

УДК 616.12-008.331.1-053.88

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Л.К. Каражанова, Г.Б. Батенова

*Государственный медицинский университет города Семей***Тұжырым****ҚАРТ АДАМДАРДАҒЫ АРТЕРИАЛДЫ ГИПЕРТЕНЗИЯ**

Л.К. Каражанова, Г.Б. Батенова

Қарт адамдардағы артериалды гипертензия мәселесі оның көң түрдегі тарамдылығымен, сонымен қатар тұрғылықты халықтың қартаюға бет бұрысына байланысты. Қартайған жаста әртүрлі қауіп-қатер факторлары мен қосымша аурулар жиі кездеседі, осындай науқастарды АҚЖ жоғарлау дәрежесіне тәуелсіз жүрек-қантамыр асқынуларының жоғарғы және өте жоғарғы қауіп-қатер тобына жатқызуға болады.

Summary**ARTERIAL HYPERTENSION AT OLD AGE PATIENTS**

L.K. Karazhanova, G.B. Batenova

Problem of arterial hypertension at old age patients is connected with it's wide spreading and tendency to aging of population. In old age there are different risk factors and accompanying diseases, which permit to say about that group of patients are in high or very high risk of cardiovascular complications not depending on degree of increasing of blood pressure.

В структуре общей заболеваемости и смертности населения в возрасте старше 60 лет первое ранговое место занимают болезни сердечно-сосудистой системы. Среди них наибольшее распространение получила артериальная гипертония (АГ) [1]. В частности, у лиц пожилого и старческого возраста является одним из актуальных вопросов кардиологии [2]. Существует широко распространенное заблуждение, что повышение давления с возрастом неизбежно и достаточно безопасно, а, следовательно, это состояние не подлежит активной терапии. Однако все многоцентровые исследования последнего времени содержат утверждение, что это не так! Известно, что в пожилом возрасте чаще встречаются различные факторы риска (ФР) и сопутствующие заболевания, что позволяет отнести таких больных к группам высокого (очень высокого) риска сердечно-сосудистых осложнений независимо от степени повышения АД [3]. Все эти люди имеют более высокий риск сердечно-сосудистых осложнений по сравнению с более молодыми лицами, имеющими такой же повышенный уровень артериального давления (АД). Снижение АД в старшей возрастной группе уменьшает этот риск. Доказано уменьшение на 50% частоты остановки сердца, уменьшение частоты смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, снижение общей смертности [4].

Распространенность артериальной гипертонии (АГ) составляет 30-40% среди лиц старше 60 лет. Распространенность АГ среди взрослого населения Казахстана - 24,3%. У больных АГ общая смертность в 2-5 раз, а сердечно-сосудистая смертность в 2-3 раза выше, чем у людей с нормальным АД. Многочисленные, международные исследования последних лет свидетельствуют о том, что с возрастом увеличивается риск сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Это вероятно обусловлено структурно-функциональными изменениями организма в процессе старения и высокой частотой сопутствующих заболеваний [5,6]. Патологические изменения в органах и тканях развиваются на фоне физиологических возрастных преобразований: старение сосудов, снижение их эластичности с повышением периферического сопротивления, уменьшение чувствительности β -адренорецепторов, снижение эндотелием NO, простаглицлина, уменьшение растяжимости артерий, ослабление барорецепторной функции, нарушение регуляции секреции гормонов и медиаторов, изменение внеклеточного содержания воды в тканях и внутри сосудов. К особенностям течения АГ у пожилых относят высокую

частоту изолированной систолической АГ (ИС АГ), при котором уровень систолического артериального давления (САД) >140 мм.рт.ст., а диастолического АД (ДАД) <90 мм.рт.ст., высокое пульсовое АД, повышенную вариабельность АД, ортостатическую гипотонию [7]. По данным Фремингемского исследования, ИСАГ среди всех случаев артериальной гипертензии у пожилых людей составляет 65-70% (Stokes и соавт., 1989). Это же подтверждает исследование NHANES III (Third National and Nutrition Examination Survey, 1988-1991), согласно которому доля ИСАГ у пациентов в возрасте 45-54 года составляет 24%, 55-64 года - 47%, 65-74-66% и >75-73% [8].

