

УДК 616.12-008.331.1-009.7-053.9-085.2

## ОПТИМАЛЬНЫЕ СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

Сулейманов С.Ш., Кошечкина Е.Г.

*КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения»  
Министерства здравоохранения Хабаровского края, Хабаровск, e-mail: rec@ipkszh.khv.ru*

В статье дана оценка демографической ситуации в России, в том числе в Хабаровском крае. Пожилые люди чаще всего страдают заболеваниями сердечно-сосудистой системы, а также поражением костно-мышечной и нервной систем, сопровождающихся хроническим болевым синдромом, что требует назначения нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). В исследовании проанализирована сложившаяся практика применения НПВП у лиц пожилого и старческого возраста с хроническим болевым синдромом, наблюдающихся в амбулаторно-поликлинических учреждениях здравоохранения г. Хабаровска, выявлены наиболее часто применяемые НПВП. В данном исследовании приняли участие более 400 пожилых людей, страдающих разнообразными заболеваниями сердечно-сосудистой системы в сочетании с сопутствующей патологией, сопровождающейся хроническим болевым синдромом. Проведён всесторонний анализ назначения антигипертензивных препаратов у данной группы пациентов, одновременно получающих терапию НПВП, установлены наиболее часто применяемые антигипертензивные средства как в виде монотерапии, так и в виде комбинаций препаратов разных групп. Выявлены возможные побочные эффекты приёма НПВП в отношении сердечно-сосудистой системы. Проанализированы применяемые схемы лечения антигипертензивными препаратами у пожилых лиц, дана оценка клинической эффективности антигипертензивной терапии с разделением на неэффективную, труднокорректируемую и оптимально подобранную терапию. Проведён анализ в группе оптимально подобранной антигипертензивной терапии на фоне приёма НПВП. Установлены наиболее эффективные комбинации антигипертензивных препаратов у данной категории больных, выработаны рекомендации по их клиническому применению.

**Ключевые слова:** лица пожилого и старческого возраста, нестероидные противовоспалительные препараты, антигипертензивные препараты

## OPTIMAL SCHEMES FOR ARTERIAL HYPERTENSION TREATMENT IN THE GROUP OF MIDDLE AND OLD AGE PATIENTS WITH CHRONIC PAIN SYNDROME

Suleimanov S.S., Koshevaya E.G.

*КГБОУ ДПО «Qualification Upgrade Institute for Healthcare Professionals»,  
Khabarovsk e-mail: rec@ipkszh.khv.ru*

This article assesses the demographic situation in Russia, including in the Khabarovsk territory. Older people often suffer from diseases of the cardiovascular system, and a defeat of the musculoskeletal and nervous systems, accompanied by chronic pain syndrome, which requires the appointment of nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs). The study analyzed the practice of NSAIDs in elderly and senile patients with chronic pain syndrome, patients seen in outpatient clinics of health, Khabarovsk, the most commonly used NSAIDs. The study surveyed more than 400 elderly people suffering from various diseases of the cardiovascular system in combination with pathology of comorbid chronic pain syndrome. A comprehensive analysis of the destination of antihypertensive drugs in this group of patients simultaneously receiving treatment with NSAIDs, determined the most commonly used antihypertensive agents as monotherapy and as combination of different groups. It reveals the possible side effects of NSAIDs in the cardiovascular system. Examine current treatment regimens antihypertensive drugs in the elderly, evaluated the clinical efficacy of antihypertensive therapy with the division on ineffective, труднокорректируемую and optimally tailored therapy. The analysis of the group optimally matched antihypertensive therapy in patients receiving NSAIDs. Determined the most effective combinations of antihypertensive drugs in this category of patients, recommendations on their clinical application.

**Keywords:** middle and old age patients group, non-steroidal anti-inflammatory drugs, anti-hypertension drugs

Современные демографические тенденции в мире обусловлены переходом от общества с высокой рождаемостью и высокой смертностью к обществу с низкой рождаемостью и увеличивающейся продолжительностью жизни. К последнему десятилетию прошлого века произошло выравнивание пропорций людей разного возраста в составе населения развитых стран [7, 5, 10].

Процент населения Земли в возрасте 65 лет и старше увеличивается. По пред-

варительным оценкам, в развитых странах он повысится с 17,5 до 36,3% к 2050 г., а в 80-летней и более старшей возрастной группе увеличится более чем в три раза.

Об увеличении среднего возраста населения Российской Федерации свидетельствуют данные Всероссийской переписи населения 2010 года: в демографической статистике отмечается увеличение пропорции пожилых людей. Доля людей старше 60 лет в 2010 году составила 18,2% (по данным переписи населения 2002 года –

18,5%), старше 80 лет – 2,9% (по данным переписи 2002 года – 1,8%) [3, 4, 6].

