

© Коллектив авторов, 2026
<https://doi.org/10.21886/2219-8075-2026-17-1-25-33>

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ У ПОЖИЛЫХ

С.Г. Кечеджиева, С.А. Солгалова, В.А. Васильева, И.Н. Захарченко, К.Ю. Байда, К.Э. Больбат

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь, Россия

Артериальная гипертензия значительно чаще встречается в пожилом возрасте. Возрастные пациенты коморбидные, с гериатрическими синдромами и риском утраты автономности. Поэтому выбор лекарственной терапии, комбинации препаратов, начало старта антигипертензивной терапии и определение целевого уровня артериального давления для различной возрастной категории хрупких пожилых в реальной клинической практике — непростая задача. Артериальная гипертензия — одно из самых распространённых заболеваний, частота которого увеличивается с возрастом. Пациенты пожилого возраста — наиболее уязвимая часть населения. Они подвержены рискам осложнений и смертельных исходов, особенно при наличии гериатрических синдромов. Соматические заболевания, в том числе и артериальная гипертензия, имеют свои особенности, усугубляют течение старческой астении, повышают риск зависимости от посторонней помощи, ухудшают прогноз. В статье представлены особенности клинических проявлений артериальной гипертензии у лиц старшего возраста со старческой астенией, особенности выбора терапии и комбинации основных антигипертензивных препаратов, стартовые уровни артериального давления для начала медикаментозной терапии, а также целевые уровни артериального давления в различных возрастных группах.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, старческая астения, гериатрические синдромы, антигипертензивные препараты, целевые уровни артериального давления.

Для цитирования: Кечеджиева С.Г., Солгалова С.А., Васильева В.А., Захарченко И.Н., Байда К.Ю., Больбат К.Э. Артериальная гипертензия у пожилых. Южно-Российский журнал терапевтической практики. 2026;7(1):25-33. DOI: 10.21886/2712-8156-2026-7-1-25-33.

Контактное лицо: Светлана Геннадьевна Кечеджиева, k_svetlana56@mail.ru.

ARTERIAL HYPERTENSION IN ELDERLY PEOPLE

S.G. Kechedzhieva, S.A. Solgalova, V.A. Vasilieva, I.N. Zakharchenko, K.Yu. Baida, K.E. Bolbat

Stavropol State Medical University, Stavropol, Russia

Arterial hypertension is one of the most common diseases, the frequency of which increases with age. Elderly patients are the most vulnerable part of the population and are at risk of complications and deaths, especially in the presence of geriatric syndromes. Somatic diseases, including arterial hypertension, have their own characteristics, aggravate the course of senile asthenia, increase the risk of dependence on assistance, and worsen the prognosis. The article presents the features of clinical manifestations of arterial hypertension in elderly people with senile asthenia. Features of the choice of therapy and combination of the main antihypertensive drugs, starting blood pressure levels for drug therapy, as well as target blood pressure levels in various age groups.

Keywords: arterial hypertension, senile asthenia, geriatric syndromes, antihypertensive drugs, target blood pressure levels, quality of life, loss of autonomy.

For citation: Kechedzhieva S.G., Solgalova S.A., Vasilieva V.A., Zakharchenko I.N., Baida K.Yu., Bolbat K.E. Arterial hypertension in elderly people. *South Russian Journal of Therapeutic Practice*. 2026;7(1):25-33. DOI: 10.21886/2712-8156-2026-7-1-25-33.

Corresponding author: Svetlana G. Kechedzhieva, k_svetlana56@mail.ru.

Заболевания сердечно-сосудистой системы — основная причина заболеваемости, смертности и инвалидности населения среди всех неинфекционных заболеваний. Артериальная гипертензия (АГ) вносит значительный вклад в эту патологию и, по данным исследования ЭССЕ-РФ-3, составляет 53,9% [1]. Распространённость

АГ увеличивается с возрастом. По имеющимся данным, доля пожилых, страдающих гипертензией, в США составляет 64,9% от общей популяции, в странах Европы — 74% [2], в РФ около 60% среди лиц старше 60 лет, а после 80 лет её распространённость достигает более 80%. Для пожилых пациентов характерна изолирован-

ная систолическая артериальная гипертензия (ИСАГ), частота которой то же увеличивается с возрастом: от 2/3 среди людей 60 лет и старше до 3/4 среди лиц старше 75 лет [3].

