

Лікування артеріальної гіпертензії та хронічного коронарного синдрому на первинній ланці медичної допомоги



Наприкінці лютого у Львові відбувся симпозиум «Серцево-судинна допомога в практиці сімейного лікаря: діагностика, лікування, профілактика», під час якого учасники ознайомилися із сучасними поглядами на зазначені питання.



Завідувачка кафедри кардіології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика (м. Київ), доктор медичних наук, професор Марина Миколаївна Долженко

розглянула основні аспекти лікування пацієнта з артеріальною гіпертензією (АГ) і хронічним коронарним синдромом (ХКС) відповідно до європейських рекомендацій 2018-2019 рр. На початку свого виступу вона нагадала результати дослідження EUROASPIRE V, яке виявило, що оптимальна антигіпертензивна терапія в Україні призначається приблизно аналогічно іншим проаналізованим країнам (у 71% випадків; середній показник у дослідженні – 78%). Показник контролю артеріального тиску (АТ) у нашій країні становить 65%, тоді як середній рівень включених у дослідження країн є значно нижчим (49%). Утім, увага до контролю АТ має постійно бути пріоритетом сімейних лікарів. Одним із детермінантів успішного досягнення та підтримання цільового АТ є прихильність пацієнта до лікування, яка безпосередньо залежить від комбінації призначених препаратів.

Професор М.М. Долженко проілюструвала свій виступ цікавим клінічним випадком. Пацієнтка Є., 82 роки, скаржилася на головний біль протягом останнього року, підвищення АТ до 160/100 мм рт. ст., кілька гіпертензивних кризів із підвищенням АТ до 180/100 мм рт. ст., відчуття дискомфорту за грудиною, задишку при фізичному навантаженні. Про порушення ритму серця не повідомлялося. Анамнез хвороби: страждає на АГ упродовж останніх 25 років. Сімейний анамнез: мати страждала на АГ, батько помер у 55 років від онкологічного захворювання легень; сестра страждала на АГ, курила. Пацієнтка заперечує куріння, алкоголь. На ногах хворої помітні набряки та синці, що дозволяє припустити наявність хронічної венозної недостатності та навіть тромбозу, а також хронічної серцевої недостатності (СН).

Рекомендаціями щодо рутинного лабораторного обстеження в цьому випадку є визначення гемоглобіну та/або гематокриту, глюкози крові натще та глікованого гемоглобіну, ліпідів крові (загальний холестерин, ліпопротеїни високої та низької щільності, тригліцериди), калію, натрію, сечової кислоти, креатиніну з розрахунком швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ), печінкових ферментів. Водночас слід провести загальний аналіз сечі з мікроскопічним дослідженням осаду; визначення співвідношення альбумін/креатинін.

З метою оцінки ушкодження органів-мішеней рекомендовано проводити електрокардіографію (ЕКГ) у 12 відведеннях (виявлення гіпертрофії лівого шлуночка (ЛШ) й інших можливих порушень серцевої діяльності, реєстрація частоти серцевих скорочень (ЧСС) та серцевого ритму) та фундоскопію (виявлення гіпертензивної ретинопатії). Для визначення функції нирок застосовується співвідношення альбумін/креатинін і ШКФ.

Основною ЕКГ-ознакою гіпертрофії ЛШ виступає критерій Соколова-Лайона – сума висоти зубця S у відведенні V₁ і зубця R у відведенні V₅ ≥ 35 мм. Ін-

шими вольтажними критеріями гіпертрофії ЛШ є висота зубця R у відведенні aVL ≥ 11 мм і сума S у V₃ та R у aVL > 28 мм (чоловіки) або > 20 мм (жінки). Останній критерій дістав назву «індекс Корнелла».

У 2019 р. було видано нові рекомендації Європейського товариства кардіологів із лікування ХКС. Але слід визначити, що Асоціація кардіологів України на конгресі у вересні 2019 року залишила термін «ішемічна хвороба серця». Клінічні портрети хворих на ХКС є такими: це хворі зі стабільними ангінозними симптомами та/або задишкою; пацієнти з новим епізодом виникнення СН або дисфункції ЛШ і підозрою на ХКС; безсимптомні та симптомні хворі зі стабілізацією симптомів після гострого коронарного синдрому (<1 року тому) або після нещодавньої реваскуляризації; безсимптомні чи симптомні пацієнти після первинної діагностики або реваскуляризації (>1 року тому); хворі зі стенокардією та підозрою на вазоспастичну чи мікросудинну стенокардію; безсимптомні пацієнти, в яких при скринінгу було виявлено ХКС.

Біохімічні дослідження за умов ХКС включають повторні вимірювання тропоніну при нестабільному ХКС, розгорнутий загальний аналіз крові, вимірювання креатиніну з оцінкою ШКФ, визначення ліпідного профілю, обстеження щодо цукрового діабету (ЦД) 2 типу (глюкоза, глікований гемоглобін, за потреби – тест толерантності до глюкози). При клінічній підозрі на порушення функції щитоподібної залози рекомендується її оцінка.

Еходоплерографія призначається для виключення інших причин стенокардії, визначення відхилень руху ділянок стінки ЛШ, вимірювання фракції викиду з метою стратифікації ризику, оцінки діастолічної функції. В разі непереконливих результатів ехокардіографії може розглядатися проведення магнітно-резонансної томографії серця. При підозрі на ХКС без встановленого атеросклерозу рекомендоване ультразвукове дослідження (УЗД) сонних артерій.