В Хабаровском крае лица старше 60 лет по данным переписи населения 2010 года составляют 16,6% (женщины старше 60 лет – 20,5%, мужчины – 12,2%) [6].

Одним из частых сопутствующих проявлений заболеваний у людей пожилого и старческого возраста является боль, которая зачастую недооценивается, до конца не диагностируется и адекватно не лечится. Более 30% населения постоянно или периодически испытывают боль в суставах, причем патология суставов обнаруживается у половины лиц старше 40 лет, а после 70 лет – у 90% населения [1, 2, 13, 12].

Как правило, для купирования болевого синдрома применяются препараты из группы нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), которые, несомненно, являются лекарствами первой линии терапии болевого синдрома. При этом следует отметить, что зачастую прием НПВП осуществляется бесконтрольно, а наличие хронического болевого синдрома побуждает пациентов принимать эту группу препаратов часто и продолжительно [11].

Учитывая это, представляется актуальным изучение проблемы применения группы НПВП у лиц пожилого возраста.

В 2010 году был проведен анализ лечения лекарственными препаратами из группы НПВП в амбулаторно-поликлинических условиях муниципальных учреждений здравоохранения г. Хабаровска.

Всего было изучено 366 амбулаторных карт, все респонденты – лица старше 60 лет, средний возраст – 71,2 года, женщины в обследуемой группе составили 54,2%. Все пациенты страдали заболеваниями сердечно-сосудистой системы: у 100% установлен диагноз «артериальная гипертензия» (АГ), 89% страдали ишемической болезнью сердца (ИБС), у 84,7% артериальная гипертензия и ИБС осложнилась хронической сердечной недостаточностью I–III функционального класса по классификации сердечной недостаточности Нью-Йоркской ассоциации кардиологов (NYHA).

Анализ показал, что в 2010 году наиболее часто применялись в амбулаторной практике у лиц пожилого возраста следующие препараты: мелоксикам – 28,7%, кетопрофен – 30,1%, нимесулид – 15,8%, диклофенак – 12,3%, кеторолак – 6,3% [8].

Оборотной стороной эффективности фармакотерапии НПВП является риск развития серьезных побочных эффектов. Эта проблема наиболее актуальна в отношении лиц пожилого и старческого возраста, которые ввиду наличия коморбидных состояний

вынуждены принимать большое количество лекарственных средств.

Наиболее изучена так называемая НПВП-гастропатия, которая проявляется развитием эрозий и язв желудка и/или двенадцатиперстной кишки.

Однако не менее серьезным осложнением является негативное влияние НПВП на состояние сердечно-сосудистой системы, причем медицинское и социальное значение этой патологии не меньше, чем осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Спектр возможных побочных эффектов НПВП в отношении сердечно-сосудистой системы достаточно широк, различные проявления кардиоваскулярной патологии нередко сочетаются, взаимно отягчая течение друг друга, например, течение АГ и ИБС.

Представляется целесообразным выделять три основные группы НПВП-ассоциированных осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы:

- дестабилизация АГ, связанная с приемом НПВП;
- НПВП-ассоциированные кардиоваскулярные катастрофы;
- дестабилизация сердечной недостаточности, связанная с приемом НПВП [12].

Для оценки побочных эффектов НПВП со стороны сердечно-сосудистой системы в 2011–2012 годах было проведено исследование в учреждениях здравоохранения г. Хабаровска, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, направленное на изучение схем лечения артериальной гипертензии у пациентов старших возрастных групп, страдающих артериальной гипертензией и получающих терапию НПВП.

В исследовании приняли участие 403 человека, возраст пациентов колебался от 61 до 89 лет, средний возраст составил 71,04 года. Среди обследуемых было примерно равное количество мужчин и женщин (44,2 и 55,8%).

Настоящее исследование показало, что все пациенты принимали НПВП, чаще других использовались: кетонал ( $23,27 \pm 2,00\%$ ), диклофенак ( $12,08 \pm 1,54\%$ ) и найз ( $11,19 \pm 1,49\%$ ), причём не только изолированно, но и использовались комбинации разных НПВП, наиболее частыми из которых были комбинации «диклофенак + кетонал», «кетонал + найз» и «диклофенак + найз» ( $18,06 \pm 1,62\%$ ).

На фоне приема НПВП все пациенты получали антигипертензивную терапию, как правило, включающую приём нескольких антигипертензивных препаратов (данные представлены на рис. 1).