Пациенты пожилого возраста наиболее уязвимая часть населения и подвержены рискам осложнений и смертельных исходов, особенно при наличии гериатрических синдромов: синдрома старческой астении (ССА), саркопении, деменции, депрессии и других. Распространённость старческой астении увеличивается с возрастом, у граждан старше 85 лет доля хрупких достигает 46% и более, а её прогрессирование повышает риск зависимости от посторонней помощи, усугубляет течение соматических заболеваний, ухудшает прогноз¹.

Пожилой возраст имеет свои особенности, которые следует учитывать при оценке клинических проявлений, диагностике и выборе лечения. Как правило, возрастные больные имеют коморбидные заболевания, у них чаще наблюдаются когнитивное снижение и старческая астения, имеется несколько [4, 5] заболеваний: ИБС, артериальная гипертензия, сахарный диабет, заболевание суставов, депрессивные состояния, нарушение когнитивной функции и др., что влияет на выбор терапии и прогноз.

Клиническая картина гипертонической болезни в старческом возрасте имеет свои особенности: больные могут не предъявлять типичных жалоб на головную боль, головокружение, «мушки перед глазами». Порой заподозрить повышение артериального давления (АД) можно по изменению поведения больного: нежелание общаться с окружающими, высказывание бредовых идей, появление шаткости при движении, потерю равновесия. У пациентов старшего возраста часто встречается своеобразная форма АГ: частые кратковременные малосимптомные подъёмы АД до высоких цифр, которые чередуются падением АД значительно ниже целевых значений. Такие ситуации могут наступать в результате плохо подобранной терапии, а порой без видимой причины. Для пожилых гипертоников характерны: высокая вариабельность АД, высокое периферическое сопротивление, ортостатические состояния (ортостатическая гипотония, постпрандиальная (особенно после приёма обильной и горячей пищи) [5, 6]. Все это усугубляет состояние пожилого пациента, повышает риск падений (особенно ортостатическая гипотония), что было отмечено в нескольких исследованиях [7].

Причина повышения АД у возрастных больных, как правило, смешанная. Она связана со

многими факторами: увеличением ригидности сосудов, изменением функции барорецепторов, дисфункцией автономной нервной системы, объём-зависимыми механизмами развития АГ, возрастными морфологическими и функциональными изменениями почек, полиморбидностью пожилых (анемия, диабетическая нефропатия, гипертиреоз, недостаточность аортального клапана). Повышенная жесткость сосудов объясняет высокую частоту развития ИСАГ, которая увеличивается с возрастом от 60% среди людей в возрасте 60 лет и до 75% среди людей старше 75 лет [6].

Изолированная гипертензия рассматривается не просто как следствие развития атеросклероза аорты. Она ассоциируется с повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний и смертности (данные исследования SHEP). Результаты исследований Фременгемского, Копенгагенского, MRFIT, SHEP было установлено, что повышение пульсового давления при ИСАГ имеет прогностическое значение в повышении риска развития инсульта и/или общей смертности [5].

Проведение ортостатической пробы является обязательным перед началом и в процессе лечения у лиц пожилого и старческого возраста [6]. Проба проводится в трёх позициях больного с обязательным выполнением техники (трёхкратного) измерения артериального давления. Исходно — в позиции сидя, затем производится измерение АД после 7 минут нахождения в горизонтальном положении, затем измеряется АД после перехода в вертикальное положение через 1 минуту и через 3 минуты. Распространённость бессимптомной ортостатической гипотензии составляет около 16,2%, является частой причиной падений, нарушения походки, инфаркта миокарда, транзиторных ишемических атак, а также часто встречается при изолированной систолической гипертензии, наличии стеноза сонных артерий (подтверждённых данными УЗИ) [7].

Низкие уровни АД могут наблюдаться по причине несовершенств регуляторных гемодинамических механизмов, необходимых для поддержания перфузии жизненно важных органов (сердца, мозга, почек), и приводить к утяжелению старческой астении. Поэтому высокое АД у хрупких пожилых можно считать компенсаторным механизмом для поддержания функции важных органов и хорошим прогностическим признаком, предотвращающим дальнейшее снижение функционального статуса [8]. Имеются данные о том, что за три года до смерти у пожилых людей может постепенно снижаться уровень АД, что можно считать индикатором риска сопутствующей патологии и неблагоприятного исхода [9, 10].

