

Лікування артеріальної гіпертензії в осіб похилого віку

О.М. Ковальова

Харківський національний медичний університет

Стаття присвячена стратегії ведення хворих похилого віку з артеріальною гіпертензією на підставі рекомендацій Міжнародного товариства з гіпертензії, Європейського товариства кардіологів, Європейського товариства з гіпертензії, Американського товариства з гіпертензії, Американської колегії терапевтів і Американської академії сімейних лікарів. За результатами епідеміологічних і клінічних досліджень показано вплив підвищеного артеріального тиску на серцево-судинні ускладнення та смертність в популяції осіб віком понад 65 років. Завдяки аналізу рандомізованих контрольованих досліджень представлені переконливі дані стосовно необхідності диференційного контролю артеріального тиску залежно від ступеня артеріальної гіпертензії та чинників серцево-судинного ризику. В порівняльному аспекті подано методологію ініціації антигіпертензивної терапії в осіб різних вікових груп. Відтворено дискусійні питання досягнення цільового рівня артеріального тиску в динаміці медикаментозного лікування гіпотензивної спрямованості у хворих віком 65–79 років та понад 80 років. Розглянуто вимоги індивідуальної лікувальної тактики хворих з артеріальною гіпертензією похилого віку з урахуванням анамнезу, фізичного та психічного стану, клінічних виявів, коморбідного перебігу, наявності ускладнень, ураження органів-мішеней.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, похилий вік, антигіпертензивна терапія, цільові рівні артеріального тиску.

Огляд підготовлено з метою оптимізації стратегії ведення хворих похилого віку з артеріальною гіпертензією (АГ) на підставі аналітичного опрацювання інформаційних матеріалів, розроблених провідними фахівцями в галузі кардіології та представлених у хронологічній послідовності в рекомендаціях Міжнародного товариства з гіпертензії, Європейського товариства кардіологів, Європейського товариства з гіпертензії та Американського товариства з гіпертензії, Американської колегії терапевтів та Американської академії сімейних лікарів, а також узагальнення результатів рандомізованих контрольованих досліджень із залученням осіб віком понад 65 років. Актуальність вибраної тематики зумовлена такими чинниками: значна поширеність серцево-судинних захворювань, серед яких одне з провідних місць посідає АГ, збільшення частоти виявлення підвищеного артеріального тиску (АТ) та клінічні наслідки в осіб старших вікових груп,

неоднозначне трактування лікувального менеджменту цієї категорії пацієнтів.

Серцево-судинні захворювання за кількістю хворих посідають одне з провідних місць в усьому світі, призводячи до тяжких ускладнень і передчасної смертності. Згідно з епідеміологічними даними, в Європі серцева патологія щорічно відповідає за половину всіх смертей [20]. Значний внесок у серцево-судинну смертність робить АГ. Так, щорічно реєструється до 10,4 млн смертей, обумовлених наслідками підвищеного АТ [14].

Особливе занепокоєння викликає той факт, що АГ є частою та незмінною ознакою осіб похилого віку. Це спостереження було зроблено ще у Фремінгемському дослідженні і в подальшому знайшло переконливі підтвердження в подальших широкомасштабних контрольованих дослідженнях. Частота АГ прогресивно збільшується з віком і реєструється у 60 % осіб віком понад 60 років [8]. Пояснення цього лежить у площині визнання того

факту, що останніми роками в країнах значно зростає кількість людей похилого та старечого віку. Згідно з прогнозами експертів ВООЗ, у розвинених країнах до 2025 р. буде налічуватися дві третини осіб похилого віку, серед яких переважатимуть жінки [7]. Стрімке зростання частини популяції літніх людей у більшості країн, відповідно до даних ВООЗ, виявиться збільшенням кількості осіб віком понад 80 років.

Старіння є незворотним процесом людського буття і характеризується появою та накопиченням хвороб, серед яких відзначається домінування серцевої патології. У зв'язку з цим вік розглядається як один із чинників серцево-судинного ризику, який, на жаль, не модифікується. Але ми спроможні попередити та відтермінувати ускладнення, які виникають унаслідок АГ на тлі специфічних інволютивних вікових патофізіологічних та гемодинамічних змін.

При розгляді тактики ведення хворих з АГ слід зосередити увагу на визначенні терміну *older* («старий», «пацієнт похилого віку»), що знайшло відображення в рекомендаціях Європейського товариства кардіологів та Європейського товариства з гіпертензії (ESC/ESH) 2018 р. [27]. Підкреслюється, що це поняття комплексне і передбачає як хронологічний (паспортний) вік, так і функціональний (біологічний) вік, показниками якого є стан здоров'я, активність людини. Хронологічний вік може бути сурогатним маркером біологічного віку, не завжди збігається, що потрібно враховувати при призначенні лікування. В англомовній медичній літературі трапляються різні терміни, наприклад *elderly* або *older* з різними віковими категоріями – 60, 65, 70, 75, 80 років. У рекомендаціях ESC/ESH 2018 р. проведено уніфікацію цього позначення і пропонуються дві категорії: похилого віку (*older*) визначається як особа віком ≥ 65 років, дуже похилого віку (*very old*) особа віком ≥ 80 років. Загалом пацієнт похилого віку (*older*) – це людина віком принаймні 65 років [27].

