

МЕДИЦИНА. ХИМИЯ. ТЕХНОЛОГИЯ ПИЩИ

Урманбетова А.Д.

ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

A.D. Urmanbetova

CHARACTERISTICS OF PHARMACOTHERAPY OF ARTERIAL HYPERTENSION IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS

«При склеротической гипертонии находят явные органические поражения сердца, аорты, сосудов мозга и т.д. Больные нередко гибнут от этих поражений.

Поэтому название «доброкачественная» мало подходит для этого обычного гипертонической болезни».

Тареев Е.М. «Гипертоническая болезнь».

УДК: 615.2/3.03:616.12-008.331.1-053.9

Артериальная гипертензия встречается у 30-50% людей в возрасте старше 60-ти лет. Примерно у 1/3 из них имеет место изолированное повышение систолического артериального давления - изолированная систолическая артериальная гипертензия («старческая», склеротическая артериальная гипертензия), которая является основным фактором риска развития инсульта, сердечной и почечной недостаточности, коронарной болезни сердца, атеросклероза периферических артерий. В статье изложены современные подходы к лечению артериальной гипертензии у данной категории больных.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, эссенциальная (первичная) гипертензия, изолированная систолическая артериальная гипертензия, пожилые и очень пожилые пациенты, антигипертензивные препараты, доказательная медицина.

Arterial hypertension occurs in 30-50% cases in the individuals above 60 years of age. About one third of it is due to isolated systolic hypertension. Isolated systolic hypertension (also "senile", sclerotic arterial hypertension) is a risk factor for cerebral stroke, heart and renal failure, coronary heart disease and atherosclerosis of peripheral arteries. This article outlines the modern approaches to hypertension therapy in such category of patients.

Key words: arterial hypertension, essential (primary) hypertension, isolated systolic hypertension, senior and senile patients, antihypertensive drugs, evidence-based medicine.

Артериальная гипертония (АГ) – распространенное сердечно-сосудистое заболевание (ССЗ) во всем мире. Распространенность АГ среди взрослого населения колеблется от 20 до 40 % и увеличивается с увеличением возраста [3]. В первую очередь, говоря о пожилых и очень пожилых пациентах, необходимо определиться с возрастными критериями. Взрослыми принято называть лиц старше 18-ти лет. В большинстве клинических исследований, например по АГ, нижняя граница включения составляет 18 лет. Молодой возраст, согласно современным представлениям, включает диапазон от 18 до 60-ти лет. Конечно, пациент в возрасте, близко

примыкающем к 60-ти годам, отличается от пациента, который удален от 60-летнего рубежа. Но, в целом, вопросы лекарственной терапии у этих пациентов являются практически одинаковыми. В большинстве западных стран, в которых продолжительность жизни гораздо больше, чем в нашей стране, а пенсионный возраст у мужчин отодвинут на 5 лет, в различных исследованиях нередко используется граница пожилого возраста в 65 лет*. Итак, к лицам пожилого возраста относятся люди в возрастных пределах от 60-ти (65-ти*) до 80-ти лет. И, наконец, к лицам старческого или очень пожилого возраста (иногда используется и то и другое определение) относят тех, кому за 80 лет [4].

АГ встречается у 30-50% людей в возрасте старше 60-ти лет. Примерно у 1/3 из них имеет место изолированное повышение систолического артериального давления (АД) - изолированная систолическая артериальная гипертензия (ИСАГ - «старческая», склеротическая АГ) [2]. Согласно международным рекомендациям под ИСАГ понимают повышение уровня систолического артериального давления (САД) выше НОмм.рт.ст. при диастолическом артериальном давлении (ДАД) менее 90 мм. рт. ст. По данным Фремингемского исследования на долю ИСАГ в данной возрастной группе приходится до 65-75% всех случаев АГ. В эпидемиологических исследованиях наблюдается возрастное повышение уровней САД и ДАД, причем САД продолжает повышаться до 70-80 лет, тогда как ДАД только до 50-60 лет, а затем отмечается снижение его уровня. Основной причиной ИСАГ у пожилых является снижение растяжимости аорты и артерий, приводящее к потере их способности демпфировать пульсовые изменения давления. «Старческая» (склеротическая) АГ является основным фактором риска инсульта, сердечной недостаточности (СН), ишемической болезни сердца (ИБС), почечной недостаточности, атеросклероза периферических артерий и, таким

