

Таблиця. Вплив СРАР-терапії на АТ у пацієнтів із СОАС

Дослідження	Популяція хворих	Тривалість дослідження	Лікування	Ключові висновки
F. Campos-Rodriguez et al., 2006 [27]	68 хворих на СОАС і АГ	4 тижні	Терапевтичний або субтерапевтичний СРАР	Не встановлено статистично значущого зниження АТ при лікуванні СРАР у пацієнтів із СОАС та АГ
J. Duran-Cantolla et al., 2010 [47]	340 пацієнтів із нелікованою АГ та ІАГ >15/год	3 місяці	СРАР і фіктивний СРАР	У хворих, що отримували СРАР-терапію, за даними амбулаторного моніторингу АТ відзначали зниження середнього добового АТ на 1,5 мм рт. ст. (95% ДІ 0,4-2,7; $p=0,01$), середнього добового САТ на 2,1 мм рт. ст. (95% ДІ 0,4-3,7; $p=0,01$), ДАТ на 1,3 мм рт. ст. (95% ДІ 0,2-2,3; $p=0,02$) та нічного ДАТ на 2,1 мм рт. ст. (95% ДІ 0,5-3,6; $p=0,01$)
F. Barb et al., 2010 [14]	359 осіб з АГ та ІАГ 45 ± 20 /год, без денної сонливості (за шкалою сонливості Епворта – 7 ± 3)	1 рік	СРАР і консервативне лікування	У хворих, що отримували лікування СРАР, спостерігалось зниження САТ на 1,89 (95% ДІ -3,90; 0,11; $p=0,0654$), ДАТ на 2,19 мм рт. ст. (95% ДІ 3,46; -0,93; $p=0,0008$). Зниження АТ було виразнішим у пацієнтів, які застосовували СРАР >5,6 год/ніч
L. Lozano et al., 2010 [84]	75 хворих на резистентну АГ з ІАГ щонайменше 15/год	3 місяці	СРАР і консервативне лікування	У хворих, що отримували СРАР-терапію, при амбулаторному моніторингу АТ виявлене зниження середнього добового ДАТ на 4,9 мм рт. ст. ($p=0,027$). У пацієнтів при СРАР > 5,8 год/ніч спостерігалось суттєвіше зниження денного ДАТ на 6,12 мм рт. ст. (95% ДІ -1,45; -10,82; $p=0,004$), добового ДАТ на 6,98 мм рт. ст. (95% ДІ -1,86; -12,1; $p=0,009$) та добового САТ на 9,71 мм рт. ст. (95% ДІ -0,20; -19,22; $p=0,046$). Кількість осіб із dipping-профілем АТ у цій групі хворих значно зросла (51,7 vs 24,1%; $p=0,008$).
L.F. Drager, et al., 2011 [45]	36 осіб із нелікованим тяжким СОАС (ІАГ 56 ± 22 події/год), високим нормальним АТ і маскованою АГ	3 місяці	СРАР і група без лікування	У хворих на СРАР-терапії при амбулаторному моніторингу АТ спостерігалось зниження офісного САТ ($p=0,001$), денного і нічного АТ ($p<0,005$). Відзначене значне зниження частоти високого нормального АТ (із 94 до 55%; $p=0,02$) та маскованої АГ (з 39 до 5%; $p=0,04$)
M.A. Martinez-Garcia et al., 2012 [89]	210 пацієнтів із резистентною АГ та ІАГ не менш ніж 15/год	3 місяці	СРАР і консервативне лікування	У хворих на лікуванні СРАР мав місце вищий відсоток dipping-профілю АТ. У пацієнтів із прихильністю до СРАР-терапії >4 год/ніч отримано зниження САТ і ДАТ на 5,5 та 4,2 мм рт. ст. відповідно
M.A. Martinez-Garcia et al., 2013 [91]	194 хворих на резистентну АГ з ІАГ ≥ 15 /год	12 тижнів	СРАР і консервативне лікування	У хворих, що використовували СРАР-терапію порівняно з консервативним лікуванням, відзначали покращення нічного профілю АТ (dipping) – 35,9 vs 21,6% (скореговане ВШ 2,4; 95% ДІ 1,2-5,1; $p=0,02$). Пацієнти з прихильністю до СРАР-терапії >4 год/ніч показали зниження середнього добового АТ на 3,1 мм рт. ст. (95% ДІ 0,6-5,6; $p=0,02$) та середнього добового ДАТ на 3,2 мм рт. ст. (95% ДІ 1,0-5,4; $p=0,005$), але не САТ. Виявлено позитивний зв'язок між годинами застосування СРАР та зниженням добового середнього АТ ($r=0,29$; $p=0,006$), САТ ($r=0,25$; $p=0,02$) і ДАТ ($r=0,30$; $p=0,005$)
