

significant decrease in the intensity of cough and sputum than in the control group. It should be noted that the patients of the main group after treatment showed a significant decrease in bronchial obstruction due to an increase in volume of forced exhalation for the first second ($p < 0,05$). There was also a significant decrease in blood levels of total cholesterol, triglycerides ($p < 0,05$). A retrospective study of the patients' past medical histories showed that the frequency of exacerbations during the last year was observed 1 or 2 times a year ($1,6 \pm 0,48$). Rosuvastatin added in the treatment regimen allows us to reduce and stabilize the main clinical manifestations of the diseases as well as to improve the quality of life of the patients.

УДК 616.12-008-053.9

Овчаренко Л.К., Циганенко І.В.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ В ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

У роботі розглядалося питання особливостей прояву гіпертонічної хвороби у осіб похилого віку. Дослідження проводилися на базі Полтавського клінічного кардіологічного диспансеру. З метою достовірності результатів було створено дослідну та контрольну групу. Дослідна група складалася з 96 осіб похилого віку (60 років і старше) з гіпертонічною хворобою II ступеня, 2 стадії. Контрольна група складалася з такої ж кількості осіб передпохилого віку (до 60 років) з гіпертонічною хворобою II ступеня, II стадії. Результати виявилися такими: скарги притаманні саме гіпертонічній хворобі більше виражені у осіб контрольної групи, тоді як у дослідній групі превалює загальна слабкість, а потім уже головний біль, важкість у голові та шум у вухах; кількість супутніх захворювань з віком значно збільшується, і на перший план виходять хвороби з боку нервової і дихальної системи та опорно-рухового апарату, які зумовлюють застосування нестероїдних протизапальних засобів. Останні не лише підвищують артеріальний тиск, а й знижують фармакологічну дію антигіпертензивних препаратів, за виключенням блокаторів кальцієвих каналів. Також у 33,3% представників дослідної групи проба Ослера виявилася позитивна, а у контрольній групі – лише у 2%, тобто 16,5:1. При ортостатичній пробі у всіх осіб контрольної групи артеріальний тиск змінювався при зміні положення тіла, тоді як пацієнти контрольної групи виявилися значно менш чутливими. У осіб похилого віку коливання систолічного артеріального тиску протягом доби виражене значно менше, а різкі підйоми рівня діастолічного артеріального тиску майже не спостерігаються.

Ключові слова: похилий вік, артеріальна гіпертензія.

Дана робота є фрагментом НДР «Роль запалення в патогенезі коронарних і некоронарних захворювань серця та розробка методів патогенетичної терапії», № державної реєстрації 0107U004808.

Вступ

Для сучасної демографічної ситуації в Україні характерне поступове старіння населення. Згідно з віковою класифікацією Всесвітньої організації охорони здоров'я, молодий вік – 25-44 роки, середній вік – 44-60 років, похилий вік – 60-75 років, старечий вік – 75-90 років і довгожителі – старше 90 років. В нашій країні, станом на 1 січня 2018 року, особи передпохилого віку (55-64 роки) становлять 13,8% від загальної популяції, особи похилого віку (65 років і старші) – 16,3%, в той час, як діти віком до 14 років – 15,76% і молодь віком 15-24 роки – 9,86%. Внаслідок постійного зниження народжуваності впродовж останнього століття, частка дітей знизилась з приблизно 40% на початку ХХ століття до 15% на початку ХХІ століття, натомість, спостерігається зростання частки населення віком за 60 років від 3-4% на початку ХХ століття до 21% на початку ХХІ століття. Відповідно, поступово збільшується частка пацієнтів похилого віку, у яких серцево-судинні захворювання є найпоширенішою причиною смерті. Не варто забувати і про поліморбідність, що ускладнює діагностику та лікування таких пацієнтів. Основною причиною якої у людей похилого віку є атеросклероз, що призводить до поліморбідності за патогенетич-

ним принципом: ішемічної хвороби серця, дисциркуляторної атеросклеротичної енцефалопатії, артеріальної гіпертензії, атеросклерозу мезентеріальних судин, ішемії кишечника тощо.[1] Поліморбідні захворювання та стани можуть суттєво вплинути на діагностику та лікування пацієнтів. Сліпе використання положень, рекомендацій та клінічних настанов, без урахування клінічного стану конкретного пацієнта, зокрема наявності у нього супутньої та комбінованої патології, може призвести до погіршення результатів лікування та розвитку ускладнень.[2] Оскільки внаслідок поліпрагмазії зростає імовірність появи небажаних ефектів лікарських препаратів. Побічні ефекти, які дають нову клінічну симптоматику, не завжди беруться до уваги, тому що розцінюються як вияв одного з факторів поліморбідності і спричиняють призначення ще більшої кількості лікарських препаратів.[3;4] Ця проблема особливо актуальна для пацієнтів старших вікових груп.[5;6;7] Кількість захворювань має пряму кореляцію з віком. Середня кількість захворювань на одного пацієнта, госпіталізованого до кардіологічного диспансеру, становить від 5,2 +/- 1,7 у групі 60-65 років до 5,8 +/- 1,8 у групі 81-85 років.[8] Добре зрозуміло, що питання діагностики та лікування гіпертонічної хвороби в

осіб похилого віку має свою специфіку. Таких пацієнтів необхідно вести з особливою увагою.

