

Ефективність лерканідипіну в пацієнтів похилого віку з неконтрольованою артеріальною гіпертензією

С.Д. Бабляк

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

КЛЮЧОВІ СЛОВА: артеріальна гіпертензія, комбінована терапія, лерканідипін

Артеріальна гіпертензія (АГ) – найбільш поширена хронічна патологія в осіб похилого і середнього віку. У зазначеній віковій категорії пацієнтів АГ характеризується переважним підвищенням систолічного і пульсового артеріального тиску (АТ), високою частотою ізольованої систолічної гіпертензії, ятрогенної АГ (переважно внаслідок застосування нестероїдних протизапальних засобів), різноманітних метаболічних розладів (дисліпідемії, цукрового діабету (ЦД), подагри) та супутньої патології судин (атеросклерозу артерій шиї та нижніх кінцівок) і нирок (ренопаренхіматозна та реноваскулярна АГ).

Упродовж останніх 30 років у європейських країнах проведено значну кількість досліджень, які поглибили знання про ефективність і безпечність лікування АГ в осіб віком понад 60 років. Першим таким дослідженням, яке спеціально вивчало важливість антигіпертензивного лікування у хворих похилого віку і показало статистично значуще зменшення серцево-судинної смертності, було EWPHE [4]. Пізніші публікації аналізували вплив різних класів антигіпертензивних препаратів (АГП) та їх комбінацій з метою профілактики серцево-судинних ускладнень. Цікаво відзначити, що ранні європейські дослідження 1985–1992 рр. [4, 10, 11, 20, 26] переважно вивчали вплив діуретиків та β -адреноблокаторів, а з 1997 р. з'явилася тенденція залучати до лікування у хворих похилого віку антагоністи кальцію (АК) [3, 7, 12, 14–16, 21, 25, 28, 29].

Серед інноваційних дигідропіридинових АК слід виокремити препарат лерканідипін [19].

Основний механізм дії лерканідипіну полягає у зворотній блокаді потенціалзалежного трансмембранного потоку іонів кальцію через канали L-типу в гладеньком'язових клітинах судин і кардіоміоцитах. Результатом такої дії є системна периферична вазодилатація і зниження АТ [1]. Висока ліпофільність препарату зумовлює поступовий початок і значну тривалість дії. Вазоселективність і відсутність значущого впливу на іотропну функцію міокарда властиві лерканідипіну більшою мірою, ніж таким засобам, як фелодипін, амлодипін і лацідипін [1].

Препарат випускається в таблетках, призначається перорально за 30–40 хв до їжі 1 раз на добу в дозі 5–40 мг [3]. Унікальність фармакокінетики лерканідипіну полягає у накопиченні засобу в клітинних мембранах, а не у плазмі крові, завдяки чому збільшується час його дії [13]. Максимальну концентрацію лерканідипіну в плазмі крові після прийому 10–20 мг реєструють через 2 год, а терапевтична активність після однократного прийому зберігається більше 24 год [22]. Приблизно половина прийнятої дози препарату виводиться кишечником, близько 44 % – нирками [17], що дозволяє використовувати його звичайні дози у хворих похилого віку з помірними порушеннями функції печінки і нирок [9].

Лерканідипін може застосовуватися в пацієнтів похилого віку з АГ як монотерапія та в комбінації з іншими АГП [5, 6, 22, 23, 24, 27].

Мета роботи – вивчити ефективність і безпечність застосування лерканідипіну в пацієнтів віком понад 60 років у складі різних фармакотерапевтичних схем комбінованої терапії.

Матеріал і методи

У дослідження увійшли 123 пацієнти похилого віку (51 чоловік і 72 жінки), які раніше лікувалися з приводу гіпертонічної хвороби II–III стадії. Середній рівень АТ становив 162,4/98,6 мм рт. ст. Вік пацієнтів – 60–80 років (у середньому $69,4 \pm 10,2$ року). Усі хворі приймали 1–3 АГП (у середньому 1,79).

