

РОЛЬ ПРЕПАРАТІВ ГРУПИ БЛОКАТОРІВ КАЛЬЦІЄВИХ КАНАЛІВ
ДИГІДРОПІРИДИНОВОГО РЯДУ ТА САЛУРЕТИКІВ У ЛІКУВАННІ
ПЕРВИННОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ НА ТЛІ СЕРЦЕВОЇ
НЕДОСТАТНОСТІ У ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ

Котула Роман Васильович лікар – інтерн,
кафедра внутрішніх хвороб №3 та ендокринології

Лахно О. В. кандидат медичних наук, доцент,
кафедра внутрішньої медицини №3 та ендокринології

Цівенко О. І. кандидат медичних наук, доцент,
кафедра внутрішніх хвороб №3 та ендокринології

Харківський національний медичний університет, м. Харків,
Україна

Введення: Завжди велике значення для людства мали захворювання серцево-судинної системи, що на сьогодні стали лідерами зі знаком мінус, займаючи перше місце серед захворюваності та смертності у всьому світі. Щодня у кожній з країн світу гинуть люди саме з приводу гострих серцево-судинних подій, і в більшості випадків, ці епізоди можна було попередити, бо кожен хворий, що страждає на ССЗ ще задовго до маніфестації тих чи інших проявів хвороби мав у своєму житті певні фактори ризику, лєвова частина з яких могли бути контрольованою, але, звісно, за умови дотримання певних рекомендацій. А, отже, ці люди могли бути цілком захищені від інфарктів, інсультів та їх ускладнень.

Найбільш розповсюдженим фактором ризику ССС є підвищення цифр АТ, у 95% випадків з яких, причина полягає у первинній артеріальній гіпертензії або, іншими словами, гіпертонічна хвороба. Це той, на перший погляд, відносно не суттєвий показник, який може бути багато років непоміченим, через причину безсимптомності, недостатнього рівня уваги до 57 підвищених цифр АТ та як висновок, відсутності адекватного коригування цього показника. Тому з віком, беручи до уваги людей похилого віку, що вже мають з тих чи інших причин супутні фактори ризику ССС, попри, підвищення АТ, тому накладання неконтрольованого підвищення цифр АТ призводить до додатково негативного впливу на судинну стінку, що неухильно, з великою ймовірністю, може призвести до невідкладних серцево-судинних подій в майбутньому, особливо у людей, наголошу, старшої вікової групи, кажучи про підвищення рівня АТ, коли відбувається перебудова механізмів цього процесу, отже, препарати, що працювали у минулому: інгібітори АПФ, блокатори рецепторів до ангіотензину 2, стають вже менш ефективними стосовно контролю рівня АТ, з причини нефросклерозу, затримки електролітів (Na, K), ангіосклерозу. Коли з метою зниження і контролю цифр АТ, контролю проявів серцевої недостатності

необхідно розглядати препарати з групи блокаторів кальцієвих каналів та салуретиків. Коли у людей похилого віку маніфестує або поглиблюється серцева недостатність, у вигляді задухи, що примушує до вимушеного положення ортопное, призводить до проявів симетричних периферичних набряків, гідротораксу, що значно погіршують якість життя, мають несприятливий вплив на прогноз. Тому я взяв за переконання те, що неможливо усіх пацієнтів без винятку лікувати однаково в будь - якому віці. Отже, як наслідок поставив за мету дослідити з практичної сторони теоретичне підґрунтя підвищення АТ, розвиток серцевої недостатності, що спиралося б на особливості фізіологічних процесів у людей похилого віку.

Мета: удосконалення діагностики та лікування хворих на первинну артеріальну гіпертензію серед людей похилого віку, безсимптомних або малосимптомних з порушенням рівня артеріального тиску, у яких була відсутня або не вірно підібрана медикаментозна корекція у минулому та наявні клініко – лабораторні та інструментальні ознаки серцевої недостатності.

Матеріали і методи: на базі кардіологічного відділення КНП ХОР «ОКЛ» в період з 01.01.20р. по 31.03.21р. було виконано вибірку хворих в кількості 60 пацієнтів, незалежно від статі, віком від 60 до 70 років, що 58 страждали з приводу підвищення цифр АТ, які були в анамнезі, або виявлені вперше та мали прояви серцевої недостатності з клінічними та лабораторно – інструментальними проявами. Верифікацію АГ проводили згідно Уніфікованого клінічного протоколу первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія», розробленого на основі адаптованої клінічної настанови «Артеріальна гіпертензія». Стосовно лабораторно - інструментальних методів дослідження до уваги було узятو визначення підвищеного рівня NT – proBNP та шляхом ЕХО – КС визначено ФВ, у відсотках, за методом Simpson, з метою об'єктивного підтвердження факту наявності СН.

Рівень систолічного АТ перед лікуванням препаратами щодо зниження АТ складав 160 – 180 мм.рт.ст. та діастолічного АТ 90- 110 мм.рт.ст., що було підтверджено шляхом вимірювання АТ на підставі систематичного характеру. З метою корекції антигіпертензивної терапії віддавалась перевага препаратам групи салуретиків та блокаторів кальцієвих каналів, дигідропіридинового ряду, щодо більш ефективного утримання цільового рівня артеріального тиску 130/80 мм.рт.ст., які не мали цукрового діабету в анамнезі.

Лікування гіпертонічної хвороби відбувалось діючими речовинами: гідрохлортіазид (12,5 мг/д), індапамід (1,5 мг/д), еплеренон (50 мг/д), амлодипін (10мг/д), лерканідипін (10 мг/д), раміприл (5мг/д); вальсартан (80 мг/д).

