

# Особенности течения и тактика ведения больных АГ в возрасте 60 лет и старше согласно современным рекомендациям



И.В. Давыдова

**С**овременная демографическая ситуация характеризуется прогрессирующим увеличением контингента людей старшего и пожилого возраста. Согласно статистическим прогнозам Всемирной организации здравоохранения, к 2025 г. численность людей пожилого возраста в общемировой популяции увеличится в 6 раз и достигнет 2 млрд. Люди в возрасте 60 лет и старше в Украине составляют пятую часть населения.

Как известно, распространенность артериальной гипертензии (АГ) увеличивается с возрастом; среди лиц 55-65 лет вероятность развития АГ составляет более 90%. В Украине распространенность АГ среди лиц  $\geq 60$  лет чрезвычайно высока и как минимум в 2 раза превышает таковую в популяции лиц среднего возраста. Высокое артериальное давление (АД) – один из наиболее важных факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений (инсульта, инфаркта миокарда) и смерти, значение которого с возрастом увеличивается. У мужчин старше 55 лет АГ повышает риск кардиоваскулярной смерти в 4 раза, у женщин – в 2 раза. ВОЗ рассматривает АГ как наиболее важную из потенциально предотвратимых причин смерти, поэтому проблема лечения АГ у больных старшего и пожилого возраста является актуальной как во всем мире, так и в Украине.

В декабре 2013 г. были опубликованы объединенные рекомендации Международного и Американского обществ гипертензии, в которых больные АГ старше 60 лет выделены в отдельную группу. Эти пациенты нуждаются в антигипертензивной терапии, которая будет учитывать все их особенности.

## Особенности клинического течения АГ у больных 60 лет и старше

### Повышение систолического артериального давления

Клинической особенностью течения АГ у лиц  $\geq 60$  лет является значительное повышение систолического АД (САД), в то время как диастолическое (ДАД) повышается в меньшей степени или снижается.

Стойкое повышение САД у больных старшего возраста можно объяснить функциональными и структурными изменениями сосудистой стенки. С возрастом в стенках артерий снижается синтез эластина, увеличивается содержание коллагена, наблюдается отложение кальция. Избыточное потребление соли, атеросклероз, ожирение, сахарный диабет являются провоцирующими факторами и усугубляют эти изменения. Аорта и крупные артерии становятся жесткими, теряют буферные свойства, хуже реагируют на изменение сосудистого кровотока, что ведет к стойкому спазму периферических артерий и повышению САД. В свою очередь, стойкий продолжительный спазм периферических артерий способствует прогрессированию эндотелиальной дис-

функции, нарушается баланс вазоконстрикторных и вазодилатирующих факторов. Кроме того, увеличение жесткости артерий приводит к повышению скорости пульсовой волны, раннему ее возврату с периферии и смещению в систолу, что обуславливает рост САД, пульсового АД и нагрузки на левый желудочек, заставляя его тратить больше энергии для поддержания продуктивного выброса. С другой стороны, с возрастом снижается фильтрационная способность почек, что приводит к задержке и накоплению натрия в сосудистой стенке и повышению САД.

Стойкое повышение САД у больных старшего возраста можно объяснить функциональными и структурными изменениями сосудистой стенки. С возрастом в стенках артерий снижается синтез эластина, увеличивается содержание коллагена, наблюдается отложение кальция. Избыточное потребление соли, атеросклероз, ожирение, сахарный диабет являются провоцирующими факторами и усугубляют эти изменения. Аорта и крупные артерии становятся жесткими, теряют буферные свойства, хуже реагируют на изменение сосудистого кровотока, что ведет к стойкому спазму периферических артерий и повышению САД. В свою очередь, стойкий продолжительный спазм периферических артерий способствует прогрессированию эндотелиальной дис-

функции, нарушается баланс вазоконстрикторных и вазодилатирующих факторов. Кроме того, увеличение жесткости артерий приводит к повышению скорости пульсовой волны, раннему ее возврату с периферии и смещению в систолу, что обуславливает рост САД, пульсового АД и нагрузки на левый желудочек, заставляя его тратить больше энергии для поддержания продуктивного выброса. С другой стороны, с возрастом снижается фильтрационная способность почек, что приводит к задержке и накоплению натрия в сосудистой стенке и повышению САД.

