

DOI: 10.26693/jmbs03.06.101

УДК 616.12-008.331.1:616.127-005.8:616-08:615.22

Гутарєва Н. В.¹, Яблочанська Е. Є.¹, Гутарєв В. В.²

ЛІКУВАННЯ ІЗОЛЬОВАНОЇ СИСТОЛІЧНОЇ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ БЕЗ УСКЛАДНЕНЬ ЛІТНИХ ПІДОПІЧНИХ ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНОГО ІНТЕРНАТУ

¹Донбаський державний педагогічний університет, Слов'янськ, Україна²Слов'янський психоневрологічний інтернат, Україна

v16121965@gmail.com

Лікування літніх пацієнтів психоневрологічного інтернату є досить складним процесом, як в якості підходу до самих пацієнтів, так і в підборі лікарських засобів для ефективного лікування систолічної артеріальної ізольованої гіпертензії. Метою даної роботи було показати доцільність і ефективність медикаментозного лікування систолічної артеріальної ізольованої гіпертонії у хворих похилого та старечого віку. У статті розглядаються особливості використання антигіпертензивних препаратів різних фармакологічних груп у даного контингенту хворих з урахуванням наявності у останніх тих чи інших супутніх порушень. На практиці показано, що особливостей в якісному і кількісному підборі препаратів не спостерігалось. У звичайній практиці і в умовах психоневрологічного інтернату застосовуються найдоступніші і поширені антигіпертензивні лікарські засоби, добові дози препаратів також не відрізняються від звичайних рекомендованих.

Ключові слова: артеріальна гіпертонія, ізольована систолічна гіпертонія, літні пацієнти, підопічні, комбіновані ліки від гіпертонії.

Вступ. Мета лікування артеріальної гіпертонії (АГ) – не тільки зниження артеріального тиску (АТ), але і запобігання захворюваності та смертності, пов'язаних з високим артеріальним тиском і ураженням органів-мішеней. Результати цих досліджень змусили змінити ставлення до лікування АГ у літніх. В цілому у хворих відзначено зниження частоти інсультів на 40%, серцево-судинних ускладнень на 30%, ускладнень ІХС на 15%. Відзначено також зниження загальної серцево-судинної і коронарної смертності.

Кінцевою метою лікування літніх хворих ІСГ є запобігання ускладнень (частіше летальних), що виникають при підвищенні систолічного артеріального тиску, і, отже, продовження життя, а також поліпшення її якості. Останнє досягається головним чином попередженням серцево-судинних ускладнень систолічною гіпертонії, підтриманням

задовільного фізичного, розумового і психоемоційного стану хворих. Побічна дія лікарської терапії повинно бути незначним [4].

На жаль, незважаючи на значні успіхи охорони здоров'я, АГ в Україні залишається однією з найбільш значущих медико-соціальних проблем. Згідно з даними дослідження «ЕСЕ», контролюють артеріальний тиск (АТ) тільки третина жінок і 14,4% чоловіків. Однією з причин втрати контролю над АТ є нераціональне застосування антигіпертензивної терапії. Найбільш часто АТ різко підвищується внаслідок припинення прийому антигіпертензивних засобів. Підйом АД можуть також викликати такі чинники, як психоемоційний стрес, фізичне навантаження, зловживання алкоголем, метеорологічні коливання, надмірне споживання солі, рідини, а також прийом деяких лікарських засобів (нестероїдних протизапальних засобів, симпатоміметиків, кофеїну, натрій-вмісних антацидів, глюкокортикостероїдів, препаратів солодки та ін.) [1, 3, 4].

