



Гериатрические аспекты сердечно-сосудистых заболеваний

Пономарева Татьяна Александровна

Артериальная гипертензия в пожилом и старческом возрасте (АГ)

это хронически протекающее заболевание, основным проявлением которого является синдром повышенного АД, не связанный с наличием патологических процессов, при которых гипертензия обусловлена известными причинами (симптоматическая или вторичная артериальная гипертензия)

Особенности проявления АГ в пожилом возрасте

- высокая распространенность АГ;
- многолетняя давность заболевания;
- скудность субъективных симптомов, наиболее частые симптомы: головокружение, потеря равновесия, звон в ушах, усиливающиеся при повышении АД;
- выраженная функциональная недостаточность мозга, сердца, почек;
- высокий процент осложнений (инсульт, застойная сердечная недостаточность, инфаркт миокарда, почечная недостаточность);

- гипертонические кризы протекают значительно тяжелее, чем в более молодом возрасте, и сопровождаются расстройствами мозгового кровообращения или сердечной левожелудочковой недостаточностью;
- увеличение общего периферического сопротивления;
- высокая частота ортостатических реакций;

Наиболее часто у больных отмечаются цифры АД в пределах 160/60, 200/90 мм рт. ст.

Стадии гипертонической болезни (ГБ)

I – АД невысокое, но выше «пограничной гипертонии». Без лечения возможна спонтанная нормализация. Нет органических изменений (гипертрофии левого желудочка), на глазном дне определяются непостоянные изменения сосудов по типу спазма. Кризы редки или отсутствуют.

II - стойкое повышение АД, требующее лечения.

Отмечается гипертрофия левого желудочка, изменения глазного дна (сужение артерий, расширение вен),

АД до 200/115 мм рт. ст., типичны гипертонические кризы.

III - стадия, характеризующаяся стойким повышением АД и органическими поражениями, в том числе: левожелудочковая недостаточность (сердечная астма, отек легких), тромбозы, поражение глаз, инфаркт миокарда, частые тяжелые гипертонические кризы.

- У больных старческого возраста нередко имеется несоответствие между стадией болезни и ее отличительными признаками.
- Возрастные изменения, сопутствующие заболеванию, снижают значение критериев различия АГ по стадиям.
- Поэтому в гериатрической практике только комплексная оценка всех клинических, лабораторных и инструментальных данных позволяет установить стадию заболевания.
- В процессе сбора анамнеза у пожилого пациента необходимо получить представление о его психических особенностях, степени его знаний об артериальной гипертензии, желании и возможности изменить образ жизни, взаимоотношения в семье, экономических возможностях, так как это существенно влияет на выработку тактики лечения.

При сборе анамнеза у пожилого пациента с повышенным АД важно выявить факторы:

Течение АГ	Длительность повышения АД
Предшествующее лечение	Лекарства: какие, доза, эффективность, побочные эффекты
Прием лекарственных средств, способных вызвать повышение АД	Симпатомиметики, глюкокортикоиды, нестероидные противовоспалительные средства
Семейный анамнез	Наличие гипертензии. Ранняя сердечно-сосудистая смертность. Наличие в семье случаев феохромоцитомы, заболеваний почек, сахарного диабета, подагры
Наличие симптомов, указывающих на симптоматический характер АГ	Мышечная слабость, эпизоды сердцебиения, потливости, тремора. Истончение кожи. Боль в боку и спине
Симптомы, указывающие на поражение органов-мишеней	Головная боль. Транзиторная слабость и резкое ухудшение зрения. Снижение остроты зрения. Боль в груди. Одышка. Головокружение
Наличие других факторов риска	Курение. Сахарный диабет. Дислипидемия. Низкая физическая активность
Характер питания	Потребление соли, алкоголя, насыщенных жиров
Психосоциальные факторы	Семейный статус. Образовательный уровень. Социальное и финансовое положение. Характер работы
Признаки ночного апноэ	Головные боли по утрам. Сонливость в течение дня. Громкий храп. Неровный сон

