сосудистых осложнений. В то же время усилия по разъяснению принципов здорового образа жизни даже самого добросовестного врача часто оказываются

неэффективны: не все пациенты следуют рекомендациям и хотят изменить образ жизни, отказаться от вредных привычек, многие самостоятельно меняют (и не в лучшую сторону) назначенную схему лечения, не контролируют АД. Всё это, несомненно, снижает эффективность антигипертензивной терапии.

При подборе гипотензивной терапии необходимо помнить, что отечественные и европейские эксперты выделяют пять групп гипотензивных препаратов первого ряда: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), антагонисты рецепторов ангиотензина, β -адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов, диуретики. В результате анализа большого количества рандомизированных исследований был сделан вывод, что основная польза антигипертензивной терапии заключается именно в самом снижении АД и не зависит от того, какой именно класс препаратов для этого используется [2, 3].

Довольно редко мы видим пациентов, страдающих только АГ, не сочетающейся с состояниями или заболеваниями, определяющими выбор какого-либо конкретного класса гипотензивных лекарств. Так, например, при сопутствующей ишемической болезни сердца (что встречается очень часто) или тахикардии предпочтительнее назначать β -адреноблокаторы. У пациентов с сердечной недостаточностью рационально начать лечение с ИАПФ или, при их непереносимости, – с антагонистов рецепторов ангиотензина II. Застой или отечный синдром другой природы у больного АГ делает обоснованным применение диуретиков.

Использование этих препаратов в виде монотерапии возможно у пациентов с умеренным повышением АД низкого и среднего риска. Однако гораздо чаще мы имеем дело с более тяжелыми больными, у которых для достижения целевых значений АД необходимо использование комбинированной терапии. Назначение препаратов с различными механизмами действия, влияющих на различные зве-

Кафедра госпитальной терапии № 2 лечебного факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, Москва.

Александр Всеволодович Мелехов – канд. мед. наук, доцент.

Ярослава Ивановна Учаева – аспирант.

Типичные врачебные ошибки при ведении больных АГ

Ошибки на этапе диагностики и оценки эффективности лечения	Ошибки немедикаментозной терапии	Ошибки медикаментозной терапии
<ol style="list-style-type: none"> 1. Невыявление маскированной и вторичной АГ 2. Невыявление псевдогипертонии 3. Невыявление низкого комплайенса пациента 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Недостаточное ограничение потребления соли 2. Неагрессивная борьба с курением 3. Неэффективная борьба с гиподинамией 4. Неэффективное снижение массы тела 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Назначение гипотензивных препаратов не первого ряда 2. Использование недостаточных доз лекарственных средств 3. Неоправданное применение монотерапии вместо комбинированной терапии 4. Применение генерических препаратов с недоказанной терапевтической эквивалентностью 5. Применение нерациональных комбинаций гипотензивных препаратов

няя патогенеза АГ, позволяет быстрее добиться снижения АД до целевых показателей. Нередко такая тактика более оправдана, чем постепенное увеличение дозы или смена препаратов различных классов при монотерапии. На это у пациентов, находящихся под наибольшей угрозой, просто нет времени – риск развития сердечно-сосудистых осложнений слишком высок.

И всё же, несмотря на существующие рекомендации по ведению пациентов с АГ, врачи в повседневной практике сталкиваются с трудностями подбора препаратов, ведь при этом необходимо учитывать множество аспектов: факторы риска, имеющиеся у пациента, поражение органов-мишеней, наличие сердечно-сосудистых заболеваний, сопутствующую патологию, возможные взаимодействия с другими лекарственными средствами, а также стоимость лечения.

Одной из распространенных ошибок при подборе терапии АГ является применение лекарственных средств, не относящихся к препаратам первого ряда, т.е. не имеющих уверенной доказательной базы в отношении влияния на АД, качество жизни, органы-мишени и прогноз пациентов (таблица).

Селективные α_1 -адреноблокаторы (празозин, доксазозин), конкурентные антагонисты постсинаптических α_1 -рецепторов, предотвращают их активацию под действием катехоламинов и снижают тонус гладкой мускулатуры сосудов, уменьшая общее периферическое сопротивление и не изменяя сердечный выброс. Стимуляторы имидазолиновых рецепторов (моксонидин) снижают активность сосудодвигательного центра и уменьшают периферическое сопротивление сосудов за счет подавления симпатической иннервации, а также уменьшают уровень ренина плазмы и ангиотензина II, при этом сердечный выброс и частота сердечных сокращений не изменяются. Гораздо реже стали использоваться препараты центрального действия (клонидин) и симпатолитики (резерпин).