При виборі медикаментозного лікування лікар повинен враховувати два основних фактора – вік хворого і гемодинамічні механізми, що лежать в основі ІСГ у літніх. Дослідження двох останніх десятиліть показали, що у людей похилого віку ефект окремих гіпотензивних препаратів може бути більш-менш вираженим, ніж у хворих середнього віку. Можливо, це пов'язано з віковими змінами: зниженням активності реніну в плазмі та посиленням постсинаптичної α -адренорецепторів посередованою і кальцій-залежною вазоконстрикції, а також підвищенням серотоніноспосередованим вазоконстрикторного тонуусом у літніх хворих з атеросклеротичними ушкодженнями ендотелію. Відмінності в ефективності окремих гіпотензивних препаратів у літніх, мабуть, обумовлені підвищується з віком варіабельністю АТ, вираженими порушеннями рефлексів з барорецепторів та ортостатичної гіпотонією в похилому віці, а також пов'язаними з віком змінами фармакокінетики окремих гіпотензивних препаратів. При виборі терапії необхідно уточнити, чи брав

пацієнт будь-які лікарські препарати самостійно, коли і з яким ефектом. Це допоможе не тільки більш раціонально вибрати препарат, але і уникнути небажаних лікарських взаємодій. Необхідно врахувати і протипоказання до застосування препаратів.

Мета дослідження – вивчити якість дії комбінованих препаратів на ізольовану систолічну гіпертензію у літніх підопічних психоневрологічного інтернату.

Об'єкт і методи дослідження. На диспансерному обліку в Слов'янському психоневрологічному інтернаті знаходиться 20 літніх підопічних з ішемічною хворобою серця з гіпертензією, а 15 літніх підопічних з ізольованою гіпертонією.

Для доказу наявності гіпертонічної хвороби у літніх пацієнтів СПНІ проводилися наступні дослідження: вимір артеріального тиску вранці та ввечері (полуавтоматичним вимірником тиску "Micro-life"), підрахунок пульсу також вранці та ввечері, загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічні аналізи крові (окремо рівень холестерину), протромбін, креатинін крові та сечі, аналіз сечі по Нечипоренко, реєстрація ЕКГ (апарат трьохканальний "Biomed"). Обов'язково проводилися консультації фахівців – окуліста та невропатолога.

Дослідження виконані з дотриманням основних положень «Правил етичних принципів проведення наукових медичних досліджень за участю людини», затверджених Гельсінською декларацією (1964–2013 рр.), ІСН GCP (1996 р.), Директиви ЄЕС № 609 (від 24.11.1986 р.), наказів МОЗ України № 690 від 23.09.2009 р., № 944 від 14.12.2009 р., № 616 від 03.08.2012 р. Кожен пацієнт підписував інформовану згоду на участь у дослідженні.

Результати досліджень та їх обговорення. Перша група пацієнтів (20 осіб) отримували інгібітори ангіотензотрансформуючого ферменту у вигляді базової терапії в середній добовій дозі до 20 мг на добу (**еналаприл**). Інша половина пацієнтів отримувала інгібітор ангіотензотрансформуючого ферменту в поєднанні з сечогінним засобом **еналозид** (еналаприл; гідрохлоротіазид) в добовій дозі 25 мг на добу. Це є максимальна рекомендована доза на добу на дорослу людину. Спостереження за ефективністю лікування проводилося протягом 1 року. Для контролю дії препаратів застосовувалися фізикальні та інструментальні методи дослідження: підрахунок пульсу і його оцінка (швидкість, тривалість, твердість, ритмічність), вимір артеріального тиску (АТ) щодня вранці і ввечері, реєстрація ЕКГ. Один раз на рік здійснюється комплексний медичний огляд фахівцями, одними з яких обов'язковими були окуліст, невропатолог. Із загальних досліджень кожен квартал проводився аналіз крові і сечі, біохімічний аналіз крові, цукор крові. Звичайно, у

всіх підопічних було виявлено в різного ступеня підвищення рівня холестерину в крові. Але через високу вартість препаратів групи статинів, в даному комплексі лікування вони не застосовувалися.