S.M. Hoyos et al., 2015 [61]	38 хворих	8 тижнів	СРАР і фіктивний СРАР	СРАР-терапія привела до зниження центрального САТ (середня різниця: -4,1 мм рт. ст.; $p=0,003$), центрального ДАТ (-3,9 мм рт. ст.; $p=0,0009$), периферичного САТ (-4,1 мм рт. ст.; $p=0,004$) та периферичного ДАТ (-3,8 мм рт. ст.; $p=0,001$). Тож зниження центрального і периферичного АТ при лікуванні СРАР не залежало від часу доби. На відміну від цього, помірне зменшення жорсткості артерій після СРАР спостерігалось лише вранці
Z. Huang et al., 2015 [63]	66 осіб із СОАС (помірним/тяжким), АГ та ІХС	36 місяців	СРАР (середня тривалість застосування – $4,3\pm 1,2$ год/добу)	Встановлено істотне зниження САТ і ДАТ від початкового рівня на 5,6 (95% ДІ 3,0-8,1; $p<0,001$) та 3,0 мм рт. ст. (95% ДІ 0,8-5,3; $p=0,009$) відповідно. Денна сонливість за шкалою сонливості Епворта значно зменшилася. Вихідні ІМТ, середній АТ та прихильність до СРАР незалежно корелювали зі зниженням середнього АТ та були незалежними предикторами зниження АТ при лікуванні СРАР
D.J. Bratton et al., 2014 [24]	1206 (метааналіз 4 досліджень)	–	СРАР	Хоча лікування СРАР зменшує тяжкість СОАС та сонливість ($p<0,001$), не встановлено сприятливого впливу на АТ у пацієнтів із мінімально симптоматичним СОАС, за винятком тих, хто застосовував СРАР >4 год/ніч. Зниження ДАТ становило 1,4 мм рт. ст. (95% ДІ від -2,5 до -0,4; $p=0,008$)
M.C. Yang et al., 2015 [132]	121 особа	4 роки	СРАР і відсутність СРАР	У хворих, які не отримували лікування СРАР, встановлено значне збільшення індексу десатурацій та підвищення АТ. У пацієнтів із високою прихильністю до СРАР-терапії (використання СРАР ≥ 4 год/ніч упродовж $\geq 70\%$ відстежуваних ночей) показано значне зменшення денної сонливості, ІАГ, індексу десатурацій та АТ. Хоча ІАГ також значно знизився після лікування СРАР в осіб із низьким комплаєнсом, у цій групі хворих АТ залишався без змін. Таким чином, СРАР-терапія чинила сприятливий ефект як на якість сну, так і на АТ лише у пацієнтів із СОАС та високою прихильністю до СРАР, а в осіб із низьким комплаєнсом виявлено позитивний вплив на ІАГ, але не АТ
J.R. Carter et al., 2016 [31]	17 осіб із СОАС та синдромом ожиріння/гіповентиляції	6 тижнів	РАР	Спостерігалось зниження середнього нічного, але не денного АТ. Встановлено зменшення кількості епізодів раптового підвищення АТ вночі за 1 год ($p<0,05$). Дотримання РАР-терапії протягом 6 тижнів суттєво корелювало зі скороченням епізодів раптового підвищення САТ ($r=0,713$; $p=0,001$) та ДАТ ($r=0,497$; $p=0,043$). Це поліпшення регуляції АТ вночі було виразнішим у пацієнтів із більшою прихильністю до лікування РАР