### Сложность нормализации САД

В метаанализе 14 рандомизированных исследований антигипертензивной терапии, проведенном под руководством итальянского ученого G. Mancini, было показано, что снизить ДАД до  $< 90$  мм рт. ст. удается почти у всех пациентов, в то время как достичь нормализации САД до  $\leq 140$  мм рт. ст. получилось только в каждом 4-м контролируемом испытании (рис. 1). Особенно непростая задача – контроль САД у пациентов  $\geq 60$  лет. Частые сопутствующие заболевания (атеросклероз, сахарный диабет), длительное повреждение органов-мишеней (нарушение функций почек, гипертрофия левого желудочка – ГЛЖ), изменение обмена веществ обуславливают сложность достижения нормализации САД у этой категории больных.

### Повышенное САД – независимый фактор риска развития кардиоваскулярных осложнений и смерти

Такое понятие, как возрастное повышенное АД, в наши дни употребляется не должно, поскольку повышенное АД у пациентов  $\geq 60$  лет является такой же болезнью, как и у лиц молодого возраста, и требует соответствующего лечения. Ранее увеличение САД с возрастом рассматривалось как естественный механизм адаптации организма, чтобы обеспечить необходимую перфузию органов и тканей, а для определения оптимального САД часто использовалась формула  $100 + \text{возраст}$ . Но сегодня есть веские доказательства того, что САД – более значимый фактор риска развития кардиоваскулярных осложнений, чем ДАД.

В последних объединенных рекомендациях Американского и Международного обществ гипертензии, опубликованных в декабре 2013 г., четко сказано, что именно САД – чрезвычайно важный параметр диагностики и основной фактор риска развития кардиоваскулярных осложнений и инсульта у пациентов старшего возраста.

Результаты Фрамингемского исследования говорят о том, что повышение САД  $> 115/75$  мм рт. ст. на каждые 20 мм рт. ст. увеличивает риск смерти от инсульта в 2 раза. Таким образом, на сегодня именно контроль САД у пациентов  $\geq 60$  лет признан приоритетным в снижении риска сердечно-сосудистых осложнений и инсульта.

### Каковы особенности медикаментозной коррекции АГ у больных $\geq 60$ лет?

Особый подход к пациентам  $\geq 60$  лет с АГ подтверждают последние рекомендации Международного и Американского обществ гипертензии, в которых представители указанной возрастной категории выделены в отдельную группу. Эти пациенты требуют особой терапии, направленной в первую очередь на снижение САД. При этом повышенное ДАД также не должно ускользать от внимания врачей.

Согласно рекомендациям, препаратами первой линии терапии для лечения пациентов  $\geq 60$  лет с АГ являются тиазидные/тиазидоподобные диуретики и антагонисты кальция (рис. 2).

Используются такие диуретики, как индапамид, хлорталидон и гидрохлортиазид, однако, как четко сказано в рекомендациях, наиболее убедительные доказательства в снижении риска инсульта и кардиоваскулярных осложнений существуют для хлорталидона и индапамида.

Таким образом, препаратом первого выбора для лечения пациентов  $\geq 60$  лет с АГ по праву может считаться тиазидоподобный диуретик индапамид, потому что он эффективно снижает САД и имеет веские доказательства в отношении улучшения прогноза, признанные современными рекомендациями.