Систолічний АТ в літньому віці слід знижувати на 20 мм рт. ст., якщо початково воно знаходилося в межах 160–180 мм рт. ст., і до рівня менше 160 мм рт. ст., якщо вихідне систолічний АТ перевищувало 180 мм рт. ст. АТ має знижуватися не менше ніж на 10-15% від вихідного і не більше ніж на 30%. Темп зниження АТ також має важливе значення. Необхідність різкого зниження артеріального тиску існує лише в тих випадках, коли спостерігається екстремний стан при АГ: симптоми серцевої астми, нестабільна стенокардія, гіпертонічна енцефалопатія. При невідкладних станах слід прагнути до зниження артеріального тиску протягом 24 год. В інших випадках зазвичай немає підстав вживати екстрених заходів [2, 3].

Дуже важливе значення мають результати дослідження SHEP (The Systolic Hypertension in the Elderly Program – програма систолічної гіпертонії у літніх). У нього було включено 4736 хворих старше 60 років (в середньому 72 роки), які страждають ІСГ. Протягом 4,5 року хворі отримували терапію плацебо або тіазидовим діуретиком в меншій дозі (хлорталідон 12,5–25 мг / добу), додаючи до останнього при необхідності атенолол. Активна терапія привела до зниження частоти інсультів на 25%, всіх серцево-судинних ускладнень на 32%. У шведському дослідженні (STOP-Hypertension) вивчено вплив діуретиків і b-блокаторів на перебіг АГ у хворих у віці 70–84 років. На тлі зниження артеріального тиску в середньому на 20/8 мм рт. ст. спостерігали зменшення числа інсультів на 47%, всіх серцево-судинних ускладнень на 40% і, що дуже важливо, достовірне зниження загальної смертності на 43%. Заслугує на увагу той факт, що позитивний результат не залежав від віку і спостерігався навіть у 84-річних хворих, не було різниці в частоті припинення лікування через побічні ефекти в групах хворих, які отримували активне лікування і плацебо. Це вказує на добру дію лікарської терапії у літніх хворих [5].

Яскравість клінічної симптоматики тісно пов'язана з темпом підвищення артеріального тиску. У хворих похилого та старечого віку, як правило, відсутній бурхливий, раптовий початок підвищення тиску, його симптоми розвиваються поступово, протягом декількох годин. Найчастіше відсутні характерні вегетативні симптоми (тремтіння, озноб, відчуття жару або похолодання кінцівок, пітливість, емоційне збудження). Такий своєрідний клінічний перебіг хвороби пояснюється віковим зниженням реактивності, зокрема вегетативної нервової системи.

Церебральні кризи у хворих більш 60 років з наполегливим головним болем, відчуттям важкості в потилиці часто супроводжуються запамороченням, нудотою і блювотою. Характерні порушення зору – зміна кольору і чіткості предметів, мерехтіння "мушок" або поява сітки, туман перед очима, порушення свідомості – сонливість, загальмованість. Поряд з загально мозковими симптомами можливі локальні неврологічні прояви у вигляді скороминущої слабкості кінцівок, легких порушень мовлення. Часто спостерігаються парестезії: відчуття поколювання в руках і ногах, повзання мурашок.

Інгібітори АПФ успішно застосовуються для лікування гіпертонії вже більше 30 років. У дослідженні 1999 року оцінювали вплив інгібітора АПФ каптоприлу на зниження артеріального тиску у хворих на гіпертонію в порівнянні з діуретиками і бета-блокаторами. Відмінностей між цими препаратами щодо зниження серцево-судинної захворюваності і смертності не було виявлено, однак **каптоприл** значно ефективніше попереджав розвиток ускладнень у хворих на цукровий діабет. Результати дослідження STOP-Hypertension-2 (2000 року) показали, що інгібітори АПФ по ефективності попередження ускладнень з боку серцево-судинної системи у пацієнтів з гіпертонією не поступаються діуретиків, бета-блокаторів і антагоністів кальцію. Інгібітори АПФ суттєво зменшують у пацієнтів смертність, ризик розвитку інсульту, інфаркту, всіх серцево-судинних ускладнень і серцевої недостатності як причини госпіталізації або смерті. Інгібітори АПФ блокують ангіотензин-перетворюючий фермент, внаслідок чого не виробляється ангіотензин II. Вони можуть посилити дію діуретиків (сечогінних ліків), знижуючи здатність організму виробляти альдостерон при зниженні рівня солі і води [2, 6].