Критеріями вилучення були: гостра серцева недостатність, порушення серцевого ритму або провідності, наявність вад серця III–IV ступеня, злоякісний перебіг АГ, інфаркт міокарда в анамнезі давністю менше ніж 6 міс до моменту залучення в дослідження, гостре порушення мозкового кровообігу в анамнезі, наявність стенокардії напруження III–IV функціонального класу або вазоспастичної стенокардії, бронхіальна астма, декомпенсовані захворювання печінки, гостра або хронічна ниркова недостатність (рівень креатиніну сироватки крові ≥ 130 ммоль/л), виражена хронічна серцева недостатність (фракція викиду лівого шлуночка ≤ 40 % за даними ехокардіографії), інфекційні та онкологічні захворювання, виражене ожиріння (індекс маси тіла (ІМТ) ≥ 35 кг/м²), стенотичне двостороннє ураження судин нирок, значні психічні розлади, депресія, гіперкаліємія ($> 5,5$ ммоль/л) або гіпокаліємія ($< 3,5$ ммоль/л).

Характеристику пацієнтів, які взяли участь у дослідженні, наведено в табл. 1.

Залежно від досвіду попереднього прийому АГП пацієнтів розділили на дві групи. Хворі 1-ї групи приймали інгібітор ангіотензинперетворювального ферменту раміприл у дозі 5 мг у поєднанні з тiazидним діуретиком гідрохлоротiazидом у дозі 12,5 мг (фіксована комбінація) двічі на добу – вранці та ввечері. Таким чином, добова доза раміприлу становила 10 мг, гідрохлоротiazиду – 25 мг. Пацієнти 2-ї групи приймали блокатор рецепторів ангіотензину II лозартан у дозі 50 мг у поєднанні з гідрохлоротiazидом у дозі 12,5 мг (фіксована комбінація) також двічі на добу. Відповідно, добова доза лозартану становила 100 мг, гідрохлоротiazиду – 25 мг. Титування доз у частини пацієнтів обох груп здійснювали поступово впродовж місяця.

Через місяць САТ і ДАТ в обох групах зменшилися, ЧСС практично не змінилася. Оскільки в більшості пацієнтів рівні АТ перевищували цільові, до схем лікування додавали лерканідипін (леркамен, «Берлін-Хемі», Німеччина) у дозі

Таблиця 1
Клініко-демографічна характеристика обстежених пацієнтів (n=123)

Показник	Величина показника (M \pm m)
Вік, роки	69,4 \pm 10,2
САТ, мм рт. ст.	162,4 \pm 13,8
ДАТ, мм рт. ст.	98,6 \pm 10,7
ЧСС за 1 хв	68,5 \pm 12,3
ІМТ, кг/м ²	28,8 \pm 4,0
	Частота виявлення
Чоловіки	51 (41,5 %)
Жінки	72 (58,5 %)
Куріння	19 (15,4 %)
Дисліпідемія	73 (59,3 %)
Ожиріння (ІМТ ≥ 30 кг/м ²)	44 (35,8 %)
Обтяжений серцево-судинний анамнез у сім'ї (чоловіки < 55 років, жінки < 65 років)	48 (39,0 %)
Рівень креатиніну плазми 100–129 ммоль/л	17 (13,8 %)
ЦД 2-го типу	24 (19,5 %)
Приймали раніше один АГП	54 (43,9 %)
Приймали раніше два АГП	41 (33,3 %)
Приймали раніше три АГП	28 (22,8 %)

Примітка. САТ – систолічний АТ; ДАТ – діастолічний АТ; ЧСС – частота скорочень серця.

10 мг за 30 хв до вечірнього прийому їжі. При недосягненні цільового рівня АТ ще через 1 міс дозу препарату збільшували до 20 мг на вечірній прийом. Схему лікування наведено на *рисунку*.

На початковому етапі дослідження, а також у динаміці й на завершальному етапі всім хворим проводили загальноприйняті обстеження: загальноклінічні, біохімічні, ЕКГ, ехокардіографію, УЗД сонних артерій. Оцінювали динаміку якості життя та переносності досліджуваних АГП з аналізом можливих побічних ефектів. Тривалість спостереження за хворими становила 4,0–4,5 міс.

