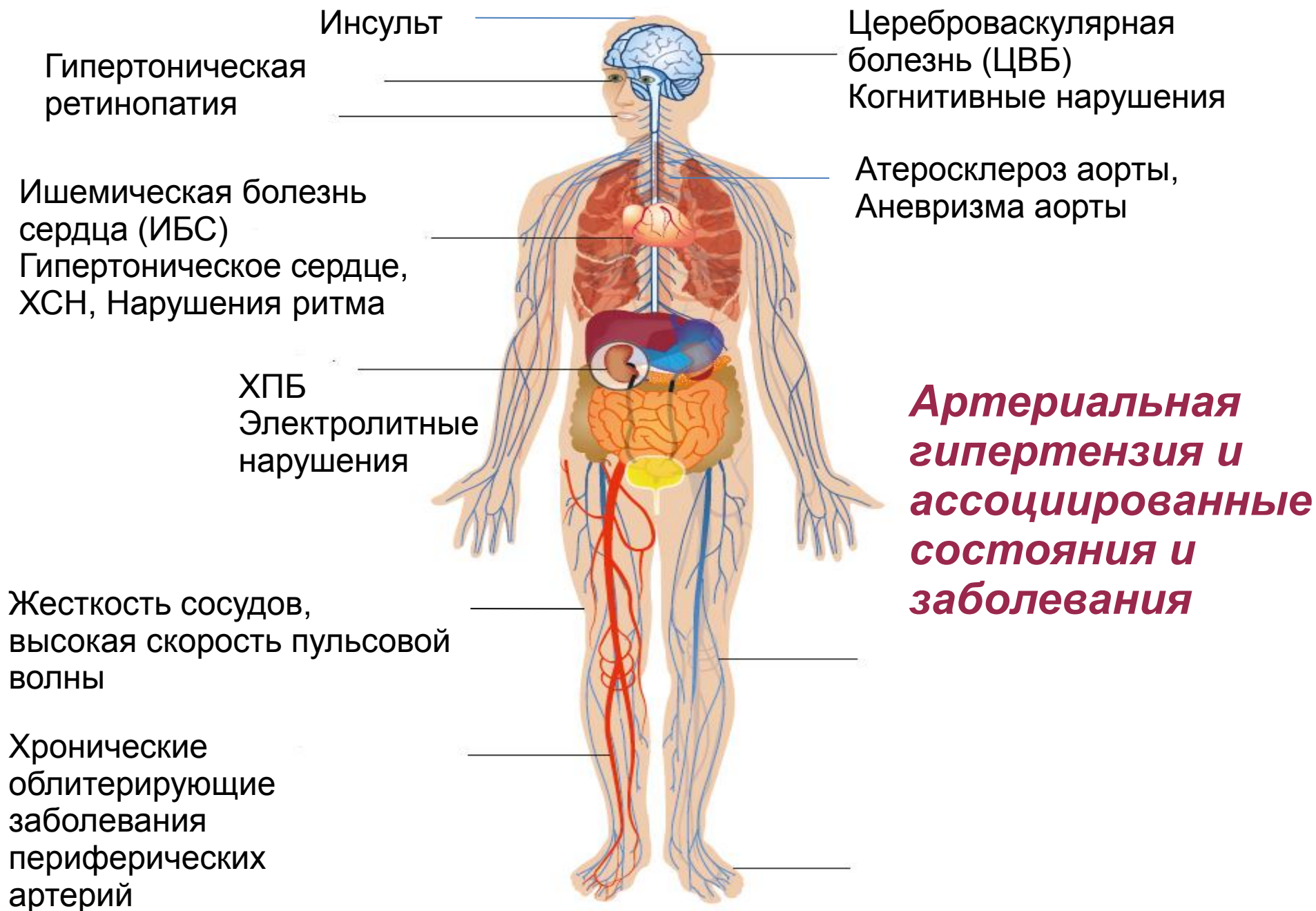


Клинические рекомендации по лечению артериальной гипертензии у пожилых

*Сафуанова Г.Ш.
д.м.н., проф. Зав. кафедрой Терапии и ОВГП
с курсом гериатрии ИДПО БГМУ*

