

Гіпертензивний криз: як лікувати те, чого не має бути?

Вкотре на сторінках нашого видання ми повертаємося до розгляду такого питання, як надання допомоги при гіпертензивних кризах (ГК). Незважаючи на наявність у лікарському арсеналі сучасних високоєфективних антигіпертензивних засобів і постійну інформаційно-просвітницьку кампанію щодо правильних підходів до лікування артеріальної гіпертензії (АГ), ця проблема залишається дуже актуальною. ГК є однією з найчастіших причин виклику швидкої чи невідкладної допомоги, саме внаслідок ГК більшість хворих дістають інвалідизуючі незворотні ураження життєво важливих органів, що призводить до подальших соціальних проблем та економічних збитків.

При значному підвищенні артеріального тиску (АТ) у зоні ризику опиняються серце, судини, головний мозок, нирки й орган зору. Своєчасність реагування на це пацієнта, його близьких і медичних працівників, досягнення контролю АТ мають вирішальне значення для життєвого прогнозу, адже спектр можливих наслідків ГК включає такі смертельно небезпечні ускладнення, як внутрішньомозковий крововилив, набряк легень, гостре розшарування аорти. За даними іноземних авторів, смертність серед пацієнтів із кризовим перебігом АГ, які не звертаються по медичну допомогу, сягає 84% протягом року, тоді як при адекватній терапії показник 5-річного виживання становив 74% (B. Zampaglione et al., 1996; C. Kitiyakara, N.J. Guzman, 1998).

Важко узагальнити соціально-економічні наслідки ГК і виділити конкретні причини кризового перебігу АГ. Вочевидь, вони відрізняються в різних країнах і системах охорони здоров'я. Проте жодна країна ще не доповіла про повне подолання проблеми ГК. Щодо України, то одним із головних факторів є хибні уявлення населення про медичну допомогу, нерозуміння справжніх цілей антигіпертензивної терапії, як наслідок, формується низька прихильність до лікування, що призначає лікар, або шкідлива звичка до самолікування. Всупереч сучасним принципам постійного контролю АТ серед пацієнтів панує міф про те, що знижувати тиск треба тоді, коли він надзвичайно високий. На жаль, не останню роль відіграє вартість антигіпертензивних препаратів (АГП), яка за останні 3 роки перевищила психологічно прийнятну цифру 50 грн на місяць і продовжує зростати. Особливо гостро питання цінової доступності ліків стоїть перед соціально незахищеними верствами населення та пенсіонерами, серед яких найбільша частка гіпертоніків. Державна програма відшкодування вартості ліків поки що не покриває всіх потреб цієї категорії пацієнтів.

Проте проблема ГК залишається вкрай актуальною й у країнах із високим рівнем доходів на душу населення. Так, у США ефективні програми профілактики серцево-судинних захворювань і призначення сучасних АГП призвели до зниження частоти невідкладних станів, пов'язаних з АГ, із 7 до 1% (P.H. Shayne, S.R. Pitts, 2003). Виживання пацієнтів із кризовим перебігом АГ підвищилось з 20% (до 1950 року) до більш як 90% у наш час (R. Rhoades, R. Pflanzner, 1996). Незважаючи на це, кількість звернень по невідкладну допомогу з приводу ГК у США збільшилася вдвічі з 2006 по 2013 рік (A.T. Janke et al., 2016).

Відомо, що раптове підвищення АТ може бути спровоковане навіть у пацієнтів із високою прихильністю до базисної терапії такими факторами, як фізична перевтома чи психологічний стрес, зловживання напоями з кофеїном або солоними стравами, порушення циркадного ритму, різка зміна атмосферного тиску, гіперінсоляція, у жінок – зміна гормонального статусу.

Отже, те, про що, здавалося би, ми мали забути на тлі впровадження ефективних стратегій контролю АТ, нагадає про себе щоденно та продовжує забирати життя. Тому кожен лікар має пам'ятати послідовність дій при контакті з пацієнтом, у якого виявлено кризове підвищення АТ. Орієнтиром слугують клінічні протоколи й настанови.

Ведення пацієнтів з АГ в Україні регламентовано Уніфікованим клінічним протоколом (далі – Протокол) первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія» (Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 24 травня 2012 року № 384).

