

нии, не отличаясь по характеру от пневмоний, вызванных стрептококками, гемофильной палочкой или моракселлой. То есть, изучение микроорганизмов, вызывающих внебольничную пневмонию, показало, что существуют межрегиональные отличия между возбудителями пневмонии у детей г. Алматы и г. Семей. Такие же межрегиональные отличия подтверждают, например, Чучалин А.Г. и соавторы, отмечающие существование межрегиональных различий в РФ, а также много других ученых, занимающихся проблемами пневмонии [3].

Кроме того, существуют межрегиональные отличия и в чувствительности микроорганизмов, вызывающих пневмонию, к антибактериальным препаратам, используемых для лечения. Так, проведенными исследованиями установлено, что при определении чувствительности исследуемых антибактериальных препаратов существует межрегиональное различие активности антибиотиков в отношении возбудителей наиболее часто вызывающих внебольничную пневмонию. Например, чувствительность ампициллина в отношении стрептококков, вызывающих пневмонию, в г. Семей была низкой, что свидетельствует о штаммах стрептококков, резистентных к пенициллиновому ряду, но не к бета – лактамам, поскольку стрептококки были высоко чувствительны к цефазолину. Кроме того, в г. Семей установлены штаммы стрептококков, не чувствительных к эритромицину, что может говорить о наличии устойчивых к эритромицину возбудителей.

Такие расхождения чувствительности подтверждаются многими авторами, свидетельствующими о межрегиональных различиях в активности антибактериальных

средств к возбудителям пневмонии. Особенно это касается стрептококков, гемофильной палочки и стафилококка, наиболее часто вызывающих внебольничную пневмонию. Так, например, Р. Саланgetti описывает различную чувствительность гемофильной палочки к цефалоспорином 3 поколения на юге и севере Италии, а А.Г. Чучалин отмечает различную активность макролидов в отношении стрептококка на юге России (Краснодарский край) и северными регионами РФ.

Таким образом, при изучении микробных характеристик возникновения внебольничных пневмоний у детей г. Семей и Алматы, установлено, что существуют межрегиональные отличия между видами возбудителя, наиболее часто вызывающих пневмонию в данных регионах, степени их частоты и чувствительности к антибактериальным препаратам. Проведенные исследования служат доказательством необходимости создания определенных стандартов для рациональной антибиотикотерапии в исследуемых регионах, особенно, с учетом чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам.

Литература:

1. Антибактериальная терапия. Практическое руководство. Страчунский Л.С., Белоусов Ю.Б., Козлов С.Н. (ред). М., 2000, 420 с.
2. Bodey G.P., Milatovic D., Braveny I. The Antimicrobial Pocket Book. Braunschweig/ Wiesbaden, 2006, 148 с.
3. А.Г.Чучалин А.Н.Цой В., В.Архипов. Диагностика и лечение пневмоний с позиций медицины доказательств. Москва, 2002. с. 1-49.

УДК 616.12-008.331.1-053.88

ПОЖИЛОЙ ВОЗРАСТ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

С.Б. Мусабекова

ГУ «Госпиталь с поликлиникой ДВД ВКО»

Тұжырым

ЕГДЕ ЖАС ЖӘНЕ АРТЕРИАЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Бұл жұмыста егде жастағы адамдардағы артериялық гипертензияның клиникалық көрінісі, диагностикасымен емдеу принциптеріне әдеби шолу жүргізіледі, сонымен қатар осындай науқастарды жүргізу ерекшеліктері де қарастырылған. Осы жұмыстың нәтижелері рандомизирленген зерттеулер және плацебо-бақылаушы зерттеулер нәтижесімен көрсетіледі.

Summary

ELDERLY AGE AND ARTERIAL HYPERTENSION

In the present work literary data about features of a clinical picture, diagnostics and principles of treatment of an arterial hypertension for elderly persons are presented. Besides features of management a of similar type patients are presented. Data are based on results randomized placebo-controlled researches for elderly.

По данным эпидемиологических исследований, распространенность артериальной гипертензии (АГ) среди взрослого населения колеблется от 20 до 40% и увеличивается с возрастом. АГ является одним из главных факторов риска развития мозгового инсульта, ишемической болезни сердца (ИБС) и других сердечно-сосудистых заболеваний атеросклеротического происхождения, с которыми связано около 1/2 всех случаев смерти. По сводным данным 10 рандомизированных исследований, включавших около 20 тыс. 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 развития мозгового инсульта снижается в среднем на 37%, риск ИБС – на 21% и общая смертность – на 13% [1,2].

По данным Роттердамского исследования, под влиянием антигипертензивной терапии вероятность развития деменции уменьшается в среднем на 25%, причем

риск сосудистой деменции снижается на 70% и риск болезни Альцгеймера – на 13% [1-3].

Особенности клинической картины. У пожилых людей очень распространена именно изолированная систолическая АГ (ИСАГ). Установлена тесная, независимая связь уровня САД с риском развития коронарных, мозговых и почечных осложнений. Риск осложнений определяется не столько уровнем ДАД, как считалось долгое время, а уровнем САД, позволяющим прогнозировать сердечно-сосудистый риск.

По данным Фремингемского исследования, повышение пульсового давления более 60 мм рт.ст. является неблагоприятным прогностическим фактором в отношении риска сердечно-сосудистых осложнений и смертности. У пожилых больных отмечается высокая частота сочетания ИСАГ и метаболических нарушений (дислипидемия, сахарный диабет, подагра). При ИСАГ отмечается гипокинетический тип гемодинамики с увеличением об-

щего периферического сопротивления. Во многих наблюдениях отмечается высокая солечувствительность АД. Характерна высокая частота "псевдогипертонии" из-за повышения жесткости сосудов, "гипертонии белого халата", постприандиальной гипотонии и, что очень важно и зачастую определяет выбор гипотензивного препарата, очень высокая частота ортостатической гипотонии. Ортостатическая гипотензия может иметь катастрофические последствия, такие как падения или травмы головы. Выявление гипертензии в пожилом возрасте часто требует исключения клинически значимого стеноза почечных артерий. Пожилые больные часто используют препараты, которые могут повышать АД или влиять на эффективность лечения (нестероидные противовоспалительные препараты и др.) [4,5].

Диагностика. Диагноз ИСАГ может быть поставлен, если при трех повторных визитах средний уровень САД > 140 мм рт.ст., а ДАД < 90 мм рт.ст.

При измерении АД пожилым людям необходимо помнить о следующих обстоятельствах:

- Частое распространение феномена аускультативного провала, поэтому при измерении АД следует нагнать воздух не менее чем до 250 мм рт.ст. и спустать его очень медленно.
- Измерение АД следует проводить сидя и стоя, через 1 и 5 мин после принятия вертикального положения, а у больных сахарным диабетом – через 2, 4, 6, 8 и 10 мин.
- Изначально АД измеряется на обеих руках.
- Большая частота встречаемости "гипертонии белого халата" ("изолированная клиническая АГ", "нестойкая АГ") требует обязательного суточного мониторирования АД. По существующим оценкам такой вариант гипертензии может встречаться у 25% пациентов этой категории.
- Необходимо исключить вторичные формы ИСАГ. Если артериальная гипертензия начинается после 60 лет или плохо поддается лечению, то необходимо исключить и вторичную АГ, связанную с атеросклерозом почечных артерий [2].

Цели и принципы антигипертензивной терапии

С 1985 г. было проведено большое количество крупных многоцентровых рандомизированных плацебо-контролируемых исследований по нескольким направлениям: переносимость лечения, влияние лечения на частоту основных осложнений АГ, сердечно-сосудистую и общую смертность, безопасность лечения больных с ИСАГ. По результатам SHEP, EWPHE, SYST-EUR и ряда других исследований, в которые включались лица старше 60 лет, лечение АГ в целом приводило к снижению инсульта на 40%, сердечно-сосудистых осложнений – на 30%, ИБС – на 15%. Отмечено также снижение общей сердечно-сосудистой и коронарной смертности.

