

REFERENCES

1. Bart BYa, Zhenevskaya VF. [Hypertensive cardiomyopathy in the practice of the local therapist and cardiologist]. *Terapevticheskiy arkhiv*. 2016;1:28-35. Russian.
2. Gorbas' I.M. [Dynamics of the epidemiological situation regarding arterial hypertension (20 years of observation)]. *Krovoobig ta gemostaz*. 2015;2:29-33. Ukrainian.
3. Dzyak GV, Kolesnyk TV. [The results of daily monitoring of arterial pressure in patients with hypertensive disease i i stage and diastolic dysfunction of the left ventricle]. *Prevention and treatment of hypertension in Ukraine within the framework of the National Program: Collected Works*. 2012;38-39. Russian.
4. Korzun AI, Kirillova MV. [Comparative characteristics of ACE inhibitors]. *Ekologiya cheloveka*. 2013;2:16-22. Russian.
5. Svishchenko EP, Kovalenko VN. [Arterial hypertension]. *Kiev. Morin*. 2001;527. Russian.
6. Chatellier G, Mann JFE, Passa P, Menard J. DIABHYCAR study investigators. Effects of low dose ramipril on cardiovascular and renal outcomes in patients with Type 2 diabetes and raised excretion of urinary albumin: randomized, double-blind placebo-controlled trial. *BMJ*. 2014;328:495-509.
7. Elliott WJ. Cardiovascular events in hypertension trials of angiotensin converting-enzyme inhibitors. *J. Clin. Hypertens*. 2015;7(8 Suppl.2):2-4.



УДК 616.12-008.331.1:616.62-008.22]-085:615.225.2

**Г.П. Кузьміна,
О.М. Лазаренко,
О.Я. Маркова**

ТЕРАПЕВТИЧНА ТАКТИКА СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ ЩОДО ВИБОРУ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ В ПОЄДНАННІ З ГІПЕРУРИКЕМІЄЮ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра терапії, кардіології та сімейної медицини ФПО
(зав. – д. мед. н., проф. В.А. Потабашиній)
вул. 30-річчя Перемоги, 2, Кривий Ріг, Дніпропетровська обл., 50000, Україна
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»
Department of therapy, cardiology and family medicine
30-richchja Peremogy str., 2, Kryvyi Rig, Dnipropetrovsk region, 50000, Ukraine
e-mail: lazarenkohelga@bigmir.net*

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, гіперурикемія, антигіпертензивні засоби
Key words: hypertension, hyperuricemia, antihypertensive drugs

Реферат. *Терапевтическая тактика семейного врача по выбору терапии у пациентов с артериальной гипертензией в сочетании с гиперурикемией. Кузьмина А.П., Лазаренко О.Н., Маркова Е.Я. Большинство пациентов с артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с гиперурикемией (ГУ) обращаются за помощью к семейному врачу, который должен понимать важность назначения адекватной антигипертензивной терапии не только для контроля артериального давления, но и для контроля уровня мочевой кислоты. Цель исследования – проанализировать тактику семейного врача по выбору терапии у пациентов с АГ в сочетании с ГУ на этапе первичного звена. Осуществлялся социологический опрос врачей общей практики - семейной медицины (n=30) по специально разработанной анкете. Было выявлено, что врачи общей практики назначают пациентам с АГ в сочетании с ГУ основные группы антигипертензивных препаратов первой линии, предпочитая средства с доказанным гипоурикемическим действием. Среди сартанов отдают предпочтение*

валсартану и лозартану, ингибиторов АПФ – рамиприлу и эналаприлу, антагонистов кальция – амлодипину и лерканидипину, диуретиков – гидрохлортиазиду, который назначают в большинстве случаев в составе тройной антигипертензивной терапии. Большая часть врачей (53,3%) назначает ингибиторы ксантиноксидазы (аллопуринол, фебуксостат) при бессимптомной ГУ пациентам с АГ.