образом, имеет неблагоприятный прогноз. Выделение ИСАГ в виде отдельной клинической формы АГ имеет важное прогностическое значение как с точки зрения возможности контроля АД, так и вероятности развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО). В крупных эпидемиологических исследованиях (MRFIT - Multiple Risk Factor Intervention Trial 1986; Ohasama study; Фремингемское исследование) было доказано увеличение смертности от сердечно-сосудистой патологии в 2-5 раз, общей смертности на 51%, инсультов в 2,5 раза у больных ИСАГ по сравнению с аналогичными показателями у лиц с нормальным АД. В целом же, результаты рандомизированных исследований свидетельствуют о том, что антигипертензивная терапия снижает риск сердечнососудистых заболеваний и смертности у пожилых больных как систолидиастолической АГ, так и с ИСАГ.

По сводным данным 10-ти рандомизированных исследований, включавших около 20-ти тысяч больных (средний возраст от 44 до 76 лет) длительная антигипертензивная терапия снижает АД в среднем на 14,4/6,5 мм.рт.ст. При этом риск мозгового инсульта снижается в среднем на 37%, риск ИБС - на 21%, и общая смертность на 13%.

Выявлено, что профилактическая эффективность антигипертензивной терапии в значительной мере зависит от возраста больных. Так, у больных в возрасте до 70-ти лет относительный риск развития фатального инсульта снижается под влиянием антигипертензивной терапии в среднем на 62%, а у больных 70-ти лет и старше - всего лишь на 29%. Это указывает на необходимость как можно более ранней диагностики АГ и своевременного начала эффективной ее терапии.

Учитывая, что вероятность развития инсульта и других сердечно-сосудистых осложнений увеличивается с возрастом, абсолютная польза от длительной антигипертензивной терапии у пожилых выше, чем у больных среднего и пожилого возраста.

У пожилых людей с АГ антигипертензивная терапия, помимо прочего, предотвращает развитие и прогрессирование деменции, которая значительно ограничивает их возможности самообслуживания и увеличивает расходы на лечение и затраты по уходу не только в стационаре, но и на дому и в домах престарелых. По данным Роттердамского исследования, под влиянием антигипертензивной терапии вероятность развития деменции уменьшается в среднем на 25%, причем риск сосудистой деменции уменьшается на 70% и риск болезни Альцгеймера - на 13%.

Принципы лечения пожилых пациентов с АГ такие же, как и в общей популяции. Лечение следует начинать с немедикаментозных (базисных) вмешательств, в первую очередь, по изменению образа жизни. Ограничение употребления поваренной соли и снижение веса уже само по

себе у этой категории больных оказывают существенный антигипертензивный эффект.

Кроме того, ограничение употребления поваренной соли усиливает действие многих антигипертензивных препаратов, в особенности бета-адреноблокаторов (БАБ), ингибиторов ангиотензин превращающего фермента (иАПФ) и антагонистов рецепторов к ангиотензину II (АРА). Это связано с тем, что дефицит натрия вызывает активацию ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС), а при высокой активности РААС вышеперечисленные препараты, как известно, более эффективны, чем при низкой активности РААС (например, при повышенном употреблении поваренной соли с пищей).

В целом же, у больных пожилого возраста АГ характеризуется низкой активностью ренина плазмы, снижением растяжимости стенок артерий, повышением общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС), снижением минутного объема сердца (МОС), снижением почечного кровотока, снижением чувствительности барорецепторов, снижением чувствительности сердца к действию БАБ. Эти факторы нужно учитывать при подборе медикаментозной терапии у этой категории больных.