Протягом року спостерігалось наступне: на початку курсу в першій групі, які приймають еналаприл, було зафіксовано артеріальний тиск 170–180/90–100 мм рт. ст. Надалі при прийомі препарату, як і очікувалося, тиск знижувався до нормальних показників, приблизно до 140–145/80–90 мм рт. ст. Для стабілізації артеріального тиску знадобилося від 7 до 10 днів. У 5 підопічних (25%) протягом року доводилося коригувати лікування іншими препара-

тами (амлодипіном, магнію сульфатом), тому що під впливом різних факторів іноді тиск підвищувався до критичних значень. У двох пацієнтів (10%) виявилась побічна дія препарату – сухий кашель, який змусив замінити надалі звичайний еналаприл на еналозид. Ще одна пацієнтка за своїм основним психічним захворюванням відмовилася зовсім приймати таблетовані гіпотензивні препарати.

У другій групі практично всі підопічні добре переносили прийом і дію комбінованого препарату еналозид. Не спостерігалася і побічна дія лікарської речовини. Стабілізація артеріального тиску відбувалася досить швидше, ніж в першій групі (до 4–5 днів). Додаткової корекції дози і кратності прийому не було потрібно.

В обох групах не зафіксовано впливу препаратів на рівень глюкози в крові. З боку серцево-судинної системи, нервової та інших систем протягом усього періоду спостереження не було виявлено будь-яких ускладнень і погіршень.

Висновки

1. Лікування інгібіторами АПФ в якості моно терапії дає хороші результати у 40–50% хворих, можливо, навіть у 64% хворих з легкої і середньоважкою формами захворювання (діастолічний тиск від 90 до 100 мм рт. ст.).
2. При комбінації АПФ-інгібіторів з діуретиком нормалізація артеріального тиску досягається більш ніж у 80% хворих на гіпертонію. Комбінація еналаприлу і діуретика, призначеного з певною періодичністю, нерідко буває надзвичайно ефективною і артеріальний тиск знижується практично до нормального рівня.
3. Адекватні дози та регулярний прийом препаратів веде до стабілізації стану, нормалізації функції серцево-судинної системи, що особливо необхідно для літніх людей і тим самим покращує якість і тривалість їх життя.
4. Широкий спектр лікарських засобів дозволяє вибрати необхідні форми препаратів для того, щоб терапевтичний ефект лікування був вираженим, а побічні дії речовин були більше нівельовані, або зовсім були відсутні.

Перспективи подальших досліджень. В майбутньому планується вивчити дію інших комбінованих препаратів для лікування ізольованої систолічної гіпертонії у літніх підопічних інтернату.

References

1. Dzyak GV, Khanyukov AA, Lyulka Yu.P. and others. Topical issues of antihypertensive therapy. Rational choice of drugs: ACE inhibitors, diuretics, combined drugs. *Ukr honey chasopys*. 2009; 1(69): 17-25. [Ukrainian]
2. Kochina NV, Makogon NV, Dubovik VA and others. Clinical explanation of the tactics of choosing medicines for long-term antihypertensive therapy. *News of Medicine and Pharmacy*. 2007; 19(227): 23-5. [Ukrainian]
3. Svishchenko EP, Bezrodnaya LV, Bortkevich OP Essential arterial hypertension. *Ukr honey chasopys*. 2008; 2(64): 5-34. [Russian]
4. Sirenko YuM. *Arterial hypertension*. 2-he izd. Kyiv: MORION; 2008. 204 p. [Russian]

