

Ложкина Н.Г.^{1,2}, Спиридонов А.Н.^{1,2}

¹ ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Новосибирск, Россия

² ФГБУ «ФИЦ Институт цитологии и генетики СО РАН», НИИ терапии и профилактической медицины, Новосибирск, Россия

Клинический случай: раннее подключение валсартан/сакубитрила в лечении артериальной гипертензии

Метаболический синдром – заболевание, названное Всемирной Организацией Здравоохранения новой пандемией XXI века. Артериальная гипертензия является одним из критериев постановки данного диагноза и обуславливает поражение основных органов-мишеней. Данный клинический случай демонстрирует опыт терапии артериальной гипертензии на фоне метаболического синдрома надмолекулярным комплексом валсартан/сакубитрил.

Ключевые слова	Метаболический синдром; артериальная гипертензия; валсартан/сакубитрил
Для цитирования	Lozhkina N.G., Spiridonov A.N. Clinical case: early connection of valsartan/sacubitril in the treatment of hypertension. <i>Kardiologiya</i> . 2022;62(5):72–74. [Russian: Ложкина Н.Г., Спиридонов А.Н. Клинический случай: раннее подключение валсартан/сакубитрила в лечении артериальной гипертензии. <i>Кардиология</i> . 2022;62(5):72–74]
Автор для переписки	Спиридонов Александр Николаевич. E-mail: spiridonov.al16@yandex.ru

Клиническое наблюдение

Пациент А. 46 лет, имеющий в анамнезе гипертоническую болезнь, осложненную хронической сердечной недостаточностью (ХСН), функциональный класс (ФК) I (NYHA), был госпитализирован в плановом порядке в региональный сосудистый центр № 1 г. Новосибирска, через поликлиническое отделение, в связи с отсутствием достижения целевых цифр артериального давления (АД) на амбулаторном этапе и отрицательной динамикой общего состояния.

Анамнез заболевания

Гипертонический анамнез в течение 6 лет. По словам пациента, диагноз был поставлен на фоне длительных сжимающих головных болей, сопровождающихся подъемами артериального давления до 170/100 мм рт. ст. После обращения к участковому терапевту была назначена медикаментозная терапия (ингибитор ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) + блокатор кальциевых каналов). Пациент соблюдал терапию и плановые диспансерные осмотры, тем не менее в течение последнего года стал отмечать рецидив начальной симптоматики и подъемы систолического АД до 170 мм рт. ст. Коррекция терапии на амбулаторном этапе не привела к достижению целевого профиля АД. Ситуация усугубилась отрицательной динамикой остроты зрения и снижением переносимости физической нагрузки, вследствие чего было принято решение о госпитализации.

Анамнез жизни

Пациент характеризуется наличием выраженного метаболического синдрома: ожирение 3 степени (индекс массы тела (ИМТ) 41,12 кг/м²), гипертриглицеридемия и нарушение гликемии натощак. По словам

пациента, занятия физическими нагрузками и многочисленные диеты не привели к рекомендуемому снижению веса и нормализации профиля гликемии, в связи с чем находится под наблюдением эндокринолога. Клиника сердечной недостаточности на протяжении последнего года проявляется одышкой при повышенной физической нагрузке (ускоренной ходьбе по ровной местности). Медикаментозная терапия: бисопролол 5 мг/сут, эналаприл 40 мг/сут, физиотенз 0.4 мг/сут, принимал регулярно.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые. Границы сердца расширены влево, тоны сердца приглушены, АД 150/100 мм рт. ст., частота сердечных сокращений (ЧСС) – 70 ударов в мин., ритм правильный. В легких дыхание везикулярное, проводится по всем отделам. Частота дыхательных движений 20 в мин. Живот мягкий безболезненный, печень выступает на 1 см из-под края реберной дуги, периферических отеков нет.

Данные дополнительных методов обследования

Показатели общего анализа крови и лейкоцитарной формулы находились в референсном диапазоне, скорость оседания эритроцитов – 2 мм/час. Биохимический анализ крови: маркеры гепатоцитолита и холестаза в норме; обращает на себя внимание повышение уровня общего холестерина – 6,03 ммоль/л, гипертриглицеридемия (2,21 ммоль/л), сниженный уровень холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС-ЛВП) (0,9 ммоль/л), содержание холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛНП) составило 2,3 ммоль/л. Функция почек не нарушена (скорость клубочковой фильтрации по формуле СКД-ЕП – 90,13 мл/мин). Гормональ-

ный статус щитовидной железы в пределах референсных значений. По результатам общего анализа мочи: без патологии. По электрокардиограмме (ЭКГ): синусовый ритм, ЧСС 70 в мин, признаки гипертрофии левого желудочка. По данным эхокардиографии (ЭхоКГ) выявлена дилатация левого предсердия. Клапанный аппарат без видимых изменений, сократительная способность левого желудочка не снижена, фракция выброса (ФВ) – 68%, нарушение диастолической функции левого желудочка по I типу, гипертрофия левого желудочка (индекс массы миокарда левого желудочка – 117 г/м²) ультразвуковое исследование (УЗИ) щитовидной железы: диффузные изменения эхоструктуры щитовидной железы и увеличение ее объема. УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства: без патологии.