З клінічної точки зору необхідно звернути увагу на те, що існують відмінності патогенезу, гемодинаміки, клінічних виявів АГ, фармакодинаміки та фармакокінетики антигіпертензивних препаратів у хворих похилого віку порівняно з особами молодого віку, саме тому для цих пацієнтів потрібен зважений і диференційний підхід до стратегії гіпотензивних заходів.

Актуальність такого напрямку підкреслена в рекомендаціях ESC/ESH 2013 р. і 2018 р., в яких виділені рубрики та підрубрики, присвячені веденню хворих похилого віку з АГ. Нещодавно, у 2020 р., оприлюднені рекомендації Міжнародного товариства фахівців з гіпертензії (International

Society of Hypertension global hypertension practice guidelines, ISH), які також містять пропозиції стосовно хворих з АГ віком понад 65 років [25].

Разом з тим стосовно цієї категорії хворих існують суперечливі питання, що знайшло відображення в розбіжності думок експертів щодо початку лікування цих хворих, оптимального рівня зниження АГ у процесі лікування.

Підтвердженням цього положення є той факт, що в рекомендаціях міжнародних товариств оновлюються, доповнюються та модифікуються настанови на підставі нових інформаційних матеріалів, одержаних у процесі клінічних та епідеміологічних досліджень.

У цих документах представлені ключові позиції, які дають відповіді на такі дискусійні запитання: чи є АГ у хворих похилого віку патологічним станом, який потребує медичного втручання; чи дійсно контроль високого АТ у гериатричній популяції впливає на ризик, асоційований із серцево-судинними захворюваннями; який рівень АТ є індикатором немедикаментозних та медикаментозних призначень; які є цільові рівні АТ у динаміці антигіпертензивної терапії? У статті зосереджено увагу на розгляді конкретно цих питань відповідно до наукових публікацій.

Чи є артеріальна гіпертензія у хворих похилого віку патологічним станом, який потребує медичного втручання?

Люди похилого віку представляють поширену та вразливу частину населення. В процесі старіння в організмі відбуваються специфічні вияви, які асоціюються з дисфункцією ендотелію, дисбалансом пресорних та депресорних систем, структурною перебудовою судин, зниженням їх еластичності, акселерацією атеросклерозу, органічними пошкодженнями нирок та головного мозку. Проліферативні процеси в судинах з підвищенням їх жорсткості, периферичного опору призводять до збільшення систолічного АТ (САТ), зниження діастолічного АТ (ДАТ) і збільшення пульсового тиску. У осіб похилого віку навіть з нормальним АТ жорсткість судин, САТ, пульсовий тиск вищі, ніж у молодих осіб [11]. Ці процеси підсилюються в умовах гемодинамічного стресу за наявності АГ, що можливо бере початок ще з молодшого віку, призводячи до формування «порочного кола» [29]. Таким чином, АГ є клінічним станом, залежним від віку внаслідок патофізіологічних та структурних змін, які відбуваються впродовж старіння людини.

Встановлено, що в більшості популяцій частота серцевої патології стрімко збільшується з віком. АГ у осіб старших вікових груп призводить до систолічної та діастолічної дисфункції,

ниркової недостатності, судинних ускладнень. Високий АТ у осіб похилого віку асоціюється з ішемічною хворобою серця (ІХС), інфарктом міокарда. Цей потужний негативний ефект віку обумовлений зростанням частоти виявлення чинників ризику серцево-судинних захворювань – гіперліпідемії, цукрового діабету, а також АГ, яку виявляють у 30–45 % дорослого населення з глобальним віковим стандартизованим показником (у 24 % чоловіків та у 20 % жінок) [19]. Унаслідок тенденції збільшення рівня АТ у старших вікових групах спостерігається зростання частоти смертності через ускладнення, що виникають за наявності АГ, яка розглядається авторами як «функція віку» [13].

Відповідно до Фремінгемського дослідження, 83 % смертей від ІХС реєструється в осіб віком понад 65 років, причому пацієнти похилого віку з АГ мають більшу частоту виявлення інфаркту міокарда, ніж особи такого ж віку з нормальним АТ [12]. Характерно, що саме в осіб старшої вікової категорії підвищений САТ є більш значущим предиктором серцево-судинних захворювань та ускладнень, ніж ДАТ [13]. Результати дослідження NHANES II (The Second National Health and Nutrition Examination Survey) показали, що у хворих віком понад 65 років існує лінійний зв'язок між цереброваскулярним ризиком, а саме інсультом, та підвищеним АТ [6]. Відзначено, що серед хвороб з віковою залежністю серцево-судинна смертність експонентно зростає з 40 % від усіх смертей у віковій категорії 65–74 роки до 60 % у віці 85 років та старших і є провідною причиною серед усіх випадків смерті [26].

Згідно з епідеміологічними та клінічними спостереженнями не викликає сумніву той факт, що АГ у осіб похилого віку тривалий час має хронічний та асимптомний перебіг, супроводжується такими загрозливими ускладненнями, як інфаркт міокарда, серцева недостатність, інсульт, когнітивні порушення, і тому потребує медичного втручання. Але в історичному аспекті спостерігалися різні погляди на тактику ведення осіб похилого віку з підвищеним АТ. Існувала хибна думка, що АГ є результатом старіння та похилий вік є бар'єром для антигіпертензивної терапії, тому що зниження АТ у цьому віці погано переноситься, навіть може викликати несприятливий ефект у зв'язку з погіршенням перфузії життєво важливих органів, тому лікування хворих не було обов'язковим, не було критеріїв необхідності початку лікування [4].