Отдельного внимания заслуживает определение целевых уровней АД для пожилых пациентов. В последние годы было показано, что возраст, по крайней мере, моложе 80-ти лет, не является фактором, влияющим на целевой уровень АД. Крайне важно, что и молодой и пожилой возраст имеют одинаковый целевой уровень АД. Этот уровень определяется не возрастом, а риском развития ССО. Больные с очень высоким риском развития ССО должны иметь целевой уровень АД менее 130/80 мм.рт.ст. [6]. Причем, этот уровень не зависит от того, что риск связан с конкретным заболеванием, например, с перенесенным инсультом или инфарктом миокарда (ИМ), или определяется наличием других множественных факторов риска в сочетании с поражением органов-мишеней.

Разумеется, у пожилых, как и у лиц молодого возраста, необходимо корректировать другие факторы риска развития ССО. Уровень АД в пожилом возрасте в значительной степени зависит от того, в каком положении больного измеряется АД - сидя или стоя. Это тоже надо учитывать, так как подчас после того, как больной встает, у него может резко упасть АД. Это ухудшает самочувствие пациента и потенциально является опасным для него состоянием.

Однако есть и другие мнения по поводу целевых цифр АД для этой категории больных. Так, по мнению экспертов Национального комитета США по выявлению, оценке и лечению повышенного АД, САД в пожилом возрасте следует снижать на 20 мм.рт.ст., если исходно оно находилось в пределах от 160 до 180 мм.рт.ст., и до величины САД менее 160 мм. рт.ст. если

исходно САД превышало 180мм.рт.ст. Таким образом, согласно рекомендациям этой исследовательской группы, оптимальными величинами САД для лиц пожилого и старческого возраста является уровень 140- 160мм.рт.ст. Дальнейшее снижение САД может вызвать ухудшение мозгового кровообращения. Оптимальной величиной ДАД, по их мнению, является 80-90мм.рт.ст. Установлено, что слишком низкие и слишком высокие цифры САД связаны с увеличением смертности среди этих больных (Сооре, Warrander, 1997). Резкое снижение ДАД может привести к нарастанию коронарной недостаточности в зоне стенозированной венечной артерии (Fletcher, 1992).

По мнению других экспертов, целевой уровень САД у пожилых пациентов должен быть менее 160мм.рт.ст., и для его достижения часто требуется комбинировать два и более антигипертензивных препарата. Оптимальный уровень ДАД у пожилых точно не определен, но по результатам анализа ряда исследований снижение ДАД менее 70мм.рт.ст. и, особенно, менее 60 мм.рт.ст. сопровождается плохим прогнозом.

Известно, что в настоящее время в качестве самостоятельного фактора риска рассматривают повышенное пульсовое давление (ПАД), почти всегда являющееся в определенной степени производным САД. Повышение ПАД особенно актуально в группе больных пожилого и старческого возраста. Если в возрасте 30-50 лет повышение САД и ДАД происходит параллельно, то у людей старше 60-ти лет уровень ДАД стабилизируется или даже понижается, в то время как САД продолжает увеличиваться. Рост, как САД, так и ПАД свидетельствует об увеличении жесткости магистральных сосудов. Точные границы нормальных значений для ПАД не определены. Ориентировочно их считают равными 40-60мм.рт.ст. Во Фремингемском исследовании анализировали популяцию из 1924 пациентов в возрасте от 50-ти до 79-ти лет. В течение 20-ти лет наблюдения оценивали влияние повышения САД, ДАД и ПАД на заболеваемость ИБС. Оказалось, что по неблагоприятному прогностическому значению рост ПАД даже несколько превосходил увеличение показателя САД. Повышенное ПАД является самостоятельным маркером неблагоприятного сердечно-сосудистого прогноза.