¹ Клинические рекомендации МЗ РФ «Старческая астения», 2024 г.

Гипертоническая болезнь, как и другие соматические заболевания, влияет на течение старческой астении (СА), усиливает когнитивную недостаточность, повышает риск падений и других неблагоприятных исходов. В ряде исследований было установлено, что как высокое, так и низкое АД у лиц в возрасте 70–80 лет ассоциировалось со снижением скорости ходьбы и силы рук, ухудшением физического состояния пациента [4, 8].

При назначении медикаментозной терапии, следует помнить, что гериатрический возраст пациентов может влиять на фармакодинамику (ФД) и фармакокинетику (ФК) ряда лекарственных препаратов, которые могут оказывать непредсказуемые эффекты. ФД антигипертензивных препаратов может изменяться в связи со снижением функции систем, регулирующих уровень АД. С возрастом изменяется морфология и функция сердца, сосудов мозга, почек, снижается активность ренин-ангиотензин-альдостероновой и симпатико-адреналовой систем, изменяется барорефлекторная активность сосудов, уменьшается насосная функция миокарда и эластичность сосудистой стенки, нарушается водно-электролитный баланс.

Изменения ФК ряда лекарственных препаратов у пациентов старших возрастов связано с нарушением процессов всасывания, распределения, связывания лекарств с белками плазмы крови за счёт уменьшения количества альбуминов, с которыми преимущественно связываются лекарственные средства, что приводит к увеличению свободной фармакологически активной фракции препарата в крови и повышению его концентрации, вплоть до токсической. При старении изменяется соотношение мышечной массы тела, которая уменьшается на 20–25%, количество жира увеличивается на 10–20%, содержание воды снижается на 10–15%. Возрастные функционально-органические изменения в печени снижают интенсивность метаболизма препаратов, в почках замедляется скорость выведения препаратов из организма. Всё это может приводить к повышению концентрации антигипертензивных средств в плазме крови и может привести к развитию побочных нежелательных эффектов [5].

Необходимое условие лечения артериальной гипертонии у возрастных пациентов — постепенное снижение повышенного АД. Резкое снижение может привести к ишемии жизненно важных органов в результате уменьшения притока крови к головному мозгу, сердцу, почкам, развитию тромбозов мозговых и коронарных сосудов, появлению почечной недостаточности. Достижение целевых уровней АД необходимо осуществлять медленно, в течение нескольких

недель. Необходимость быстрого снижения АД показано в экстренных случаях: острых симптомах сердечной астмы, нестабильной стенокардии, обострении гипертонической энцефалопатии, подготовке к срочной операции и др. В таких случаях в начале (в течение первых суток) рекомендуется снижение АД на 25% от исходного, а затем уже до желаемого уровня [5].

Медикаментозная терапия артериальной гипертонии, независимо от возраста больного, показала свою эффективность в мета-анализе 8 клинических исследований (15693 больных, наблюдавшихся в среднем в течение 3,8 года). Адекватное лечение привело к уменьшению частоты всех сердечно-сосудистых осложнений (ССО) на 23 %, относительного риска общей смертности — на 13%, смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) — на 18 %, в том числе от инсульта (на 30%) и от коронарных осложнений (на 23%) [6]. Результаты Роттердамского исследования показали, что медикаментозное лечение АГ приводило к снижению риска возникновения болезни Альцгеймера на 13% и сосудистой деменции на 70% [11]. Для лечения гипертонической болезни у пожилых пациентов рекомендуется использовать те же пять групп основных лекарственных препаратов, что и у пациентов более молодого возраста: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА), бета-блокаторы (ББ), антагонисты кальция (АК) и мочегонные препараты.

В клинических рекомендациях препаратами первой линии для лечения больных АГ рекомендованы ИАПФ и сартаны, тиазидные (тиазидоподобные) диуретики (ТД), АК и ББ² [12].