Для спростування такої думки необхідно звернутися до результатів рандомізованих контрольованих досліджень.

Чи справді контроль у геріатричній популяції впливає на ризик, асоційований із серцево-судинними ускладненнями?

Ефекти зниження АТ у пацієнтів з АГ вивчалися в дослідженнях різного рівня. Проведене у 2014 р. рандомізоване контрольоване дослідження і здійснений на його основі метааналіз показали такі результати: зниження САТ/ДАТ на 10/5 мм рт. ст. супроводжується зниженням частоти виникнення інсульту на 36 %, ІХС – на 16 %, інфаркту міокарда – на 11 % [24]. Відповідно до метааналізу, проведеного у 2016 р., зниження АТ на 10 мм рт. ст. за наявності базового рівня < 160 мм рт. ст. призводить до зменшення частоти серцево-судинних подій на 20 %, інсульту – на 27 %, ІХС – на 17 %, серцевої недостатності – на 28 %, загальної смертності – на 13 % [10].

Слід відзначити, що при формуванні груп досліджуваних було встановлено обмеження вікових категорій, до багатоцентрових досліджень залучалася обмежена кількість хворих похилого віку, існує невелика кількість епідеміологічних спостережень за хворими з АГ віком 80–90 років, взагалі бракує відомостей щодо так званих octogenarians – столітніх осіб. Разом з тим, у деяких дослідженнях було сформовано групи хворих з АГ старших вікових категорій. У дослідженнях SHEP (Systolic Hypertension in the Elderly Program) та Syst-Eur (Systolic Hypertension in Europe Study) продемонстровано, що антигіпертензивна терапія в пацієнтів похилого віку з ізольованою АГ ефективно знизилася ризик інсульту та більшості серцево-судинних подій.

У публікації А. Vriasoulis та співавторів представлено огляд проспективних рандомізованих досліджень за період 1970–2012 рр. та надано оцінку ефекту антигіпертензивної терапії на серцево-судинну, загальну смертність, інсульт, серцеву недостатність у осіб віком 65 років та старших [5]. Згідно з електронними базами MEDLINE, PUBMED, EMBASE та Cochrane, до аналізу залучено 18 досліджень, в яких пацієнти були розподілені на групи відповідно до антигіпертензивного лікування та без медикаментозного лікування, або з двома режимами терапії. На підставі проведеного аналізу автори зробили висновок, що зниження АТ до рівня 150/80 мм рт. ст. асоціюється зі зменшенням частоти виникнення інсульту, серцево-судинної та загальної смертності, а також серцевої недостатності в осіб похилого віку. Різні антигіпертензивні режими з однаковим рівнем АТ здійснюють аналогічний вплив на серцево-судинні події. Зниження САТ більшою мірою, ніж зниження ДАТ, впливає на зменшення серцево-судинного ризику в цій популяції.

У публікації 2017 р. подано результати дослідження (випадок – контроль) когорти пацієнтів віком 85 років та старших у період 2007–2009 рр. з використанням бази даних усіх (приблизно 10 млн) мешканців Ломбардії (Італія) [9]. Випадком вважалися такі показники, як смерть, інсульт, інфаркт міокарда або серцева недостатність. Застосовано статистичну модель регресії для визначення взаємозв'язку між прихильністю пацієнтів до лікування та досліджуваними параметрами. Для порівняння досліджували когорту хворих віком 70–84 років. У осіб віком 80 років та старших з високою прихильністю до лікування, порівняно з пацієнтами з низькою прихильністю до лікування, встановлено зниження ризику смерті на 47 %, комбінації всіх випадків – на 34 %. Ризик виникнення серцевої недостатності та інсульту також був знижений, але на ризик інфаркту міокарда не впливала прихильність до антигіпертензивної терапії. Подібні результати були отримані в когорті хворих віком 70–84 роки.

Таким чином, АГ є чітко доведеним чинником ризику серцево-судинних подій у когорті старих людей, тому ці хворі потребують медичної уваги і не повинні бути вилучені з процесу лікування. Вік хворого не повинен бути бар'єром до призначення антигіпертензивних заходів [27]. Більше того, рандомізовані контрольовані дослідження, в яких вивчали антигіпертензивні препарати, показали їх більшу ефективність в осіб похилого віку порівняно з особами молодого та середнього віку, тому що загальний серцево-судинний ризик у популяції осіб похилого віку вищий, відповідно й абсолютна користь такого лікування більш значна в цій групі. Беручи до уваги велику поширеність АГ у осіб похилого та старечого віку, клінічні ускладнення, які знижують якість життя та призводять до передчасного його скорочення, безперечним є твердження, що підвищений АТ необхідно контролювати й лікувати в гериатричній популяції.

Який рівень артеріального тиску є індикатором медикаментозних призначень у хворих з артеріальною гіпертензією похилого віку?

Стосовно антигіпертензивної терапії в більшості рекомендацій містяться положення для всієї популяції хворих із АГ. Усі чинні рекомендації з ведення пацієнтів з АГ наголошують, що хворі з АГ 2-го та 3-го ступеня повинні отримувати терапію впродовж життя. Ця рекомендація також стосується хворих з АГ 1-го ступеня та з високим серцево-судинним ризиком. Разом з тим, підкреслюється, що є менше доказів щодо призначення терапії хворим з АГ 1-го ступеня з низьким серцево-судинним ризиком. Але проведений метааналіз

показав значне зниження частоти серцево-судинних подій та смертності в пацієнтів з АГ 1-го ступеня та у хворих віком понад 60 років [23].