Некоторые из таких гипотензивных средств сохраняют неоправданную популярность у врачей и пациентов. Они действительно позволяют быстро снижать АД, однако нередко приводят к развитию побочных эффектов, например “рикошетному” повышению АД. И самое главное, в отличие от препаратов первого ряда у вышеперечисленных средств

отсутствуют доказательства положительного влияния на течение АГ и продолжительность жизни больных.

Допустимо использование α -блокаторов или моксонидина в составе комбинированной терапии, когда исчерпаны возможности препаратов остальных групп, т.е. добавлять их к 4-компонентной схеме, которую пациент уже получает без достижения целевых значений АД (важно убедиться в том, что рефрактерность АГ к лечению истинная). Попасть в состав комбинации до этого они могут только при наличии убедительных данных о непереносимости препаратов основных групп или противопоказаний к ним. Возможными нишами их применения также остаются “скорпомощные” ситуации – значительные подъемы АД, гипертонические кризы, когда быстрота наступления гипотензивного эффекта важнее его непродолжительности, а также отсутствие под рукой препаратов первого ряда.

Усложнение схемы гипотензивной терапии (режима дозирования, количества препаратов в комбинации) часто снижает приверженность пациента к лечению, его комплайнс, в том числе из-за увеличения затрат на лечение. В последнее время активно развивается особое направление в фармакотерапии АГ, позволяющее добиться компромисса между эффективностью комбинированной терапии и приемлемым комплайнсом пациента, – применение фиксированных комбинаций гипотензивных препаратов. Один из таких препаратов, относительно недавно появившийся в нашем арсенале, – Конкор АМ, сочетающий под одной оболочкой бисопролол и амлодипин. В приведенном клиническом примере иллюстрируются возможности оптимизации комбинированной гипотензивной терапии с помощью этого препарата.

Пациент К., 56 лет, отмечает повышение АД до 160/90 мм рт. ст., сопровождающееся интенсивными головными болями, головокружением, тошнотой, снижением остроты зрения. Курит в течение 30 лет по 1 пачке в день, диагностирована хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Кроме того, страдает сахарным диабетом 2-го типа, компенсирован на фоне приема 850 мг метформина в сутки. Индекс массы тела 34,1 кг/м².

Наличие сахарного диабета сразу позволяет отнести пациента к группе очень высокого сердечно-сосудистого риска, поэтому стартовая гипотензивная терапия должна

быть комбинированной. Выбор ИАПФ вполне обоснован, так как этот препарат обладает не только гипотензивным действием, но и способен замедлить прогрессирование диабетической нефропатии. Пациенту был назначен эналаприл, доза которого постепенно была увеличена с 5 до 20 мг 2 раза в сутки. Вторым компонентом схемы стал моксонидин в дозе 0,2 мг/сут. Лечащий врач обосновал свой выбор данными о его положительном влиянии на избыточную массу тела и пищевое поведение. Кроме того, он опасался возможного негативного эффекта на углеводный и липидный обмен при выборе тиазидных диуретиков и усугубления бронхиальной обструкции при использовании β -блокаторов. Стойкий гипотензивный эффект достигнут не был, в связи с чем доза моксонидина была увеличена до 0,4 мг/сут. Состояние пациента улучшилось, в течение короткого срока достигнуты целевые показатели АД. Но в последующем больной стал отмечать повышенную утомляемость, головную боль, сонливость, слабость в ногах, учащенное сердцебиение, АД снизилось до 90/60 мм рт. ст., несколько раз возникали пресинкопальные состояния. При этом по данным суточного мониторирования АД (СМАД) сохранялась АГ в ночное время (non-dipper).

Лечение пересмотрено. Первый компонент схемы не изменился (эналаприл 20 мг 2 раза в сутки), а моксонидин заменен на Конкор АМ в дозе 5 мг бисопролола и 5 мг амлодипина 1 раз в сутки. Таким образом оказывается воздействие на три патогенетических механизма АГ: блокируются избыточные эффекты ренин-ангиотензин-альдостероновой и симпатoadреналовой систем, а амлодипин оказывает прямое вазодилатирующее действие. Применение высокоселективного β -адреноблокатора безопасно у больного с ХОБЛ, он также не оказывает существенного влияния на углеводный и липидный обмен, что было подтверждено при контрольном биохимическом анализе крови через 2 мес приема. Самочувствие больного улучшилось, лечение переносит хорошо. По данным СМАД достигнуто целевое АД, нормализовались циркадные колебания АД. Отказаться от курения пациент не смог, несмотря на консультацию психолога и никотинзамещающую терапию.