Всіх пацієнтів було розподілено на чотири групи, кожна з яких складала 15 осіб.

До першої досліджуваної групи було включено 15 осіб, що лікувались препаратами групи салуретиків та БКК дигідропіридинового ряду, а саме:

гідрохлортіазид, індапамід, еплеренон, амлодипін, лерканідипін, у дозах, що перелічені вище.

До другої досліджуваної групи було включено 15 осіб, що приймали інгібітори АПФ та сартани, а саме раміприл, вальсакор, у дозах, що наведено вище.

Стосовно третьої групи, що було взято до дослідження, то тут лікування 59 ГХ відбувалось препаратми: еплеренон, гідрохлортіазид, індапамід.

Та до четвертої групи було віднесено тих пацієнтів, що отримували лікування лише БКК, лерканідипін, амлодипін.

Результати і обговорення: Спираючись на отримані дані можна зробити висновок, що цільового рівня АТ 130/80 мм.рт.ст, стосовно систолічного тиску у групі №1 було досягнуто у 90% досліджуваних, у групі №2 від 50% до 66% пацієнтів досягли цільового рівня; стосовно групи №3 цільового рівня досягли близько 70% - 80% хворих та у групі №4 необхідного значення досягли від 80% до 90% відповідно, що складала цю групу. Стосовно показників діастолічного тиску, цільового рівня у першій групі було досягнуто у 100% хворих; у групі №2 від 50% до 66,5% досліджуваних з досягненням цільових рівнів; у групах №3 та №4 показники виявились приблизно однаковими 83,5% хворих досягли необхідних показників АТ, відповідно.

Беручи до уваги показники NT – proBNP (норма: 0 - 125 пг/мл), то цільових показників, що не переважали за норму, у першій групі на протязі трьох місяців 100% досліджуваних досягли компенсації. Стосовно ЕХО – КС, то фракція викиду ЛШ складала 55%, в переважній більшості хворих, що свідчить про невіловання ознак серцевої недостатності, компенсації цифр АТ, що було виявлено не тільки клінічно і об'єктивно, але й суб'єктивно пацієнтами, у вигляді покращення якості життя та зниження симптомів серцевої недостатності.

Стосовно другої групи, де відбувалось лікування препаратами групи інгібіторів АПФ та сартанів, то можна також, з дописом, майже, було досягнуто компенсації СН, у вигляді рівня NT – proBNP (норма: 0 - 125 пг/мл) у діапазоні 100 – 250 пг/мл, з фракцією викиду в межах 50%, за Simpson.

Стосовно третьої та четвертої груп, то показники виявились приблизно однаковими у вигляді NT – proBNP (норма: 0 - 125 пг/мл) не вище 300 пг/мл та ФВ за Simpson, у відсотках склала 40 – 45 %, що дорівнює відносно збереженій фракції викиду.

Згідно результатів дослідження було доведено, що існує декілька груп 60 препаратів, що ефективно працюють у різноманітних комбінаціях, які розділені до препаратів першої, другої лінії, препаратів групи резерву. Стосовно дослідження впливу препаратів на зниження АТ у людей похилого віку було виявлено, що, окрім, препаратів групи інгібіторів АПФ, блокаторів рецепторів до ангіотензину 2, спираючись на фізіологічні зміни, що відбуваються в організмі людей похилого віку, то було досліджено

використання препаратів не лише, що впливають на систему ренін – ангіотензинову систему, а в першу чергу препарати групи блокаторів кальцієвих каналів дигідроперидиноїї групи, салуретиків та отримано позитивні результати лікування: сумісний прийом салуретиків та блокаторів кальцієвих каналів призвів до ефективного зниження АТ у 80 – 90% випадків та близько у 50 – 66% хворих, що приймали інгібітори АПФ та сартани. Але необхідно зауважити, що за легкого та помірного перебігу ГХ можна розглядати варіант монотерапії діуретичними препаратами або блокаторами кальцієвих каналів, тому що цільового рівня систолічного АТ було досягнуто у 70 – 90% при лікуванні БКК серед досліджуваних та у 83,5% хворих стосовно діастолічного показника АТ, при лікуванні салуретиками.

Стосовно проявів серцевої недостатності, то рівня компенсації було досягнуто також при лікуванні препаратами групи блокаторів кальцієвих каналів, салуретиків, але інгібітори АПФ та сартани мали рівень субкомпенсації. З огляду на клінічні прояви на суб'єктивне відчуття пацієнтів, та майже у всіх були достатньо задовільні відгуки стосовно скарг зі сторони серцевої недостатності.

Висновки: можливо зробити цілком обґрунтований висновок, що при лікування гіпертонічної хвороби з проявами серцевої недостатності серед людей старшої вікової групи цілком ефективним буде надавати перевагу не лише препаратам групи інгібіторів АПФ та сартанів, але і розглянути призначення БКК та салуретиків з метою покращення якості життя та прогнозу на майбутнє.

Перелік умовних позначень, скорочень: АПФ – ангіотензин перетворюючий фермент БКК – блокатори кальцієвих каналів ЛШ – лівий шлуночок серця ССС – серцево – судинна система ССЗ – серцево – судинні захворювання АТ – артеріальний тиск ГХ – гіпертонічна хвороба ФР – фактор ризику ІХС – ішемічна хвороба серця ФВ – фракція викиду ШКФ – швидкість клубочкової фільтрації СН – серцеванадстатність NT – proBNP – натрійуретичний пептид