Abstract. Therapeutic strategy of the family doctor on the choice of therapy in patients with hypertension combined with hyperuricemia. Kuzmina G.P., Lazarenko O.M., Markova O.Y. Most patients with hypertension combined with hyperuricemia seek help from a family doctor who must understand the importance of prescribing adequate antihypertensive therapy, not only to control blood pressure, but also to control the level of uric acid. The aim of the study is to analyze the strategy of the family doctor for the choice of therapy in patients with hypertension in combination with hyperuricemia at the primary stage. A sociological survey of general practitioners of family medicine (n=30) was carried out according to a specially developed questionnaire. It was found that general practitioners administer appoint patients with hypertension in combination with hyperuricemia main groups of antihypertensive drugs of the first line, preferring drugs with proven hypouricemic effect. Among sartans valsartan and losartan are preferred, among ACE inhibitors – ramipril and enalapril, among calcium antagonists – amlodipine and lercanidipine, among diuretics – hydrochlorothiazide, which is usually prescribed in triple antihypertensive therapy. Most physicians (53.3%) prescribe xanthine oxidase inhibitors (allopurinol, febuxostat) for asymptomatic hyperuricemia in patients with hypertension.

Артеріальна гіпертензія є одним з найбільш поширених захворювань у всьому світі [4].

Частота виявлення гіперурикемії (ГУ) в популяції значно перевищує частоту подагри. На жаль, на цей час серед лікарів існує тенденція ставити діагноз подагри будь-якому пацієнту з ГУ і починати необґрунтовану терапію алопуринолом [8]. Слід зазначити, що чутливість рівня сечової кислоти (СК) вище 360 мкмоль/л для діагностики подагри становить 0,67 (від 0,47 до 0,87), а специфічність – 0,78 (від 0,51 до 1,05) [7, 8].

За даними багатьох досліджень, СК робить істотний внесок у серцево-судинний ризик у пацієнтів з АГ [1].

Актуальною проблемою є застосування патогенетично обґрунтованої антигіпертензивної терапії, що забезпечує адекватний контроль артеріального тиску (АТ) протягом доби та рівня СК. Наростання концентрації СК виникає при застосуванні тіазидних та петльових діуретиків, деяких β-блокаторів (пропранолол, атенолол, метопролол), низьких доз аспірину [7]. Bahnassi A. та співавт. продемонстровано, що лозартан знижує рівень СК у сироватці крові на 3-30% як у здорових, так і в пацієнтів з АГ [2]. Серед інгібіторів АПФ гіпоурикемічною дією володіють еналаприл, рамиприл, каптоприл, серед статинів – аторвастатин, розувастатин [7].

З практичної точки зору для контролю АТ при АГ у більшості пацієнтів необхідне призначення комбінації двох і більше препаратів. При цьому, якщо один з препаратів комбінації збільшує ризик подагри, а інший – зменшує, то в цілому ризик знижується [3]. Найчастіше така категорія пацієнтів лікується у сімейного лікаря, тому важливо, щоб він розумів роль СК у розвитку та прогресуванні серцево-судинних захворювань.

Мета дослідження – проаналізувати тактику сімейного лікаря щодо вибору терапії у пацієнтів з АГ в поєднанні з ГУ на етапі первинної ланки.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Здійснювалося соціологічне опитування лікарів загальної практики-сімейної медицини (n=30) за спеціально розробленою анкетною. Статистична обробка отриманих результатів проводилася за допомогою програми STATISTICA 6.1.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За даними опитування, при наявності в пацієнта АГ 2 стадії, 1 ступеня та рівні сечової кислоти >360 мкмоль/л у жінок (>420 мкмоль/л у чоловіків) сімейні лікарі надають перевагу сартанам (83,3%), інгібіторам АПФ (13,3%), антагоністам кальцію (3,3%). Серед сартанів препаратами вибору найчастіше є: валсартан (40%), лозартан (24%), телмісартан (20%). Серед інгібіторів АПФ такої категорії пацієнтів призначають рамиприл (46,7%), еналаприл (40%), лізиноприл (6,7%) та периндоприл (6,7%). Серед антагоністів кальцію перевагу надають амлодипіну (66,7%), лерканидипіну (30%), верапамілу (3,3%). Крім того, 60% лікарів призначають пацієнтам розувастатин, а 40% – аторвастатин.