Еще одной распространенной ошибкой в лечении АГ является применение гипотензивных препаратов в недостаточных, а именно в меньших, чем терапевтические, дозах. Нередко врач неоправданно опасается развития гипотензии и, назначив лекарственный препарат в начальной дозе, в дальнейшем ее не увеличивает, несмотря на остающиеся вне целевого диапазона значения АД. В лучшем случае предпринимают попытку комбинирования лекарственных препаратов, однако, если и второй компонент комбинации используется в низкой дозе, лечение продолжает быть неэффективным. Часто приходится видеть больных, получающих гипотензивные средства 3–4 групп в недостаточных дозах и не достигающих из-за этого целевого АД, что может неверно интерпретироваться как резистентная к лечению

АГ. Правило применения гипотензивных лекарств в минимально эффективных дозах в таких случаях искажается, так как акцент в нем должен делаться на слове “эффективных”, а не “минимально”. Приводим описание клинического случая, иллюстрирующего эту проблему.

Пациентка Е., 68 лет, с АГ III степени (АД повышается до 200/100 мм рт. ст.), перенесшая инфаркт миокарда, обратилась к терапевту в связи с головными болями, выраженной слабостью, учащенным сердцебиением, возникающими на фоне повышения АД. При расспросе также выявлены жалобы на боли ангинозного характера. Обследована. По результатам суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру выявлены 10–15-минутные эпизоды горизонтальной депрессии сегмента ST глубиной до 2 мм в отведениях I, aVL, V₅–V₆ (нагрузочная проба не проведена из-за тяжелого деформирующего остеоартроза). В биохимическом анализе крови обращало на себя внимание повышение уровня креатинина до 135 мкмоль/л, гиперлипидемия IIIb типа. Поскольку стабильная ишемическая болезнь сердца является самостоятельным показанием для назначения ИАПФ и β -блокаторов, гипотензивная терапия была начата с комбинации фозиноприла 10 мг 2 раза в сутки и бисопролола 2,5 мг 1 раз в сутки, назначены статин и Кардиомагил. Однако на фоне такого лечения АД снизилось недостаточно. Последовательно в схему добавлены индапамид 1,5 мг/сут и амлодипин 5 мг/сут. Тем не менее даже 4-компонентная схема, включавшая тиазидный диуретик, не позволяла добиться целевых значений АД, кроме того, сохранялись боли в груди при физической нагрузке выше повседневной. Ситуация расценена как “резистентная АГ”, больная направлена в стационар для проведения денервации почечных артерий.

Перед проведением инвазивного лечения медикаментозная терапия была оценена более строго и изменена. Прием ИАПФ фозиноприла и индапамида продолжен в прежней дозе. Бисопролол и амлодипин заменены фиксированной комбинацией – Конкор АМ (5 мг + 5 мг/сут с дальнейшим увеличением дозы амлодипина – 5 мг + 10 мг). На этом фоне по данным СМАД достигнуты целевые показатели АД, уровень креатинина не увеличился. Пациентка направлена на коронароангиографию. Таким образом, использование фактически тех же лекарственных препаратов, но в правильных дозах и фиксированной комбинации, увеличивающей комплайнс, позволили улучшить состояние больной и избежать инвазивной процедуры.

Хороший комплайнс играет очень важную роль в эффективности гипотензивной терапии у пациентов со стойким повышением АД. Больной должен четко понимать, что нерегулярный прием лекарственных средств не принесет желаемого результата и может вызвать ряд осложнений. Естественно, одной из важнейших причин отказа от лечения может явиться неудобная схема применения препарата и необходимость принимать одновременно много разных

лекарств. В таких ситуациях фиксированные комбинации – один из самых простых способов улучшить приверженность больных к лечению.

Оригинальные препараты не всегда доступны пациентам, поэтому очень часто на первый план выходят генерики. Несмотря на то что действующее вещество у этих лекарств одинаково, их клиническая эффективность может значительно отличаться. Поэтому соотношение цена–эффективность в большинстве случаев остается на стороне оригинальных средств [4–6].