Тиазидные и тиазидоподобные диуретики (в большей степени) имеют некоторые преимущества по влиянию на конечные точки (в том числе инсульт, СН, сердечно-сосудистую смертность) [13]. С возрастом снижается выделительная функция почек, поэтому патогенетически обоснованно применение тиазидных и тиазидоподобных диуретиков [6]. Мета-анализы показали, что диуретики снижают риск развития мозгового инсульта на 31–54%, риск развития застойной сердечной недостаточности — на 42–83%, риск развития сердечно-сосудистой смертности — на 22–24% [12]. При выборе конкретного препарата в целях длительной терапии АГ в настоящее время существует значительное количество оснований для предпочтительного использования тиазидоподобных диуретиков [14]. При использовании диуретиков необходимо учитывать возможность развития побочных эф-

² Клинические рекомендации «Артериальная гипертония у взрослых», 2024

фектов, таких как развитие гипокалиемии, гиперурикемии, нарушения толерантности к глюкозе, ухудшение показателей липидного обмена, возможность ортостатической гипотонии (в том числе с падениями и травмами) [14].

ИАПФ и БРА широко используются для лечения артериальной гипертензии у пожилых, особенно если АГ сочетается с недостаточностью кровообращения, дисфункцией ЛЖ и /или его гипертрофией, постинфарктным кардиосклерозом, сахарным диабетом. Эти препараты предотвращают поражения и приводят к обратному развитию органы-мишени: гипертрофию левого желудочка миокарда (ГЛЖ), ремоделирование мелких артерий на фоне соответствующего снижения АД, снижают риск пароксизмов фибрилляции предсердий². ИАПФ и БРА обладают выраженным нефропротективным эффектом: снижают альбуминурию, эффективно замедляют прогрессирование диабетической и недиабетической ХБП, а также, по данным мета-анализа, снижают риск терминальной ХБП, снижают риски сердечно-сосудистых осложнений и общей смертности (результаты исследований SHARP и NOPE) [15]. ИАПФ и БРА могут быть использованы как в моно-, так и в комбинированной терапии. Клиническими рекомендациями «Артериальная гипертензия у взрослых» 2024 г. предусмотрена возможная комбинация ИАПФ или БРА с диуретиками у пациентов старческого возраста или перенёвших инсульт, или имеющих сердечную недостаточность (СН)². В исследовании HUYET (с арифомом- ретард 1,5 мг) выявили достоверное снижение риска общей смертности на 21%, риска фатальных мозговых инсультов на 39% ($p=0,05$), суммарного риска сердечной недостаточности на 64% ($p<0,001$), суммарного риска сердечно-сосудистых осложнений на 34% ($p<0,001$), а также значительное снижение частоты переломов в группе активной терапии по сравнению с группой плацебо. Дополнительное исследование HUYET-COG показало, что эффективная антигипертензивная терапия снижала возможность развития деменции на 14% [15–17].

При назначении диуретиков лицам пожилого возраста необходим индивидуальный контроль, потому что назначение петлевых диуретиков ассоциируется с падениями и переломами, особенно у хрупких в возрасте старше 70 лет. ИАПФ/БРА могут быть использованы как в моно-, так и в комбинированной терапии. Начинать терапию у пожилых следует с минимальных доз с постепенным увеличением до достижения эффекта. БРА по сравнению с ИАПФ имеют лучший профиль переносимости при равной способности улучшать прогноз пациентов с АГ. Наиболее обширную доказательную базу у этой категории

пациентов имеют кандесартан и валсартан [18]. БРА/ИАПФ могут использоваться в комбинации с низкой дозой тиазидного/тиазидоподобного диуретика (кандесартан+гидрохлоротиазид). Фиксированная комбинация с гидрохлоротиазидом в дозе 12,5 мг усиливает антигипертензивный эффект сартана, а сартан нивелирует потенциально нежелательные эффекты диуретика в отношении электролитного, углеводного и пуринового обменов. При необходимости комбинированной терапии предпочтение отдается фиксированным комбинациям для повышения приверженности к длительной антигипертензивной терапии [18]. ББ рекомендуется назначать пациентам при наличии установленных показаний².