З огляду на те, що в усьому світі збільшується кількість людей віком понад 60 років, у яких реєструється підвищений АТ, і тим самим зростає загальна частота АГ, що є вагомим чинником серцево-судинного ризику, актуальною є проблема тактики лікування субпопуляції осіб похилого віку. Існували досить суперечливі погляди на стратегію ведення хворих з АГ похилого віку. Така невизначеність обумовлена тим, що хворих похилого віку, як правило, вилучали з рандомізованих контрольованих досліджень. Пізніше стратегія була змінена і були проведені дослідження, які залучали хворих з АГ старших вікових груп: UKPDS (UK Prospective Diabetes Study), The Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP), The Systolic Hypertension in European trial (Syst-Eur), The Hypertension in the Very Elderly Trial (HYVET), Research Group SPRINT [22, 28]. У дослідження HYVET були залучені хворі віком понад 80 років [3].

На підставі аналізу результатів рандомізованих контрольованих досліджень було зроблено висновки стосовно ініціації лікування хворих з АГ віком понад 65 років, що знайшло відображення в рекомендаціях ESC/ESH та ISH.

Упродовж останніх років відбулася певна еволюція поглядів на ведення хворих з АГ похилого віку. У рекомендаціях ESC/ESH 2007 р. зазначалося, що лікування хворих із низьким або помірним серцево-судинним ризиком слід починати в разі рівня АТ 140/90 мм рт. ст. або вище після модифікації стилю життя [17]. Аналогічні пропозиції містяться в рекомендаціях експертів ESC/ESH 2009 р. Аргументацією були результати дослідження HYVET [3].

Відповідно до рекомендацій 2013 р. наголошується на необхідності антигіпертензивної терапії в осіб похилого віку за наявності АТ 160 мм рт. ст. Без сумніву, існують результати рандомізованих контрольованих досліджень, які свідчать про зменшення частоти серцево-судинних подій унаслідок застосування антигіпертензивних препаратів у осіб похилого віку з нижчим базовим АТ, але ці пацієнти попередньо приймали терапію препаратами, тому не можуть бути віднесені до категорії АГ 1-го ступеня [18]. Разом з тим було проведено достатньо досліджень, які продемонстрували протективний ефект зниження АТ у пацієнтів з АГ 1-го ступеня, які раніше не лікувалися, серед них були особи похилого віку. Так, у дослідження HOPE-3 було залучено осіб віком у середньому 66 років, більшість з яких мали АГ 1-го ступеня і з яких 22 % попередньо не отримували лікування [16].

У рекомендаціях ESC/ESH 2013 р. відзначено, що існують переконливі докази переваги зниження АТ у хворих похилого віку антигіпертензивними препаратами за наявності САТ ≥ 160 мм рт. ст. [18]. Але антигіпертензивна терапія може бути доцільною також при рівні САТ > 140 мм рт. ст. В осіб віком понад 80 років європейські експерти рекомендують починати терапію при рівні САТ ≥ 160 мм рт. ст. У разі досягнення хворим з АГ віку 80 років і при прихильності до лікування доцільно продовжити приймати антигіпертензивні препарати. В ослаблених пацієнтів похилого віку рекомендується залишити прийняття рішення стосовно антигіпертензивної терапії лікуючому лікарю на основі моніторингу клінічних ефектів лікування.

У рекомендаціях ESH/ESC 2018 р. [27] пропонується диференційне призначення антигіпертензивної терапії залежно від ступеня АГ, при цьому проведено порівняння з попередніми рекомендаціями 2013 р. Взагалі починати антигіпертензивну терапію не рекомендується при високому нормальному АТ (139/85–89 мм рт. ст. за рекомендаціями 2013 р.); можливо розглядати призначення антигіпертензивної терапії особам з високим нормальним АТ за наявності високого серцево-судинного ризику та серцево-судинних захворювань (2018).

Для визначення тактики ведення хворих з АГ 1-го ступеня та низьким серцево-судинним ризиком необхідно проводити спостереження за рівнем АТ при повторних візитах до лікаря і вирішувати питання стосовно призначення лікування, якщо АТ залишається стабільним або навіть підвищується попри медикаментозні втручання (2013). У пацієнтів з АГ 1-го ступеня та низьким серцево-судинним ризиком антигіпертензивна терапія повинна призначатися через 3–6 міс спостереження у випадку, коли АТ не контролюється немедикаментозними втручаннями (2018).

Відповідно до рекомендацій ESH/ESC 2018 р. неослабленим пацієнтам похилого віку з АГ, навіть віком понад 80 років, рекомендуються заходи щодо модифікації стилю життя та антигіпертензивна терапія за наявності АТ > 160 мм рт. ст. Також можливо призначати лікування неослабленим пацієнтам з АГ віком понад 65 років, але менше ніж 80 років, якщо САТ становить 140–159 мм рт. ст. та якщо лікування добре переноситься [28].

Слід відзначити рекомендації 2011 АНА/ACCFA Expert Consensus Document on Hypertension in the Elderly, у розробленні яких брали участь американські фахівці в галузі кардіології, АГ, неврології, геронтології, спеціалісти з вивчення етнічних особливостей АГ в афроамериканців, а також фахівці Європейського товариства кардіологів.