Окончательный клинический диагноз

Гипертоническая болезнь III стадии. Неконтролируемая АГ. Ожирение III ст. (ИМТ – 41,12 кг/м²). Гиперлипидемия. Гипертрофия левого желудочка. Нарушение гликемии натощак. Риск 4. Целевое АД < 140/90 мм рт. ст. ХСН I, ФК I (NYHA). Неалкогольная жировая болезнь печени. Диффузный эутиреоидный зоб I степени.

За время госпитализации пациенту подобрана терапия: валсартан/сакубитрил 200 мг х 1р/сут, бисопролол 5 мг 1 раз в сутки; рекомендовано последующее увеличение дозы валсартан/сакубитрила под контролем АД, даны подробные рекомендации по модификации образа жизни. На данной медикаментозной комбинации достигнуты целевые значения АД. Также, учитывая наличие дислипидемии, пациенту был назначен розувастатин 20 мг в сутки.

Катамнез

На протяжении месяца состояние пациента удовлетворительное, сохраняется достижение целевых уровней АД – в среднем 125/75 мм рт. ст., отмечается повышение толерантности к физической нагрузке.

Обсуждение

Метаболический синдром, (известный также как синдром X) – клинический синдром, определяющийся, по ВОЗ, как патологическое состояние, характеризующееся абдоминальным ожирением, нарушением углеводного обмена, артериальной гипертензией и гиперлипидемией. Распространенность синдрома X, по данным разных авторов, составляет 10–20% от общей популяции планеты [1]. Российская Федерация за последние десятилетия демонстрирует отрицательную динамику распространения данного синдрома. Общее число пациентов с диагностированным метаболическим синдромом в России составляет 18–22% [2].

Метаболический синдром представляет собой не отдельную нозологию, а совокупность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, поэтому имеется несколько его трактовок.

Наблюдаемый пациент, имея окружность талии 165 см, гипертриглицеридемию (2,21 ммоль/л), низкий уровень ХС-ЛВП (0,9 ммоль/л) и неконтролируемую артериальную гипертензию на фоне гипотензивной терапии, соответствовал критериям IDF для постановки диагноза метаболический синдром.

Принимая во внимание наличие поражения органов-мишеней на фоне артериальной гипертензии с развитием гипертрофии левого желудочка, СНсФВ, основным медикаментозным средством в плане коррекции уровня артериального давления выбран препарат валсартан/сакубитрил в начальной суточной дозировке 200 мг в сутки. Проведенные за последнее десятилетие рандомизированные исследования подтверждают антигипертензивное действие валсартан/сакубитрила, влияющего как на систолическое, так и на пульсовое давление [3, 4].

Сакубитрил – ингибитор неприлизина (цинк-содержащая нейтральная эндопептидаза, разрушающая натрийуретические пептиды). Антигипертензивный механизм сакубитрила обусловлен накоплением в плазме натрийуретических пептидов, функцией которых является снижение объема циркулирующей крови за счет выведения почками молекул натрия [5]. Дополнительным эффектом является накопление в плазме брадикинина (эндогенный вазодилататор), расширяющего кровеносные сосуды и тем самым снижающего артериальное давление. Фармакологический эффект валсартана связан с его способностью блокировать ренин-ангиотензин-альдостероновую систему на уровне рецепторов к ангиотензину-1. По современным представлениям, именно через активацию данных рецепторов реализуется гипертензивное действие ангиотензина II, концентрация которого увеличена у пациентов с АГ.

Наличие у наблюдаемого пациента клинических симптомов сердечной недостаточности, которая соответствует ФК I (NYHA), также стало одним из важных критериев выбора препарата валсартан/сакубитрил.

Эффективность надмолекулярного комплекса валсартан/сакубитрил при терапии хронической сердечной недостаточности была продемонстрирована в ряде исследований [6, 7].

На момент выписки артериальное давление пациента составляло 130/90 мм.рт.ст., подходящее под критерии целевого значения, ассоциируемого с благоприятным клиническим исходом [8, 9]. Через 14 дней после выписки пациент доложил об отсутствии клинических проявлений ХСН, увеличении переносимости физической нагрузки и отсутствии одышки. Проводится дальнейшая

мультидисциплинарная работа, связанная с коррекцией проявлений метаболического синдрома.