Стойкие позиции имеют АК дигидропиридинового ряда. В нескольких контролируемых исследованиях АК доказали свою эффективность в замедлении прогрессирования атеросклероза сонных артерий и уменьшении выраженности гипертрофии миокарда левого желудочка (ГЛЖ), статистически значимому снижению когнитивных функций и вероятности развития болезни Альцгеймера³ [18]. У пациентов с АГ часто развивается атеросклероз сосудов различных бассейнов и ГЛЖ, поэтому протективный эффект АК должен рассматриваться как дополнительный аргумент при выборе гипотензивной терапии³. Все АК метаболически нейтральны в отношении углеводного, липидного и пуринового обмена, оказывают антиангинальное и органопротективное действие, тормозят агрегацию тромбоцитов, обладают большим эффектом в отношении профилактики инсультов².

Амлодипин в ряде клинических исследований (CAMELOT, ASCOT-BPLA/CAFÉ, ALLHAT, PREVENT, ELVERA, AASK) доказал свою эффективность в снижении риска поражения органов мишеней и влияния на прогноз. При выборе дигидропиридинового АК целесообразно учитывать потенциальные различия профиля переносимости и органопротекции внутри этого класса препаратов. Последние поколения дигидропиридиновых АК (амлодипин, лерканидипин, фелодипин) не вызывают выраженных побочных эффектов (активация симпатoadренальной системы и тахикардия). Их рекомендовано принимать при сочетании АГ и ИБС, что наиболее часто встречается у возрастных пациентов³ [18, 19].

В ряде исследований была доказана эффективность лерканидипина, АК III поколения.

³ Заключение Экспертного Совета кардиологов и гериатров «Фиксированные и свободные комбинации в терапии АГ: выбор оптимальной схемы для пациентов разного возраста» 2022 Электронный ресурс FLDP-RU-NP-00076-DOC-10.2022

Препарат отличается высокой вазоселективностью и длительным терапевтическим действием. За счёт липофильности проявляет длительный расслабляющий эффект на гладкую мускулатуру. Эффективность его была отмечена у пожилых пациентов с мягкой и умеренной АГ. В двойном слепом, плацебо-контролируемом исследовании у 144 пожилых больных АГ в возрасте 60–85 лет 4-недельная терапия лерканидипином в дозе 10 мг/сут. достоверно снижала САД и ДАД в большей степени, чем плацебо. Аналогичные данные с лерканидипином были получены в открытом исследовании с участием 756 пациентов моложе 65 лет и старше 65 лет [19–21] и результаты других 3 открытых исследований с пожилыми пациентами приводили к достоверному снижению САД, ДАД и пульсового АД (ПАД) у возрастных больных [20–23].

Фелодипин также доказал свою эффективность при лечении гипертонии у пожилых. Результаты исследования NOT показали, что фелодипин хорошо сочетается с ИАПФ и ББ. В рандомизированном двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании FEVER в котором принимали участие пациенты с АГ в возрасте 50–79 лет, было показано, что количество инсультов (фатальных и нефатальных), было значительно ниже (на 28%) в группе фелодипина в комбинации с гидрохлортиазидом, а также отмечено значительное уменьшение частоты рака у пациентов группы фелодипина. Препарат может эффективно применяться у пожилых полиморбидных больных с сопутствующими заболеваниями: сахарный диабет, ИБС, подагра, ХОБЛ [25]. По заключению Экспертного совета по теме «Фиксированные и свободные комбинации в терапии АГ: выбор оптимальной схемы для пациентов разного возраста» фелодипин рекомендован для возрастных пациентов как препарат с высокой вазоселективностью и способностью блокировать минералокортикоидные рецепторы, что объясняет уменьшение частоты периферических отеков, отсутствие тахикардии и нефропротективный эффект³.

При лечении АГ у возрастных пациентов следует подходить комплексно с обязательным обследованием на наличие СА, её тяжести, степени утраты автономности, функционального статуса больного. Всем пациентам старше 60 лет рекомендуется проводить скрининг по анкете «Возраст не помеха». При получении результатов 4 и более баллов рекомендуется проведение краткой батареи тестов физического функционирования и теста Мини-Ког, а в лучшем случае — консультация врача-геронтолога [4]. У хрупких необходимо контролировать функциональный статус, ортостатические состояния, состояния когнитивных функций,