Мета дослідження

Визначити ключові аспекти прояву гіпертонічної хвороби у осіб похилого віку, враховуючи поліморбідність, для поліпшення процесів діагностики та лікування даних пацієнтів. А також для уникнення поліпрагмазії, яка нерідко погіршує результати терапії, внаслідок сумачії негативних ефектів.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проводилися на базі Полтавського клінічного кардіологічного диспансеру. З метою достовірності результатів було створено дослідну та контрольну групу. Дослідна група складалася з 96 осіб похилого віку (60 років і старше) з гіпертонічною хворобою II ступеня, 2 стадії. Контрольна група складалася з такої ж кількості осіб передпохилого віку (до 60 років) з гіпертонічною хворобою II ступеня, II стадії. Методом анкетування та шляхом опитування хворих було зібрано скарги, анамнези захворювання та життя. Проведено клінічний огляд, а також такі обстеження: загальноклінічні аналізи крові та сечі, аналіз крові на вміст глюкози натще, біохімічний аналіз крові з розгорнутим ліпідним спектром, коагулограма, електрокардіографія, ехокардіоскопія, добовий моніторинг артеріального тиску. Кожний пацієнт оглянутий офтальмологом та невропатологом.

Результати дослідження та їх обговорення

У дослідній групі на головний біль скаржилися 75,84% пацієнтів, тяжкість у голові – 64,32%, шум у вухах – 55,68%, загальну слабкість – 83,52%. У контрольній групі на головний біль скаржилися 91,2% пацієнтів, тяжкість у голові – 83,52%, шум у вухах – 82,56%, загальну слабкість – 36,27%.

З анамнезу життя стало відомо, що у дослідній групі:

- 22,9% мають 6 супутніх захворювань;
- 62,5% – 5;
- 14,6% – 4.

У контрольній групі:

- 51% мають 3 супутніх захворювання;
- 49% – 2.

Окрім захворювань з боку серцево-судинної системи, провідні місця займають хвороби дихальної, нервової систем та опорно-рухового апарату.

Тож всі представники дослідної групи приймають різного роду нестероїдні протизапальні засоби через наявність больового синдрому з приводу того чи іншого захворювання. Але було виявлено, що в осіб, які мають нормальний артеріальний тиск і у хворих на гіпертонічну хворобу нестероїдні протизапальні засоби при курсовому прийомі (більше двох тижнів) здатні збільшувати середній артеріальний тиск приблизно на 5 мм.рт.ст. Такі зміни можуть погіршити само-

почуття хворих і вплинути на визначення ступеня гіпертонічної хвороби. Для того щоб оцінити клінічне значення даного ефекту, варто звернути увагу на наступний факт: збільшення діастолічного тиску на 5 мм.рт.ст. протягом декількох років збільшує ризик розвитку інсультів на 67%, а інфарктів міокарда – на 15%. Нестероїдні протизапальні засоби знижують гіпотензивну активність більшості антигіпертензивних засобів, враховуючи діуретики, бетаблокатори, альфаблокатори, інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту і блокатори ангіотензинових рецепторів, виключенням є блокатори кальцієвих каналів. Ряд досліджень вказує на те, що більшість перерахованих антигіпертензивних засобів на тому чи іншому етапі реалізації свого фармакологічного ефекту зумовлюють синтез і вивільнення простагландинів, які вносять свій вклад в гіпотензивну дію. Нестероїдні протизапальні засоби, як відомо, інгібують циклооксигеназу, зменшуючи утворення простагландинів, що може призводити до зменшення антигіпертензивної дії цих засобів. В той же час блокатори кальцієвих каналів знижують артеріальний тиск без участі простагландинів, тому їхні антигіпертензивні ефекти не порушуються при призначенні нестероїдних протизапальних засобів.[9] З боку дихальної системи передують хронічні обструктивні захворювання легень, які мають два механізми підвищення артеріального тиску. По-перше, внаслідок кашлю, який може рефлекторно впливати на судинно-руховий центр через його близькість з дихальним у головному мозку. По-друге, внаслідок прийому препаратів, які мають побічний гіпертензивний ефект. Стосовно представників контрольної групи, то у них ключовими препаратами є ферменти підшлункової залози та спазмолітики, які потенціюють дію антигіпертензивних препаратів.

При проведенні кожному хворому проби Ослера під час клінічного огляду результати виявилися такими:

1) Дослідна група. У 61,4% пацієнтів проба негативна, у 38,6% – позитивна, при накачуванні манжетки тонометра вище очікуваного рівня систолічного артеріального тиску пальпаторно визначався пульс на променевої артерії. Але різниця результатів у 33,3% становила 10-15 мм.рт.ст, а у 5,2% – 15-20 мм.рт.ст. Подібний стан описується в літературі, як псевдогіпертензія. [10].

2) Контрольна група. У 97,9% пацієнтів проба негативна. У 2,1% проба позитивна. Різниця результатів становила 5-10 мм.рт.ст.

При проведенні ортостатичної проби у дослідній групі різниця результатів вимірювання артеріального тиску у 67,8% становила 10-20 мм.рт.ст., у 32,2% – 20-35 мм.рт.ст. У контрольній групі у 76,8% помітних змін не було; у 23,2% – в межах 5-15 мм.рт.ст.

Результати добового моніторингу артеріального тиску теж виявилися різними. У дослідній

групі коливання систолічного тиску не перевищували 20 мм.рт.ст., а діастолічний тиск у 75% не був вище 100 мм.рт.ст.; у 16,6% не вище 110 мм.рт.ст.; у 8,4% не вище 90 мм.рт.ст. У контрольній групі у всіх учасників діастолічний артеріальний тиск сягнув не менше 100 мм.рт.ст.

- до 100 мм.рт.ст – у 16,6%;
- до 110 мм.рт.ст – у 56,2%;
- до 120 мм.рт.ст. – у 27,2%.

Колівання систолічного артеріального тиску у дослідній групі не перевищувало 25 мм.рт.ст. протягом доби, а у контрольній – 40 мм.рт.ст.

В пацієнтів похилого віку значно наростає пульсовий артеріальний тиск, що пов'язано з втратою еластичних властивостей судинної стінки. Така зміна адаптаційних можливостей призводить до погіршення кровопостачання органів, неадекватної реакції на фізичні навантаження.

Отже, зважаючи на результати дослідження, бачимо, що скарги притаманні саме гіпертонічній хворобі, більше виражені у осіб контрольної групи, тоді як у дослідній групі превалює загальна слабкість, а потім уже головний біль, важкість у голові та шум у вухах. Також виявлено, що кількість супутніх захворювань з віком значно збільшується, і на перший план виходять хвороби з боку нервової і дихальної системи та опорно-рухового апарату, які зумовлюють застосування нестероїдних протизапальних засобів. Останні не лише підвищують артеріальний тиск, а й знижують фармакологічну дію антигіпертензивних препаратів, за виключенням блокаторів кальцієвих каналів. Також у 33,3% представників дослідної групи проба Ослера виявилася позитивна, а у контрольній групі – лише у 2%, тобто 16,5:1. При ортостатичній пробі у всіх осіб дослідної групи артеріальний тиск змінювався при зміні положення тіла, тоді як пацієнти контрольної

групи виявилися значно менше чутливими. Враховуючи позитивний результат при пробі Ослера та ортостатичній пробі, прийом нестероїдних протизапальних засобів у осіб похилого віку, а також той факт, що у осіб похилого віку коливання систолічного артеріального тиску протягом доби виражене значно менше, а різкі підйоми рівня діастолічного артеріального тиску майже не спостерігаються – можна легко помилитися при визначенні ступеня гіпертонічної хвороби довіряючи лише показам тонометра. Тут і виникає проблема поліпрагмазії, оскільки вищий артеріальний тиск вимагає не лише збільшення дози препарату, а й призначення додаткових антигіпертензивних засобів.

Література

1. Лазебник Л.Б. Старение и полиморбидность / Л.Б. Лазебник // Новости медицины и фармации. - 2007. - № 1. - С. 10-11.
2. Vercer S.W. Improving the health of people with multimorbidity: the need for prospective cohort studies / S.W. Vercer, J. Gunn, S. Wyke // J. Comorbidity. - 2011. - Vol. 1. - P. 4-7.
3. van Weel C. Comorbidity and guidelines: conflicting interests / C. van Weel, F.G. Schellevis // Lancet. - 2006. - Vol. 367(9510). - P. 550-551.
4. Valderas J.M. Defining comorbidity: implications for understanding health and health services / J.M. Valderas, Starfield B., Sibbald B. [et al.] // Ann. Farm. Med. - 2009. - Vol. 7(4). - P. 357-363.
5. Caughey G.E. Comorbid chronic diseases, discordant impact on mortality in older people: a 14-year longitudinal population study / G.E. Caughey, E.N. Ramsay, A.I. Vitry [et al.] // J. Community Health. - 2010. - Vol. 64(12). - P. 1036-1042.
6. Дворецкий Л. Ятрогенные события у пожилых больных / Л. Дворецкий // Врач. - 2012. - Vol. 5. - P. 14-17.
7. Комиссаренко И.А. Полиморбидность метаболический синдром у пожилых / И.А. Комиссаренко // Клин. Геронтология. - 2009. - Vol. 15(1). - P. 29-38.
8. Лазенбек Л.Б. Полипрагмазия: гериатрический аспект проблемы / Л.Б. Лазенбек, Ю.В. Конев, В.И. Дроздов, Л.И. Ефремов // Consilium Medicum. - 2007. - Vol. 9(12). - P. 29-34.
9. Houston M.C. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and antihypertensives / M.C. Houston // Am. J. Med. - 1991. - Vol. 90, №5A. - P. 425-475.
10. Свищенко Є.П. Рекомендації української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії / Є.П. Свищенко, А.Є. Баргій, Л.М. Єна [та ін.]. 3-є видання. - Київ, 2014. - с. 59-60.

