

розширенню рухового режиму. Поряд з помірною аеробною фізичною активністю (ходьба, їзда на велосипеді, гімнастика) рекомендовано постійний когнітивний тренінг (читання, розв'язування кросвордів, ребусів або задач, вивчення мов тощо).

Особливості антигіпертензивної терапії

Ангіопротекторна антигіпертензивна терапія є основним засобом зниження ризику гострих і хронічних цереброваскулярних ускладнень. Навіть невелике зменшення рівня АТ протягом року (САТ – на 10 мм рт. ст., ДАТ – на 5 мм рт. ст.) допомагає суттєво (на 30-40%) обмежити частоту атеротромботичних мозкових подій, у тому числі попередити розвиток когнітивної дисфункції.

У наш час не існує єдиної думки щодо оптимального рівня АТ у хворих на АГ із клінічними проявами хронічної цереброваскулярної патології. Згідно з рекомендаціями Європейського товариства кардіологів і Європейського товариства з вивчення АГ (2007, 2009) цільовим тиском у хворих на АГ має бути рівень менше ніж 140/90 мм рт. ст. Відомо, що частота цереброваскулярних подій зменшується прямо пропорційно до інтенсивності зниження рівня АТ. У субаналізі дослідження SPARCL й інших епідеміологічних дослідженнях найменша кількість інсультів і найнижчий ризик деменції зареєстровано в осіб, АТ яких утримувався на рівні <120/80 мм рт. ст. Однак у подальшому було встановлено наявність J-подібної кривої збільшення судинних ускладнень і смертності у разі досягнення рівня АТ, нижчого від указаних значень. Особливої уваги вимагають пацієнти похилого віку, у яких надмірно і/або швидке зниження рівня АТ може призводити до суттєвої гіперперфузії мозку та розвитку (або поглиблення) цереброваскулярних проблем. Тому нормалізації АТ треба досягати поступово, іноді впродовж декількох місяців, уникаючи епізодів гіпотензії як уночі, так і вдень. В окремих випадках у разі появи виражених когнітивних порушень і вогнищевих неврологічних симптомів на тлі призначеної терапії зменшувати АТ нижче за «робочий» рівень у конкретного пацієнта не рекомендують, оскільки це може збільшити церебральну ішемію і спровокувати прогресування СД. На думку неврологів, підтримка АТ на рівні 140-150/80 мм рт. ст. у хворих старшого віку зі стартовими рівнями САТ понад 180-200 мм рт. ст. дає змогу запобігти у них зниженню психічних і рухових розладів.

Ще однією проблемою сучасної антигіпертензивної фармакотерапії є вибір конкретного лікарського засобу (ЛЗ), здатного не лише адекватно знижувати АТ, а й зменшувати при цьому ризик деменції. Наприклад, у низці досліджень лікування діуретиками, ІАПФ, сартанами, бета-блокаторами (SHER, MRC, SCOPE) не призвело до зменшення деменції порівняно з плацебо, незважаючи на успіхи у попередженні розвитку інсультів. Лише у дослідженні PROGRESS поряд з позитивним ефектом комбінації ІАПФ і діуретика у профілактиці повторного інсульту вдалось отримати зниження частоти окремих типів когнітивної дисфункції. Однак це стосувалося лише постінсультної деменції (на 34%, $p=0,03$). Зменшення кількості випадків інших видів деменції (на 12%) виявилось недостовірним.

Заслужують на увагу результати випробування MOSES, присвяченого вторинній профілактиці інсульту. Незважаючи на те що на старті середній вік і когнітивні порушення пацієнтів були більш вираженими, ніж у дослідженні PROGRESS, на тлі чотирирічного лікування епросартаном або дигідропіридинним антагоністом кальцію нітрендипіном помітного погіршення останніх не зареєстровано. Вважають, що порівнювані між собою ліки (сартан й антагоніст кальцію) мають подібний позитивний церебропротекторний ефект, пов'язаний

з активацією в судинах головного мозку рецепторів ангіотензину II.

Крім того, нітрендипін довів свій потужний антидементний ефект під час великого дослідження Syst-Eur [36]. У ньому взяли участь 2800 недементних пацієнтів віком понад 60 років з ізольованою систолічною АГ. Хворі отримували або плацебо, або дигідропіридинний антагоніст кальцію другого покоління нітрендипін з можливим додаванням ІАПФ і/або тiazидного діуретика для досягнення рівня САТ <150 мм рт. ст. Виявилось, що антигіпертензивна терапія нітрендипіном у пацієнтів з АГ достовірно знижує частоту розвитку деменції на 55% порівняно з плацебо (7,4 проти 3,3 випадку на 100 пацієнтів на рік). Важливо відзначити, що отриманий ефект стосувався всіх видів деменції: судинної, постінсультної й альцгеймерівської.