При статистичній обробці залежно від характеру розподілу даних використовували параметричні або непараметричні методи. Середні значення порівнювали за допомогою t-критерію Стьюдента. Категоріальні дані порівнювали за допомогою критеріїв χ^2 і точного критерію Фішера. Рівні $P < 0,05$ вважали значущими.

Результати та їх обговорення

До 1-ї групи, в якій розпочали лікування з комбінації раміприлу та гідрохлоротiazиду, уві-

йшло 63 пацієнти, до 2-ї, в якій хворі спочатку отримували комбінацію лозартану з гідрохлортиазидом – 60 осіб. По 2 пацієнти з кожної групи були вилучені впродовж періоду спостереження через неявку на повторні візити до лікаря або немотивовану відмову від участі в дослідженні. Ще 5 (7,9 %) пацієнтів 1-ї групи і 4 (6,7 %) пацієнти 2-ї групи відзначали побічні ефекти ліків і також були вилучені з дослідження. У 2 пацієнтів спостерігався сухий кашель, у 2 – периферичні набряки гомілок, в 1 – ортостатична гіпотензія, у 2 – прискорене серцебиття, в 1 – нудота і ще в 1 – головокружіння. Лише у 3 (2,4 %) пацієнтів негативні побічні ефекти були пов'язані з леркандипіном.

Цільового рівня АТ (< 140/90 мм рт. ст. і < 130/80 мм рт. ст. у пацієнтів із ЦД та/або хронічним захворюванням нирок) упродовж першого місяця лікування досягли 14 (22,2 %) хворих 1-ї групи і 11 (18,3 %) осіб 2-ї групи. Цим пацієнтам не призначали леркандипін, тому вони також не були залучені в аналіз.

Таким чином, 42 пацієнти 1-ї групи і 43 пацієнти 2-ї групи отримували терапію трьома АГП з метою досягнення цільового АТ. На тлі введення в схему комбінованої терапії леркандипіну в дозі 10 мг цільового рівня АТ досягли у 15 (35,7 %) хворих 1-ї групи і 17 (39,5 %) хворих 2-ї групи, на тлі введення леркандипіну в дозі 20 мг – відповідно у 22 (52,4 %) і 18 (41,9 %) пацієнтів. Не досягли цільового АТ, незважаючи на застосування трьох

АГП у максимально рекомендованих дозах, – відповідно у 5 (11,9 %) і 8 (18,6 %) хворих.

Отримані дані збігаються з твердженням експертів робочої групи з артеріальної гіпертензії Української асоціації кардіологів (2008) про поступове погіршення контролю АТ з віком. Пацієнти похилого віку мають тяжчу форму АГ упродовж більш тривалого часу, а тому гірше піддаються лікуванню. Відносно вищий вихідний рівень АТ також часто пов'язують з порушенням функції органів, що відіграють ключову роль у його регуляції [2].

Динаміку офісних показників САТ, ДАТ і ЧСС упродовж періоду спостереження у хворих обох груп наведено в *табл. 2*. В обох групах спостерігали чітке зниження як САТ, так і ДАТ. Нормалізація АТ була плавною і поступовою, в жодному випадку не реєстрували надмірно швидкого зниження АТ. Однак у 1-й групі САТ знизився на 18,8 мм рт. ст., а у 2-й групі – на 16,7 мм рт. ст. ДАТ у 1-й групі також знизився більш значуще, ніж у 2-й групі: на 8,7 порівняно з 7,3 мм рт. ст. Зміни ЧСС під впливом лікування були недостовірними в обох групах.

Динаміку досліджуваних лабораторних показників упродовж періоду спостереження в обох групах представлено в *табл. 3*. Достовірних змін калію та глюкози в пацієнтів досліджених груп не спостерігали. Зате відзначено достовірну позитивну динаміку загального холестерину та сечової кислоти через 3 міс лікування із додаванням леркандипіну, причому в 2-й групі зни-