Прогностическое значение ПАД оценивали в исследовании SHEP (Systolic Hypertension in the Elderly Program). Оказалось, что при повышении этого показателя на Юмм.рт.ст. риск хронической сердечной недостаточности (ХСН) возрастает на 23%, мозговых инсультов - на 19%, даже при снижении ДАД до целевого уровня. Таким образом, по мнению ряда экспертов, вероятность поражения органов-мишеней при эссенциальной гипертензии (ЭГ) следует оценивать, ориентируясь в большей степени на величины САД и

ПАД, чем на уровень ДАД. Тогда становится понятным, почему именно при ИСАГ риск ССО особенно высок.

Отдельного внимания заслуживает тактика ведения пациентов старческого или очень пожилого возраста. У этой категории больных вопрос пользы от длительной антигипертензивной терапии оставался дискуссионным. Так, по сводным данным 7-ми контролируемых исследований, у больных старческого возраста, у которых исходные уровни САД колебались от 173 до 204 (в среднем 180±13)мм. рт.ст. и ДАД от 73 до 99мм.рт.ст. (в среднем 84±8мм.рт.ст.) длительная антигипертензивная терапия достоверно снижала риск развития инсульта (в среднем на 33%) и ХСН (на 39%). При этом смертность от сердечно-сосудистых причин не уменьшалась, а в двойных слепых исследованиях даже имела тенденцию к повышению за счет увеличения смертности от инсульта (в среднем на 10%) [4].

Так нужно ли снижать АД у больных старше 80-ти лет, а если нужно, то до какого уровня? Суммарная позиция рекомендаций 2003, 2004 и 2005 годов констатировала, что польза от снижения АД для пациентов старше 80-ти лет не установлена. И подход был такой, что, если больной лечился, то в день своего 80-летия лечения отменять не надо, если он его хорошо переносит. Но было непонятно, как быть с антигипертензивной терапией, если АД развилась после 80-ти лет. Ведь эта группа больных, как правило, с большим количеством сопутствующих заболеваний (каждый третий такой больной имеет 6 и более сопутствующих заболеваний), и список препаратов, которые они получают, нередко превышает 10 наименований [4].

В августе 2007 года досрочно завершилось исследование HYPVET (Hypertension in the Very Elderly Trial) у 3845-ти больных старше 80-ти лет (средний возраст 83,5 года), принимавших тиазидоподобный диуретик (ТД) индапамид 1,5 мг в сутки с добавлением 2-4 мг в сутки иАПФ периндоприла и без него, где наблюдалось убедительное снижение риска развития фатального и нефатального инсульта на 30% при 95%-ном доверительном интервале (ДИ) от 1 до 51; $p=0,06$. Снижение риска смерти от всех причин на 21% наблюдалось при 95%-ном ДИ от -4 до 35; $p=0,02$. Снижение риска смерти от сердечно-сосудистых причин на 23% наблюдалось при 95%-ном ДИ от 1 до 40; $p=0,06$. Снижение риска развития ХСН на 64% наблюдалось при 95%-ном ДИ от 42 до 78; $p=0,001$. Таким образом, снижение повышенного АД у лиц старше 80-ти лет приводит к значительному снижению общей смертности, частоты развития фатального и нефатального инсульта, ХСН, улучшению прогноза жизни [3]. Критериями включения пациентов в этом исследовании служили показатели САД более 160 мм.рт.ст., целевой уровень достижения АД определялся как ниже 150/80 мм.рт.ст. (на сегодняшний день эти

цифры определены большинством экспертов как целевой уровень АД для этой популяции больных). С точки зрения же клинического смысла целевым уровнем АД для этих пациентов является наименьшее АД, хорошо субъективно переносимое ими (без головокружений, ортостатических реакций).

Лечение артериальной гипертензии (АГ) у этих пациентов должно проводиться одновременно по нескольким направлениям:

1) гиполипидемическая терапия - в связи с высокой вероятностью развития ССО у больных ИСАГ - желательна назначение статинов (пользу от применения этих препаратов убедительно продемонстрировало исследование ASCOT-LLA (Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial Lipid-Lowering Arm), где неопровержимо было доказано увеличение растяжимости артерий на фоне приема статинов у таких больных) [7].