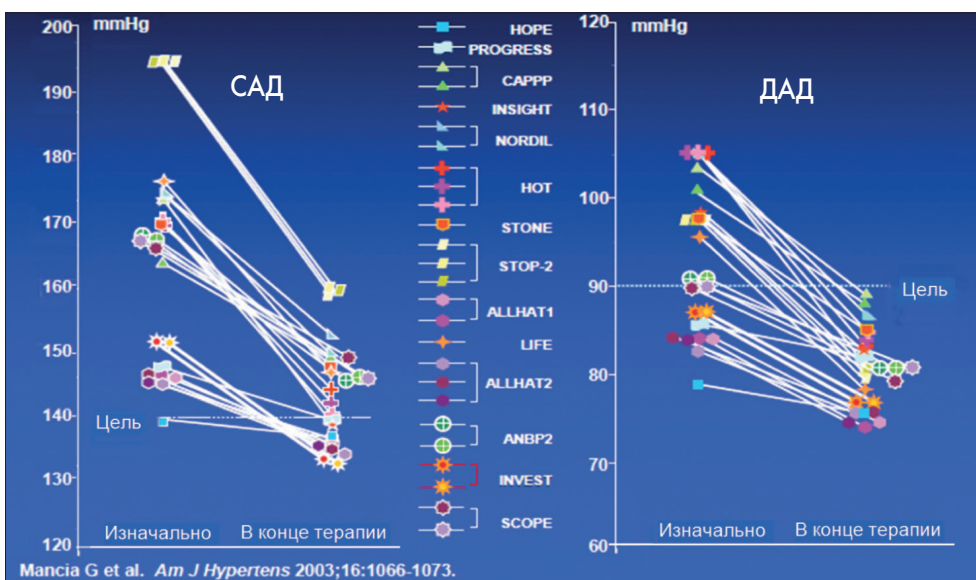


Рис. 1. Эффективность антигипертензивной терапии в снижении САД и ДАД в различных клинических исследованиях



Примечание: \* у пациентов с АГ 1 ст. без других кардиоваскулярных факторов риска возможно отложить фармакологическую терапию при условии регулярного мониторинга модификации образа жизни на протяжении нескольких месяцев.

Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community. A Statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. December 2013

Рис. 2. Алгоритм лечения пациентов с АГ



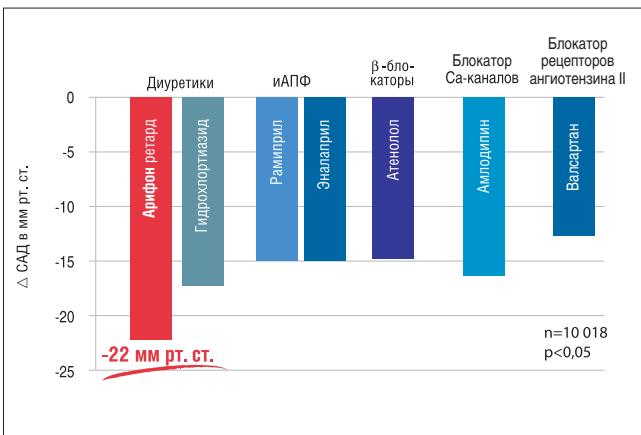


Рис. 3. Снижение САД при назначении антигипертензивных препаратов в монотерапии

В пользу оригинального индапамида ретард\* как препарата первого выбора у пациентов ≥60 лет с АГ также говорят современные украинские и британские стандарты терапии, где указано, что при выборе препаратов для лечения АГ у лиц пожилого и старческого возраста преимущество следует отдавать тиазидоподобным диуретикам, таким как индапамид ретард\* (NICE, 2012).