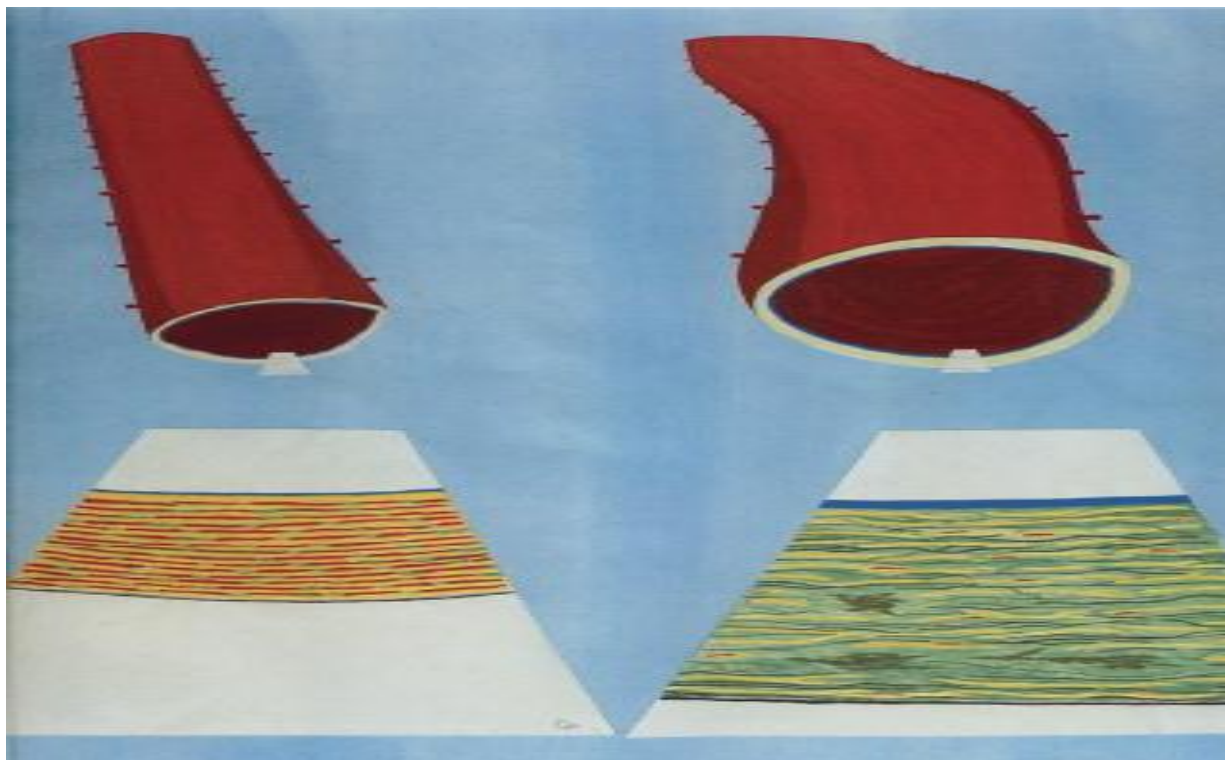
Уфа 2020



Фактор риск мозгового инсульта

ПЕРЕМЕННЫЕ	Отношение шансов	ДИ95%
Возраст	1,04	1.00-1.07
ИБС	3.33	1.06-10.5
Гиперлипидемия	3,62	1.24-10.6
АГ	4.91	1.46-16.5
Тандемный шаг (аномальный)	3.13	1.10-8.89