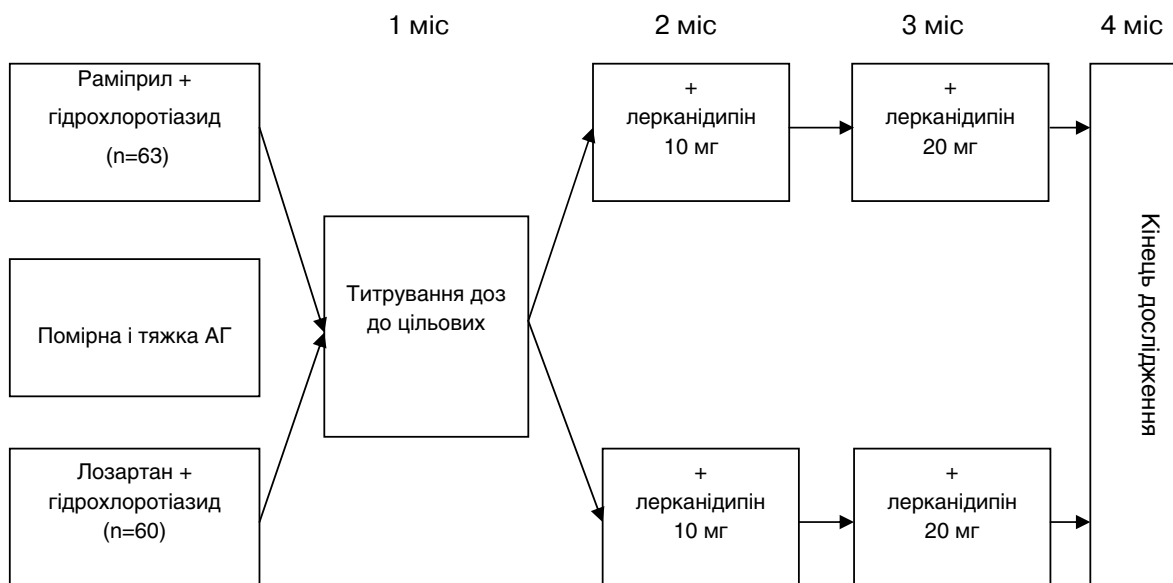


Рисунок. Схема призначеного лікування.

Таблиця 2

Динаміка основних гемодинамічних показників у пацієнтів, які приймали антигіпертензивну терапію трьома препаратами і завершили дослідження

Показник	Величина показника (M±m) в групах			
	1-й (n=42)		2-й (n=43)	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Офісний САТ, мм рт. ст.	151,5±12,1	132,4±11,8**	152,4±11,6	135,7±10,9*
Офісний ДАТ, мм рт. ст.	86,8±10,8	78,1±9,2**	87,7±9,7	80,4±10,1*
Офісна ЧСС, за 1 хв	69,5±11,4	67,8±12,5	72,4±10,3	72,8±10,9

Примітка. Різниця показників достовірна порівняно з такими у хворих цієї ж групи до лікування: * – $P < 0,05$; ** – $P < 0,001$. Те саме в табл. 3.

Таблиця 3

Динаміка основних лабораторних показників у пацієнтів, які приймали антигіпертензивну терапію трьома препаратами і завершили дослідження

Показник	Величина показника (M±m) в групах			
	1-й (n=42)		2-й (n=43)	
	до лікування	через 3 міс	до лікування	через 3 міс
Калій, ммоль/л	4,38±1,21	4,51±1,12	4,29±1,34	4,17±1,22
Глюкоза, ммоль/л	5,8±1,4	5,6±1,5	6,0±1,8	5,9±1,9
Загальний холестерин, ммоль/л	5,9±1,5	5,6±1,4*	5,7±1,4	5,2±1,4*
Сечова кислота, ммоль/л	407,3±165,2	386,2±152,7*	412,6±149,8	357,4±155,1**

ження цих показників було більш виражене. Так, рівень загального холестерину в 1-й групі знизився на 0,3 ммоль/л, а в 2-й – на 0,5 ммоль/л; сечової кислоти – відповідно на 21,1 та 55,2 ммоль/л.

Висновки

1. Використання лерканідипіну у складі комбінованої терапії впродовж 3 міс у хворих похилого віку (60–80 років) з гіпертонічною хворобою II–III стадії та додатковими чинниками серцево-судинного ризику забезпечувало стійкий і плавний антигіпертензивний ефект.