5. Chaturvedi N, Sjolie AK, Stephenson JM, Abrahamian H, Keipes M, Castellarin A, et al. Effect of lisinopril on progression of retinopathy in normotensive people with type 1 diabetes. The EUCLID Study Group. EURODIAB Controlled Trial of Lisinopril in Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. *Lancet*. 1998; 351(9095): 28–31. PMID: 9433426. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(97\)06209-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(97)06209-0)
6. GISSI-3: effects of lisinopril and transdermal glyceryl trinitrate singly and together on 6-week mortality and ventricular function after acute myocardial infarction. *Lancet*. 1994; 343(8906): 1115–22. PMID: 7910229
7. Lewingston S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R; Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet*. 2002; 360 (9349): 1903–13. PMID: 12493255. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11911-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11911-8)
8. Mancia G, Zanchetti A, Agabiti-Rosei E, Benemio G, De Cesaris R, Fogari R, et al. Ambulatory blood pressure is superior to clinic blood pressure in predicting treatment-induced regression of left ventricular hypertrophy. SAMPLE Study Group. Study on Ambulatory Monitoring of Blood Pressure and Lisinopril Evaluation. *Circulation*. 1997; 95(6): 1464–70. PMID: 9118514. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.95.6.1464>
9. Packer M, Poole-Wilson PhA, Armstrong PW, et al. Comparative Effects of Low and High Doses of the Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitor, Lisinopril, on Morbidity and Mortality in Chronic Heart Failure. ATLAS Study Group. *Circulation*. 1999; 100(23): 2312–8. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.100.23.2312>
10. Reisin E, Weir MR, Falkner B, Hutchinson HG, Anzalone DA, Tuck ML. Lisinopril versus hydrochlorothiazide in obese hypertensive patients: a multicenter placebo-controlled trial. Treatment in Obese Patients With Hypertension (TROPHY) Study Group. *Hypertension*. 1997; 30(1 Pt 1): 140–5. PMID: 9231834. <https://doi.org/10.1161/01.HYP.30.1.140>
11. Song JC, White CM. Clinical pharmacokinetics and selective pharmacodynamics of new angiotensin converting enzyme inhibitors: an update. *Clin Pharmacokinet*. 2002; 41(3): 207–24. PMID: 11929321. DOI: 10.2165/00003088-200241030-00005
12. The EUCLID Study Group Randomised placebo-controlled trial of lisinopril in normotensive patients with insulin-dependent diabetes and normoalbuminuria or microalbuminuria. *Lancet*. 1997; 349(9068): 1787–92. PMID: 9269212. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(96\)10244-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(96)10244-0)
13. Yodfat YA. Multicenter study of lisinopril in the treatment of mild to moderate hypertension. *Harefuah*. 1995; 129(1-2): 26-9, 78.

УДК 616.12-008.331.1:616.127-005.8:616-08:615.22

ЛЕЧЕНИЕ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ БЕЗ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПОДОПЕЧНЫХ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ИНТЕРНАТА
Гутарева Н. В., Яблочанская Э. Е., Гутарев В. В.

Резюме. Лечение пожилых пациентов психоневрологического интерната представляет собой довольно сложный процесс, как в качестве подхода к самим пациентам, так и в подборе лекарственных средств для эффективного лечения систолической артериальной изолированной гипертензии. Целью данной работы было показать целесообразность и эффективность медикаментозного лечения систолической артериальной изолированной гипертензии у больных пожилого и старческого возраста. В статье рассматриваются особенности использования антигипертензивных препаратов различных фармакологических групп у данного контингента больных с учетом наличия у последних тех или иных сопутствующих нарушений. На практике показано, что особенностей в качественном и количественном подборе препаратов не наблюдалось. В обычной практике и в условиях психоневрологического интерната применяются самые доступные и распространенные антигипертензивные лекарственные средства, суточные дозы препаратов также не отличаются от обычных рекомендованных.

Ключевые слова: изолированная систолическая артериальная гипертензия, пожилые пациенты, подопечные, артериальная гипертензия, комбинированные препараты для лечения гипертензии.

UDC 616.12-008.331.1:616.127-005.8:616-08:615.22

Treatment of Isolated Systolic Hypertensive Disease without Complications in the Wards of the Psycho-Neurological Nursing Home
Gutareva N. V., Yablochanska E. E., Gutarev V. V.