2) антиагрегантная терапия - в одном очень крупном исследовании по оценке эффективности аспирина в первичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), охватившем 40 тысяч участников, наблюдалось снижение риска развития ССЗ, в том числе примерно на 1/3 снижался риск развития ОИМ и инсульта [4].

3) адекватная гипотензивная терапия

Медикаментозное лечение АГ у пожилых пациентов имеет свои особенности. Во-первых, допускается только постепенное, плавное снижение уровня АД до вышеизложенных целевых цифр, так как резкая гипотония может усугубить мозговую и почечную недостаточность. Необходимость быстрого снижения уровня АД у пожилых пациентов возникает лишь в тех случаях, когда наблюдаются экстренные состояния при АГ: симптомы сердечной астмы (СА), нестабильная стенокардия (НС), гипертоническая энцефалопатия (ГЭ) [2]. Во-вторых, необходимо контролировать результаты лечения посредством измерения АД обязательно в положении стоя и лежа во избежание возможных ортостатических реакций у пожилого пациента. В-третьих, начинать терапию рекомендуется у этих пациентов с половинной дозы антигипертензивного препарата, очень медленно титруя ее, повышать до терапевтически эффективной [7]. В-четвертых, на фоне проводимой антигипертензивной терапии необходим обязательный контроль функции почек, электролитного, липидного, углеводного и пуринового обменов. В-пятых, необходим строго индивидуализированный подход к подбору антигипертензивных препаратов с учетом полиморбидности (принимая во внимание наличие других факторов риска, поражения органов мишеней и ассоциированных клинических состояний у этой категории пациентов). И, конечно же, не надо забывать, что в проводимой терапии все медикаментозные вмешательства должны сочетаться с немедикаментозными методами лечения.

Тактика лечения ИСАГ несколько отличается от терапии других вариантов ЭГ. В связи с большой вероятностью развития ортостатической гипотензии (что чревато возможностью обмороков, падений с травматизацией, нарушений мозгового кровообращения) и плохой переносимостью резкого снижения АД очевидна нежелательность использования короткодействующих антигипертензивных препаратов. Следует подчеркнуть, что при их применении контроль АД заведомо достигнут не будет, поскольку необходим многократный в течение суток прием антигипертензивного препарата, что является крайне неудобным для пожилых пациентов и в целом нарушает приверженность проводимой терапии.

Согласно Европейским рекомендациям при лечении АГ у пожилых и очень пожилых пациентов можно применять все основные классы антигипертензивных препаратов. При этом дается уточнение, что при ИСАГ наиболее четко установлены преимущества тиазидных и тиазидоподобных диуретиков (ТД) и пролонгированных дигидропиридиновых антагонистов кальция (пдАК) - класс I, уровень доказательности А [4]. В эту же группу препаратов первого ряда при ИСАГ с учетом патогенетических особенностей развития старческой (склеротической) гипертонии включены также и АПФ - препараты, повышающие растяжимость (снижающие ригидность) артерий, предотвращающих ремодулирование сосудов, и АРА II - класс I, уровень доказательности А [7]. Эффективность иАПФ и АРА была доказана в отношении профилактики инсультов - в исследованиях достоверно снижался риск развития инсультов на 25%.