2. Лікування з додаванням лерканідипіну сприяло досягненню цільового рівня артеріального тиску у 88,1 % пацієнтів групи застосування раміприлу і гідрохлоротіазиду в максимально рекомендованих дозах і у 81,4 % пацієнтів групи застосування лозартану і гідрохлоротіазиду в максимально рекомендованих дозах.

3. Комбінована терапія раміприлом, гідрохлоротіазидом та лерканідипіном забезпечувала більш виражене зниження систолічного та діастолічного артеріального тиску, ніж комбінація лозартану, гідрохлоротіазиду та лерканідипіну за відсутності достовірного впливу на частоту скорочень серця в обох групах.

4. Лікування в обох групах не впливало на рівні калію та глюкози, але чинило сприятливий ефект на рівні загального холестерину і сечової кислоти, причому в групі застосування комбінації лозартану, гідрохлоротіазиду та лерканідипіну їх позитивна динаміка була виражена більш чітко.

5. Терапія із застосуванням лерканідипіну добре переносилася пацієнтами похилого віку (побічні ефекти виникали лише у 2,4 % осіб).

6. Лерканідипін може розглядатися як ефективний і безпечний засіб лікування пацієнтів похилого віку з додатковими чинниками серцево-судинного ризику, які вже отримують комбіновану терапію двома антигіпертензивними препаратами і не досягають цільового рівня артеріального тиску.

Література

1. Лутай М.И., Лысенко А.Ф. Леркамен – новый дигидропиридиновый антагонист кальция III поколения // Мистецтво лікування.– 2004.– № 7 (13).– <http://m-l.com.ua>.
2. Свіщенко Є.П. Рекомендації Української асоціації кардіологів з профілактики і лікування артеріальної гіпертензії за 2008 р. // Артериальная гипертензия.– 2012.– № 1 (21).– С. 96–152.
3. Сіренко Ю.М. Гіпертонічна хвороба і артеріальні гіпертензії.– 2011.– Донецьк: Видавець Заславський О.Ю.– 288 с.
4. Amery A., Birkenhager W., Brixko P. et al. Mortality and morbidity results from the European Working Party on high blood pressure in the elderly trial // Lancet.– 1985.– Vol. 1.– P. 1351–1354.