Цей документ присвячений саме старшій віковій категорії хворих та являє собою консенсус американських і європейських фахівців стосовно ведення пацієнтів з АГ [1]. Експерти Американської колегії терапевтів (American College of Physicians, ACP) і Американської академії сімейних лікарів (The American Academy of Family Physicians, AAFP) пропонують клініцистам починати призначати або інтенсифікувати фармакологічне лікування хворим віком 60 років або старшим при рівні САТ 150 мм рт. ст. та вище і досягати цільового рівня САТ менше 140 мм рт. ст. для зниження ризику інсульту та серцевих подій [21].

У рекомендаціях ISH 2020 р. немає підрозділу, присвяченого окремо веденню хворих похилого віку, але ці питання представлено в таблицях [25]. Зокрема в них наголошено, що при встановленні діагнозу АГ хворому пропонується модифікація стилю життя. При АГ 1-го ступеня призначається медикаментозне лікування хворим із високим серцево-судинним ризиком або за наявності серцево-судинних захворювань, хронічної хвороби нирок, цукрового діабету або ураження органів-мішеней (серце, мозок, нирки, центральні та периферичні артерії, орган зору). При АГ 1-го ступеня з низьким серцево-судинним ризиком рекомендуються немедикаментозні втручання впродовж 3–6 міс. Якщо АТ не контролюється, по можливості слід призначати медикаментозне лікування особам віком 50–80 років. При встановленні АГ 2-го ступеня (АГ $\geq 160/100$ мм рт. ст.) необхідно негайно призначати антигіпертензивну терапію всім хворим.

Які цільові рівні артеріального тиску в динаміці антигіпертензивної терапії у хворих похилого віку?

При призначенні лікування хворому з АГ перед лікарем постає питання – до якого рівня потрібно знижувати АТ, тобто який цільовий рівень АТ є оптимальним у динаміці терапії? Це досить суперечливе питання, тому що головна мета лікування – досягти балансу між користю зниження АТ та виникненням прихованих ризиків агресивної антигіпертензивної тактики. Особливо актуальна ця проблема для осіб похилого віку, надзвичайно важлива для популяції віком понад 80 років. Цілком логічно, що рекомендації експертів щодо оптимального рівня АТ у осіб старших вікових груп змінюються та доповнюються [2]. Слід зазначити, що в міжнародних настановах експерти розглядають варіанти рівня АТ у процесі антигіпертензивної терапії для хворих віком 65–79 років та понад 80 років з урахуванням результатів рандомізованих контрольованих досліджень.

Згідно з рекомендаціями ACCF/АНА 2011 р. цільовий рівень САТ у осіб похилого віку повинен бути менше 150 мм рт. ст. – для зниження ризику виникнення смерті, інсульту та серцевих подій (високий рівень доказів) та менше 140 мм рт. ст. – для зниження ризику повторного інсульту (помірний рівень доказів). Разом з тим підкреслюється, що важливо запобігати у хворих старших вікових груп зниженню САТ менше 130 мм рт. ст. та ДАТ менше 65 мм рт. ст. [1].

У рекомендаціях ESC/ESH 2013 р. пацієнтам віком менше 80 років з АГ пропонується зниження САТ до 150–140 мм рт. ст. [18]. Доцільно досягати САТ < 140 мм рт. ст., якщо хворий перебуває в доброму фізичному стані. Слід розглядати продовження добре переносимої антигіпертензивної терапії при досягненні пацієнтом, який лікується, 80 років у разі початкових рівнів САТ \geq 160 мм рт. ст. з рекомендацією знижувати АТ до значень у діапазоні 150–140 мм рт. ст. за умови, що хворі перебувають у задовільному фізичному та психічному стані.

У рекомендаціях JNC 8 2014 р. рекомендують для пацієнтів віком 60 років і більше терапевтичну ціль для САТ < 150 мм рт. ст. З віком відбувається накопичення різних хвороб, і це також впливає на цільові рівні АТ, які потрібно контролювати впродовж медичних втручань. У хворих з наявністю цукрового діабету та хронічної хвороби нирок цільовий рівень АТ повинен бути нижче 140 мм рт. ст. У разі відсутності цукрового діабету або хронічної хвороби нирок експерти JNC 8 не рекомендують знижувати САТ у пацієнтів похилого віку нижче 140 мм рт. ст., навіть при ознаках атеросклеротичного ураження судин [15].

У рекомендаціях ESC/ESH 2018 р. підкреслюється, що існують переконливі докази користі зниження САТ < 140 мм рт. ст. у всіх групах хворих з АГ, зокрема і в пацієнтах похилого віку в задовільному стані [27]. Також є підтвердження, що можливо знижувати САТ до 130 мм рт. ст. для більшості хворих при добрій переносимості лікування. Для зменшення ризику інсульту доцільно досягати рівня САТ < 130 мм рт. ст. у деяких хворих. Разом з тим у цих настановах є рекомендація уникати зменшення рівня САТ менше 120 мм рт. ст. У хворих похилого віку, особливо в групі пацієнтів віком понад 80 років, потрібно ретельно моніторувати побічні ефекти лікарських засобів, які частіше реєструються в клінічній практиці, ніж у висновках рандомізованих контрольованих досліджень [27]. У рекомендаціях ESC/ESH 2018 р. належна увага приділена стратегії лікування АГ у осіб похилого та дуже похилого віку. Настанови щодо лікування виглядають менш консервативними порівняно з попередніми рекомендаціями 2013 р. і пропонуються нижчі рівні цільового САТ з акцентом

більше на біологічний вік, ніж на хронологічний. Бажані рівні САТ для всіх хворих з АГ віком понад 65 років повинні становити 130–139 мм рт. ст. Безумовно, не у всіх хворих у цьому віці можливо досягти таких рівнів САТ, але потрібно прагнути знизити високий АТ за допомогою адекватної антигіпертензивної терапії.