У Протоколі зосереджено увагу на основних етапах надання медичної допомоги пацієнтам із підвищенням АТ, а саме:

- оцінка рівня АТ і діагностика АГ;
- стратифікація ризику для призначення диференційованої терапії;
- призначення лікування для досягнення цільового рівня АТ;
- залучення пацієнтів до поінформованої участі в процесі надання медичної допомоги.

Реалізація положень Протоколу на практиці має забезпечити досягнення й підтримання цільового рівня АТ у переважній більшості пацієнтів завдяки своєчасній діагностиці та призначення терапії препаратами першого ряду – блокаторами ренін-ангіотензинової системи, діуретиками, β-блокаторами. У Протоколі також є розділ із надання допомоги при ГК. Отже, якими мають бути дії лікаря?

Звертаємося до Протоколу

Гіпертензивний криз – це раптове значне підвищення АТ від базового рівня (нормального чи підвищеного), що майже завжди супроводжується появою чи посиленням розладів з боку органів-мішеней або вегетативної нервової системи. ГК, як ускладнені, так і неускладнені, потребують надання невідкладної медичної допомоги для запобігання чи обмеження ураження органів-мішеней.

Алгоритм дій лікаря загальної практики при наданні медичної допомоги пацієнтові з неускладненим ГК

1. Забезпечити моніторинг АТ.
2. Заспокоїти пацієнта й пояснити тактику лікування (за необхідності призначити седативні препарати).
3. Оцінити клінічний стан, у тому числі ризик виникнення ускладнень, які загрожують життю, визначити причину підвищення АТ (уточнити, коли останній раз пацієнт приймав планові антигіпертензивні лікарські засоби).

ГК		
Неускладнений	Ускладнений	
Оцінка стану	Відсутні ознаки гострого чи прогресуючого порушення уражених органів-мішеней. Можливі клінічні симптоми: – головний біль; – кардіалгія; – екстрасистолія; – розлади вегетативної нервової системи (тривожність, тремтіння, часте сечовиділення)	Ознаки гострого чи прогресуючого порушення уражених органів-мішеней: інфаркт міокарда, інсульт, гостра недостатність лівого шлуночка, гостре розшарування аневризми, нестабільна стенокардія, аритмії (пароксизмальна тахікардія, фібриляція передсердь), транзиторна ішемічна атака, еклампсія, гостра гіпертензивна енцефалопатія, кровотеча (в тому числі післяопераційна, носова)
Лікування	Амбулаторне лікування. Зниження АТ упродовж кількох годин орієнтовно на 25% упродовж першої години чи до 160/100 мм рт. ст. Перевага віддається препаратам для перорального прийому	Термінова госпіталізація до відділення інтенсивної терапії. Зниження АТ упродовж години. Внутрішньовенне введення препаратів

Лікарський засіб	Доза та спосіб введення	Час дії	Побічні ефекти
Каптоприл	25 мг під язик або перорально, за необхідності повторити через 90-120 хв до 100 мг каптоприлу	Початок дії – 15-30 хв, максимум – 30-90 хв, тривалість – 4-6 год	Гіпотензія в пацієнтів із ренінзалежною гіпертензією
Ніфедипін (таблетки/краплі) (+ пропранолол 20 мг для запобігання рефлексорній тахікардії)	5-10 мг під язик / 5 крапель	Початок дії – 15-30 хв, тривалість – до 6 год	Головний біль, тахікардія, почервоніння обличчя
Клонідин	0,075-0,3 мг перорально	30-60 хв	Сухість у роті, сонливість. Протипоказаний при атріовентрикулярній блокаді
Пропранолол	20-40 мг сублінгвально	15-30 хв, тривалість – до 6 год	Брадикардія, бронхообструкція
Фуросемід	40 мг перорально	30-60 хв	Ортостатична гіпотензія, слабкість
Торасемід	10-20 мг перорально	30-60 хв	Ортостатична гіпотензія, слабкість
Бендазол 1% розчин	3-5 мл внутрішньовенно 4-8 мл внутрішньом'язово	10-30 хв	Більш ефективний у комбінації з іншими антигіпертензивними засобами

4. Надати АГП (сублінгвально/перорально). Лікар обирає препарат (або комбінацію препаратів), орієнтуючись на стан пацієнта (вік, рівень АТ, частота серцевих скорочень (ЧСС), наявність вегетативних розладів і супутньої патології), положення цього Протоколу й досвід пацієнта щодо використання АГП.