При наявності в пацієнта АГ 2 стадії, 2 ступеня та рівні СК >540 мкмоль/л (безсимптомна ГУ) лікарі не призначають інгібітори ксантиноксидази у 33,3% випадків, призначають алопуринол у 53,3% випадків та фебуксостат у 13,3% випадків. Крім того, у цієї категорії пацієнтів використовують ацетилсаліцилову кислоту в різних дозах: 75 мг призначають 66,7% лікарів, 100 мг – 10%, 150 мг – 3,3%, а 20% вважають, що ацетилсаліцилова кислота протипоказана при ГУ.

При необхідності призначення пацієнтам з АГ в поєднанні з ГУ потрійної антигіпертензивної терапії лікарі найчастіше застосовують комбінацію сартан+антагоніст кальцію+діуретик у

63,3% випадків, у 23,3% випадків призначають комбінацію інгібітор АПФ+антагоніст кальцію+діуретик, у 13,3% випадків – інгібітор АПФ+антагоніст кальцію+β-блокатор (табл. 1).

Таблиця 1

Комбінації трьох груп препаратів, які найбільш часто використовувалися сімейними лікарями для лікування АГ в поєднанні з гіперурикемією

| Комбінація груп антигіпертензивних препаратів | Частота призначення, % |
|---|------------------------|
| Сартан+антагоніст кальцію+діуретин | 63,3 |
| валсартан+амлодипін+гідрохлортіазид | 33,3 |
| лозартан+амлодипін+гідрохлортіазид | 26,7 |
| телмісартан+амлодипін+гідрохлортіазид | 3,3 |
| Інгібітор АПФ+ антагоніст кальцію+діуретин | 23,3 |
| периндоприл+лерканідипін+індапамід | 6,7 |
| периндоприл+ амлодипін+індапамід | 6,7 |
| раміприл+амлодипін+гідрохлортіазид | 6,7 |
| еналаприл+амлодипін+гідрохлортіазид | 3,3 |
| Інгібітор АПФ+ антагоніст кальцію+β-блокатор | 13,3 |
| еналаприл+амлодипін+бісопролол | |

Слід зауважити, що сімейні лікарі призначають пацієнтам з АГ в поєднанні з ГУ основні групи антигіпертензивних препаратів першої лінії, що відповідає діючим нормативним документам, надаючи перевагу засобам з доведеною гіпоурикемічною дією (валсартан, лозартан, амлодипін, раміприл, еналаприл). Крім того, пацієнтам групи високого та дуже високого ризику лікарі загальної практики додатково призначають (при відсутності протипоказань) медикаментозну корекцію дисліпідемії – розувастатин та аторвастатин, які знижують рівень СК. Діуретики (гідрохлортіазид та індапамід) призначаються лише в складі потрійної антигіпертензивної терапії з препаратами, які володіють гіпоурикемічною дією, у кінцевому результаті сумарний ризик розвитку подагри знижується. Така терапевтична тактика не суперечить рекомендаціям Європейської антиревматичної ліги (2016 р.), в яких вказано, що при АГ слід надавати перевагу лозартану та антагоністам кальцію, при гіперліпідемії – статинам та, при можливості, уникати призначення тiazидних діуретиків. Крім того, в рекомендаціях не обговорюється питання застосування ацетилсаліцилової кислоти пацієнтам з безсимптомною ГУ, відомо лише, що низькі дози більшою мірою призводять до зростання сироваткового рівня СК, ніж високі.

Залишається дискусійним питання щодо призначення інгібіторів ксантиноксидази пацієнтам з АГ в поєднанні з ГУ. За результатами дослідження, більша частина сімейних лікарів застосовують алопуринол та фебуксостат у цієї категорії хворих. За даними рекомендацій Європейської антиревматичної ліги (2014 р.) щодо діагностики та лікування подагри, фармакологічне лікування безсимптомної ГУ для профілактики подагри, захворювання нирок та кардіоваскулярних подій не рекомендується. З іншого боку, в рекомендаціях Японського товариства з вивчення подагри та нуклеїнового обміну (2011 р.) вказано, що необхідно проводити лікування безсимптомної ГУ немедикаментозними методами при рівні СК >480 мкмоль/л та медикаментозними методами при рівні СК >540 мкмоль/л [2]. Крім того, результати систематичного огляду літератури Vinik O. (2014 р.) показали, що на сьогодні момент існує недостатня емпірична підстава вважати, що зниження сироваткового рівня СК у пацієнтів з ГУ може запобігти розвитку загострень подагричного артриту, захворювання нирок або серцево-судинних подій.