Abstract. Systolic blood pressure in the elderly should be reduced by 20 mm Hg, if initially it was within 160–180 mm Hg. If the initial systolic blood pressure exceeded 180 mm Hg, it should be equal 160 mm Hg. Blood pressure should be decreased by at least 10–15% from the initial and not more than 30%. The rate of blood pressure reduction is also important. The need for a sharp drop in blood pressure exists only when there is an emergency state of hypertension: symptoms of cardiac asthma, unstable angina, and hypertonic encephalopathy. In urgent cases, one should strive for a decrease in blood pressure for 24 hours. In other cases, there is usually no reason to take emergency actions.

The results of the SHEP study (The Systolic Hypertension in the Elderly Program – the program of systolic hypertension in the elderly) are very important. It included 4736 patients over 60 years old (mean 72 years old) suffering from isolated systolic hypertension. Within 4.5 years, patients received placebo or thiazide diuretics at a lower dose (chlorthalidone 12.5–25 mg / day), adding to the latter, if necessary, atenolol. Active therapy has led to a decrease in the frequency of stroke by 25%, all cardiovascular complications by 32%. In the Swedish research (STOP-Hypertension) they studied the influence of diuretics and b-blockers on the course of hypertension in patients aged 70–84 years. While decreasing blood pressure on average of 20/8 mm Hg, they observed a decrease in the number of strokes by 47%, all cardiovascular complications by 40% and, most importantly, a significant decrease in overall mortality by 43%. It is noteworthy that the positive outcome did not depend on age and was observed even in 84-year-old patients. There was no difference in the rate of treatment discontinuation due to side effects in the groups of patients who received active treatment and placebo. This indicates a good effect of medication in elderly patients.

Material and methods. There are 20 elderly wards with ischemic heart disease and hypertension and 15 elderly people with isolated hypertension as in-patients in the Slavic psycho-neurological nursing home.

The first group (20 people) received an angiotransforming enzyme inhibitor in the form of baseline therapy at an average daily dose of 20 mg per day (enalapril). The second group (15 people) received an angioplasty enzyme inhibitor in combination with a diuretic enalozide (enalapril hydrochlorothiazide) at a daily dose of 25 mg per day. This is the maximum recommended dose for adults. We conducted observations on the effectiveness of the treatment during 1 year.

Physical and instrumental research methods were used to control the action of the drugs: the calculation of the pulse and its evaluation (speed, duration, hardness, and rhythm), blood pressure measurements every morning and evening, registration of an ECG. Once a year, a comprehensive medical examination was carried out by specialists, one of which was an ophthalmologist, and a neuropathologist. Every three months our wards passed blood and urine tests, biochemical blood tests, and blood sugar. It is obvious that all patients had various degrees of cholesterol levels in blood. But we did not use in this complex of treatment the drugs of statins group because they are rather expensive.

Results and discussion. During the year, we observed the following results: at the beginning of the course in the first group receiving enalapril, arterial pressure was recorded 170–180 / 90–100 mm Hg. Subsequently, when taking the drug, as expected, the pressure dropped to normal values to approximately 140–145 / 80–90 mm Hg. It took 7 to 10 days to stabilize the blood pressure. In 5 patients (25%) during the year, it was necessary to adjust the treatment of other drugs (amlodipine, magnesium sulfate), because under the influence of various factors, sometimes the pressure increased to critical values. In two patients (10%) there was a side effect of the drug – a dry cough, which led to the subsequent replacement of the usual enalapril to enalozide. One patient refused to take tableted antihypertensive drugs at all because of her main illness.

Almost all patients of the second group felt practically good due to the action of the combined drug enalozide. There was no observed side effect of the drug. Stabilization of arterial pressure occurred more quickly than in the first group (up to 4–5 days). Additional dose adjustments and multiplicity of admission were not required.

Keywords: isolated systolic arterial hypertension, elderly patients, wards, arterial hypertension, combined drugs for the treatment of hypertension.

The authors of this study confirm that the research and publication of the results were not associated with any conflicts regarding commercial or financial relations, relations with organizations and/or individuals who may have been related to the study, and interrelations of coauthors of the article.

Стаття надійшла 18.08.2018 р.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування