

Артеріальна гіпертензія після 55 років: українські реалії та ефективні підходи до лікування

26-28 вересня вітчизняні спеціалісти в галузі кардіології взяли участь у XIX Національному конгресі кардіологів, що відбувся в Києві. Програма заходу охоплювала безліч актуальних питань діагностики, лікування та профілактики серцево-судинних захворювань.

На кількох різнопланових засіданнях (пленарні, круглі столи, точки зору експерта) були розглянуті проблеми, пов'язані з артеріальною гіпертензією (АГ), як-от: вплив гіпертрофії лівого шлуночка на ризик серцево-судинних катастроф, лікування пацієнтів з коморбідними станами, вагітних та осіб похилого віку, контроль артеріального тиску (АТ) у хворих високого ризику, терапія гіпертензивних кризів, нюанси застосування окремих класів антигіпертензивних препаратів тощо.



Завідувач кафедри кардіології та функціональної діагностики Харківської медичної академії післядипломної освіти, доктор медичних наук, професор Віра Йосипівна Целуйко у своєму виступі охарактеризувала особливості АГ в осіб віком понад 55 років.

На початку доповіді професор В.Й. Целуйко зауважила, що в сучасній Україні спостерігаються негативні демографічні тенденції:

зменшення народжуваності, зниження загальної чисельності населення, старіння популяції. Згідно з даними Державної служби статистики України та Головного управління статистики у Донецькій та Луганській областях, населення України (за винятком окупованих територій і тимчасово переміщених осіб) становить 38,32 млн. Що стосується вікового складу, приблизно кожен четвертий житель України віком понад 60 років. Зазначене пояснює важливість вивчення особливостей діагностики та лікування АГ у цього контингенту.

Доповідач представила результати дослідження СИСТЕМА-2 – аналізу даних близько 2 тис. пацієнтів віком >55 років з АТ >140/90 мм рт. ст., які лікувалися на первинній ланці медичної допомоги (у терапевтів і лікарів загальної практики – сімейної медицини). У дослідженні взяли участь 102 лікарі з різних регіонів України, які надали інформацію про 2040 своїх пацієнтів.

Виявилось, що найбільш типовий пацієнт сімейного лікаря – це жінка (63,8%) віком близько 66 років зі стажем АГ приблизно 14 років. Частота ожиріння серед хворих, які зверталися за первинною медичною допомогою, становила 38,4%. Надзвичайно часто виявлялися підвищені рівні сироваткового холестерину. 9,2% учасників були курцями на момент дослідження чи в минулому. Кожна п'ята особа з АГ віком >55 років мала супутній цукровий діабет, кожен дванадцятий хворий (7,6%) страждав на фібриляцію передсердь, 12,6% перенесли інсульт, 20,7% – інфаркт міокарда.

Подавало надію те, що 91,6% учасників лікувалися антигіпертензивними засобами. Однак при порівняльному аналізі підгруп хворих з АГ було встановлено, що середній систолічний АТ (САТ) осіб, які не приймали антигіпертензивні препарати, становить 168 мм рт. ст., а тих, які використовували зазначені ліки, – 167 мм рт. ст. Тобто в жодній групі не було досягнуто цільових показників, а різниця між групами терапії та її відсутності виявилася надзвичайно малою.

Після перегляду та корекції лікування 92% учасників дослідження отримували Арифам® – єдину в Україні фіксовану комбінацію тiazидоподібного діуретика (Арифон® ретард) та блокаторів кальцієвих каналів (БКК; амлодипін) («Серв'є», Франція). Зокрема, 66% пацієнтів – у дозі 1,5/5 мг, 26% – у дозі 1,5/10 мг. Така терапія є найбільш доцільною в групі осіб віком >55 років, оскільки основною причиною підвищення АТ в такому віці стають збільшення жорсткості судин і збільшення загального периферійного опору судин. Індапамід та амлодипін – компоненти Арифаму – забезпечують потужний вазодилатуючий ефект, тому ефективно знижують АТ в осіб віком старше 55 років. 8% учасників дослідження з різних причин отримували іншу антигіпертензивну терапію.

Цікаво, що через 3 міс показники САТ у групі Арифаму були нижчими, ніж у групі іншої антигіпертензивної терапії (138 мм рт. ст. проти 151 мм рт. ст. відповідно). Арифам 1,5/5 мг забезпечив зниження САТ на 27,6 мм рт. ст., Арифам 1,5/10 мг – на 30,0 мм рт. ст., інші препарати – лише на 20,2 мм рт. ст. (рис. 1).

Протягом року спостереження цільового АТ вдалося досягнути в обох групах лікування. Серед пацієнтів, які приймали Арифам, медіана АТ становила 130 мм рт. ст., у групі осіб, які вживали інші антигіпертензивні медикаменти, – 135 мм рт. ст. (різниця достовірна; $p=0,01$) (рис. 2). Слід зазначити, що в групі іншої антигіпертензивної терапії 42% хворих вимушені були застосовувати ≥ 3 антигіпертензивних засобів.

У загальній групі ($n=2040$) за 12 міс спостереження відбулося 14 інсультів (0,7%), 7 інфарктів міокарда (0,4%), 20 випадків серцево-судинної смерті (1%). З ризиком розвитку інсульту прямо корелювали такі чинники: вік, зниження швидкості клубочкової фільтрації, наявність фібриляції передсердь, інсульт чи транзиторна ішемічна атака в анамнезі. У групі Арифаму частота інсультів була достовірно нижчою (0,40 проти 1,90%; $p < 0,05$), хоча кількість пацієнтів з фібриляцією передсердь та попередніми інсультами була більшою, ніж у групі іншої антигіпертензивної терапії (рис. 3). Отримані дані співзвучні з наявною доказовою базою, яка свідчить, що індапамід та амлодипін значно ефективніше знижують ризик інсульту, ніж інші антигіпертензивні препарати в пацієнтів старше 55 років.

Наприклад:

- класичне дослідження HYVET вказує, що терапія індапамідом дозволяє зменшити ймовірність розвитку фатального інсульту на 39% у порівнянні з групою контролю (Beckett et al., 2008);
- J. Wang та співавт. (2007) продемонстрували в метааналізі, що амлодипін зменшує ризик інсульту ефективніше, ніж інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту (на 18%) чи блокатори рецепторів до ангіотензину II (сартани; на 16%);

- F. Rimoldi та співавт. (2015) порівняли інсультпрофілактуючий вплив комбінації БКК (переважно амлодипін) + діуретик з аналогічним ефектом інших комбінацій (здебільшого на основі сартани) за даними досліджень ELSA, VALUE, FEVER та COPE ($n=30791$; середній вік пацієнтів – 64 роки). Було встановлено, що призначення антагоніста кальцію з діуретиком зменшує ризик інсульту на 23% в порівнянні з усіма іншими варіантами лікування.

У дослідженні СИСТЕМА-2 частота інфарктів міокарда в групі Арифаму була значно меншою, ніж у групі іншої антигіпертензивної терапії (0,40 проти 1,20%), хоча достовірної різниці отримати не вдалося. Найімовірніше, для отримання статистично значущої різниці не вистачило кількості пацієнтів, які перенесли інфаркт міокарда протягом року.

При аналізі виживаності було встановлено, що провідною причиною смерті в пацієнтів віком старше 55 років, які брали участь у дослідженні, були серцево-судинні захворювання (близько 56%), другий за частотою фактор – онкологічні патологічні стани (17%), третій – тромбоемболія легеневої артерії. Такий розподіл відповідає світовій статистиці. Зі смертністю у хворих на АГ старше 55 років асоціювалися такі фактори, як вік, тривалість АГ, концентрація холестерину в сироватці крові, наявність ожиріння, швидкість клубочкової фільтрації, наявність супутніх патологічних станів (ішемічна хвороба серця, серцева недостатність, фібриляція передсердь), інсульт та транзиторна ішемічна атака в анамнезі, рівень САТ через 3 міс лікування.

Досягнення контролю САТ у групі Арифаму через 3 міс, на відміну від групи іншої антигіпертензивної терапії, підкреслює важливість якомога більш раннього початку ефективної комбінованої терапії та досягнення цільових показників АТ. Загальна смертність у групі іншої антигіпертензивної терапії була достовірно вищою (6%), ніж у групі Арифаму (0,83%; $p=0,05$). При аналізі серцево-судинної смертності виживаність у групі Арифаму також була кращою, а кількість випадків достовірно меншою (0,4%), ніж у групі іншої антигіпертензивної терапії (2,30%; $p=0,05$).

Важливо, що серед померлих осіб відзначався досить великий відсоток припинення лікування. Майже половина усіх ускладнень також виникла на тлі відміни чи порушення режиму прийому Арифаму. Це характерно для осіб віком >55 років, які часто мають коморбідні захворювання, приймають велику кількість таблеток і можуть забути про якісь ліки. Тому призначення фіксованих комбінацій є особливо важливим у цій групі пацієнтів. Професор В.Й. Целуйко підсумувала, що, на жаль, перебіг АГ в осіб віком понад 55 років характеризується високим ризиком таких кінцевих точок, як інфаркт міокарда, інсульт, смерть протягом року, значно вищим, ніж у категорії більш молодих пацієнтів. У структурі смертності таких хворих перше місце посідають серцево-судинні захворювання. У пацієнтів віком >55 років варто в першу чергу обирати препарати з потужним вазодилатуючим ефектом: Арифам® – єдину в Україні фіксовану комбінацію БКК (амлодипін) та тiazидоподібного діуретика (Арифон® ретард). Застосування Арифаму в пацієнтів з АГ віком >55 років забезпечує не лише ліпший у порівнянні з іншими комбінованими засобами антигіпертензивний ефект, а й значно зменшує частоту розвитку інфаркту міокарда, інсульту та серцево-судинної смерті навіть за наявності факторів несприятливого прогнозу. Слід ретельно контролювати прихильність пацієнта до лікування, оскільки низький комплаєнс асоціюється з істотним погіршенням прогнозу.

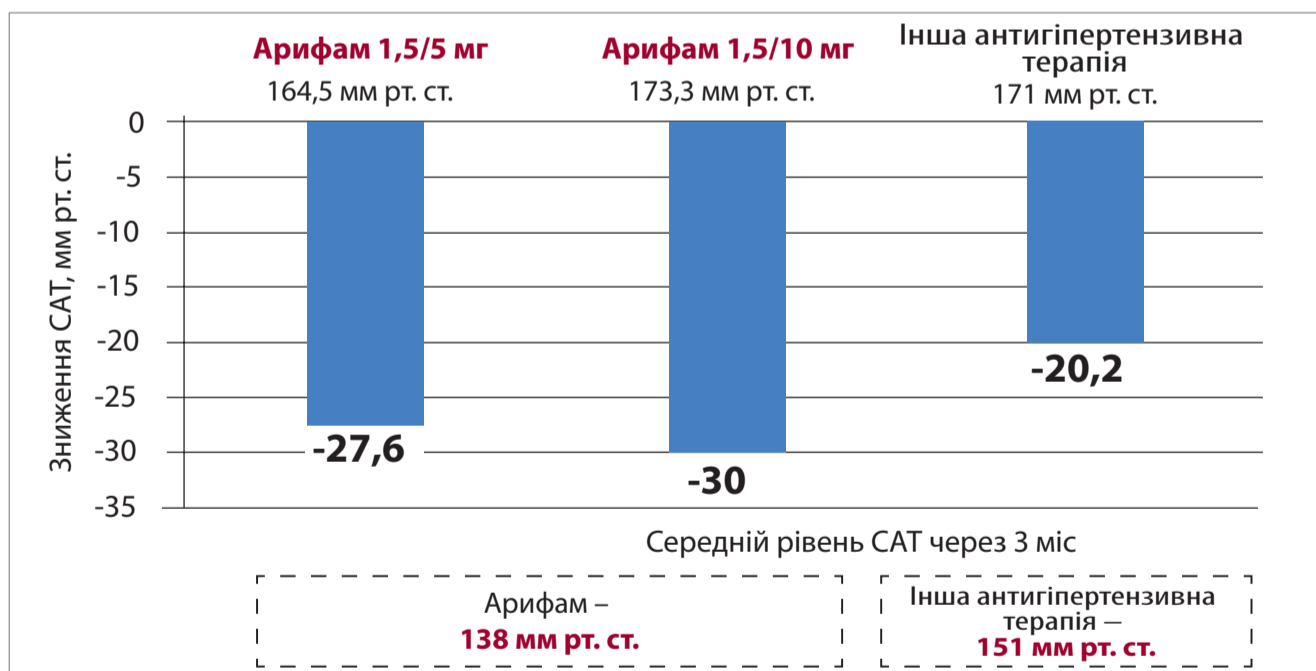


Рис. 1. Зниження САТ через 3 міс лікування Арифамом та іншою антигіпертензивною терапією

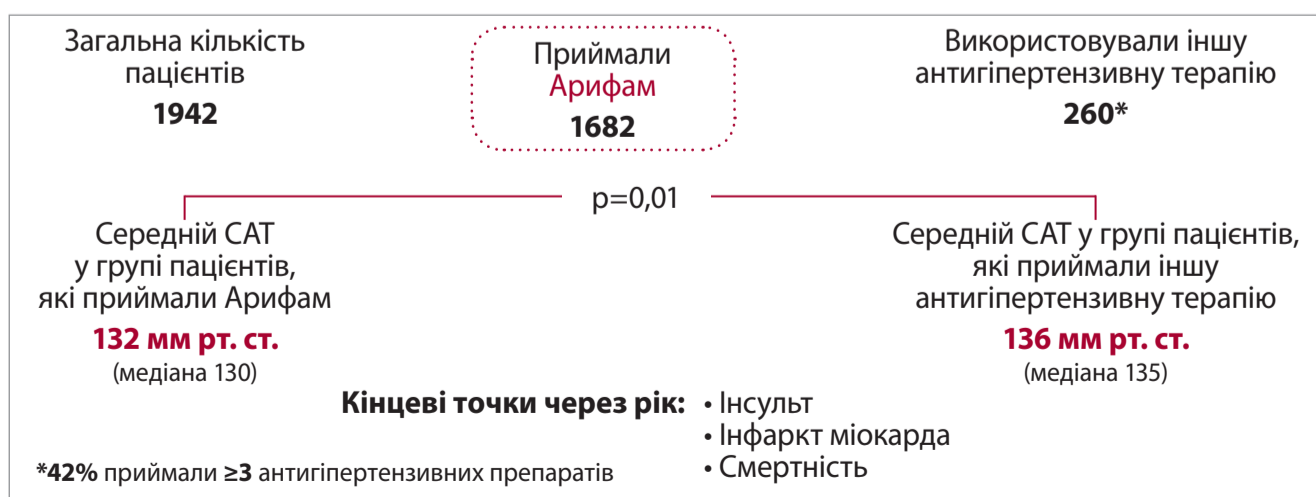


Рис. 2. Зниження САТ через 1 рік лікування Арифамом та іншою антигіпертензивною терапією