Реферат

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Овчаренко Л.К., Цыганенко И.В.

Ключевые слова: пожилой возраст, артериальная гипертензия.

В работе рассматривался вопрос особенностей проявления гипертонической болезни у лиц пожилого возраста. Исследования проводились на базе Полтавского клинического кардиологического диспансера. С целью достоверности результатов было создано исследовательскую и контрольную группу. Исследовательская группа состояла из 96 пожилых людей (60 лет и старше) с гипертонической болезнью II степени, 2 стадии. Контрольная группа состояла из такого же количества лиц передпожилого возраста (до 60 лет) с гипертонической болезнью II степени, II стадии. Результаты оказались следующими: жалобы присущие именно гипертонической болезни более выражены у лиц контрольной группы, тогда как в исследовательской группе превалирует общая слабость, а потом уже головная боль, тяжесть в голове и шум в ушах, количество сопутствующих заболеваний с возрастом значительно увеличивается и на первый план выходят болезни со стороны нервной и дыхательной системы и опорно-двигательного аппарата, обуславливающие применение нестероидных противовоспалительных средств. Последние не только повышают артериальное давление, но и снижают фармакологическое действие антигипертензивных препаратов, за исключением блокаторов кальциевых каналов. Также, у 33,3% представителей исследовательской группы проба Ослера оказалась положительной, а в контрольной группе - только в 2%, то есть 16,5:1. При ортостатической пробе у всех лиц контрольной группы артериальное давление менялось при изменении положения тела, тогда как пациенты контрольной группы оказались значительно менее чувствительными. У лиц пожилого возраста колебания систолического артериального давления в течение суток выражено значительно меньше, а резкие подъемы уровня диастолического артериального давления почти не наблюдаются.

Summary

CHARACTERISTICS OF THE COURSE OF ESSENTIAL HYPERTENSION IN ELDERLY PEOPLE

Ovcharenko L. K., Tsyganenko I. V.

Key words: advanced age, arterial hypertension.

The paper considers the peculiarities of the manifestation of essential hypertension in the elderly people. The research was conducted on the basis of the Poltava clinical cardiology clinic. In order to ensure the reliability of the results, test and control groups were formed. The test group included 96 elderly people (60 years and over) having hypertension of II degree, 2 stage. The control group included the same number of persons of pre-elderly age (up to 60 years) with hypertension of II degree, 2 stage. We analyzed the data obtained by using questionnaires, by studying medical and social histories and present complaints. We also assessed the finding of clinical examination and some investigations including total blood count, urinalysis, glucose blood test, biochemical blood test and lipid biochemistry test, coagulogram, electrocardiography, echocardiography, daily blood pressure monitoring. Each patient was examined by an ophthalmologist and neurologist. The results were as follows: the complaints of hypertension are more pronounced in the control group, while the test group mainly presented general weakness, headache and ear noise. It has also been found out that the number of concomitant diseases considerably increases with age, involving diseases of the nervous and respiratory system and musculoskeletal system that give rise to the use of non-steroidal anti-inflammatory drugs. The latter not only contribute into pressurizing, but also reduce the pharmacological action of antihypertensive drugs, with the exception of calcium channel blockers. 33.3% of the participants gave the positive result in Osler's test, while it made only 2% of the patients in the control group, that is, 16, 5: 1. Orthostatic test demonstrated that in all persons in the control group, arterial pressure changed with body position changes, while control group patients were significantly less susceptible. Giving the positive result in the Osler test and the orthostatic test, as well as the use of non-steroidal anti-inflammatory drugs in the elderly patients, one can easily be mistaken in determining the severity of hypertension by trusting only the tonometer readings. In addition, in the elderly patients, fluctuations in systolic blood pressure during the day are much less pronounced, and sharp elevations in the level of diastolic blood pressure are almost not observed.