

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
Министерство здравоохранения Забайкальского края
государственное автономное учреждение здравоохранения
«ЗАБАЙКАЛЬСКАЯ КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»
672038, г.Чита, ул. Коханского, д. 7
тел. (302-2) 72 02 71, 28 20 95
E-mail: priem@kkb.chita.ru

от 30.12.2025 г. №963-о

УТВЕРЖДАЮ

И.о. главного врача



М.Л.Алферьев

Информационное письмо

**Особенности лечения артериальной гипертензии в
пожилом возрасте**

Заведующий отделением кардиологии Хлуднев С.И.
врачи-кардиологи: Жигула З.М., Ломоносова М.Н., Коришунов Н.И., Нгуен Ч.В.А.,
Золотухина И.Е.

Распространенность артериальной гипертензии (АГ) увеличивается с возрастом, достигая 60% и выше у лиц старше 60 лет.

Можно выделить следующие особенности артериальной гипертензии (АГ) у лиц пожилого возраста:

- высокая распространенность АГ, особенно изолированной систолической АГ;
- высокая частота ортостатических реакций;
- меньшая частота симптоматических гипертензий (кроме реноваскулярной на фоне атеросклероза почечных артерий);
- высокий риск сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности.

У пациентов 60 лет и старше с АГ, обратившихся за медицинской помощью в учреждения амбулаторного или стационарного типа, рекомендуется проводить скрининг синдрома старческой астении (ССА) с использованием опросника «Возраст не помеха» (рис.1) [4].

№	Вопрос	Ответ
1	Похудели ли Вы на 5 кг и более за последние 6 месяцев?*	да/нет
2	Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения или слуха?	да/нет
3	Были ли у Вас в течение последнего года травмы, связанные с падением, или падения без травм?	да/нет
4	Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель?	да/нет
5	Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?	да/нет
6	Страдаете ли Вы недержанием мочи?	да/нет
7	Испытываете ли Вы трудности в перемещении по дому или на улице? (Ходьба до 100 метров или подъем на 1 лестничный пролет)	да/нет

Рис. 1. Опросник «Возраст не помеха». Интерпретация: за каждый положительный ответ начисляется 1 балл. Результат 2 балла и менее – нет старческой астении, 3-4 балла-вероятная преастения, 5-7 баллов - вероятная старческая астения, требуется консультация гериатра.

Выявление гериатрических синдромов, в т.ч. старческой астении может влиять на тактику гипотензивной терапии и уровень целевого АД, а также

требует консультации гериатра. Индивидуальная тактика ведения пациентов с АГ и ССА подразумевает совместное наблюдение с гериатром и контроль эффективности, безопасности лечения с применением комплексного гериатрического исследования.

Целевые уровни АД у пожилых людей согласно клиническим рекомендациям представлены в таблице 1.

Таблица 1

Целевые уровни АД

Возрастные группы	Целевое САД (мм рт ст)				
	АГ	+СД	+инсульт/ТИА в анамнезе	+ИБС	+ХБП
18-64года	≤ 130 при переносимости, не < 120				
≥ 65 лет	130-139 при переносимости				
Целевое ДАД	< 80 мм рт ст для всех пациентов.				

При наличии изолированной систолической АГ первичное целевое САД находится в диапазоне 140-150 мм рт. ст., можно рассмотреть снижение до 130-139 мм рт. ст. Пороговые значения АД для инициации гипотензивной терапии у пациентов старше 80 лет отличаются от общей популяции и составляют $\geq 160/90$ мм рт. ст. (Табл.2). При наличии признаков старческой астении должен быть индивидуальный подход к снижению АД.

Таблица 2

Пороговые значения АД для назначения гипотензивной терапии

Возраст	Пороговое значение САД (мм рт. ст.)					Пороговое значение ДАД, измеренного в медицинском учреждении (мм рт. ст.)
	АГ	+СД	+ХБП	+ИБС	+Инсул ИА	
18–64 года	≥140	≥140	≥140	≥140	≥140	≥90
65–79 лет	≥140	≥140	≥140	≥140	≥140	≥90
≥80 лет	≥160	≥160	≥160	≥160	≥160	≥90
Пороговое значение ДАД, измеренного в медицинском учреждении (мм рт. ст.)	≥90	≥90	≥90	≥90	≥90	

Активация W

При назначении гипотензивной терапии следует придерживаться следующих правил:

- постепенное снижение АД на 30%;
- профилактика ортостатических нарушений;
- контроль лечения путем ведения дневника самоконтроля АД;
- низкая начальная доза антигипертензивных средств;
- осторожность при повышении дозы;
- контроль функции почек, электролитов;
- контроль углеводного обмена;
- сочетание с немедикаментозными методами;
- индивидуальный подбор терапии с учетом полиморбидности [4].

Немедикаментозные методы лечения артериальной гипертензии включают: отказ от курения, нормализация массы тела (ИМТ < 25 кг/м² или ОТ менее 102 см у мужчин и 88 см у женщин), отказ от приема алкоголя, снижение потребления поваренной соли до 5 г сут. Избыточное потребление соли может играть существенную неблагоприятную роль в развитии рефрактерной АГ. Уменьшение ее потребления до 5 г/сутки у пациентов АГ ведет к снижению САД на 4–5 мм рт. ст. Влияние ограничения натрия более

выражено у пациентов пожилого и старческого возраста, а также у пациентов с сахарным диабетом, метаболическим синдромом и хронической болезнью почек (ХБП). Всем пациентам с АГ для улучшения метаболических показателей рекомендуется увеличить употребление овощей, свежих фруктов, рыбы, орехов и ненасыщенных жирных кислот (оливковое масло), молочных продуктов низкой жирности, уменьшить употребление мяса. В связи с доказанным положительным эффектом на уровень сердечно-сосудистой смертности пациентам с АГ следует рекомендовать регулярные аэробные физические упражнения (не менее 30 минут динамических упражнений умеренной интенсивности 5–7 дней в неделю). Антигипертензивная терапия пожилым пациентам назначается в соответствии с общим алгоритмом, приведенном на рис.2.



Рис.2 Алгоритм стандартного лечения АГ I-II стадий.

У пациентов старше 80 лет рекомендуется начинать лечение с монотерапии. Для этого используют 5 основных классов гипотензивных препаратов: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), блокаторы рецепторов к ангиотензину (БРА), антагонисты кальция (АК), тиазидные диуретики (ТД), бета-адреноблокаторы (ББ). У всех других пациентов при уровне АД более 150/80 мм рт. ст. и сердечно-сосудистом риске выше умеренного в качестве стартовой терапии рекомендована комбинация антигипертензивных препаратов, предпочтительно фиксированная, для улучшения приверженности к терапии. Предпочтительные комбинации должны включать блокатор ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (ИАПФ или БРА) и дигидроперидиновый АК или тиазидный диуретик. Пожилым пациентам комбинированную терапию следует начинать с минимальных доз препаратов. При выборе гипотензивной терапии необходимо учитывать кардиопротективный, нефропротективный и ангиопротективные эффекты препаратов. Наиболее выраженные кардио- и нефропротективные эффекты имеют ИАПФ и БРА. Основными показаниями для их назначения при АГ являются:

- ХСН (дисфункция ЛЖ)
- ИБС
- гипертрофия левого желудочка
- фибрилляция предсердий
- сахарный диабет
- метаболический синдром
- протеинурия/альбинурия любого происхождения
- атеросклероз сонных артерий.

Противопоказаниями для назначения ИАПФ у пожилых являются: отек Квинке в анамнезе, гиперкалиемия (калий – $>5,5$ ммоль/л), двусторонний стеноз почечной артерии. Также следует помнить об основных побочных эффектах при приеме данных препаратов: сухой кашель, ангионевротический

отек, гипотензия, гиперкалиемия, угнетение кроветворения, анемия, острое почечное повреждение (ОПП).

У пожилых пациентов следует соблюдать следующие меры предосторожности при назначении ИАПФ при наличии атеросклероза и ХБП (для профилактики ОПП):

- до назначения ИАПФ отменить НПВС, диуретики;
- определить содержание креатинина и калия в крови перед лечением;
- начинать терапию с минимальной дозы, титруя ее;
- тщательный мониторинг креатинина и калия через 5-7 дней от начала приема/увеличения дозы и далее 1 раз в 1-3 мес.
- у пациентов с ХБП IV и V стадии следует назначать ИАПФ с преимущественной печеночной элиминацией – фозиноприл или АРА – телмисартан (только 2% выводится почками).

Тиазидные диуретики не обладают нефропротективными свойствами, но потенцируют эффекты ИАПФ и БРА и уменьшают риск гиперкалиемии. Они являются препаратами выбора при лечении АГ у пожилых с изолированной систолической АГ и ХСН.

Петлевые диуретики используются для лечения отеков и АГ у пациентов с ХБП 4-5 ст. или при декомпенсации ХСН. Нарушение функции почек (СКФ<30мл/мин и/или креатинин >133мкмоль/л) требует перевода пациента с тиазидных диуретиков на петлевые.