Измерение АД в пожилом возрасте остается неточным методом диагностики. Для представления об истинном уровне АД требуются точные и многократные его измерения, так как имеется большая вариабельность АД в течение суток во время обычной дневной активности пациента и при отсутствии медикаментозной терапии. Существенная разница между отдельными измерениями АД в течение суток (до 40—50 мм рт. ст.) может быть связана с влиянием ряда факторов: различным уровнем физической активности в момент регистрации АД, курением, беспокойством, перерастяжением мочевого пузыря, употреблением кофе, и других причин, идентифицировать которые часто бывает невозможно. Поэтому, если ориентироваться только по нескольким измерениям АД, может иметь место гипо- или гипердиагностика. Необходимо многократное измерение АД.

Лечение.

Для большинства пациентов пожилого возраста оптимальным уровнем АД остается 140/85 мм рт. ст.

Начинать лечение необходимо с изменения образа жизни независимо от того, будут ли назначены лекарства. Оно предполагает прекращение курения, снижение массы тела, умеренность в употреблении алкоголя, ограничение потребления соли (не более 5 г в день), оптимизацию физической активности, уменьшение действия хронических стрессов и вредных профессиональных факторов (шум, вибрация и др.) — это первый шаг в борьбе с высоким артериальным давлением. Оно недооценивается из-за отсутствия болезненных ощущений. Пациенты перестают регулярно приходить на медицинские осмотры и быстро забывают полезные советы, высок процент рецидивов курения, употребления спиртных напитков, переедания. Лица пожилого возраста крайне неохотно отказываются от привычного образа жизни.

Большое профилактическое значение имеет оптимизация физической активности с использованием физических упражнений, в которые вовлекаются большие группы мышц (ходьба, плавание, прогулки на лыжах и др.).

Физическими упражнениями следует заниматься 4—5 раз в неделю, продолжительность занятий 30—40 минут.

Предварительно необходима консультация лечащего врача с рекомендацией допустимых объема и характера нагрузки.

Немедикаментозное лечение должно предшествовать назначению фармакологических средств, обладающих гипотензивным действием.

Медикаментозное лечение ГБ в пожилом возрасте имеет ряд особенностей. Необходимо учитывать факторы, специфические для этого возраста.

Возрастное снижение функции почек и печени приводит к тому, что возможно повышение токсичности лекарственных препаратов, выводящихся через них, а при назначении диуретиков существует более высокая опасность развития дегидратации и гипонатриемии.

Наличие нескольких сопутствующих заболеваний существенно влияет на выбор конкретного гипотензивного препарата для лечения больных.

В пожилом возрасте значительно чаще встречается клинически значимое взаимодействие лекарственных средств. У пожилых больных НПВП и глюкокортикоиды значительно чаще провоцируют повышение АД, чем у лиц молодого возраста.

Особенности медикаментозного лечения

- **только постепенное снижение давления (30 %), так как более резкое снижение может усугубить мозговую и почечную недостаточность;**
- **избегание ортостатических нарушений регуляции кровообращения, контроль за лечением посредством измерения АД, в том числе и стоя, ортостатическая гипотония, (развивающаяся чаще после приема пищи) — нежелательное осложнение, следствием которого может быть резкая слабость, возможны падения с переломами костей;**
- **низкая начальная доза антигипертензивных средств;**
- **осторожность при повышении дозировки;**
- **контроль за функцией почек; электролитным и углеводным обменом;**

В настоящее время для лечения больных с АГ рекомендуются 7 классов препаратов

- 1. Бета-адреноблокаторы (атенолол, метапролол, пропранолол)**
- 2. Диуретики: тиазидовые (гидрохлортиазид, арифон, бринальдикс, аккузид и др.); с быстрым диуретическим эффектом (фуросемид, урегит) и калийсберегающие (амилорид, триамтерен, альдактон).**
- 3. Антагонисты кальция (нифедипин, верапамил, дилтиазем, амлодипин и др.).**
- 4. Ингибиторы АПФ — каптоприл, эналаприл, рамиприл.**
- 5. Блокаторы альфа-адренергических рецепторов (празозин, доксазозин).**
- 6. Антагонисты рецепторов ангиотензина II (лозартан, ирбесартан, вальсартан и др.).**
- 7. Препараты центрального действия, представляющие разные химические соединения (препараты раувольфии, клофелин, допегит, моксонидин). Из-за наличия выраженных побочных действий препараты раувольфии применяются редко и заменены более современными средствами**