Зниження рівня АТ при неускладненому ГК здійснюється впродовж годин/добі. АТ потрібно знизити до відносно безпечного рівня, швидкість зниження середнього АТ має становити не більш як 25% упродовж першої години. Для того щоб уникнути надмірного зниження АТ, рекомендовано починати лікування з низьких доз АГП, за необхідності повторити їх прийом через 1-2 год.

Особливо обережно потрібно підходити до зниження АТ у пацієнтів з ознаками вираженого атеросклерозу, зокрема пацієнтів старечого віку. У цієї категорії пацієнтів призначення блокаторів кальцієвих каналів короткої дії (ніфедипіну) може призвести до розвитку нападу стенокардії внаслідок швидкої та вираженої гіпотензивної дії препарату та розвитку синдрому обкрадання. За необхідності призначення ніфедипіну його призначають у 1/2-1/3 стандартної дози в комбінації з пропранололом (за відсутності протипоказань).

5. Важливо узгодити з пацієнтом дозу та час наступного прийому призначених АГП, щоби запобігти підвищенню АТ. У разі потреби здійснити корекцію планової терапії.

6. Якщо необхідно, провести інструментальні/лабораторні дослідження: електрокардіографію, офтальмоскопію очного дна тощо – для виявлення потенційно небезпечного ураження органів-мішеней і можливої причини кризового перебігу АГ.

7. У разі неможливості забезпечення моніторингу АТ і клінічних симптомів пацієнт із ГК підлягає госпіталізації.

Провідним патогенетичним чинником розвитку та прогресування ГК є гіперактивація ренін-ангіотензин-альдостеронової системи (РААС), що обґрунтовує застосування при кризах інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту (АПФ). Серед препаратів, рекомендованих для зниження АТ при ГК, в Україні на першому місці стоїть добре відомий лікарям і пацієнтам інгібітор АПФ каптоприл. Такий вибір пояснюється швидким і потужним гіпотензивним ефектом препарату, а також добре вивченим профілем

безпеки. Незважаючи на появу нових антигіпертензивних засобів цієї групи з більш виразною спорідненістю до АПФ і тривалішою дією, каптоприл продовжує широко застосовуватися в лікуванні різних форм АГ.

Треба зазначити, що чинні експертні рекомендації з терапії ГК мають переважно емпіричний характер. Вибір препаратів ґрунтується на їхніх властивостях швидко знижувати АТ. У рекомендаціях Європейського товариства кардіологів із лікування АГ (2013) у розділах, присвячених злякисній гіпертензії та ГК (hypertensive emergencies and urgencies), викладені принципи зниження кризового АТ, схожі з такими, що перелічені в Протоколі, хоча вибір препаратів дещо інший. Акцент зроблено на внутрішньовенних засобах для контролю АТ на тлі ускладнених ГК. Експерти відзначають дефіцит прямих доказів переваг одних препаратів над іншими. У нещодавно оновлених американських рекомендаціях із лікування дорослих пацієнтів з АГ (P.K. Whelton et al., 2017) також є розділ по ГК, у якому експерти констатують

відсутність значущих рандомізованих контрольованих досліджень, у яких порівнювалися би різні стратегії зниження АТ при кризовому підвищенні. Первинна задача надання допомоги пацієнту з ГК – знизити АТ до безпечних значень, і всі препарати швидкої дії роблять це приблизно однаково.

На тлі відсутності якісної доказової бази щодо лікування ГК застосування каптоприлу при неускладнених кризових підвищеннях АТ має низку переваг:

- вплив на домінуючу систему в патогенезі ГК – РААС (на відміну від діуретиків та антагоністів кальцію);
- швидкий гіпотензивний ефект без супутнього підвищення ЧСС (на відміну від нітратів та антагоністів кальцію);
- нижча вартість порівняно з більшістю інших лікарських засобів;
- зручність завдяки можливості самостійно приймати препарат (1 таблетка перорально, сублінгвально).