Антагонисты альдостерона (эплеренон, спиронолактон) используются при резистентной АГ, а также при наличии ХСН, в комбинации с ИАПФ или БРА. При приеме данных препаратов следует опасаться развития гиперкалиемии при наличии ХБП. Абсолютным противопоказанием к назначению антагонистов альдостерона является снижение СКФ<30мл/мин и гиперкалиемия более 5,5 ммоль/л.

АК обладают меньшей нефропротективной эффективностью, чем ИАПФ и БРА. Основными показаниями для дигидропиридиновых АК являются: изолированная систолическая АГ у пожилых, ИБС, гипертрофия левого

желудочка, атеросклероз сонных артерий. Негидроперидиновые АК показаны при ИБС (при непереносимости БАБ), атеросклерозе сонных артерий, суправентрикулярных тахикардиях. Все АК следует с осторожностью применять при тяжелой ХСН 3-4 функционального класса. Негидроперидиновые АК противопоказаны при брадикардиях и атриовентрикулярных блокадах 2-3 степени.

Бета-адреноблокаторы (БАБ) – препараты выбора при АГ в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС), хронической сердечной недостаточностью (ХСН), тахикардией. БАБ не обладают нефропротективными свойствами. Следует помнить, что у пожилого пациента атенолол и бисопролол могут накапливаться в организме при нарушении функции почек и вызывать побочные явления, а концентрации метопролола, карведилола при снижении СКФ не увеличиваются и могут быть использованы. При назначении БАБ у пожилого человека необходимо учитывать такие противопоказания, как тяжелая бронхиальная астма, брадикардии, синоатриальные и атриовентрикулярные блокады, облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей.

Альфа-адреноблокаторы с осторожностью применяют у пациентов старше 65 лет, так как эти препараты вызывают постуральную гипотензию. Данные препараты могут быть использованы у пожилых мужчин с АГ при наличии доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Альфа-адреноблокаторы рекомендуются при резистентной АГ в качестве четвертого препарата к комбинации ИАПФ/БРА, АК, диуретика (при непереносимости спиронолактона) [1, 3,6].

Из препаратов центрального действия агонисты I₁-имидазолиновых рецепторов (моксонидин) имеют высокую антигипертензивную активность, хорошую переносимость и благоприятное влияние на метаболизм глюкозы. Они могут быть рекомендованы у пожилых больных АГ с ожирением и сахарным диабетом в комбинации с ИАПФ, БРА, АК и диуретиками при недостаточной эффективности классических комбинаций.

При отсутствии дополнительных показаний следует избегать назначения «петлевых» диуретиков и альфа-адреноблокаторов, так как данные препараты повышают риск падений.

У пациентов пожилого и старческого возраста увеличение числа принимаемых лекарств ведет к прогрессирующему росту возможных лекарственных взаимодействий. В связи с этим при назначении лекарственных средств необходимо учитывать вероятное влияние препарата на течение сопутствующих заболеваний и возможное взаимодействие лекарств. Наиболее частые лекарственные взаимодействия гипотензивных препаратов у пожилых больных представлены в таблице 3.

Таблица 3.

Наиболее частые лекарственные взаимодействия у пожилых больных

Первичное лекарство	Сочетаемое лекарство	Потенциальный эффект
ИАПФ	Сердечные гликозиды	Увеличение концентрации (для каптоприла)
	Калийсберегающие диуретики	Повышение уровня калия
	Антидепрессанты трициклические	Усиление гипотензивного эффекта
	Анксиолитики, леводопа	Усиление гипотензивного эффекта
	НПВС	Нарушение функции почек, снижение эффекта ИАПФ
Диуретики некалийсберегающие	Антидепрессанты трициклические	Риск ортостатической гипотонии
	Карбамазепин	Риск гипонатриемии
	Антибиотики	Усиление

		ототоксичности, нефротоксичности (для аминогликозидов, ванкомицина)
	НПВС	Усиление нефротоксичности
	ИАПФ	Усиление гипотензивного эффекта
	БАБ	Усиление гипотензивного эффекта
	Амиодарон	Повышение токсичности при гипокалиемии
БАБ	ИАПФ	Усиление гипотензивного эффекта
	Верапамил	АВ-блокада
	Левотироксин натрия	Ослабление эффекта
	Амиодарон	АВ-блокада, брадикардия
	Пилокарпин	Опасность аритмий
	Антидепрессанты трициклические	Повышение концентрации
	Хлорпромазин	Повышение концентрации
	Фенотиазины	Опасность аритмий