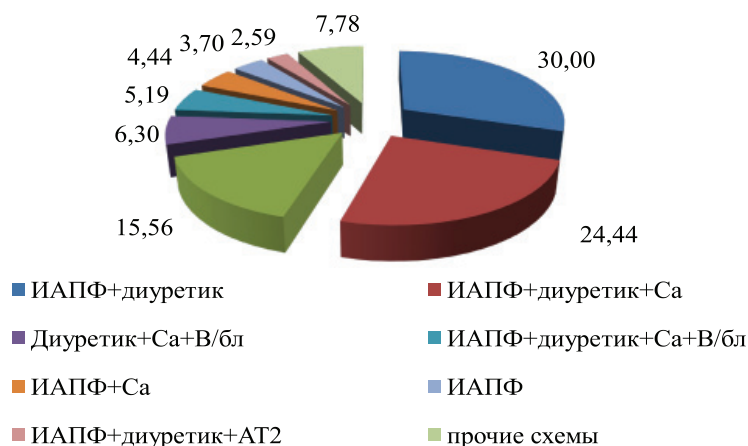


Рис. 1

Наиболее распространенные схемы включали в себя следующие комбинации антигипертензивных препаратов:

- ингибитор ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) + диуретик ( $30,00 \pm 2,79\%$ ),
- ИАПФ + диуретик + антагонист кальция ( $24,44 \pm 2,62\%$ ),
- ИАПФ + диуретик +  $\beta$  – адреноблокатор ( $15,56 \pm 2,21\%$ ).

Вместе с тем применение комбинированной антигипертензивной терапии не всегда приводило к желаемому результату – в  $6,67 \pm 1,52\%$  случаев лечение оказалось

неэффективным, а в  $45,19 \pm 3,03\%$  пациентам дополнительно потребовалась длительная коррекция.

Наиболее эффективными оказались схемы лечения «ИАПФ + диуретик» ( $67,90 \pm 5,19\%$ ), «ИАПФ + диуретик + антагонист кальция» ( $63,64 \pm 5,92\%$ ) и «ИАПФ + диуретик + антагонист кальция +  $\beta$ -адреноблокатор» ( $57,14 \pm 13,2\%$ ). Применение этих же препаратов в виде монотерапии не приносило аналогичного эффекта ( $p < 0,01$ ) (данные представлены в таблице).

Группы лекарственных препаратов		Неэффективная терапия	Трудно корригируемая терапия	Оптимально подобранная терапия	Всего
1	ИАПФ + диуретик	$2,47 \pm 1,72$	$29,63 \pm 5,07$	$67,90 \pm 5,19$	$30,00 \pm 2,79$
2	ИАПФ + диуретик + антагонист кальция	$3,03 \pm 2,11$	$33,33 \pm 5,80$	$63,64 \pm 5,92$	$24,44 \pm 2,62$
3	ИАПФ + диуретик + $\beta$ -адреноблокатор	$9,52 \pm 4,53$	$71,43 \pm 6,97$	$19,05 \pm 6,06$	$15,56 \pm 2,21$
4	диуретик + антагонист кальция + $\beta$ -адреноблокатор	$5,88 \pm 5,71$	$47,06 \pm 12,11$	$47,06 \pm 12,11$	$6,30 \pm 1,48$
5	ИАПФ + диуретик + антагонист кальция + $\beta$ -адреноблокатор	$28,57 \pm 12,07$	$14,29 \pm 9,35$	$57,14 \pm 13,23$	$5,19 \pm 1,35$
6	ИАПФ + антагонист кальция	0	$58,33 \pm 14,23$	$41,67 \pm 14,23$	$4,44 \pm 1,25$
7	ИАПФ	0	100,00	0	$3,70 \pm 1,15$
8	ИАПФ + диуретик + антагонист к рецепторам ангиотензина II	$14,29 \pm 13,23$	$85,71 \pm 13,23$	0	$2,59 \pm 0,97$
9	прочие схемы	$19,05 \pm 8,57$	$61,90 \pm 10,60$	$19,05 \pm 8,57$	$7,78 \pm 1,63$
Всего		$6,67 \pm 1,52$	$45,19 \pm 3,03$	$48,15 \pm 3,04$	100,00

Схема лечения «ИАПФ + диуретик +  $\beta$ -адреноблокатор» оказалась эффективной лишь в  $19,05 \pm 6,06\%$  случаев, а в  $71,43 \pm 6,97\%$  требовала последующей, зачастую длительной коррекции ( $p < 0,05$ ).

Несмотря на достаточно высокую эффективность лечения, схе-

ма «ИАПФ + диуретик + антагонист кальция +  $\beta$ -адреноблокатор», наиболее часто давала и обратный эффект, оказываясь неэффективной у каждого четвертого пациента, получавшего данное комбинированное лечение ( $28,57 \pm 12,07\%$ ) (рис. 2).