Для популяції хворих з АГ похилого та дуже похилого віку характерним є коморбідний перебіг. Найчастіше у хворих старших вікових груп реєструється поєднання АГ з такими патологічними станами: ІХС, цукровий діабет, хронічна хвороба нирок, інсульт/транзиторна ішемічна атака. У ситуації коморбідного перебігу АГ хворим віком 18–65 років рекомендується знижувати САТ до 130 мм рт. ст., але не нижче 120 мм рт. ст. У двох вікових категоріях – осіб віком 65–79 років та понад 80 років – при поєднанні АГ з ІХС, цукровим діабетом, хронічною хворобою нирок, інсульт/транзиторною ішемічною атакою пропонується цільовий рівень САТ 130–139 мм рт. ст. Для всіх категорій хворих з АГ оптимальним цільовим рівнем ДАТ є 70–79 мм рт. ст. [27].

У рекомендаціях ISH 2020 р. пропозиції щодо цільового рівня АТ подано в таблиці [6]. Мета антигіпертензивного лікування полягає у зниженні АТ принаймні на 20/10 мм рт. ст., оптимально – до < 140/90 мм рт. ст. із контролем рівня АТ через 3 міс. У динаміці терапії для осіб віком менше 65 років при толерантності до лікування оптимальним рівнем АТ пропонується < 130/80 мм рт. ст., але вище 120/80 мм рт. ст. Для осіб віком понад 65 років цільовим рівнем є АТ < 140/90 мм рт. ст. при толерантності до лікування.

Таким чином, у представленому огляді подано стратегію оптимізації лікування хворих з АГ похилого віку на прикладі показань до початку призначення препаратів з антигіпертензивним ефектом, досягнення цільових показників артеріального тиску, що узагальнено в матеріалах міжнародних настанов, авторами яких є провідні фахівці. Разом з тим не повністю вирішеними є питання лікування систолічної та резистентної АГ, які є специфічними формами для цієї когорти пацієнтів. Тривають дебати стосовно інтенсивності зниження АТ та його наслідків у вигляді ортостатичної гіпотензії, падіння хворих та переломів кісток унаслідок вікового остеопорозу. Дискусійним є визначення впливу різних режимів антигіпертензивного лікування на функціональний стан, когнітивні функції, якість життя осіб похилого віку. Немає однастайності у визначенні субпопуляції хворих віком понад 65 років, яким потрібно в умовах поліпрагмазії, характерної для осіб похилого віку, припинити прийом деяких препаратів з метою мінімізації побічних ефектів та запобігання погіршенню гериатричних синдромів.

Висновки

На підставі результатів рандомізованих контрольованих досліджень, рекомендацій експертів у галузі кардіології створена концепція ведення хворих похилого віку з артеріальною гіпертензією. У популяції осіб віком понад 65 років визначені переконливі докази несприятливого впливу артеріальної гіпертензії на частоту серцево-судинних захворювань, розвиток ускладнень та смертність, що є потужним аргументом необхідності запровадження антигіпертензивних заходів у цих пацієнтів.

Перед початком лікування необхідне ретельне опитування хворого – скарги, анамнез для аналізу фізичного і психічного стану, наявності коморбідної патології як самостійного генезу (цукровий діабет, ішемічна хвороба серця, хронічна хвороба нирок, хронічне обструктивне захворювання легень та інші), так обумовленої ускладненнями гіпертонічної хвороби (інфаркт міокарда, інсульт, гіпертензивне серце, серцева недостатність, гіпертензивний нефросклероз тощо).

Хворий повинен пройти клінічне, лабораторне обстеження відповідно до уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія».

Інтегральним показником ініціації лікування артеріальної гіпертензії є рівень артеріального тиску хворого, згідно з яким призначаються немедикаментозні або медикаментозні втручання. Згідно з рекомендаціями експертів Міжнародного товариства гіпертензії (2020 р.) при виявленні у хворого підвищеного артеріального тиску, по-перше, пропонується модифікація стилю життя. При артеріальній гіпертензії 1-го ступеня призначається медикаментозне лікування хворим з високим серцево-судинним ризиком або наявністю серцево-судинних захворювань, хронічної хвороби нирок, цукрового діабету або ураження органів-мішеней. При артеріальній гіпертензії 1-го ступеня з низьким серцево-судинним ризи-

ком рекомендуються немедикаментозні втручання впродовж 3–6 місяців. Якщо артеріальний тиск не контролюється, при можливості почати медикаментозне лікування в осіб віком 50–80 років. При встановленні артеріальної гіпертензії 2-го ступеня (артеріальний тиск $\geq 160/100$ мм рт. ст.) необхідно негайно призначати антигіпертензивну терапію всім хворим.