ВИСНОВКИ

1. Сімейні лікарі призначають пацієнтам з АГ в поєднанні з ГУ основні групи антигіпер-

тензивних препаратів першої лінії, надаючи перевагу засобам з доведеною гіпоурикемічною дією.

2. Більша частина лікарів (53,3%) призначає інгібітори ксантиноксидази (алопуринол та фе-

буксостат) при безсимптомній ГУ (>540 мкмоль/л) пацієнтам з АГ.

3. Діуретики (гідрохлортиазид) у більшості випадків призначають у складі потрійної антигіпертензивної терапії.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Шелепко С. Рациональный выбор антигиперурикемической терапии / С. Шелепко // Укр. ревматол. журнал. – 2016. – №3 (61). – С. 53-56.

2. Bahnassi A. The hypotensive and uricosuric effect of valsartan compared to losartan in gout patients / A. Bahnassi, A. Abuirmeileh // J. Health Spec. – 2016. – Vol. 4. – P. 52-55.

3. Bombelli M. Prognostic value of serum uric acid: new-onset in and out-of-office hypertension and long-term mortality / M. Bombelli, I. Ronchi, M. Volpe // J. Hypertens. – 2014. – Vol. 32. – P. 1237-1244.

4. Feig D.I. Hyperuricemia and hypertension / D.I. Feig // Advances in Chronic Kidney Disease. – 2012. – Vol. 19. – P. 377-385.

5. Neogi T. Gout Classification Criteria. An American College of Rheumatology. European League Against Rheumatism Collaborative Initiative Arthritis / T. Neogi,

T. Jansen, N. Dalbeth // Rheumatology. – 2015. – Vol. 67, N 10. – P. 2557-2568.

6. Richette P. 2016 updated EULAR evidence-based recommendations for the management of gout [Electronic resourc] / P. Richette, M. Doherty, E. Pascual // Ann Rheum Dis. – 2016. – Access mode: <http://ard.bmj.com/content/early/2016/07/25/annrheumdis-2016-209707.full.pdf+html>.

7. Stamp L.K. Gout and its comorbidities: implications for therapy / L.K. Stamp, P.T. Chapman // Rheumatology. – 2013. – Vol. 52. – P. 34-44.

8. Vinik O. Treatment of asymptomatic hyperuricemia for the prevention of gouty arthritis, renal disease, and cardiovascular events: a systematic literature review / O. Vinik // J. Rheumatol Suppl. – 2014. – Vol. 92. – P. 70-74.

REFERENCES

1. Shelepko S. [Rational choice of antihyperuricemic therapy]. *Ukrain's'kiy revmatologichniy zhurnal*. 2016;3(61):53-56. Russian.

2. Bahnassi A, Abuirmeile A. The hypotensive and uricosuric effect of valsartan compared to losartan in gout patients. *J. Health Spec*. 2016;4:52-55.

3. Bombelli M, Ronchi I, Volpe M. Prognostic value of serum uric acid: new-onset in and out-of-office hypertension and long-term mortality. *J. Hypertens*. 2014;32:1237-44.

4. Feig DI. Hyperuricemia and hypertension. *Advances in Chronic Kidney Disease*. 2012;19:377-85.

5. Neogi T, Jansen T, Dalbeth N. Gout Classification Criteria. An American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism Collaborative Initiative Arthritis. *Rheumatology*. 2015;67(10):2557-68.

6. Richette P, Doherty M, Pascual E. 2016 updated EULAR evidence-based recommendations for the management of gout. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2016. Available from: <http://ard.bmj.com/content/early/2016/07/25/annrheumdis-2016-209707.full.pdf+html>.

7. Stamp LK, Chapman PT. Gout and its comorbidities: implications for therapy. *Rheumatology*. 2013;52:34-44.

8. Vinik O. Treatment of asymptomatic hyperuricemia for the prevention of gouty arthritis, renal disease, and cardiovascular events: a systematic literature review. *J Rheumatol Suppl*. 2014;92:70-74.