Нейропротекторний успіх дигідропіридинних антагоністів кальцію пов'язують з їх здатністю попереджувати кальцієві механізми загибелі нейронів у ділянках мозку (корі, таламусі, гіпокампі), де часто виникає їх апоптоз; проникати через гематоенцефалічний бар'єр і стимулювати синтез нейротрансмітерів, дефіцит яких спостерігають при деменції; знижувати активність тромбоцитів, які вважають основним джерелом амілоїду та β -амілоїду; пригнічувати продукцію тромбіну – одного з головних компонентів каскаду тромбоутворення. Крім того, дигідропіридинні антагоністи кальцію другого-третього покоління – це найбільш ефективні ЛЗ стосовно нормалізації САТ, що має особливе значення під час ведення пацієнтів похилого віку з підвищеним ризиком СД.

Однак для повноцінного антигіпертензивного лікування згідно з останніми настановами ESH/ESC у пацієнтів високого ризику треба використовувати не моно-, а комбіновану фармакотерапію. Поєднання двох-трьох ЛЗ дає змогу впливати на різні ланки патогенезу АГ і ремоделювання судин, унаслідок чого значно збільшуються шанси досягнення як цільового АТ, так і максимального покращення прогнозу, у тому числі когнітивного. Пріоритетні комбінації антигіпертензивних ЛЗ стали відомими після завершення дослідження ACCOMPLISH. Виявилось, що комбіноване використання блокаторів ренін-ангіотензин-альдостеронової системи та кальцієвих каналів забезпечує суттєве – 20-відсоткове зниження ризику будь-якого кардіоваскулярного ускладнення і смерті. Важливо підкреслити, що ця комбінація виявилась особливо корисною у хворих з максимальною ймовірністю розвитку серцево-судинних ускладнень, зокрема в осіб віком понад 70 років, зменшуючи у них ризик смерті й судинних ускладнень на 21%.

Комплексний підхід до вторинної профілактики СД в осіб з підвищеним її ризиком передбачає також використання антиагрегантів (на вибір аспірин, клопидогрель або комбінація аспірину з дипіридамолом тривалої дії), за частих пароксизмів або наявності постійної форми фібриляції передсердь – варфарину (чи новітніх непрямих антикоагулянтів); статинів, нейрометаболических препаратів (нотропи, вазопротектори та ЛЗ, які покращують церебральну мікроциркуляцію). За необхідності рекомендують каротидну ендартеректомію.

Таким чином, вік і АГ є головними чинниками розвитку порушення когнітивних функцій у хворих похилого віку. Поряд з розширенням фізичного і когнітивного тренінгу для профілактики розвитку і прогресування СД необхідна адекватна антигіпертензивна терапія з переважним використанням комбінації блокатора РААС з антагоністом кальцію другого-третього покоління. Цільовим має бути рівень АТ менше ніж 140-130/90-80 мм рт. ст., а темпи його зниження – адекватними. Вторинна профілактика СД додатково включає антиагреганти, антикоагулянти, статини і нейротропну терапію.

Список літератури знаходиться в редакції. 3

**Передплата з будь-якого місяця!
У кожному відділенні «України»!
За передплатними індексами:**

Здоров'я® України®

«МЕДИЧНА ГАЗЕТА
«ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ – ХХІ СТОРІЧЧЯ»

35272

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«КАРДІОЛОГІЯ, РЕВМАТОЛОГІЯ, КАРДІОХІРУРГІЯ»

37639

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ПУЛЬМОНОЛОГІЯ, АЛЕРГОЛОГІЯ, РИНОЛАРИНГОЛОГІЯ»

37631

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«НЕВРОЛОГІЯ, ПСИХІАТРІЯ, ПСИХОТЕРАПІЯ»

37633

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ДІАБЕТОЛОГІЯ, ТИРЕОІДОЛОГІЯ, МЕТАБОЛІЧНІ РОЗЛАДИ»

37632

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ОНКОЛОГІЯ, ГЕМАТОЛОГІЯ, ХІМІОТЕРАПІЯ»

37634

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР «ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ,
ГЕПАТОЛОГІЯ, КОЛОПРОКТОЛОГІЯ»

37635

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ПЕДІАТРІЯ»

37638

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ХІРУРГІЯ, ОРТОПЕДІЯ, ТРАВМАТОЛОГІЯ»

49561

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«АКУШЕРСТВО, ГІНЕКОЛОГІЯ, РЕПРОДУКТОЛОГІЯ»

89326

НАШ САЙТ:

www.health-ua.com

Архів номерів
«Медичної газети
«Здоров'я України»
з 2003 року

У середньому
понад 8000
відвідувань
на день