У рекомендаціях зроблено акцент на цільові рівні артеріального тиску в динаміці антигіпертензивної терапії. Ці параметри змінювалися впродовж останніх років, відбувся перегляд певних поглядів на оптимальні, адекватні потребам достатньої перфузії життєво важливих органів в умовах старіння, показники артеріального тиску. В рекомендаціях ISH 2020 р. є пропозиції зниження артеріального тиску принаймні на 20/10 мм рт. ст., ідеально – нижче 140/90 мм рт. ст. з контролем рівня артеріального тиску через 3 місяці. У динаміці антигіпертензивної терапії для осіб віком менше 65 років при толерантності до лікування оптимальним рівнем артеріального тиску пропонується $< 130/80$ мм рт. ст. Для осіб віком понад 65 років цільовим рівнем артеріального тиску є дещо вищі показники – менше 140/90 мм рт. ст. Підкреслюється застереження зниження артеріального тиску менше 120/80 мм рт. ст.

Хворі з артеріальною гіпертензією віком понад 65 років становлять гетерогенну медичну популяцію, тому з урахуванням сучасних настанов потрібно пацієнт-орієнтоване лікування, що передбачає індивідуальний підхід з оцінюванням клінічних показників, аналізом фізичного та психічного стану, коморбідного перебігу, наявності кардіальних, цереброваскулярних і ниркових ускладнень. Необхідно моніторувати стан пацієнта з регулярним контролем артеріального тиску та лабораторних показників. Для підвищення якості життя особи похилого віку з артеріальною гіпертензією потребують мультидисциплінарного персоніфікованого ведення.

Конфлікту інтересів немає.

Література

1. Aronow W., Fleg J., Pepine C. et al. ACCF/AHA 2011 expert consensus document on hypertension in the elderly: a report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on clinical expert consensus documents // *Circulation*.– 2011.– Vol. 123.– P. 2434–2506.
2. Bakris G., Briasoulis A. Searching for the Optimal Blood Pressure in the Elderly // *J. Amer. Coll. Cardiology*.– 2017.– Vol. 69.– P. 1–5.
3. Beckett N., Peters R., Leonetti G. et al., HYVET Study Group. Subgroup and per-protocol analyses from the Hypertension in the Very Elderly Trial // *J. Hypertension*.– 2014.– Vol. 32.– P. 1478–1487.
4. Borghi C., Tartagni E., Borghi C. et al. The older patient with hypertension: care and cure // *Ther. Adv. Chronic. Dis.*– 2012.– Vol. 3 (5).– P. 231–236.
5. Briasoulis A., Agarwal V., Tousoulis D. et al. Effects of antihypertensive treatment in patients over 65 years of age: a meta-analysis of randomised controlled studies // *Heart*.– 2014.– Vol. 100.– P. 317–323. doi: 10.1136/heartjnl-2013-304111.