Антигіпертензивна дія інгібіторів АПФ посилюється й подовжується при комбінуванні з тiazидним діуретиком. Препарати Каптопрес-Дарниця (ПрАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця») (фіксована комбінація каптоприлу в дозі 50 мг і гідрохлортиазиду в дозі 25 мг), а також Каптопрес-12,5 з удвічі меншим дозуванням гідрохлортиазиду протягом двох десятиліть застосовуються в лікуванні АГ, насамперед для усунення пікових підйомів АТ, які можуть виникати з різних причин. Українські лікарі часто рекомендують їх для самостійного застосування в амбулаторних умовах дисциплінованим пацієнтам.

Гідрохлортиазид чинить помірний діуретичний і виражений гіпотензивний ефекти, посилюючи виведення іонів натрію, калію, хлору й води, а також зменшує чутливість судинної стінки до вазоконстрикторних впливів. Отже, ця комбінація складників впливає на різні ланки патогенезу АГ, забезпечуючи максимальну ефективність комплексного засобу. Оскільки гідрохлортиазид має відтерміновану гіпотензивну дію порівняно з каптоприлом, Каптопрес забезпечує не тільки швидке, а й подовжене (порівняно з монотерапією каптоприлом) зниження АТ. Великий клінічний досвід упродовж тривалого періоду використання Каптопресу підтверджує його ефективність у швидкій ліквідації раптових підвищень АТ.

Підготував Дмитро Молчанов



Каптопрес-Дарниця

ЛІДЕР СЕРЕД
АНТИГІПЕРТЕНЗИВНИХ
ПРЕПАРАТІВ¹

ФАРМАЦЕВТИЧНА ФІРМА
Дарниця



ВІТЧИЗНЯНА

ФАРМАЦЕВТИЧНА

КОМПАНІЯ РОКУ*

Каптопрес 12,5-Дарниця

1 таблетка містить:
каптоприлу 50 мг, гідрохлоротіазиду

20 таблеток

30 таблеток

каптоприлу 50 мг, гідрохлоротіазиду
1 таблетка містить:

Каптопрес-Дарниця

1 таблетка містить:
каптоприлу 50 мг, гідрохлоротіазиду 25 мг.

20 таблеток

ФАРМАЦЕВТИЧНА ФІРМА
Дарниця

Каптопрес-Дарниця Р.п. № UA/8156/01/02 від 03.01.2018 р. **Склад:** 1 таблетка містить каптоприлу 50 мг, гідрохлоротіазиду 25 мг.

Каптопрес-12,5-Дарниця Р.п. UA/8156/01/01 від 03.01.2018 р. **Склад:** 1 таблетка містить каптоприлу 50 мг, гідрохлоротіазиду 12,5 мг

Лікарська форма. Таблетки **Фармакотерапевтична група.** Комбіновані препарати інгібіторів АПФ. Каптоприл і діуретики. Код АТС С09В А01. **Показання.** Артеріальна гіпертензія. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до каптоприлу, інших інгібіторів АПФ, до гідрохлоротіазиду, інших препаратів, похідних сульфонаміду, або до інших компонентів препарату; наявність в анамнезі ангіоневротичного набряку під час лікування іншими інгібіторами АПФ; вроджений (ідіопатичний) ангіоневротичний набряк та інші. **Побічні реакції.** Головний біль, сонливість, порушення смаку, запаморочення, парестезії, сухий, подразливий (непродуктивний) кашель, стомлюваність, нечіткість зору, біль у м'язах, м'язовий спазм та інші **Умови зберігання.** Зберігати у недоступному для дітей місці в оригінальній упаковці при температурі не вище 25 °С. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник:** ПрАТ «Фармацевтична фірма «Дарниця». Україна, 02093, м. Київ, вул. Бориспільська, 13, www.darnitsa.ua

Повна інформація про лікарський засіб міститься в інструкції для медичного застосування.

Інформація призначена виключно для розміщення в спеціалізованих виданнях, розповсюдження на конференціях, симпозиумах, семінарах, з медичної тематики

1. Дані представлені листом ООО «Проксіма Рісєрч» №77 від 13 квітня 2017 р.

*За результатами конкурсу споживчих вподобань «Вибір року» в Україні 2016, 2017 www.choice-of-the-year.com.ua

ФАРМАЦЕВТИЧНА ФІРМА

Дарниця