**Почему оригинальный индапамид ретард\* рекомендован как препарат первого выбора для больных АГ ≥60 лет?**

В первую очередь это обусловлено мощным эффектом в отношении снижения САД. Оригинальный индапамид ретард\* оказывает прямое вазодилатирующее действие на стенки артерий – замедляет ток кальция в гладкомышечные клетки сосудов, предотвращая вазоспазм. Оригинальный индапамид ретард\* снижает чувствительность сосудистой стенки к вазопрессорам, уменьшая в ней концентрацию ионов натрия; усиливает защитную функцию эндотелия, влияя на синтез вазодилаторов – простаглицлина в сосудистой стенке и простаглицлина в почках. Кроме того, индапамид ретард улучшает эластичность сосудов, уменьшая отложение коллагена, а также ингибирует реабсорбцию натрия и воды в проксимальном отделе дистального канальца, оказывая комплексное влияние на различные патогенетические механизмы повышения САД у пациентов ≥60 лет. В итоге даже жесткие сосуды больных старшего возраста расширяются, вследствие чего эффективно снижается САД.

Монотерапия оригинальным индапамидом ретард\* обеспечивает эффективное снижение САД, что доказано многочисленными клиническими исследованиями и несколькими метаанализами. Так, в метаанализе J.P. Vague с участием более чем 10 тыс. больных АГ сравнили антигипертензивную эффективность оригинального индапамида ретард\* и других антигипертензивных препаратов. Все препараты применялись в виде монотерапии.

Продолжительность периода наблюдения составила 2-3 мес. Среднее снижение САД при приеме оригинального индапамида ретард\* составило 22,2 мм рт. ст., что гораздо больше, чем при приеме гидрохлортиазид, рамиприла и эналаприла, атенолола, амлодипина и валсартана в среднетерапевтических дозах (рис. 3).

Таким образом, было доказано, что оригинальный индапамид ретард\* в монотерапии снижает САД эффективнее других антигипертензивных препаратов.

Если пациент ≥60 лет с АГ нуждается в комбинированном лечении АГ, оригинальный индапамид ретард\* станет надежной основой терапевтической комбинации. Оригинальный индапамид ретард\* имеет убедительные доказательства эффективности в снижении АД у больных, не достигших целевых значений АД на фоне другой антигипертензивной терапии (исследование NATIVE). Целью данного исследования было оценить преимущества назначения оригинального индапамида ретард\* у пациентов, не достигших контроля АД с помощью предшествующей терапии. В исследование были включены 2050 пациентов с АГ, получающих ингибитор ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ; 38% участников), β-адреноблокатор (БАБ; 31% участников), антагонист кальция (19% участников), блокатор рецепторов ангиотензина II (БРА; 3% участников). Среднее САД составило 145-180 мм рт. ст., ДАД – 95-105 мм рт. ст. Оригинальный индапамид ретард\* был назначен в дополнение к предшествующей антигипертензивной терапии. Через 3 мес лечения количество пациентов, достигших целевого уровня АД, составило 91%, при этом САД снизилось независимо от предшествующей терапии в среднем на 34 мм рт. ст., а ДАД – в среднем на 18 мм рт. ст.

В итоге авторы сделали вывод, что назначение оригинального индапамида ретард\* у пациентов, не достигших целевого АД с помощью терапии ИАПФ, сартаном, БАБ, блокатором кальциевых каналов, обеспечивает существенное снижение АД, 9 из 10 пациентов достигают нормализации АД в пределах <140 мм рт. ст. / <90 мм рт. ст.

Как было сказано ранее, суточный контроль АД у пациентов ≥60 лет с АГ является важной задачей в аспекте предотвращения сердечно-сосудистых катастроф, поэтому предпочтительнее следует отдавать антигипертензивным препаратам длительного действия. Этим требованиям отвечает оригинальный индапамид ретард\*. Уникальный гидрофильный матрикс оригинального индапамида ретард\*, который был специально разработан в исследовательском центре «Сервьё», обеспечивает постепенное контролируемое высвобождение индапамида и жесткий контроль АД в течение 24 ч. Так, в субисследовании HUYET проводили суточное мониторирование АД у 119 участников. Уже через 1 год терапии оригинальным индапамидом ретард\* у этих пациентов не только нормализовались показатели среднесуточного, среднедневного и средненочного САД, но и на 13/5 мм рт. ст. снизился показатель офисного АД. Таким образом, как показало исследование HUYET, жесткий контроль АД 24 ч благодаря уникальному

гидрофильному матриксу оригинального индапамида ретард\* реализуется в виде надежной защиты от инсульта и смерти в любое время суток.