Отже, стандартний план обстеження пацієнта з АГ і ІХС включає офісне та домашнє визначення АТ; загальні аналізи сечі та крові; біохімічний аналіз крові (креатинін із визначенням ШКФ, сечовина, сечова кислота, електроліти, глюкоза, глікований гемоглобін, ліпідограма, печінкові проби); ЕКГ, холтеровське моніторування ЕКГ; ехокардіографію; ультразвукову доплерографію судин шиї; УЗД нирок і ниркових артерій; офтальмоскопію; аналіз крові на тиреотропний гормон.

Імовірний попередній діагноз у представленому клінічному випадку такий: «Гіпертонічна хвороба II ступеня, 2 стадії, ризик дуже високий. ІХС. Дифузний кардіосклероз. Стабільна стенокардія. СН ІІА ступеня». Лікарські рекомендації у цьому випадку мають включати дотримання здорового способу життя (обмеження кількості алкоголю до <100 г/тиж, здорове харчування, фізичні навантаження 30-60 хв/добу) та прийом призначених ліків (статин, антитромбоцитарна терапія, β-блокатор (ББ), блокатор кальцієвих каналів (БКК), діуретик, блокатор ренін-ангіотензинової системи – РАС). Стратегію медикаментозної терапії АГ у пацієнтів з ІХС відповідно до сучасних рекомендацій детально представлено на рисунку 1, а лікування ХКС – у таблиці.

Крок	Стандартна терапія	Висока ЧСС (>80 уд./хв)	Низька ЧСС (<50 уд./хв)	Дисфункція ЛШ або СН	Низький АТ
1	ББ або БКК	ББ або недигідропіридинний БКК	Дигідропіридинний БКК	ББ	ББ у низькій дозі чи недигідропіридинний БКК у низькій дозі
2	ББ + дигідропіридинний БКК	ББ + недигідропіридинний БКК	Нітрати тривалої дії	Додати нітрати тривалої дії чи івабрадин	Додати нітрати тривалої дії у низькій дозі
3	Додати препарат 2-ї лінії	Додати івабрадин	Дигідропіридинний БКК + нітрати тривалої дії	Додати інший препарат 2-ї лінії	Додати івабрадин, ранолозин або триметазидин
4	Додати івабрадин, ранолозин або триметазидин				

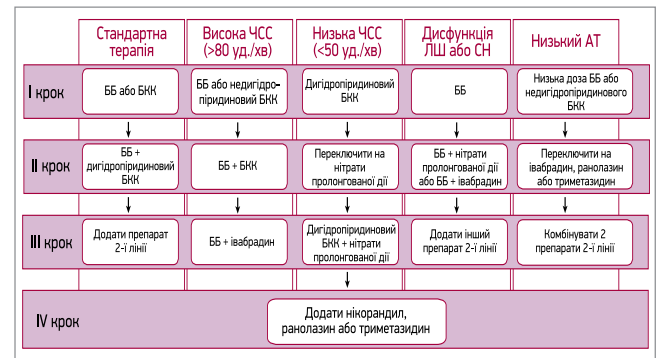


Рис. 1. Медикаментозна терапія ХКС

Рекомендації щодо лікування АГ при ХКС:

1. Рекомендується контролювати офісний АТ до цільових значень систолічного АТ 120-130 мм рт. ст. і 130-140 мм рт. ст. у пацієнтів понад 65 років.
2. Гіпертензивним пацієнтам після інфаркту міокарда рекомендовано призначати ББ і блокатори РАС.
3. Пацієнтам зі стенокардією рекомендовані ББ/БКК.
4. Не рекомендована комбінація інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту (ІАПФ) і блокаторів рецепторів ангіотензину II (БРА).

Загалом до рекомендацій входять усі 5 класів основних антигіпертензивних препаратів із акцентом на фіксовані комбінації. Патогенетично обґрунтованим є застосування комбінацій БРА валсартану з діуретиком гідрохлортіазидом (Тіара Дуо, ПрАТ «Фармацевтична компанія «Дарниця») і валсартану з гідрохлортіазидом та БКК амлодіпіном (Тіара Тріо, ПрАТ «Фармацевтична компанія «Дарниця»). Важливо, що для генеричних препаратів Тіара Дуо та Тіара Тріо доведена біоеквівалентність референтним оригінальним препаратам валсартану/гідрохлортіазиду та валсартану/гідрохлортіазиду/амлодіпіну.

Крім антигіпертензивних засобів, лікування ХКС потребує призначення статинотерапії. У програмі «Доступні ліки» є лише симвастатин, який зменшує рівень холестерину ліпопротеїнів низької щільності тільки на 30%. Однак більшість пацієнтів із ХКС потребує зниження цього показника на 40-50%, що можливо лише за умови прийому потужніших статинів – розувастатину й аторвастатину. З метою збільшення доступності оптимальної ліпідознижувальної терапії було створено вітчизняний препарат розувастатину Превентор (ПрАТ «Фармацевтична компанія «Дарниця»), який характеризується доведеною біоеквівалентністю оригінальному розувастатину, а це значно підвищує його позицію серед аналогічних генеричних засобів.

Слід відзначити, що разом із програмою конференції учасники отримали запрошення стати членами громадської організації «Асоціація серцево-судинної допомоги сімейної медицини», що є гілкою Європейського кардіоваскулярного товариства первинної ланки медичної допомоги (European Primary Care Cardiovascular Society), метою якого є підвищення рівня допомоги хворим кардіоваскулярного профілю сімейними лікарями. Однією із цілей товариства та його вітчизняного аналога є адаптація рекомендацій з ведення пацієнтів із серцево-судинними