Заключение

Артериальная гипертензия и развивающаяся как следствие хроническая сердечная недостаточность, являются основными причинами госпитализации при поражении сердечно-сосудистой системы у пациентов с метаболическим синдромом. Увеличение качества и длительности

жизни является приоритетной задачей медикаментозной терапии у данной когорты людей. Использование современных методов терапии, нацеленных на основные патогенетические механизмы, обеспечивает благоприятный прогноз и течение заболевания.

Конфликт интересов не заявлен.

Статья поступила 19.12.2021

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Pucci G, Alcid R, Tap L, Battista F, Mattace-Raso F, Schillaci G. Sex and gender-related prevalence, cardiovascular risk and therapeutic approach in metabolic syndrome: A review of the literature. *Pharmacological Research*. 2017;120:34–42. DOI: 10.1016/j.phrs.2017.03.008
2. Uryasev O.M., Gorbunova D.Yu., Sherbakova O.N., Pyko A.A. Metabolic syndrome as an unsolved problem of medicine and modern society. *Vestnik of the Smolensk State Medical Academy*. 2017;16(1):160–4. [Russian: Урясьев О.М., Горбунова Д.Ю., Щербак О.Н., Пыко А.А. Метаболический синдром – нерешённая проблема медицины и современного общества. Вестник Смоленской государственной медицинской академии. 2017;16(1):160–4]
3. Schmieder RE, Wagner F, Mayr M, Delles C, Ott C, Keicher C et al. The effect of sacubitril/valsartan compared to olmesartan on cardiovascular remodelling in subjects with essential hypertension: the results of a randomized, double-blind, active-controlled study. *European Heart Journal*. 2017;38(44):3308–17. DOI: 10.1093/eurheartj/ehx525
4. Wehland M, Simonsen U, Buus NH, Krüger M, Grimm D. An evaluation of the fixed-dose combination sacubitril/valsartan for the treatment of arterial hypertension. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*. 2020;21(10):1133–43. DOI: 10.1080/14656566.2020.1735356
5. Rørth R, Jhund PS, Yilmaz MB, Kristensen SL, Welsh P, Desai AS et al. Comparison of BNP and NT-proBNP in Patients with Heart Failure and Reduced Ejection Fraction. *Circulation: Heart Failure*. 2020;13(2):e006541. DOI: 10.1161/CIRCHEARTFAILURE.119.006541
6. Lozhkina N.G., Mukaramov I., Stafeeva E.A., Tolmacheva A.A., Parkhomenko O.M. Choice of optimal basic therapy in patients with chronic heart failure after decompensation episode. *Medical & pharmaceutical journal 'Pulse'*. 2020;22(7):60–7. [Russian: Ложкина Н.Г., Мукарамов И., Стафеева Е.А., Толмачева А.А., Пархоменко О.М. Подбор оптимальной базовой терапии у больных с хронической сердечной недостаточностью после эпизода декомпенсации. Медико-фармацевтический журнал «Пульс». 2020;22(7):60–7]. DOI: 10.26787/nydha-2686-6838-2020-22-7-60-67
7. Balmforth C, Simpson J, Shen L, Jhund PS, Lefkowitz M, Rizkala AR et al. Outcomes and Effect of Treatment According to Etiology in HFrEF: An Analysis of PARADIGM-HF. *JACC: Heart Failure*. 2019;7(6):457–65. DOI: 10.1016/j.jchf.2019.02.015
8. Hanssen H, Boardman H, Deiseroth A, Moholdt T, Simonenko M, Kränkel N et al. Personalized exercise prescription in the prevention and treatment of arterial hypertension: a Consensus Document from the European Association of Preventive Cardiology (EAPC) and the ESC Council on Hypertension. *European Journal of Preventive Cardiology*. 2022;29(1):205–15. DOI: 10.1093/eurjpc/zwaa141
9. Kobalava Zh.D., Konradi A.O., Nedogoda S.V., Shlyakhto E.V., Arutyunov G.P., Baranova E.I. et al. Arterial hypertension in adults. *Clinical guidelines 2020. Russian Journal of Cardiology*. 2020;25(3):149–218. [Russian: Кобалава Ж.Д., Конради А.О., Недогода С.В., Шляхто Е.В., Арутюнов Г.П., Баранова Е.И. и др. Артериальная гипертензия у взрослых. Клинические рекомендации 2020. Российский кардиологический журнал. 2020;25(3):149–218]. DOI: 10.15829/1560-4071-2020-3-3786