В масштабном, специально спланированном исследовании HUYET участвовали около 4 тыс. больных пожилого возраста. Результаты исследования показали, что лечение оригинальным индапамидом ретард\* обеспечивает существенное снижение риска развития фатальных инсультов (на 39%), сердечной недостаточности на 64 %, любых кардиоваскулярных событий на 34% и общей смертности на 21%.

Таким образом, терапия оригинальным индапамидом ретард\* позволяет защитить больных ≥60 лет от развития инсульта, инфаркта миокарда, сердечной недостаточности и дает шанс продлить активную и полноценную жизнь.

При выборе препарата для начала антигипертензивной терапии или ее коррекции у больных АГ ≥60 лет есть все основания выбрать именно оригинальный индапамид ретард\* как лекарственное средство, эффективно снижающее САД и обеспечивающее надежную защиту от инсульта и кардиоваскулярных событий.

Список литературы находится в редакции.



Информация предназначена для размещения в специализированных изданиях для медицинских учреждений и врачей, а также для распространения на семинарах, конференциях, симпозиумах на медицинскую тематику

# АРИФОН® РЕТАРД

Индапамид 1,5 мг – контролируемое высвобождение



✓ Эффективно снижает САД<sup>2,3</sup>  
✓ Уменьшает риск фатальных инсультов<sup>4</sup>



1 таблетка в сутки

1. Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community. A statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension, December 2013. 2. Vague JP, et al. Clin Drug Invest. 2007;27:734-732. 3. Akcan J, et al. Curr Med Res Opin. 2007;23:2929-2936. 4. Nigam S, Beckett, M.B. et al. N Engl J Med 2008;358:12.

Склад: 1 таблетка містить індапамід 1,5 мг, серед допоміжних речовин - лактози моногідрат. Лікарська форма: таблетки, вкриті плівковою оболонкою, пролонговані дії. **Синдром непереносимості лактози.** Не слід приймати препарат при лактозній недостаточності. Код АТХ: C03BA1. **Позначення.** Європейська гіпертензивна лігація. **Протипалирний ефект.** Периодична чутливість до ниркової недостатності або будь-яких інших компонентів препарату, також ниркова недостатність, технічна ендокринологія та інші порушення функції нирки, гіпокаліємія. **Спосіб застосування та дози:** Для перорального застосування: одна таблетка (1,5 мг) на добу, об'ємом води. **Побічні реакції:** Часті: мігренеподібний біль голови, нудота, діарея. Рідко: головкружіння, втомированість, головний біль, парестезія, запор, сухість у роті. **Дітям:** препарат не рекомендовано. **Вагітність та годування груддю:** Препарат не слід приймати вагітним жінкам та жінкам, які годують груддю. **Здатність впливати на швидкість руху при керуванні автомобілем:** Ариффон Ретард не порушує чіткість, але у разі виникнення симптомів, що пов'язані зі зменшенням артеріального тиску, може впливати на здатність керувати автомобілем і працювати з деякими механізмами. **Передозування:** симптоми передозування, мають проявляти водно-електролітичні порушення (гіпокаліємія, гіпокальціємія). Надмірна не впливає на метаболізм ліків та вуглеводів. **Категорія відпуску:** за рецептом лікаря.   
Для отримання повної інформації ознайомтеся з інструкцією для медичного застосування препарату Ариффон® ретард (Реєстраційне посвідчення № ІУ/101/01/01 від 18.05.14, ліцензія № 193 від 18.05.14)



Представництво «Ле Лаборатуар Сервьє»: 01054, Київ, вул. Воровського, 24 Тел.: (044) 490-34-41, факс: (044) 490-34-40 Додаткову інформацію можна отримати на сайті [www.servier.ua](http://www.servier.ua)