5. Barrios V., Escobar C., Navarro A. Lercanidipine is an effective and well tolerated antihypertensive drug regardless the cardiovascular risk profile: the LAURA Study // *Int. J. Clin. Pract.*– 2006.– Vol. 60.– P. 1364–1370.
6. Borghi C., Cicero A.F. Rationale for the use of a fixed-dose combination in the management of hypertension: efficacy and tolerability of lercanidipine/enalapril // *Clin. Drug. Investig.*– 2010.– Vol. 30.– P. 843–854.
7. Brown M.J., Palmer C.R., Castaigne A. et al. Morbidity and mortality in patients randomised to double-blind treatment with a long-acting calcium-channel blocker or diuretic in the International Nifedipine GITS study: Intervention as a Goal in Hypertension Treatment (INSIGHT) // *Lancet.*– 2000.– Vol. 356.– P. 366–372.
8. Cafiero M., Giasi M. Long-term (12 month) treatment with lercanidipine in patients with mild to moderate hypertension // *J. Cardiovasc. Pharmacol.*– 1997.– Vol. 9 (2).– P. 46–50.
9. Cherubini A., Fabris F., Ferrari E. et al. Comparative effects of lercanidipine, lacidipine and nifedipine GITS on blood pressure and heart rate in elderly hypertensive patients: the ELderly and Lercanidipine (ELLE) study // *Arch. Gerontol. Geriatr.*– 2003.– Vol. 3.– P. 203–212.
10. Coope J., Warrender T.S. Randomised trial of treatment of hypertension in elderly patients in primary care (HEP) // *BMJ.*– 1986.– Vol. 293.– P. 1145–1151.
11. Dahlof B., Lindholm L.H., Hansson L. Morbidity and mortality in the Swedish trial in old patients with hypertension (STOP-Hypertension) // *Lancet.*– 1991.– Vol. 338.– P. 1281–1285.
12. Dahlöf B., Sever P.S., Poulter N.R. et al. Prevention of cardiovascular events with an antihypertensive regimen of amlodipine adding perindopril as required versus atenolol adding bendro-flumethiazide as required, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Blood Pressure Lowering Arm (ASCOT-BPLA): a multicentre randomised controlled trial // *Lancet.*– 2005.– Vol. 366.– P. 895–906.
13. Gasser R. Calcium antagonists: pharmacological agents in search of new clinical indications // *Angiology.*– 1990.– Vol. 41.– P. 36–41.
14. Hansson L., Lindholm L.H., Ekblom T. et al. Randomised trial of old and new antihypertensive drugs in elderly patients: cardiovascular mortality and morbidity the Swedish Trial in Old Patients with Hypertension-2 study // *Lancet.*– 1999.– Vol. 354.– P. 1751–1756.
15. Hansson L., Hender T., Lund-Johansen P. et al. Randomised trial of effects of calcium antagonists compared with diuretics and beta-blockers on cardiovascular morbidity and mortality in hypertension: the Nordic Diltiazem (NORDIL) study // *Lancet.*– 2000.– Vol. 356.– P. 359–365.
16. Hansson L., Zanchetti A., Carruthers S. et al. Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial // *Lancet.*– 1998.– Vol. 351.– P. 1755–1762.
17. Herbette L.G., Vecchiarelli M., Sartani A., Leonardi A. Lercanidipine: short plasma half-life, long duration of action and high cholesterol tolerance. Updated molecular model to rationalize its pharmacokinetic properties // *Blood Press Suppl.*– 1998.– Vol. 2.– P. 10–17.
18. Jamerson K., Weber M., Bakris G. et al. for ACCOMPLISH trial investigators. Benazepril plus Amlodipine or Hydrochlorothiazide for Hypertension in High-Risk Patients // *New Engl. J. Med.*– 2008.– Vol. 359.– P. 2417–2428.
19. McClellan K., Jarvis B. Lercanidipine. A review of its use in Hypertension // *Drugs.*– 2000.– Vol. 60 (5).– P. 1123–1140.
20. MRC Working Party. Medical Research Council trial of treatment of hypertension in older adults: principal results // *BMJ.*– 1992.– Vol. 304.– P. 405–412.
21. Pepine C.J., Handberg E.M., Cooper-DeHoff R.M. et al. A calcium antagonist versus a non-calcium antagonist hypertension treatment strategy for patients with coronary artery disease. The international Verapamil-Trandolapril study (INVEST): a randomised controlled trial // *JAMA.*– 2003.– Vol. 290.– P. 2805–2816.
22. Pruijm M.T., Maillard M.P., Burnier M. et al. Patient adherence and the choice of antihypertensive drugs: focus on lercanidipine // *Vasc. Heal. Risk Management.*– 2008.– Vol. 4 (6).– P. 1159–1166.
23. Puig J.G., Calvo C., Luurila O. et al. Lercanidipine, enalapril and their combination in the treatment of elderly hypertensive patients: placebo-controlled, randomized, crossover study with four ABPM // *J. Human Hypertension.*– 2007.– Vol. 21.– P. 917–924.
24. Rump L.C. Efficacy and tolerability of the fixed lercanidipine-enalapril combination in the treatment of patients with essential hypertension // *Arzneimittelforschung.*– 2010.– Vol. 60.– P. 124–130.
25. Staessen J.A., Fagard R., Thijs L. et al. Randomised double-blind comparison of placebo and active treatment for older patients with isolated systolic hypertension // *Lancet.*– 1997.– Vol. 350.– P. 757–764.
26. SHEP Cooperative Research Group. Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension: final results of the Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP) // *JAMA.*– 1991.– Vol. 265.– P. 3255–3264.
27. Tocci G., Palano F., Pagannone E. et al. Fixed-combination therapies in hypertension management: focus on enalapril/lercanidipine.– 2009.– Vol. 7 (2).– P. 115–123.
28. Weber M.A., Julius S., Kjeldsen S.E. et al. Blood pressure dependent and independent effects of antihypertensive treatment on clinical events in the VALUE Trial // *Lancet.*– 2004.– Vol. 363.– P. 2049–2051.
29. Zanchetti A., Rosei E.A., Dal Palù C. et al. The Verapamil in Hypertension and Atherosclerosis Study (VHAS): results of long-term randomized treatment with either verapamil or chlorthalidone on carotid intima-media thickness // *J. Hypertens.*– 1998.– Vol. 16.– P. 1667–1676.