Схема структуры стенки аорты в молодом (справа) и старческом (слева) возрасте

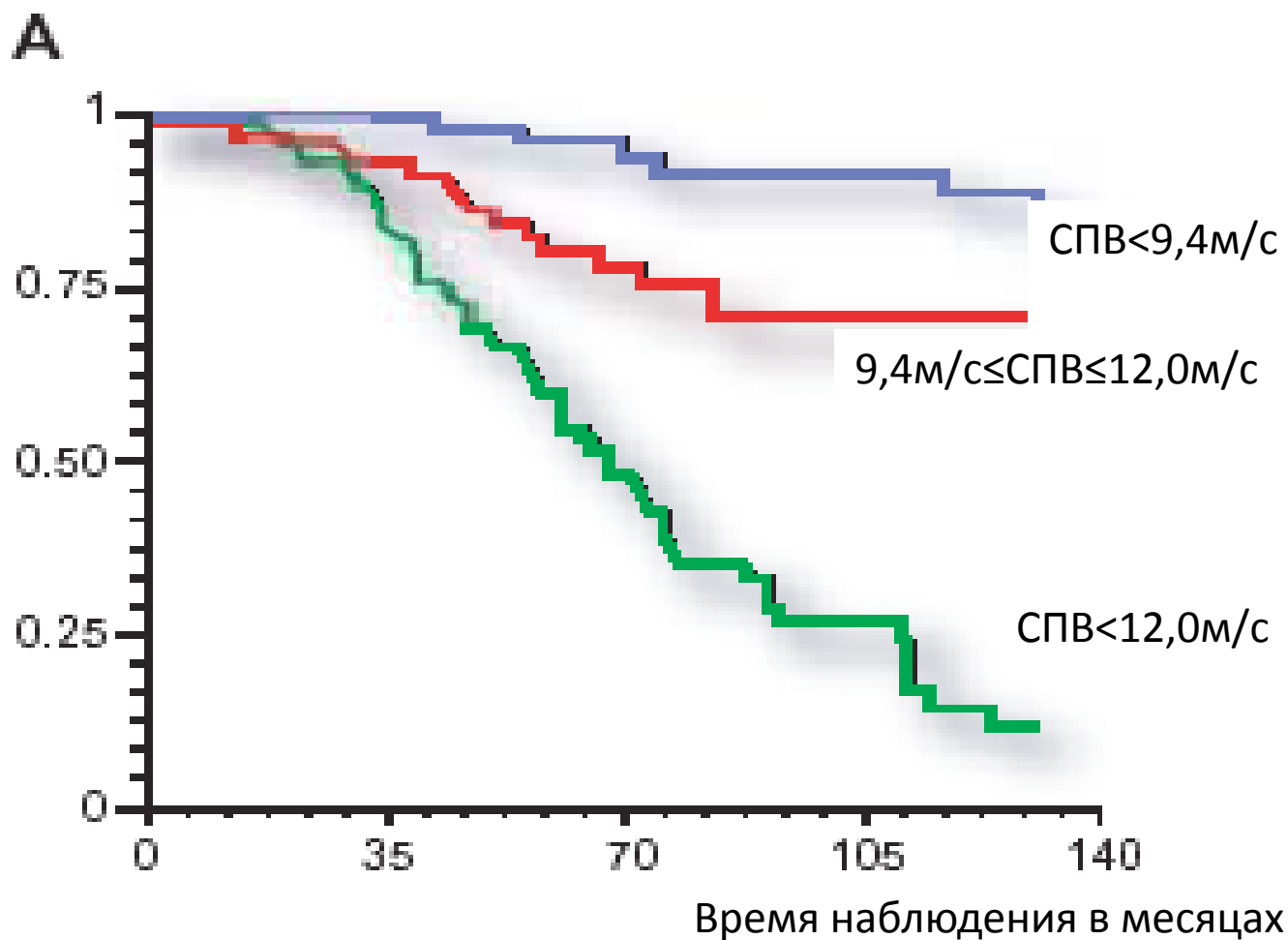


Michael F. O'Rourke , Junichiro Hashimoto

Mechanical Factors in Arterial Aging : A Clinical Perspective

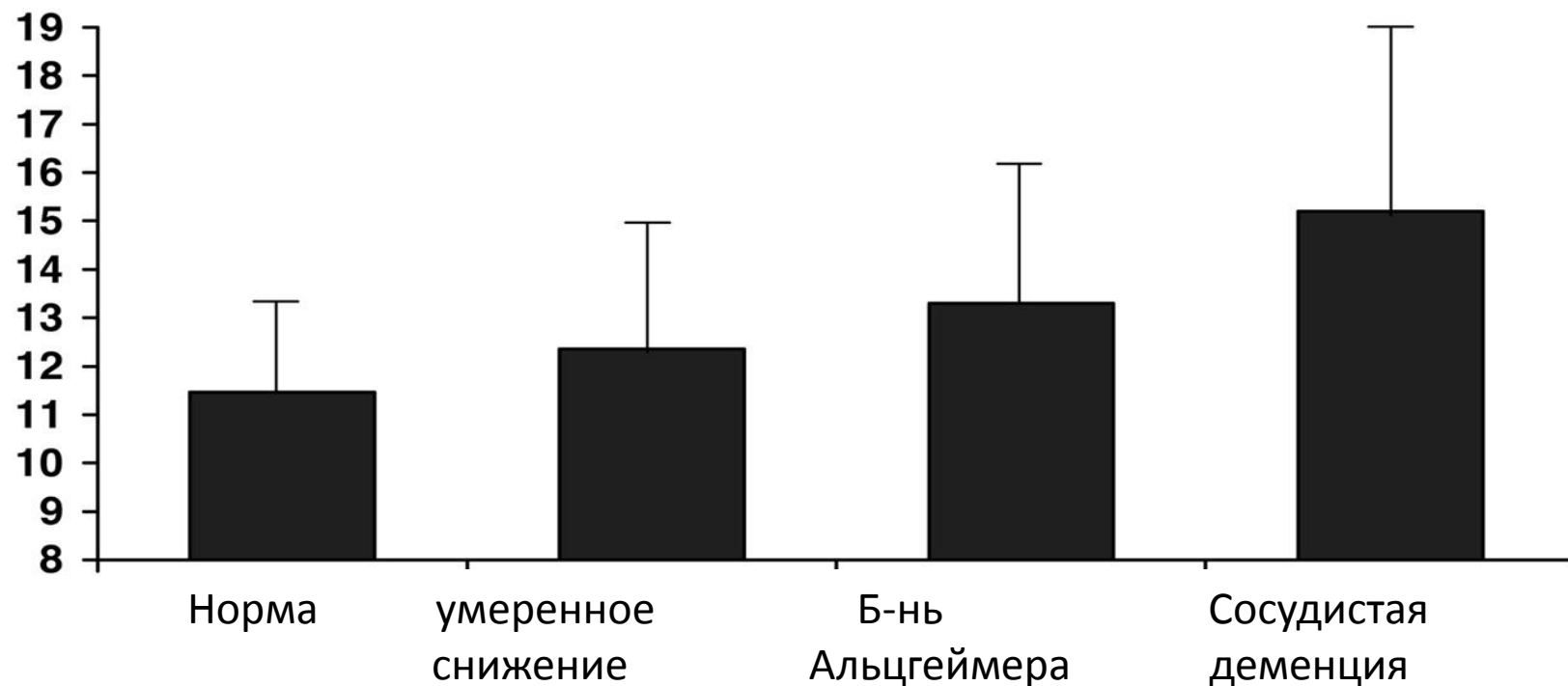
Journal of the American College of Cardiology, Volume 50, Issue 1, 2007, 1 - 13