Данные по изучению влияния Р-адреноблокаторов (БАБ) на показатели ригидности артерий противоречивы. И поэтому эксперты в отличие от других форм ЭГ при ИСАГ Р-адреноблокаторы рассматривают в качестве препаратов второго ряда, назначаемых при наличии ИБС и/или нарушениях ритма сердца. Для монотерапии ИСАГ р-адреноблокаторы (БАБ) не используют, тем более их назначение у пожилых требует частого электрокардиографического мониторинга (ЭКГ-мониторирования) в связи с большим, чем в общей популяции, риском провокации или усугубления нарушений проводимости сердца [7]. Из предпочтительных сочетаний БАБ при лечении склеротической гипертонии выделяют следующие комбинации:

ТД + БАБ, БАБ + пАК, БАБ + а-адреноблокаторы (ААБ). В качестве БАБ рекомендуется использование препарата III-го поколения - небиволола (особенно при ИСАГ, так как, обладая дополнительными вазодилатирующими свойствами и являясь донатором NO, он имеет наибольшее из всех исследованных БАБ благоприятное влияние на растяжимость артерий) [9].

ААБ при ИСАГ не рекомендуют в связи со спорностью влияния этих препаратов на сердечно-сосудистый прогноз, а также часто наблюдавшейся при этом ортостатической гипотензией. Обсуждать назначение препаратов этого класса следует лишь в случаях недостаточной эффективности при использовании антигипертензивных средств первого ряда, а также у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (речь идет о селективных α -адреноблокаторах, которые в этом случае оказывают известные дополнительные положительные эффекты) [7].

Рассматривая препараты первой линии для лечения ИСАГ следует остановиться более подробно на каждом из перечисленных классов антигипертензивных препаратов.

Диуретики. Говоря о роли диуретиков в лечении ЭГ, подразумевают тиазидные и тиазидоподобные диуретики (ТД - хлорталидон, гидрохлортиазид, индапамид). Результаты одного из самых масштабных исследований ALLHAT (Anti-hypertensive and Lipid-Lowering Treatment to prevent Heart Attack Trial) еще раз подтвердили одну из лидирующих позиций ТД в лечении ЭГ. Необходимость лечения ИСАГ у пожилых и очень пожилых пациентов и значение ТД как препаратов выбора убедительно обоснованы в исследовании SHEP. Лечение хлорталидоном сопровождалось уменьшением по сравнению с плацебо частоты нефатального мозгового инсульта на 37%, нефатального ОИМ на 33%, хронической левожелудочковой сердечной недостаточности (ХЛЖСН) на 54%. Кроме того, зарегистрировано снижение количества транзиторных ишемических атак (ТИА) на 25%, а также общей на 13% и сердечно-сосудистой на 20%, цереброваскулярной на 29% и коронарной на 15% смертности [7]. Практически во всех крупных исследованиях ТД применяли в низких дозах (гидрохлортиазид 12,5-25мг/сутки, хлорталидон 12,5-25мг/сутки), что позволяло свести к минимуму их возможные побочные эффекты [1]. Учитывая это обстоятельство в последнее время в клинической практике чаще стали использоваться тиазидоподобные диуретики (индапамид), эффективность которых убедительно доказана во многих больших исследованиях, в частности, в вышеупомянутом исследовании HYVET, вследствие их доказанной метаболической нейтральности и более выраженных - органопротективных - свойств по сравнению с, классическими ТД. Это позволяет использовать их у пациентов с компенсированным сахарным диабетом (СД) и гиперлипидемией. В Российских рекомендациях по лечению гипертензии подагра является одним из немногих противопоказаний к назначению ТД. В рекомендациях американской ассоциации кардиологов 7-го пересмотра (ОНК 7) подагры как противопоказания к их назначению нет, зато отмечено, что при наличии у пациента гиперурикемии, возможно назначение ТД " одновременно с аллопуринолом [4]. Это значительно расширяет

возможности применения данной группы препаратов. Петлевые диуретики (фуросемид, этакриновая кислота) отличаются от ТД значительно более мощным, но непродолжительным по времени натрий- и диуретическим действием. Они применяются только в экстренных случаях (отек мозга, отек легких, почечная недостаточность и т.д.), имеют много побочных эффектов и не используются в плановой терапии ЭГ. Калийсберегающие диуретики (антагонист альдостерона - спироно- лактон) могут использоваться при ЭГ при сопутствующей ХСН в комбинации с другими антигипертензивными препаратами в отсутствие противопоказаний к данной группе диуретиков [1]. Однако, в последние годы появляются данные о благоприятном влиянии антагонистов альдостерона на показатели ригидности артерий. Доказано, что у больных ИСАГ повышенная ригидность артерий достоверно ассоциируется с повышенной концентрацией альдостерона в плазме крови [9]. Исследования в этом направлении продолжаются, и, возможно, в скором будущем и антагонисты альдостерона займут достойное место в лечении ИСАГ.