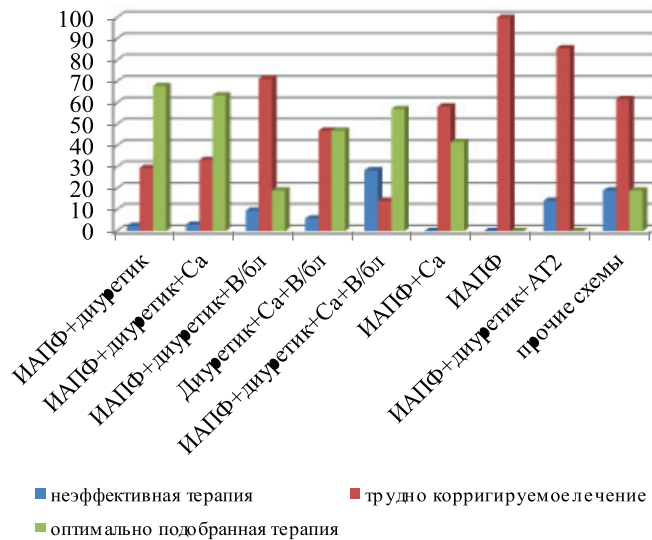


Рис. 2

При оценке достоверности разности показателей отмечено, что комбинации «ИАПФ + диуретик» и «ИАПФ + диуретик + антагонист кальция» достоверно чаще приводят к положительному исходу и не требуют длительной коррекции лечения, в отличие от схем «ИАПФ + диуретик + β-адреноблокатор» ( $p < 0,05$ ), «ИАПФ + диуретик + блокатор рецепторов ангиотензина II» ( $p < 0,01$ ) или же от схем лечения, исключающих ИАПФ ( $p < 0,05$ ) или включающих только одну из представленных групп препаратов ( $p < 0,01$ ).

В то же время эффективность комбинаций «ИАПФ + диуретик» и «ИАПФ + диуретик + антагонист кальция» не имеет выраженных достоверно значимых различий ( $p > 0,05$ ).

Министерством здравоохранения Российской Федерации издан приказ № 708н от 09.11.2012, утверждающий стандарт оказания первичной медико-санитарной помощи при первичной артериальной гипертензии, в котором в качестве фармакотерапии рекомендованы к использованию диуретики, β-адреноблокаторы, ИАПФ, антагонисты кальция, антагонисты к рецепторам ангиотензина II.

Выводы: наиболее эффективными схемами антигипертензивной терапии у лиц пожилого и старческого возраста, страдающих артериальной гипертензией и получающих терапию НПВП, являются следующие комбинации лекарственных препаратов: «ИАПФ + диуретик», «ИАПФ + диуретик + антагонист кальция», «ИАПФ + диуретик + антагонист кальция + β-адреноблокатор», хотя монотерапия этими лекарственными препаратами оказалась неэффективной.

Вместе с тем схема «ИАПФ + диуретик + антагонист кальция + β-адреноблокатор» не оказала ожидаемого эффекта у каждого четвертого пожилого пациента.

#### Список литературы

1. Алексеева Л.И. Вопросы использования нестероидных противовоспалительных препаратов в ревматологической практике // Consilium medicum. – 2009. – Т. 1, № 26. – С. 95–96.
2. Алексеев В.В. Боль в пожилом возрасте // Consilium medicum. – 2006. – Т. 8, № 12. – С. 60–63.
3. Всероссийская перепись населения 2002 года [Электронный ресурс] / Федер. служба гос. статистики. – Режим доступа : WWW. URL: [www.perepis2002.ru/index.html](http://www.perepis2002.ru/index.html) . – 18.06.2013.
4. Государственный доклад Министерства здравоохранения и социального развития и Российской академии медицинских наук Российской Федерации о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2004 году [Электронный ресурс]. – Режим доступа: WWW. URL: <http://www.lawmix.ru/med/3555> . – 28.06.2013.
5. Гуревич М.А. Артериальная гипертензия у пожилых: рук. для врачей. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Универсум паблишинг, 2005. – 144 с.
6. Итоги Всероссийской переписи населения 2010 года [Электронный ресурс] / Федер. служба гос. статистики. – Режим доступа: WWW. URL: [http://www.gks.ru/free\\_doc/new\\_site/perepis2010/croc/perepis\\_itogi1612.htm](http://www.gks.ru/free_doc/new_site/perepis2010/croc/perepis_itogi1612.htm). – 21.06.2013.
7. Кобалава Ж.Д. Следует ли лечить артериальную гипертензию у людей старческого возраста? Основные результаты исследования НУВЕТ / Ж.Д. Кобалава, Ю.В. Котовская, Е.Е. Тюлькина // Клин. фармакология и терапия. – 2008. – № 4. – С. 15–22.
8. Кошечкина Е.Г. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов у лиц пожилого и старческого возраста: необходимость и последствия // Клин. геронтология. – 2010. – Т. 16, № 3/4. – С. 45–48. – Библиогр.: с. 48 (11 назв.).
9. Насонов Е.Л. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов: клин. рекомендации / Е.Л. Насонов, Л.Б. Лазебник, Ю.Н. Беленков. – М.: Алмаз, 2006. – 88 с.