В любом возрасте лечение АГ следует начинать с изменения образа жизни (снижение избыточной массы тела, ограничение потребления поваренной соли и спиртных напитков (ограничение алкоголя до 30 мл чистого этанола ежедневно для мужчин и 1/2 этого количества для женщин), увеличение физической активности (ежедневная ходьба 20–30 мин) исключение курения, ограничение животных жиров в пище и т. д.). Следует иметь в виду, что ограничение потребления поваренной соли до 5–6 г в сутки является весьма эффективным способом снизить АД, так как АГ у пожилых лиц отличается чувствительностью к соли.

И если риск сердечно-сосудистых осложнений у больного высокий или очень высокий, изменение образа жизни проводится параллельно с медикаментозной терапией. В первую очередь медикаментозная терапия должна быть назначена пожилым больным с ИСАГ, имеющим

уровень САД > 160 мм рт.ст., а также больным с уровнем САД в пределах 140–160 мм рт.ст. и такими факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний, как сахарный диабет, стенокардия, гипертрофия левого желудочка [2–4].

При назначении гипотензивных препаратов пожилым людям с ИСАГ следует придерживаться следующих рекомендаций:

- Начальные дозы антигипертензивных препаратов должны быть вдвое меньше, чем у пациентов молодого и среднего возраста.
 - Необходимо медленно подбирать дозу с обязательным контролем АД в положении стоя и после еды.
 - Снижать АД в начале лечения нужно только постепенно, не более чем на 30% от исходного, чтобы не вызвать или не усугубить мозговую и почечную недостаточность.
 - Целевой уровень АД у пожилых пациентов 140/90 мм рт.ст., однако в случаях длительно нелеченой, высокой ИСАГ достаточно снижение САД до 160 мм рт.ст. По мнению экспертов Национального комитета по выявлению, оценке и лечению гипертензии, САД в пожилом возрасте нужно снижать на 20 мм рт.ст., если оно исходно находилось в пределах 160–180 мм рт.ст., и до уровня менее 160 мм рт.ст., если исходное САД превышало 180 мм рт.ст. АД следует снижать не менее чем на 10–15% и не более чем на 30% от исходного.
- Необходимо следить и за уровнем ДАД, так как у лиц с ИСАГ снижение уровня ДАД менее 60 мм рт.ст. ассоциируется с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений.

• Учитывая снижение памяти и консерватизм мышления, схемы назначения антигипертензивных препаратов должны быть предельно просты, а число препаратов и кратность их приема сведены к минимуму. То есть, по возможности широко использовать фиксированные комбинации антигипертензивных препаратов длительного действия.

Судя по данным рандомизированных плацебо-контролируемых исследований (Syst-Eur (Европейское исследование плацебо против антагониста кальция, ингибитора АПФ), MRC (сравнивался эффект диуретика, бета-адреноблокатора и плацебо), SHEP (САГ и лечение тиазидным диуретиком и при необходимости добавлялся бета-адреноблокатор) и др.) для начальной терапии ИСАГ у пожилых лиц следует использовать либо тиазидные (или тиазидоподобные) диуретики, либо антагонисты кальция дигидропиридинового ряда [1–4].

Литература:

1. Преображенский Д.В., Стеценко Т.М., Колпакова Е.В., Скворонская Т.В., Маренич А.В. Consilium-medicum. Том 07/N 12/2005. Артериальная гипертензия у лиц пожилого возраста: распространенность, особенности патогенеза и лечения.
2. Рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертензии. - <http://www.eshonline.org/> J Hypertens 2003; 21: 1011–53. Европейское общество по артериальной гипертензии Европейское общество кардиологов 2003.
3. Чазова И.Е. Consilium-medicum. Артериальная гипертензия. Том 07/№5/2005. Антигипертензивная терапия: новые препараты – новые возможности.
4. Жданова О.Н. Consilium-medicum. том 8 №2 2005. Изолированная систолическая артериальная гипертензия у пожилых людей.
5. Волкова Л.И., Штейнгардт Ю.А. Основы клинической гериатрии. Томск, 2006.