риск падений. Диагностика ортостатической гипотонии проводится перед началом терапии и в течение антигипертензивной терапии для оценки безопасности проводимого лечения. Ряд публикаций указывает, что хрупкость часто наблюдалась у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в том числе с АГ. У таких пациентов в большей степени выражена ГЛЖ, бóльший индекс объёма левого предсердия, чаще встречается стеноз сонных артерий [25]. Хрупкость в значительной степени связана со всеми стадиями хронической болезни почек (ХБП), особенно с ХБП средней и тяжёлой степени [25, 26]. Распространённость старческой астении увеличивается по мере прогрессирования ХБП на додиализном периоде и более выражена у пациентов, находящихся на гемодиализе [26–28]. Хрупким пожилым не рекомендовано применять интенсивную терапию. Постоянный контроль за уровнем АД позволит своевременно определить уровень САД ниже 130 мм рт. ст. или ортостатическую гипотонию. В этой ситуации необходимо снижать интенсивность терапии вплоть до её отмены. В исследовании SPRINT на фоне интенсивного снижения САД у пожилых пациентов наблюдалось более частое развитие гипотонии, электролитных нарушений, в том числе гипокалиемии, острого почечного повреждения, увеличение частоты развития синкопальных состояний, хотя и в отсутствии статистически значимых различий в частоте развития серьёзных нежелательных явлений между группами лечения [14]. При определении уровня АД необходимо учитывать технику измерения давления для получения более достоверных данных. При измерении давления у пожилых людей рекомендовано максимально открывать руки. Было отмечено, что АД при измерении на руке в одежде было значительно выше, чем при измерении на освобожденной от одежды руке [25].

Антигипертензивную терапию рекомендуется начинать с одного препарата в низкой дозе (если до этого момента лечение АГ не проводилось), переходить к комбинированной терапии только при неэффективности монотерапии. Вопрос о применении более 3 гипотензивных препаратов у пациентов со старческой астенией решается индивидуально, в каждом конкретном случае для обеспечения безопасности лечения. Тактика лечения АГ для «крепких» пациентов пожилого и старческого возраста схожа с ведением пациентов с АГ в более молодом возрасте, но с достижением более либерального целевого уровня АД.

Вопрос о целевом уровне АД и тактике ведения возрастных пациентов постоянно обсуждается в литературе. До настоящего времени нет

чётких данных, основанных на доказательствах для определения единых целевых уровней АД. До сих пор ведутся споры о целевых показателях артериального давления, особенно для хрупких пациентов старше 80 лет. В данном случае необходим индивидуальный подход с учётом полиморбидности, автономности и гериатрического статуса пациента [29–31].

Для пациентов моложе 65 лет рекомендовано стремиться к целевому уровню АД <140/90 мм рт. ст. с последующим достижением уровня <130/80 мм рт. ст. при условии хорошей переносимости, но не ниже уровня 120 мм рт. ст. для систолического АД. В качестве целевого уровня САД у пациента со СА, особенно умеренной/тяжёлой, предлагается ориентироваться на уровень САД <150 мм рт. ст. с достижением диапазона 130–149 мм рт. ст. при условии хорошей переносимости. При этом тщательно контролировать появления ортостатической гипотонии, состояние когнитивных функций, падений, динамики синдрома старческой астении³ [32].

Рекомендации «Артериальная гипертензия у взрослых» (2024) рассматривают следующие позиции по целевому уровню АД: пациентам 65–79 лет без старческой астении, вне зависимости от уровня сердечно-сосудистого (СС) риска и наличия ССЗ рекомендуется целевое САД <140 мм рт. ст., а при условии хорошей переносимости — до <130 мм рт. ст. Пациентам 65–79 лет с ИСАГ рекомендуется снижать САД первично до целевых значений 140–150 мм рт. ст., а при условии хорошей переносимости — до 130–139 мм рт. ст., но с осторожностью, если исходное ДАД <70 мм рт. ст. Пожилым старше 80 лет с ИСАГ рекомендуется снижать САД первично до целевых значений 140–150 мм рт. ст., а при условии хорошей переносимости — до 130–139 мм рт. ст., но с осторожностью, если исходное ДАД <70 мм рт. ст.²