В последние годы было убедительно показано, что САД в значительно большей мере, чем ДАД, влияет на степень сердечно-сосудистого риска. Известно, что уровень САД определяется четырьмя главными факторами: величиной ударного объема, демпфирующей функцией крупных артерий (жесткость сосудистой стенки), способностью артериального русла проводить прямую волну (периферическое сосудистое сопротивление) и величиной отраженной пульсовой волны [9]. Жесткость артерий увеличивается с возрастом, и чрезвычайно важно то, что она является независимым фактором риска (ФР) развития ИБС, инфаркта миокарда, инсульта и хронической почечной недостаточности. При этом повышенная жесткость артерий является основной причиной повышения САД и снижения ДАД, происходящих в пожилом возрасте [10].

К особенностям проявления АГ в пожилом возрасте следует отнести следующие: давность заболевания; скудность субъективных симптомов; выраженную функциональную недостаточность мозга, сердца, почек; высокий процент осложнений (инсульт, инфаркт, сердечная недостаточность); преобладание систолического АД; гипокинетический тип гемодинамики; увеличение общего периферического сопротивления.

Суточный профиль АД у больных артериальной гипертонией 2-3 стадии в возрасте 60 лет и старше по сравнению с данными у молодых характеризуется нарастанием вариабельности и утреннего подъема АД, сдвигом ночного минимума к утренним часам, уменьшением числа больных с нормальным снижением систолического АД и увеличением больных с его ночным повышением. В этой же группе больных достоверно чаще выявляются диастолическая дисфункция, концентрическая гипертрофия левого желудочка и выражен-

ная дисфункция эндотелия. В группе больных АГ пожилого и старческого возраста достоверно чаще встречаются пациенты с микроальбуминурией, сниженной скоростью клубочковой фильтрации, снижением функционального резерва почек, канальцевой дисфункцией и уменьшенным объемом обеих почек [11]. У пожилых наблюдаются частые перепады АД, проявляющиеся внезапным повышением или чрезмерным его снижением, неблагоприятно влияющие на коронарный кровоток, а в ряде случаев вызывающие развитие инсультов, ишемических атак и лакунарных инфарктов [12,13]. Вплоть до 1985 года гипертензию у пожилых обычно не лечили, главным образом из-за страха, что снижение АД увеличит частоту эпизодов ортостатической гипотензии и вызовет коронарный или церебральный тромбоз [14]. Проведенные в различных странах эпидемиологические и клинические исследования наглядно продемонстрировали важность эффективного контроля АГ в снижении риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и смертности. Проблемы лечения и диспансеризации больных АГ наиболее актуальны в последнее время, так как течение АГ все более отягощается и формирует большое количество осложнений [15].

По данным ВОЗ 2001 в мире более 100 млн. больных АГ. У 1-5% из них развивается гипертонический криз (ГК), в том числе, примерно, в 25%-осложненные. Среди осложнений ГК: на первом месте по частоте стоят острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК)- инфаркт мозга и гипертоническая энцефалопатия в 24% и 17% соответственно, на втором в 36% случаев ГК- отек легких, на третьем - острый коронарный синдром (ОКС) в 12% случаев[6]. Осложненный ГК-прогностически опасное состояние, т.к. 25-40% пациентов, умирают в течение последующих 3 лет от инфаркта миокарда или инсульта [16]. По результатам многоцентровых, проспективных исследований были сформулированы принципы немедикаментозной и лекарственной терапии, оптимальные режимы лечения, в том числе в особых популяциях больных [17]. Лечение АГ у пожилых больных следует начинать с изменения образа жизни. Ограничение поваренной соли и снижение веса в этой группе оказывает существенный антигипертензивный эффект. Начальная доза всех препаратов у пожилых пациентов может быть снижена вдвое. Следует с осторожностью использовать препараты, вызывающие значимую вазодилатацию, такие как альфа-блокаторы и прямые вазодилататоры, а также высокие дозы мочегонных препаратов. При наличии показаний в качестве первой линии терапии можно использовать препараты из всех основных современных классов антигипертензивных средств: диуретики, β -адреноблокаторы (ББ), ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ), антагонисты кальция, альфа-адреноблокаторы, антагонисты рецепторов к ангиотензину II, агонисты имидазолиновых рецепторов [18]. Антигипертензивная терапия должна быть настолько простой, насколько это возможно, особенно у пожилых, которые могут иметь проблемы с концентрацией, пониманием и памятью. Снижение АД должно быть постепенным. Не следует стремиться снижать систолическое и диастолическое давление у пожилых пациентов менее 140/80-85 мм.рт.ст. Неадекватная гипотензивная терапия без учета биоритма гипертензивного синдрома у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией (ГДЭ) создает дополнительные опасности. Снижение кровоснабжения мозга у больных ГДЭ, особенно в ночное время у дипперов, обнаруживается только по возникновению грубых нарушений – ишемического инсульта, лакунарного инфаркта, динамических нарушений мозгового кровооб-