**Повышение жесткости артерий
ассоциировано с увеличением общей смертности
пациентов с АГ**



Повышение жесткости артерий ассоциировано с нарушением когнитивных функций

СПВ м/с



Артериальная гипертензия и функция почек

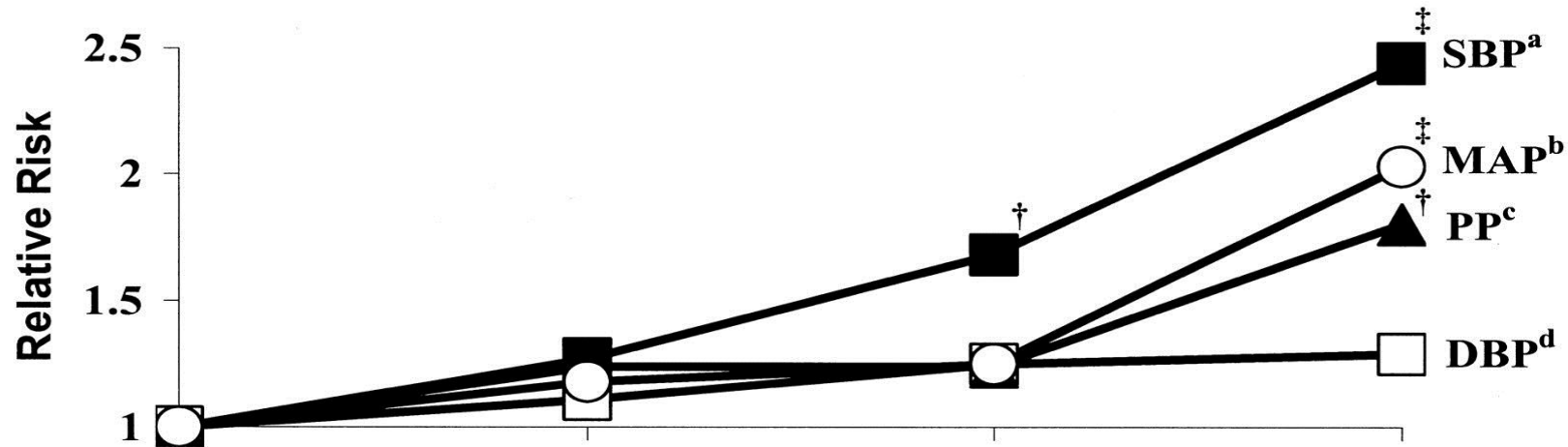
1/ Пожилые пациенты чаще имеют ХБП
(СКФ \leq 60 мл / мин на 1,73 м²)

75% от популяции пациентов с ХБП являются \geq 65 лет

2/ Сист. АД - независимый предиктор снижения
функции почек у пожилых пациентов с ИСГ

Риск снижения функции почек зависит от уровня САД у пациентов с ИСАГ

(2181 пациент в исследовании SHEP)



	Quartile 1	Quartile 2	Quartile 3	Quartile 4
	Relative Risk (Reference)	Relative Risk (95% CI)	Relative Risk (95% CI)	Relative Risk (95% CI)
^a SBP	1.00	1.27 (0.83-1.94)	1.68 (1.14-2.46)	2.44 (1.67-3.56)
^b MAP	1.00	1.18 (0.79-1.76)	1.25 (0.84-1.86)	2.03 (1.39-2.94)
^c PP	1.00	1.24 (0.83-1.85)	1.24 (0.83-1.85)	1.80 (1.21-2.66)
^d DBP	1.00	1.11 (0.77-1.62)	1.25 (0.86-1.82)	1.29 (0.87-1.91)

* Each model adjusted for age, gender, ethnicity, history of diabetes, history of cardiovascular disease, and current smoking.