Пожилые гипертоники старше 80 лет с ССА — особая категория пациентов с индивидуальным подходом в выборе антигипертензивной терапии и целевых уровней артериального давления. В настоящее время нет убедительных данных по жёстким позициям уровня АД. Эта возрастная категория лиц с тяжёлой СА не включалась в рандомизированные клинические исследования, а при наблюдении за такими пациентами отмечались «парадоксальные» результаты. Несколько наблюдательных исследований показало, что у хрупких очень пожилых низкое САД (менее 130 мм рт. ст.) на фоне проводимой терапии было ассоциировано с прогрессированием гериатрических синдромов и смертностью [29, 31, 32]. В японском исследовании в течение 41 месяца наблюдали за 599 пациентами (средний возраст — 78 лет), из которых 37% было со СА. При достижении уровня САД ниже

140 мм рт. ст. смертность у пожилых со СА была выше, чем у пожилых без СА при таком же уровне САД [31].

Сегодня позиции многих федеральных экспертов рассматривают индивидуальный подход для определения целевого уровня АД у хрупких старше 80 лет с учётом тяжести СА, степени утраты автономности, функционального статуса, состояния когнитивных функций. Предлагается ориентироваться на диапазон 140–150 мм рт. ст. и постоянно контролировать появления ортостатической гипотонии, когнитивные функции, риск падений, динамику ССА. При снижении САД ниже 130 мм рт. ст. и ортостатической гипотонии показано снижение интенсивности терапии [29]. Исследование Leiden 85-plus Study, в которое были включены пациенты в возрасте 85 лет и старше, показало, что более высокие уровни САД и ДАД в большей степени сохраняли когнитивную функцию и были связаны с более низким ежегодным увеличением показателей инвалидности [33]. В Миланской гериатрической популяции более высокое САД ассоциировалось с более низкой смертностью среди лиц в возрасте ≥75 лет. ДАД у хрупких возрастных пациентов не должно быть ниже 70 мм рт. ст. В случае низкого уровня ДАД (< 60 мм рт. ст.), особенно при сохранении высокого уровня САД, отмечено ухудшение прогноза у пожилых пациентов. Чрезмерное снижение АД может усугубить почечную дисфункцию, перфузию в сосудистых бассейнах с выраженными атеросклеротическими изменениям [34, 35].

Таким образом, при выборе тактики лечения пожилого пациента, необходимо обследовать его на наличие старческой астении и других гериатрических синдромов. При лечении артериальной гипертензии у пожилых используются те же основные группы лекарственных препаратов, что и в более молодом возрасте. Крепким пожилым до 80 лет рекомендуется достижение целевого САД <140 мм рт. ст., а при условии хорошей переносимости, возможно, до <130 мм рт. ст., но не менее 120 мм рт. ст. и ДАД не менее 70 мм рт. ст. На старте лечения и в течение всего наблюдения необходимо контролировать наличие ортостатических состояний, для своевременной коррекции лечения. Антигипертензивная терапия не должна быть агрессивной, а снижение давления должно проводиться с учётом физического и психического состояния пациента. Для хрупких пожилых старше 80 лет оптимальным диапазоном рекомендовано САД 140–150 мм рт. ст., что не исключает индивидуального подхода в целевом уровне. Для гериатрического больного старше 80 лет важно не столько достижение целевого уровня АД, сколько сохранение качества жизни: предотвращение мышечной слабо-