ращения. Одним из важнейших выводов, сделанных в последние годы в ходе многочисленных исследований и отраженных в рекомендациях отечественных и западноевропейских кардиологических ассоциаций, стал вывод о необходимости назначения комбинированной гипотензивной терапии большинству пациентов с АГ, причём на первом же этапе лечения. Чрезвычайная неоднородность механизмов повышения АД, частое сочетание АГ с другой патологией служат обоснованием важности дифференцированного подхода к назначению гипотензивных средств. В частности, при гипертрофии левого желудочка предпочтительно рекомендуется отдавать ингибиторам АПФ, блокаторам ангиотензиновых рецепторов или антагонистам кальция, у больных АГ и сахарным диабетом - ингибиторам АПФ или блокаторам ангиотензиновых рецепторов.

В настоящее время имеются несомненные доказательства того, что антигипертензивная терапия должна проводиться длительно, в принципе пожизненно. При условии ее адекватности и контроля за уровнем АД, риск возникновения тяжелых и серьезных осложнений АГ значительно снижается [19-21]. Однако эффективность поликлинического лечения АГ часто не достигает желаемых результатов, несмотря на наличие достаточного большого числа антигипертензивных препаратов различных групп [22-24].

Принципы лечения АГ у пожилых такие же, как в общей популяции, однако есть некоторые особенности [25].

Следует отметить ряд особенностей терапии АГ у пожилых: начальные дозы должны быть вдвое меньше, чем у пациентов молодого и среднего возраста; необходим медленный подбор дозы с обязательным контролем АД в положении стоя; использовать простой режим лечения (одна таблетка-один раз в день); контролировать функцию почек и электролитный состав крови при лечении диуретиками и/или иАПФ[26]. Обращает на себя внимание тот факт, что мужчины в любом возрасте лечатся недостаточно эффективно, а у женщин этот показатель снижается с возрастом[27].

Несмотря на наличие высокого и очень высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений, регулярно лечатся лишь 14,6% больных, а эффективно только 0,9%.

Вместе с тем, большие, многоцентровые исследования демонстрируют принципиальную возможность увеличения эффективности лечения до 90% и снижения сердечно-сосудистой смертности на 30% [28].

Таким образом, можно сделать однозначный вывод, что обнаруженную после 60 лет АГ, в том числе ИСГ, необходимо лечить в целях улучшения качества жизни и прогноза данных пациентов.

Литература:

1. Шутимова Е.А., Ушакова С.Е., Концевая А.В., Барочкина О.Ю., Назарова О.А. Информировать пожилых больных о принципах вторичной профилактики артериальной гипертонии и готовность к участию в лечении.
2. Оганов Р.Г. Профилактическая кардиология: от гипотез к практике. Кардиология 1999; 12: 4-9. Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2003; 2(5), С.104.
3. Комиссаренко И.А. Стратификация риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Лекция Врач. - С.27-29.
4. Джусипов А.К., Гуляева А.Е., Алиханова К.А. Клиническое руководство по оказанию медицинской помощи больным с артериальной гипертонией на уровне ПСМП.// Астана 2004г. С. 124-125
5. Верткин А.Л., Полосьянц О.Б., Веракис А.В. Возрастные аспекты гипертонического криза// Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2004; 3(3), ч. II С.16