10. Настольная книга клинического фармаколога / под ред. А.К. Хаджидиса. – СПб., 2007. – 376 с.: табл.

11. Наумов А.В. Боль в России: факты и умозаключения / А.В. Наумов, П.А. Семёнов // *Consilium medicum*. – 2010. – Т. 12, № 2. – С. 42–48.

12. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов / А.Е. Каратеев, Н.Н. Яхно, Л.Б. Лазебник [и др.]. – М.: ИМА-Пресс, 2009. – 167 с.

13. Gibson S.J. Older people's pain / S. J. Gibson // *Pain: Clinical Updates*. – 2006. – Vol. 14, № 3. – P. 1–4.

### References

1. Alekseeva, L.I. Some aspects of non-steroid anti-inflammatory drugs administration in rheumatologist practice // *Consilium medicum*. 2009. Vol. 1, no. 26. pp. 95–96.

2. Alekseev V.V. Pain in elder age patients // *Consilium medicum*. 2006. T. 8, no. 12. pp. 60–63.

3. Russian population census 2002 [Electronic resource] / Federal state statistics service Access routine: WWW. URL: [www.perepis2002.ru/index.html](http://www.perepis2002.ru/index.html). 18.06.2013.

4. Federal report of Healthcare and Social Development Ministry and Russian Academy of Medical Science regarding health status of Russian Federation Population in 2004 году [Electronic resource] / Federal state statistics service Access routine: WWW. URL: <http://www.lawmix.ru/med/3555>. 28.06.2013.

5. Gurevitz M.A. Arterial hypertension in elder age patients: handbook. 2nd edition, revised and augmented. Moscow: Universum publishing, 2005. 144 p.

6. Results of Russian population census in 2010 [Electronic resource] / Federal state statistics service Access routine: WWW. URL: [http://www.gks.ru/free\\_doc/new\\_site/perepis2010/croc/perepis\\_itogi1612.htm](http://www.gks.ru/free_doc/new_site/perepis2010/croc/perepis_itogi1612.htm). 21.06.2013.

7. Kobalava Z.D. Should the arterial hypertension in elder age patients be treated? Main results of HYVET research / Z.D. Kobalava, Y.V. Kotovskaya, E.E. Tyulkina // *Clinical pharmacology and therapy*. 2008. no. 4. pp. 15–22.

8. Koshevaya, E.G. Non-steroid anti-inflammatory drugs administration in elder age patients groups: necessity and sequences // *Clinical gerontology*. 2010. Vol. 16, no. 3/4. pp. 45–48. Bibliography: pp. 48 (11 entities).

9. Nasonov E.L. Non-steroid anti-inflammatory drugs administration: clinical recommendations / E.L. Nasonov, L.B. Lazebnik, Y.N. Belenkov. Moscow: Almaz, 2006. 88 p.

10. Handbook on clinical pharmacology / edited by A.K. Khadzhidis. Spb., 2007. 376 p.: tables.

11. Naumov, A.V. Pain in Russia: facts and resume / A.V. Naumov, P.A. Semyonov // *Consilium medicum*. 2010. T. 12, no. 2. pp. 42–48.

12. Administration of non-steroid anti-inflammatory drugs / A.E. Karateev, N.N. Yakhno, L.B. Lazebnik et al. Moscow: IMA-Press, 2009. 167 p.

13. Gibson, S. J. Older people's pain / S. J. Gibson // *Pain: Clinical Updates*. 2006. Vol. 14, no. 3. pp. 1–4.

### Рецензенты:

Ивашев М.Н., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой клинической фармакологии Пятигорского медико-фармацевтического института, филиала ГБОУ ВПО ВолгГМУ Минздрава России, г. Пятигорск;

Залялютдинова Л.Н., д.м.н., профессор кафедры фармакологии Казанского ГМУ, г. Казань.

Работа поступила в редакцию 04.02.2014.