Пациент Л., 59 лет, длительно страдает АГ с максимальным повышением АД до 175/90 мм рт. ст., а также описывает клинику стенокардии на уровне II функционального класса. Он обратился к терапевту в связи с ухудшением самочувствия на фоне нестабильных показателей АД. С учетом непереносимости ИАПФ и антагонистов рецепторов к ангиотензину (при попытках титрования – значительное обратимое снижение функции почек) пациенту был назначен генерический амлодипин (5 мг/сут) в комбинации с генерическим же препаратом метопролола тартрата в дозе 12,5 мг 2 раза в сутки. Через 2 нед в связи с недостаточным гипотензивным эффектом доза обоих препаратов была увеличена в 2 раза. При самоконтроле, который пациент проводил нерегулярно, АД значительно снизилось. Однако сохранялись частые головные боли, тяжесть в голове, умеренное головокружение, ангинозные боли. Было проведено СМАД: индекс нагрузки давлением оставался значительно выше нормы. Произведена замена принимаемых лекарств на фиксированную комбинацию оригинальных бисопролола и амлодипина Конкор АМ 10 мг + 5 мг. С целью профилактики сердечно-сосудистых осложнений добавлены статин и препарат ацетилсалициловой кислоты. На фоне терапии Конкором АМ самочувствие пациента значительно улучшилось, по данным СМАД были достигну-

ты целевые показатели АД и частоты сердечных сокращений. Ангинозные боли не беспокоят, в связи с чем от проведения коронарографии больной отказался.

Ошибки в лечении гипертонической болезни встречаются в клинической практике довольно часто, однако избежать их не составляет большого труда. Во-первых, важно всегда начинать лечение АГ с коррекции модифицируемых факторов риска и стимулировать пациента вести здоровый образ жизни. Во-вторых, при выборе стартовой гипотензивной терапии необходимо руководствоваться современными рекомендациями, учитывать факторы риска и наличие сопутствующих заболеваний у пациента. Наконец, в-третьих, нужно стараться увеличить комплаинс больного с целью добиться более стойкого гипотензивного эффекта и улучшить сердечно-сосудистый прогноз. В этом могут помочь фиксированные комбинации гипотензивных средств.

Список литературы

1. Шальнова С.А., Баланова Ю.А., Константинов В.В. и др. Артериальная гипертония: распространенность, осведомленность, прием антигипертензивных препаратов и эффективность лечения среди населения Российской Федерации // Рос. кардиол. журн. 2006. № 4. С. 45–50.
2. РМОАГ; ВНОК. Диагностика и лечение артериальной гипертонии. Российские рекомендации (4-й пересмотр) // Сист. гипертен. 2010. № 3. С. 5–26. http://arrhythmology.pro/files/pdf/gb_nac_rekomendacii-2010%5B1%5D.pdf
3. Рекомендации по лечению артериальной гипертонии ESH/ESC 2013 // Рос. кардиол. журн. 2014. № 1. С. 7–94. <http://www.scardio.ru/content/Guidelines/ESHypertension2013.pdf>
4. Максимов М.Л. Выбор между оригиналом и генериком в повседневной практике // Лечебное дело. 2012. № 1. С. 10–15.
5. Григорьева Н.Ю., Шарабрин Е.Г., Кузнецов А.Н. Сравнение клинической эффективности оригинального препарата бисопролола и его дженерика у больных стабильной стенокардией в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких // Рац. фармакотер. кардиол. 2010. Т. 6. № 4. С. 497–501.
6. Толпыгина С.Н., Марцевич С.Ю. Бисопролол в лечении артериальной гипертонии // Фарматека. 2008. № 20. С. 114–120. ●

Уважаемые читатели!

Издательство “Атмосфера” идет в ногу со временем и открывает на своем сайте раздел **электронных версий** своих книг. Теперь вы можете приобрести не только традиционную бумажную книгу в картонном переплете, но и .pdf-файл, снабженный гиперссылками на каждую главу издания. В электронной версии проще отыскать рисунок и таблицу. Чтобы обратиться к ним, достаточно нажать на ссылку на каждый из них. Исчезла зависимость от тиража – вы можете приобрести даже те бестселлеры, тираж которых уже разошелся, такие как “Саркоидоз” (<http://atm-press.ru/index.php/knigi/respiratornaya-meditcina/sarko-detail>) или “Заболевания органов дыхания при беременности” (<http://atm-press.ru/index.php/knigi/respiratornaya-meditcina/dihanie-detail>). Упростилось получение вами книг – в течение двух рабочих дней после оплаты требуемые файлы придут на ваш e-mail. Ну и наконец, цена – электронные версии наших книг гораздо дешевле, чем бумажные издания.

Заказывайте электронные версии книг издательства “Атмосфера” на сайте <http://atm-press.ru>, а также по телефону: (495) 730-63-51 и по e-mail: atm-press2012@yandex.ru