6. Мычка В.Б., Чазов И.Е., Оганов Р.Г. Первичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. *Consilium Medicum* 2009; 105-110.
7. Арабидзе Г.Г., Фагард Р., Петров В.В., Стассен Я. Изолированная систолическая гипертония пожилых. *Тер. Архив* 1996; 11,77-82.
8. Окорочков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. Том 7// Москва 2007.с.164-165.
9. Safar M.E., London G.M/ The arterial system in human hypertension. In: Swales I.D., ed. *Textbook of hypertension*. London: Blackwell Scientific; 1994. 85-102.
10. Бойцов С.А. Изучение патогенеза гипертонической болезни продолжается.//Терапевтический архив, 2006,№9,С.5-12
11. Пименов Л.Т.,Одинцова Н.Ф. Кардиоренальные взаимосвязи у больных 2010.-т.50 №7.- с.21-25.
12. Kario K. et al/ Nocturnal fall of blood pressure and silent cerebrovascular damage in elderly hypertensive patients: advanced silent cerebrovascular damage in extreme dippers. *Hypertension* 1996;27:130-135.
13. Преображенский Д.В. и др. Артериальная гипертония у лиц пожилого возраста: распространенность, особенности патогенеза и лечения. *Consilium Medicum* 2005; 12: 1001-1010.
14. Кириченко. А.А. Гипертоническая болезнь у мужчин и женщин. – Москва. 2003. - С.53-61
15. Шальнова С.А. Проблемы лечения артериальной гипертонии// Кардиоваскулярная терапия и профилактика,2003; 2(3). - С.17
16. Болл К., Филипс Р. Неотложные состояния от А до Я. Москва 2003. Под ред. А.Л.Верткина.
17. Рекомендации по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертонии. Артериальная гипертония; Санкт-Петербург;7(1),приложение.
18. С.А. Шальнова. Проблемы лечения артериальной гипертонии// Кардиоваскулярная терапия и профилактика,2003; 2(3), - С.18
19. Мартынов А.И., Остроумова О.Д., Мамаев В.И., Чедгафова С.Ю. Сравнительный анализ влияния различных классов гипотензивных препаратов на регресс гипертрофии миокарда левого желудочка у пожилых больных. *РКЖ* 2001;3(29): 29-33
20. Преображенский Д.В., Маренич А.В., Шатунова И.М., Сидоренко Б.А. Профилактика мозгового инсульта с помощью антигипертензивных препаратов: возможности и ограничения. *Кардиология* 2002; 6: 79-85.
21. Hansson L, Zanchetti A, Caruthers SG, et al. Principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomized trial HOT Study Group. *Lancet* 1998; 351:1755-62.
22. Нестеров Ю.И., Гольдберг Г.А., Козубовская Р.Р. и др. Сравнительная характеристика качества диспансерного наблюдения за пациентами с артериальной гипертонией. *Клин.мед.* 1999; 6: 23-5.
23. Михайлов В.Г., Луковкина Т.К., Невзорова В.П. и др. Назначение лекарственных средств при артериальной гипертонии в амбулаторной практике. *Клин мед* 2000; 2: 46-9.
24. Юренев А.П., Патрушева И.Ф., Смирнова М.Д., Куннова Л.М. Особенности лечения больных артериальной гипертонией в Москве. *Тер. Архив* 2001; 9: 31-4.
25. Лазебник Л.Б., Комисаренко И.А., Милюкова О.М. Артериальная гипертония у пожилых. - М., 2002 - С.260.
26. Гуревич М.А. Особенности лечения артериальной гипертонии у пожилых
27. Шальнова С.А., Деев А.Д., Вихирева О.В., и др. Распространенность артериальной гипертонии в России. Информированность, лечение, контроль. *Проф.забол.и укреп. здор.* - 2001. - 4(2). -С.3-7
28. Zanchetti A., Hansson L., et al. Risk assessment and treatment benefit in intensively treated hypertensive patients of the Hypertension Optimal Treatment(HOT) study. *J Hypertens* 2001; 19 (4):819-25.

УДК 616.12-008.331.1-616.153.922-08

ПРИМЕНЕНИЕ АТОРИСА У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ГИПЕРЛИПИДЕМИЕЙ

Р.Б. Егаубаева

КГКП «Больница скорой медицинской помощи», г. Семей

Ключевые слова: артериальная гипертония, гиперлипидемия, аторис

ТҰЖЫРЫМ

АРТЕРИАЛДЫ ГИПЕРТОНИЯ МЕН ГИПЕРЛИПИДЕМИЯСЫ БАР ӘЙЕЛДЕРГЕ АТОРИСТІ ҚОЛДАНУ

Р.Б. Егаубаева

Қорыта айтқанда, аторис жүрек ишемиялық ауруының жоғарғы қаупі бар науқастардың жүрек-қан тамыр ауруларының асқынуларының екіншілік профилактикасындағы жоғарғы нәтижелі липидтерді төмендететін дәрі-дәрмек болып саналады.

Summary

USING OF ATORIS AT FEMALES WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND HYPERLIPIDEMIA

R.B. Egaubaeva

So, medicine Atoris is may be used as high effective lipid lowering drug for secondary prophylaxis of cardiovascular complications at females with high risk of ischemic heart disease.

Сердечно-сосудистые заболевания являются лидирующей причиной смертности для женщин всего мира. Риск возникновения смерти от сердечно-сосудистых заболеваний в 5 раз выше, чем риск смерти от рака молочной железы [1,2].

Угасание репродуктивной функции вносит свой вклад в течение артериальной гипертонии (АГ): чаще