6. Brown M., David W., Giles Wayne H. Blood pressure parameters and risk of fatal stroke, NHANES II mortality study // *Am. J. Hypertension.*— 2007.— Vol. 20.— P. 338–341.
7. Bulletin of the World Health Organization.— 1999.— P. 77 (3).
8. Chow C.K., Teo K.K., Rangarajan S. et al. PURE Study Investigators. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries // *JAMA.*— 2013.— Vol. 310.— P. 959–968.
9. Corrao G., Rea F., Monzio Compagnoni M. et al. Protective effects of antihypertensive treatment in patients aged 85 years or older // *J. Hypertension.*— 2017.— Vol. 35 (7)— P. 1432–1441. doi: 10.1097/HJH.0000000000001323.
10. Ettehad D., Emdin C., Kiran A. et al. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis // *Lancet.*— 2016.— Vol. 387.— P. 957–967. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01225-8.
11. Franklin S.S., Gustin W., Wong N.D. et al. Hemodynamic patterns of age-related changes in blood pressure the Framingham Study // *Circulation.*— 1997.— Vol. 96.— P. 308–315.
12. Franklin S.S., Larson M.G., Khan S.A. Does the relation of blood pressure to coronary heart disease risk change with aging? The Framingham Heart Study // *Circulation.*— 2001.— Vol. 103.— P. 1245–1249.
13. Gensini G.F., Corradi F. Hypertension as a function of age // *Ital. Heart J.*— 2000.— Vol. 1, Suppl. 2.— P. 23–31.
14. Global Burden of Disease Risk Factor Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017 // *Lancet.*— 2018.— Vol. 392.— P. 1923–1994. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32225-6.
15. James P., Oparil S., Carter B. et al. Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the eighth Joint National Committee (JNC 8) // *JAMA.*— 2014.— Vol. 311.— P. 507–520.
16. Lonn E.M., Bosch J., Lopez-Jaramillo P. et al. HOPE-3 Investigators. Blood-pressure lowering in intermediate-risk persons without cardiovascular disease // *New Engl. J. Med.*— 2016.— Vol. 374.— P. 2009–2020. doi: 10.1056/NEJMoa1600175.
17. 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) // *Hypertension.*— 2007.— Vol. 25.— P. 1105–1187.
18. Mancia G., Fagard R., Narkiewicz K. et al. 2013 ESH/ESC 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) // *Eur. Heart J.*— 2013.— Vol. 34.— P. 2159–2219.
19. NCD Risk Factor Collaboration. Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants // *Lancet.*— 2017.— Vol. 389.— P. 37–55. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31919-5.
20. Nichols M., Townsend N., Scarborough P. et al. Cardiovascular disease in Europe 2014: epidemiological update // *Eur. Heart J.*— 2014.— Vol. 35.— P. 2950–2959. doi: 10.1093/eurheartj/ehu299.
21. Qaseem A., Wilt T.J., Rich R. et al. Treatment of Hypertension in Adults Aged 60 years or Older to Higher Versus Lower Blood Pressure Targets: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians and the American Academy of Family Physicians // *Ann. Intern. Med.*— 2017.— Vol. 166 (6)— P. 430–437. doi: 10.7326/M16-1785.
22. Research Group SPRINT, Wright J.T. Jr., Williamson J.D., Whelton P.K. et al. A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control // *New Engl. J. Med.*— 2015.— Vol. 373.— P. 2103–2116. doi: 10.1056/NEJMoa1511939.
23. Sundstrom J., Arima H., Jackson R. et al., Blood Pressure-Lowering Treatment Trialists' Collaboration. Effects of blood pressure reduction in mild hypertension: a systematic review and meta-analysis // *Ann. Intern. Med.*— 2015.— Vol. 162.— P. 184–191. doi: 10.7326/M14-0773.
24. Thomopoulos C., Parati G., Zanchetti A. Effects of blood pressure lowering on outcome incidence in hypertension. Overview, meta-analyses, and meta-regression analyses of randomized trials // *J. Hypertension.*— 2014.— Vol. 32.— P. 2296–2304. doi: 10.1097/HJH.0000000000000379.
25. Unger T., Borghi C., Charchar F. et al. 2020 International Society of Hypertension global hypertension practice guidelines // *J. Hypertension.*— 2020.— Vol. 38, Issue 6.— P. 982–1004. doi: 10.1097/HJH.0000000000002453.
26. Ungvari Z., Kaley G., de Cabo R. et al. A Mechanisms of vascular aging: new perspectives // *J. Gerontol. A Biol Sci Med. Sci.*— 2010.— Vol. 65.— P. 1028–1041.
27. Williams B., Mancia G., Spiering W. et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension TheTask Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension // *J. Hypertension.*— 2018.— Vol. 36.— P. 1953–2041. doi: 10.1097/HJH.0000000000001940.
28. Williamson J.D., Supiano M.A., Applegate W.B. et al. SPRINT Research Group. Intensive vs standard blood pressure control and cardiovascular disease outcomes in adults aged 75 years: a randomized clinical trial // *JAMA.*— 2016.— Vol. 315.— P. 2673–2682. doi: 10.1001/jama.2016.7050.
29. Xu X., Wang B., Ren C. et al. Recent Progress in Vascular Aging: Mechanisms and Its Role in Age-related Diseases // *Aging Dis.*— 2017.— Vol. 8 (4)— P. 486–505. doi: 10.14336/AD.2017.0507.

Лечение артериальной гипертензии у лиц пожилого возраста

О.Н. Ковалева

Харьковский национальный медицинский университет

Статья посвящена стратегии ведения больных с артериальной гипертензией в пожилом возрасте на основании материалов рекомендаций Международного общества гипертензии, Европейского общества кардиологов, Европейского общества гипертензии, Американского общества гипертензии, Американской коллегии терапевтов и Американской академии семейных врачей. На основании результатов эпидемиологических и клинических исследований показано влияние повышенного артериального давления на сердечно-сосудистые осложнения и смертность в популяции людей старше 65 лет. Благодаря анализу рандомизированных контролируемых исследований представлены убедительные данные о необходимости дифференцированного контроля артериального давления в зависимости от степени артериальной гипертензии и факторов сердечно-сосудистого риска. В сравнительном аспекте подана методология инициации антигипертензивной терапии у лиц различных возрастных групп. Освещены основные дискуссионные вопросы достижения целевого уровня артериального давления в динамике медикаментозного лечения гипотензивной направленности у больных в возрасте 65–79 лет и старше 80 лет. Рассмотрены требования индивидуальной лечебной тактики больных пожилого возраста с артериальной гипертензией с учетом анамнеза, физического и психического состояния, клинических проявлений, коморбидного течения, наличия осложнений, поражения органов-мишеней.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, пожилой возраст, антигипертензивная терапия, целевые уровни артериального давления.

Treatment of hypertension in older patients

О.М. Kovalyova

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

The article is dedicated to the strategy of management of arterial hypertension in older patients based on the Guidelines of the International Society of Hypertension, the European Society of Cardiology, the European and the American Society of Hypertension, the American College of Physicians and the American Academy of Family Physicians. According to the results of epidemiological and clinical investigations is shown the influence of high blood pressure on cardiovascular outcomes and mortality in the population of older persons. Due to the analyses of randomised controlled trials is pointed out the convincing data the need for differentiated control of blood pressure according to the level of arterial hypertension and factors of cardiovascular risk. The methodology of initial antihypertensive therapy in persons of different age groups is taken in comparative aspects. The main discussed questions related to the blood pressure targets in the dynamics of antihypertensive treatment in patients 65–79 years and age ≥ 80 years are emphasized. The requirements for individual medical tactics of older hypertensive patients taken into account anamnesis, fit and mental state, clinical features, comorbidity, complications and hypertension-mediated organ damages are recommended.

Key words: arterial hypertension, old age, antihypertensive treatment, blood pressure targets.