Антагонисты кальция (АК).

Пролонгированные дигидропиридиновые АК (пдАК) - нифедипин-ретард, амлодипин, лацидипин, фелодипин, нитрендипин и другие, как и ТД, также относятся к препаратам первого ряда при лечении ИСАГ. Их эффективность при ИСАГ изучалась в плацебоконтролируемом исследовании Syst-Eur (Systolic Hypertension in Europe Trial) у 4695-ти больных ИСАГ. Терапия нитрендипином привела к снижению частоты инсультов на 28%, сердечно-сосудистых осложнений на 15%, общей смертности на 13% [7]. Замечено, что антигипертензивная активность АК несколько увеличивается с возрастом. АК улучшают эластические свойства аорты и крупных сосудов, поэтому у пожилых лиц АК снижают в большей степени САД, нежели ДАД, что как раз и является преимуществом при лечении пациентов с ИСАГ. Из дополнительных фармакологических свойств АК в последние годы особое внимание привлекают следующие: обратное развитие гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) при длительном назначении АК описано во многих клинических и экспериментальных исследованиях у лиц с ЭГ; нефропротективное их действие (в исследовании Syst-Eur уменьшалась частота развития почечной недостаточности на 64%, протеинурии на 33%, а у больных СД риск появления протеинурии снижался на 71%); антиатерогенное их действие, убедительно доказанное в экспериментальных исследованиях; их способность расширять мозговые артерии и улучшать церебральный кровоток (и, как следствие этого, уменьшать частоту развития сосудистой деменции на 50%). Преимущества АК оказались еще более заметными в группе пациентов, страдающих СД - у них отмечалось снижение частоты развития инсультов на 60%,

сердечно-сосудистых осложнений на 51%, общей смертности на 38%.

Лечение ИСАГ можно начинать с любого из перечисленных препаратов первого ряда в зависимости от спектра сопутствующих заболеваний. Например, при сочетании ИСАГ с ИБС лучше лечение начать с АК. При сочетании ИСАГ с ХСН предпочтительнее начать терапию с ТД (в сочетании с калийсберегающим препаратом). А при высоких цифрах АД вполне оправданной является комбинация пдАК + ТД.

Препараты центрального типа действия (метилдопа, клонидин) в настоящее время в лечении ИСАГ практически не применяются из-за выраженных нежелательных эффектов (седация, депрессия, сухость во рту, привыкание, синдром отмены и т.д.). А вот более «новые» представители этого же класса препаратов - агонисты Имидазолиновых рецепторов (моксонидин, рилменидин), отличающиеся от «старых» представителей своего класса гораздо менее выраженными побочными эффектами, сейчас активно изучаются на предмет возможности их применения в терапии АГ у пожилых и очень пожилых пациентов [2].

Велики перспективы применения других лекарственных средств, которые доказали свое благоприятное влияние на показатели ригидности артерий у пожилых больных. Некоторые авторы выделяют ригидность артерий (оцененную при измерении каротидно-феморальной скорости пульсовой волны) как выраженный независимый фактор риска фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых осложнений, превосходящий по своему прогностическому значению уровни САД, ДАД и ПАД. Поэтому при выборе антигипертензивного препарата для лечения ИСАГ приоритет должен отдаваться препарату (препаратам), максимально снижающим ригидность артерий. Оказалось, что помимо препаратов первого ряда этим свойством обладают и некоторые другие лекарства. Так, нитраты дозозависимо повышают податливость артерий эластического и мышечного типов, одновременно снижая САД и ПАД, в основном за счет увеличения диаметра артерий, а также за счет возможного снижения отражения пульсовой волны с периферии [9]. Выше были изложены данные о благоприятном влиянии антагонистов альдостерона на показатели ригидности артерий. Неопровержимыми являются и доказательства повышения растяжимости артерий, в частности у больных ИСАГ, при лечении статинами [7].