†P value <0.01 for comparison with Quartile 1.

‡P value <0.001 for comparison with Quartile 1.

J. Hunter Young et al. JASN 2002;13:2776-2782

АГ ассоциируется с развитием гериатрических синдромов

- ✓Высокий риск падений
- ✓Ортостатическая гипотензия
- ✓Головокружение
- ✓Когнитивные дисфункции
- ✓Полиморбидность
- ✓Депрессия
- ✓Нарушения сна
- ✓Полипрагмазия

- ✓Хрупкость, или старческая астения

Старческая астения, определение

- ассоциированный с возрастом синдром, основными клиническими проявлениями которого является общая слабость, медлительность и/или непреднамеренная потеря веса, сопровождается снижением физической и функциональной активности многих систем и адаптационного и восстановительного резерва, способствует развитию зависимости от посторонней помощи в повседневной жизни, утрате способности к самообслуживанию и ухудшает прогноз состояния здоровья

Немедикаментозное лечение АГ у пожилых

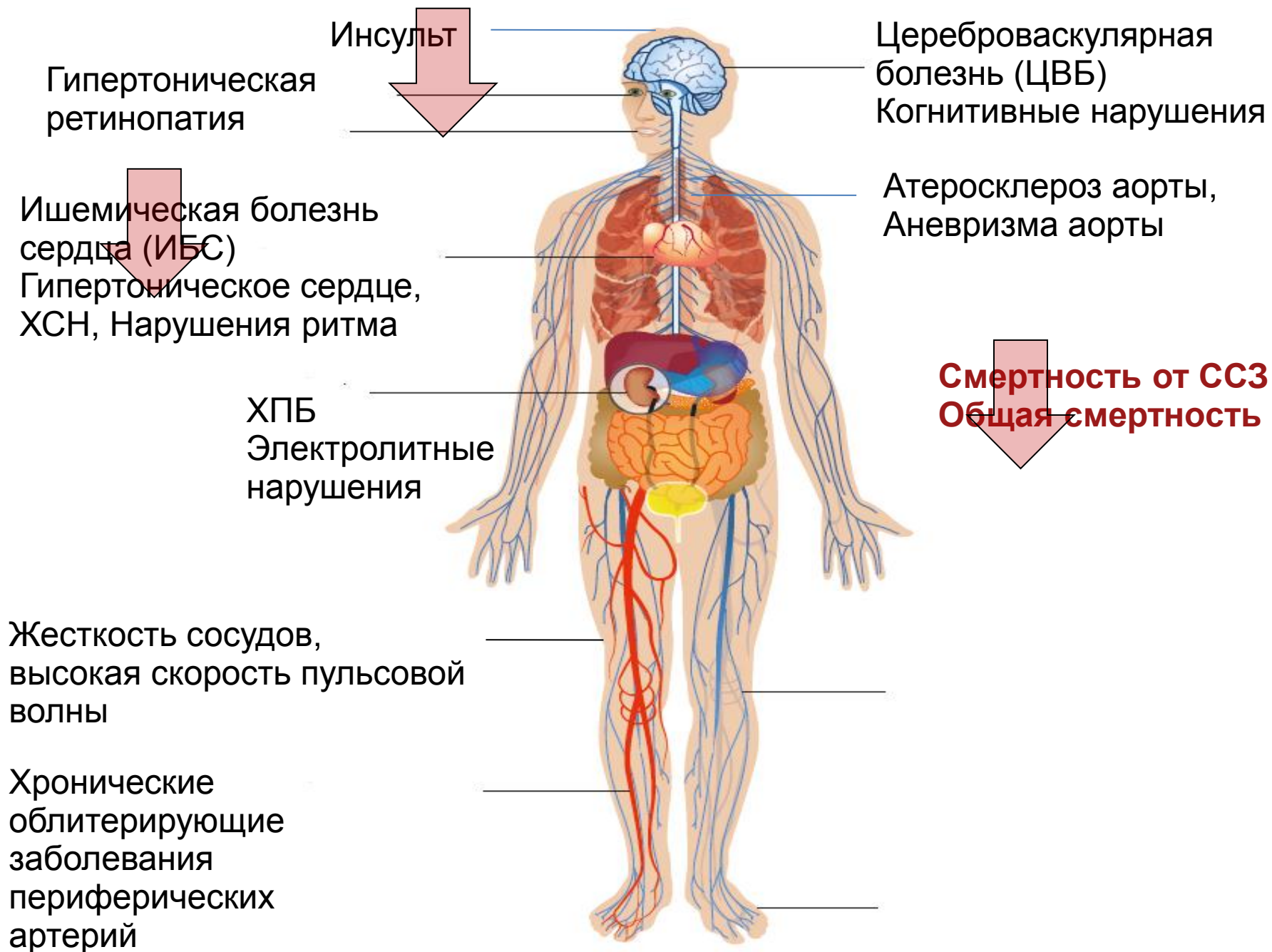
- ◆ Снижение веса ?
- ◆ Ограничение соли ?
- ◆ Диета
- ◆ Ограничение алкоголя
- ◆ Физическая активность