Надійшла 3.04.2013 р.

Эффективность лерканидипина у пациентов пожилого возраста с неконтролируемой артериальной гипертензией

С.Д. Бабляк

Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого

Цель работы – изучить эффективность и безопасность применения лерканидипина у пациентов старше 60 лет в составе различных фармакотерапевтических схем комбинированной терапии.

Материал и методы. В исследование включены 123 пациента (51 мужчина и 72 женщины в возрасте 60–80 лет) с гипертонической болезнью II–III стадии, у которых проводили антигипертензивное лечение. Пациентов разделили на две группы. Больные 1-й группы получали комбинацию рамиприла и гидрохлоротиазида, пациенты 2-й группы – комбинацию лозартана и гидрохлоротиазида. При неэффективности двухкомпонентного лечения дополнительно назначали лерканидипин с постепенным титрованием доз. Эффективность терапии оценивали на основании изменений параметров гемодинамики и лабораторных показателей.

Результаты. Лечение тремя антигипертензивными препаратами (АГП) получали 42 пациента 1-й группы и 43 пациента 2-й группы. Целевого уровня артериального давления (АД) достигли у 88,1 % пациентов 1-й группы и у 81,4 % – 2-й. В обеих группах наблюдали значимое снижение как систолического, так и диастолического АД, но в 1-й группе эти изменения были более выражены, чем во 2-й. Зато у пациентов 2-й группы наблюдали более значимое влияние комбинированного лечения на лабораторные показатели, в частности на уровни общего холестерина и мочевой кислоты.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о благоприятном влиянии лерканидипина при назначении его в качестве третьего АГП пациентам пожилого возраста. В группе применения рамиприла, гидрохлоротиазида и лерканидипина наблюдали более выраженное снижение АД, а у пациентов, использовавших комбинацию лозартана, гидрохлоротиазида и лерканидипина, – более благоприятную динамику общего холестерина и мочевой кислоты. Эти особенности могут быть учтены при выборе различных форм комбинированной антигипертензивной терапии у пациентов данной возрастной группы с сопутствующими факторами риска.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, комбинированная терапия, лерканидипин.

Efficacy of lercanidipine among elderly patients with uncontrolled arterial hypertension

S.D. Bablyak

Danylo Galyckyi Lviv National Medical University, Ukraine

The aim – to study the efficacy and safety of lercanidipine included into different combined pharmacotherapeutic regimens in patients above 60 years.

Material and methods. The study included 123 patients (51 males and 72 females aged 60–80 years) with 2nd–3rd stage arterial hypertension under antihypertensive therapy. The patients were divided into two groups. In the first one the patients received combination of ramipril and hydrochlorothiazide, in the second one – losartan and hydrochlorothiazide. In case in inefficacy of this treatment lercanidipine was added with slow dose titration. Treatment efficacy was assessed taking into account hemodynamic and laboratory parameters.

Results. Treatment with three antihypertensive drugs (AHD) was used in 42 patients from the 1st group and 43 patients from the 2nd one. Target blood pressure (BP) was achieved in 88.1 % patients from the first group and in 81.4 % patients from the second one. In both groups we observed clear decrease of systolic as well as diastolic BP, but in the 1st group these changes were more significant, compared to the 2nd one. However, in patients from the 2nd group better effect of combined therapy upon laboratory parameters was noted, in particular, concerning total cholesterol and uric acid rates.

Conclusion. These results prove about favorable influence of lercanidipine added as the third AHD in elderly patients. In the group of ramipril, hydrochlorothiazide and lercanidipine we observed more significant BP decrease, and in the group of losartan, hydrochlorothiazide and lercanidipine – more favorable changes of total cholesterol and uric acid. These findings should be considered while choosing combined antihypertensive therapy in elderly patients with accompanying risk factors.

Key word: arterial hypertension, combined therapy, lercanidipine.