Гипотензивный эффект считается достигнутым при стойком снижении АД у больных с мягкой АГ до нормального или пограничного уровня, а при выраженной гипертензии, особенно у лиц старческого возраста, — на 10—15 % от исходных показателей. Гипотензивная терапия, как правило, проводится длительно. При длительном контроле АД возможно снижение дозы или отмена одного из комбинируемых препаратов.

Монотерапия эффективна лишь у 50 % больных. Для профилактики побочных эффектов при использовании большинства препаратов, действуя на различные патогенетические механизмы артериальной гипертензии, усиливая гипотензивный эффект, следует применять комбинированную терапию антигипертензионными средствами. Начинают терапию небольшими дозами, постепенно их увеличивая.

Эффективными комбинациями антигипертензивных препаратов являются:

- **бета-адреноблокаторы и диуретики;**
- **ингибиторы АПФ и диуретики;**
- **антагонисты рецепторов ангиотензина II и диуретики;**
- **бета-адреноблокаторы и антагонисты кальция • альфа-адреноблокаторы и бета-адреноблокаторы.**

Назначаемые лекарства не должны ухудшать течение сопутствующих заболеваний. Так, например, бета-адреноблокаторы не рекомендуют больным с бронхиальной астмой, выраженной сердечной недостаточностью. Кроме того, они не должны повышать уровень других факторов риска (диуретики в больших дозах усиливают нарушения углеводного обмена и гиперурикемию).

Коррекцию дислипидемии начинают с назначения диеты.

Общие рекомендации: уменьшить употребление продуктов животного происхождения (жирные сорта мяса, сало, сливочное масло, сметана, яйца, сыр, колбасные изделия); животные жиры следует заменить растительными; увеличить потребление продуктов растительного происхождения (овощи и фрукты, орехи, бобовые) и рыбных блюд. Лицам, имеющим избыточную массу тела, следует ограничить калорийность пищи до 1200—1800 ккал/сут.

Лекарственная терапия препаратами гипохолестеринемического действия показана больным, у которых, несмотря на строгую диету в течение 6 месяцев, уровень холестерина и липопротеидов низкой плотности остается высоким. Это обстоятельство нужно учитывать, поскольку терапия гиполипидемическими средствами (статины: симвастатин, ловастатин, правастатин и др.) должна проводиться практически пожизненно.

III. Антиагрегационная терапия

Применяют аспирин, аспирин кардио, тиклид, курантил.

Аспирин назначают в суточной дозе 1 мг/кг массы тела больного однократно утром. При заболеваниях желудочно-кишечного тракта, когда противопоказано применение аспирина, назначают курантил по 0,025 г 2—3 раза в день или тиклид по 0,25 г 2 раза в день под регулярным контролем крови из-за опасности нейтропении.

Для коррекции психоэмоциональных расстройств, нарушений сна используют транквилизаторы, нейролептики, антидепрессанты, снотворные препараты.

Основными принципами комплексной терапии больных с АГ являются

- индивидуальный подбор немедикаментозных и медикаментозных средств с учетом не только тяжести и характера артериальной гипертонии, но и сопутствующих факторов, таких, как цереброваскулярная и сердечно-сосудистая патология, нарушения углеводного и липидного обмена, реологических свойств крови, атеросклеротическое поражение магистральных артерий, курение, наследственная отягощенность и др.;**
- постепенное снижение АД до оптимальных для каждого больного показателей;**
- ориентировка больного на практически пожизненную терапию.**