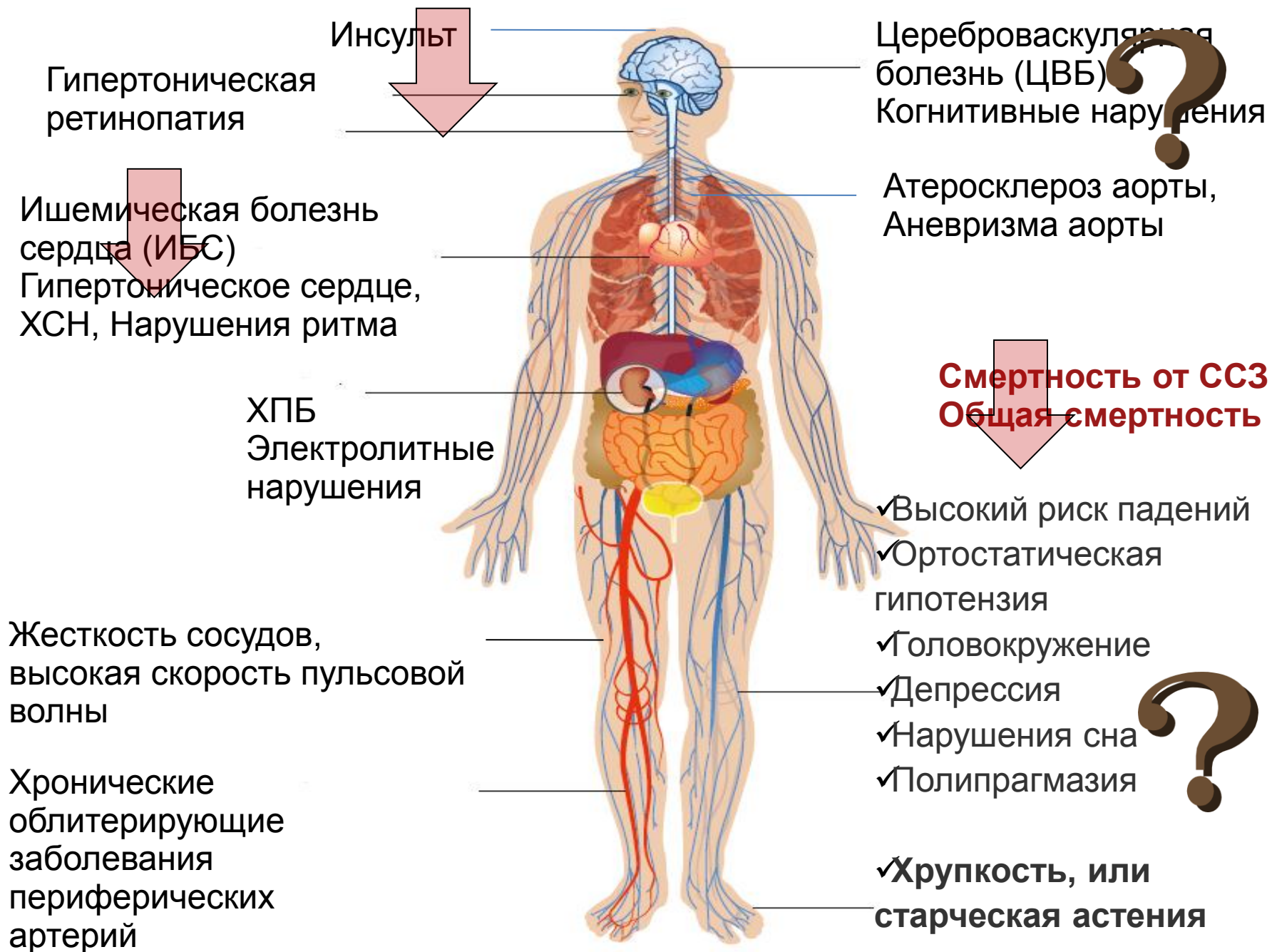
Эффективность антигипертензивной терапии у пациентов до 70 лет