Таким образом, ЭГ независимо от ее клинического варианта и возраста пациента необходимо лечить лекарственными препаратами с достаточной доказательной базой, индивидуально подбирая их каждому пациенту, тщательно корректируя дозы, рационально комбинируя антигипертензивные препараты (в случае необходи-

мости), выбирая адекватный режим их приема, повышая комплаентность больного к проводимой терапии. Это, безусловно, будет играть немаловажную роль в профилактике в целом всех сердечно-сосудистых осложнений.

Литература:

1. Джанашия В.П. Фармакотерапия сердечно-сосудистых заболеваний. Клиническое руководство/В.П. Джанашия. - Москва, 2003. - 317 с.
2. Джанашия П.Х. Артериальная гипертензия / П.Х. Джанашия, Н. Потешкина, Г.Б. Селиванова. - Москва: Миклош, 2007. - 168с.
3. Карпов Ю.А. Артериальная гипертония у лиц старше 80 лет: проблема может быть успешно решена / Ю.А. Карпов // Кардиология. - 2008. - №11. - С. 69-73.
4. Карпов Ю.А. Как лечить больных пожилого и старческого возраста с артериальной гипертонией / Ж.Д. Кобалава, Ю.В. Котовская // Кардиология. - 2009. - №12. - С. 87-96.
5. Кобалава Ж.Д. Рекомендации по артериальной гипертензии 2007: текст, контекст и размышления / Ж.Д. Кобалава, Котовская Ю.В., С.В. Виллевалде // Кардиология. - 2008. - №2. - С. 72 -87.
6. Диагностика и лечение ГБ у взрослых. Клиническое руководство. / М.М. Миррахимов, А.С. Джумагулова, Т.А. Романова, А.Г. Полупанов. - Бишкек, 2006. - 168 с.
7. Изолированная систолическая артериальная гипертензия у пожилых / Н.А. Мухин, С. Моисеев, М. Таранова, В. Фомин и др. // Врач. - 2008. - №8. - С. 20-24.
8. Узунян Т.Г. Особенности антигипертензивной терапии у пожилых больных с изолированной систолической артериальной гипертонией / Р.Г. Бороян, П.А. Зелвеян // Кардиология. - 2008. - №12. - С. 59-64.
9. Amery A., Birkenhager W.H. European working party on high blood pressure in the elderly Trial // Am. J. Med. - 1991. - Vol. 90 (Suppl. SA). - P. 1- 64.
10. Bearden D., Allman R., McDonald R. Systolic hypertension in the elderly program // J. Am. Geriatr. Soc. - 1994. - Vol. 42. - P. 1143-1149.
11. Bulpitt C.J., Fletcher A.E., Amery A. Hypertension in the very elderly trial // J. Human. Hypertens. - 1994. - Vol. S. - P. 631-632.
12. Casiglia E., Spolaore P., Mazza A. Cardiovascular study in the elderly // Jpn. Heart 3. - 1994. - Vol. 35. - P. 589-600.
13. Mancia G., De Backer G., Dominiczak A. et al. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) // J. Hypertens. - 2007. - 25. - 1105-1187.
14. Lever A.T., Brennan P.J. Medical research council trial of treatment of hypertension in Older adults // Clin. Exp. Hypertens. - 1993. - Vol. 15. - P. 941-949.
15. Beckett N., Ch.B., Peters R. Treatment of Hypertension in Patients 80 Years of Age or Older // NEJM. - 2008. - Vol. 358. - 1887-1898.

Рецензент: д.мед.н., профессор Тилекеева У.М.