- Высокий риск неконтролируемой АГ у пожилых
- Мета-анализ, 2000 г. (SHEP, Syst-Eur и Syst-China), 15 693 пациентов старше 60 лет (средний возраст 70 лет) с ИСАД => снижение АД при лечении на 5,96%/ 4,9% =>
- **Снижение общей смертности на 13%,**
 - **от ИБС на 18% и**
 - **инсульта на 26%**
- ***Лечение АГ у пожилых людей, по крайней мере в 70 лет, снижает общую смертность***

Эффективность антигипертензивной терапии у пациентов старше 80 лет

- ◆ HYVET, проспективное исследование, 3845 участников в возрасте старше 80 лет (32% из них ИСАГ)
- ◆ Мочегонное или плацебо+ИАПФ
- ◆ Цели АД 150/80 мм рт. ст.
- ◆ Лечение => **на 30% снижение инсультов**
 - **на 23% ИБС**
 - **на 23% общая смертность**
- ◆ HYVET ответил на основной вопрос
 - ***Антигипертензивная терапия у пациентов 80+ снижает смертность***





Потенциальное влияние старческой астении на исходы у пациентов с АГ

- На фоне АГТ систолическое АД у пациентов с большей скоростью ходьбы коррелирует со смертностью
- Такая взаимосвязь отсутствует у пациентов с медленной скоростью ходьбы [Odden MC, 2012].
- У пациентов, которые не в состоянии выполнить тест на скорость ходьбы, АД отрицательно связано с риском смерти [Aronow WS, 2011]

Строгий контроль АД не обязателен

	Strict control (N=1545)		Moderate control (N=1534)		p value	Hazard ratio (95% CI)	Strict better 0.1	Moderate better 1 10
Primary endpoint								
Composite endpoint ¹⁾	47	(3.04)	52	(3.39)	0.383	0.89 (0.60-1.31)		
Secondary endpoint								
Hard endpoint ²⁾	32	(2.07)	37	(2.41)	0.484	0.84 (0.53-1.36)		
All cause death	24	(1.55)	30	(1.96)	0.362	0.78 (0.46-1.33)		
Cardiovascular death	11	(0.71)	11	(0.72)	0.950	0.97 (0.42-2.25)		
Sudden death	6	(0.39)	8	(0.52)	0.564	0.73 (0.25-2.11)		
Fatal and non-fatal stroke	16	(1.04)	23	(1.50)	0.237	0.68 (0.36-1.29)		
Fatal and non-fatal myocardial infarction	5	(0.32)	4	(0.26)	0.761	1.23 (0.33-4.56)		
Unplanned hospitalization	12	(0.78)	14	(0.91)	0.656	0.84 (0.39-1.82)		
Renal insufficiency	5	(0.32)	2	(0.13)	0.267	2.45 (0.48-12.64)		

- Япония
 - 3260 пациентов 70 - 84 лет с ИСАГ
 - две группы: со строгим контролем АД (САД < 140 мм рт.ст) и без;
 - валсартан
 - 3,5 года наблюдения
- различий нет**



Три стратегии в ведении пациентов пожилого и старческого возраста с АГ

Рекомендации	Класс	Уровень
Существует солидная доказательная база, чтобы рекомендовать больным АГ пожилого и старческого возраста с уровнем САД ≥ 160 мм рт.ст. снижение САД до уровня 140–150 мм рт.ст.	I	A
У больных АГ в возрасте < 80 лет, находящихся в удовлетворительном общем состоянии, антигипертензивная терапия может считаться целесообразной при САД ≥ 140 мм рт.ст., а целевые уровни САД могут быть установлены < 140 мм рт.ст., при условии хорошей переносимости терапии	IIb	C
У больных старше 80 лет с исходным САД ≥ 160 мм рт.ст. рекомендуется снижать САД до уровня 140–150 мм рт.ст., при условии, если они находятся в удовлетворительном состоянии физического и психического здоровья	I	B
У ослабленных больных пожилого и старческого возраста рекомендуется оставлять решение об антигипертензивной терапии на усмотрение лечащего врача, при условии наблюдения за клинической эффективностью лечения	I	C
Когда больной АГ, получающий антигипертензивную терапию, достигает 80 лет, целесообразно продолжать эту терапию, если она хорошо переносится	IIa	C
У больных АГ пожилого и старческого возраста могут использоваться любые антигипертензивные препараты, хотя при изолированной систолической АГ предпочтительны диуретики и антагонисты кальция	I	A

какУЮ КОМБИНАЦИЮ ЛС ВЫБРАТЬ

Бета-блокаторы

АК

ИАПФ

АРА

Диуретики



Критерии выбора

Эффективность и хорошая переносимость у пожилых

Метаболическая безопасность

Органопротекция

Возможная дополнительная польза (профилактика инсульта, когнитивных расстройств)

Антигипертензивная терапия и риск падений

- ◆ Из 543 572 новых пользователей антигипертензивных препаратов 8893 пациентов падали в течение ближайшего от начала терапии года, Канада
- ◆ В течение первых 14 дней — риск падений повышен для всех ЛП
- ◆ В течение первых 45 дней - повышен для диуретиков, ИАПФ, АК и БАБ (ОШ1,69), но не БРА

**Начало АГТ является фактором
риска падений у пожилых людей**

Антигипертензивная терапия и риск падений

- ◆ 598 пациентов с АГ, в возрасте от 70 до 97 лет, долгострочное наблюдение - 1 год
- ◆ Антигипертензивные препараты не были связаны с повышенным риском падений
- ◆ ИАПФ — снижение риска падений в течении 1 года (ОШ 0,62, ДИ95%)
- ◆ АК — снижение риска падений (ОШ 0,62;ДИ 95%)
Большие дозы — меньше падений. Выше церебральный кровоток

АГТ при длительном применении не увеличивает рисков падений у пожилых пациентов с АГ

Моно- или комбинированная терапия?

- Увеличение количества ЛС – низкая приверженность к лечению, особенно у очень старых пациентов с когнитивной дисфункцией и деменцией
- АГТ у лиц ≥ 80 лет - не более чем 3 ЛС, если только АД не продолжает быть неконтролируемым, или если до этого возраста пациент принимал более 3 ЛС и хорошо их переносит
- Наблюдение должно быть особенно пристальным, т.к. ятрогенные эффекты резко возрастают с увеличением количества ЛС, тем более у хрупких пациентов

Ограничения антигипертензивной терапии



Peter Dovjak «Choosing wisely in case of hypertension, diabetes and hyperlipidemia in older patients» Wien Med Wochenschr/December 2015, Springer-Verlag Wien 2016

Лечение АГ у пожилых: открытые вопросы

- Существует ли польза АГТ у пожилых людей со старческой астенией?
- Одинакова ли польза АГТ для пациентов с и без синдрома старческой астении?
- Уровень АД для назначения медикаментозной терапии у пациентов со старческой астенией?
- Целевой уровень АД с оптимальным отношением польза/риск?

Ключевые положения рекомендаций по ведению АГ у пожилых

- **Необходимо выявление синдрома старческой астении**
- **Обследование - КГО - включать оценку ортостатической гипотонии**
- **Наличие ортостатической гипотонии, а особенно симптоматической, должно оцениваться до назначения АГТ и на фоне лечения.**
- **Назначение АГТ у пациентов ≥ 80 лет при сист АД ≥ 160 мм рт.ст.**
- **У лиц, достигших 80 лет, следует продолжать ранее хорошо переносимую терапию**
- **Для пациентов ≥ 80 лет в хорошем физическом и психическом состоянии рекомендуется целевое сист АД < 150 мм рт.ст.**
- **«Безопасным диапазоном» сист АД следует считать 130-150 мм рт.ст. При достижении уровня сист АД < 130 мм рт.ст. дозы препаратов должны быть уменьшены вплоть до отмены**
- **Самостоятельное измерение АД может способствовать выявлению слишком сильного снижения АД**

Ключевые положения рекомендаций по ведению АГ у пожилых (продолжение)

- Возможно применение всех 5 основных классов АГП
- Комбинированная терапия не должна быть терапией выбора, и ее следует назначать только после того как монотерапия оказалась неэффективной
- При решении вопроса о назначении АГТ очень старым хрупким пациентам необходимо:
 - получение данных о функциональном и когнитивном статусе,
 - внимание к многократному применению лекарств, характерному для лиц этого возраста,
 - оценка тяжести старческой астении,
 - выявление и предотвращение чрезмерного снижения АД, ортостатической гипотонии и осложнений, связанных с ней,
 - решение врача о начале лечения у хрупких пациентов должно приниматься очень осторожно (начало с низких доз и монотерапии), пациент должен находиться под тщательным наблюдением

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!