сти, риска падений и переломов, прогрессирующая саркопения и депрессии, снижения скорости ходьбы и когнитивных функций, сохранение автономности.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Баланова Ю.А., Драпкина О.М., Куценко В.А., Имаева А.Э., Концевая М.В., Максимов С.А., и др. Артериальная гипертония в российской популяции в период пандемии COVID-19: гендерные различия в распространённости, лечении и его эффективности. Данные исследования ЭССЕ-РФ3. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2023;22(8S):3785.
Balanova Yu.A., Drapkina O.M., Kutsenko V.A., Imaeva A.E., Kontsevaya A.V., Maksimov S.A., et al. Hypertension in the Russian population during the COVID-19 pandemic: sex differences in prevalence, treatment and its effectiveness. Data from the ESSE-RF3 study. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2023;22(8S):3785. (In Russ.)
DOI: 10.15829/1728-8800-2023-3785
2. Цыганкова О.В., Трошина М.С., Латынцева Л.Д. Особенности лечения артериальной гипертонии у пожилых пациентов в 2019 году. Об общеизвестном, дискутабельном и неожиданном. *Российский журнал гериатрической медицины*. 2020;(1):64-73.
Tsygankova O.V., Troshina M.S., Latyntseva L.D. Hypertension treatment in elderly patients in 2019: well-known, hot-tops and surprises. *Russian Journal of Geriatric Medicine*. 2020;(1):64-73. (In Russ.)
DOI: 10.37586/2686-8636-1-2020-64-73
3. Котовская Ю.В., Кобалава Ж.Д. Особенности артериальной гипертонии в старческом возрасте. *Consilium Medicum*. 2004;12:888-892.
Kotovskaya Yu.V., Kobalava Z.D. Osobennosti arterial'noy gipertonii v starcheskom vozraste. *Consilium Medicum*. 2004;6(12):888-892. (In Russ.)
eLIBRARY ID: 26592426 EDN: WJXZCD
4. Ткачева О.Н., Рунихина Н.К., Котовская Ю.В., Шарашкина Н.В., Остапенко В.С. Лечение артериальной гипертонии у пациентов 80 лет и старше и пациентов со старческой астенией. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2017;16(1):8-21.
Tkacheva O.N., Runikhina N.K., Kotovskaya Yu.V., Sharashkina N.V., Ostapenko V.S. Arterial hypertension management in patients aged older than 80 years and patients with the senile asthenia. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2017;16(1):8-21. (In Russ.)
DOI: 10.15829/1728-8800-2017-1-8-21
5. Буранова Д., Хасанова Х., Акбарова Г., Мухаммаджанова М. Методы коррекции артериальной гипертонии у пациентов пожилого возраста. *Профилактическая медицина и здоровье*. 2022;1(1):14-29.
Buranova D., Khazanova Kh., Akbarova G., Mukhammadzhanova M. Arterial hypertension: methods of correction in elderly patients. *Profilakticheskaya medicina i zdorov'e*. 2022;1(1):14-29. (In Russ.)
eLIBRARY ID: 59538498 EDN: YGZKTU
6. Филимонова Л.А., Яскевич Р.А., Давыдов Е.Л. Вопросы формирования и течения артериальной гипертонии в пожилом и старческом возрасте. *Современные проблемы науки и образования*. 2016;(6):14.
Filimonova L.A., Yaskovich R.A., Davydov E.L. The issues of formation of arterial hypertension in elderly and senile age. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*. 2016;(6):14. (In Russ.)
eLIBRARY ID: 27694707 EDN: XIBDAJ
7. Rutan GH, Hermanson B, Bild DE, Kittner SJ, LaBaw F, Tell GS. Orthostatic hypotension in older adults. The Cardiovascular Health Study. CHS Collaborative Research Group. *Hypertension*. 1992;19(6 Pt 1):508-519.
DOI: 10.1161/01.hyp.19.6.508
8. Остроумова О.Д., Черняева М.С., Морозов А.П. Целевые уровни артериального давления у пациентов с артериальной гипертонией и синдромом старческой астении. *Системные гипертензии*. 2019;16(4):52-60.
Ostroumova O.D., Cherniaeva M.S., Morozov A.P. Target blood pressure levels in patients with arterial hypertension and frailty. *Systemic Hypertension*. 2019;16(4):52-60. (In Russ.)
DOI: 10.26442/2075082X.2019.4.190577
9. Diehr P, Williamson J, Burke GL, Psaty BM. The aging and dying processes and the health of older adults. *J Clin Epidemiol*. 2002;55(3):269-278.
DOI: 10.1016/s0895-4356(01)00462-0
10. van Bommel T, Holman ER, Gussekloo J, Blauw GJ, Bax JJ, Westendorp RG. Low blood pressure in the very old, a consequence of imminent heart failure: the Leiden 85-plus Study. *J Hum Hypertens*. 2009;23(1):27-32.
DOI: 10.1038/jhh.2008.79
11. Преображенский Д.В. Артериальная гипертония у пожилых: особенности патогенеза и лечения. *Клиническая геронтология*. 2006;12(10):3-13.
Preobrazhensky D.V. Arterial hypertension of aged: pathogenesis peculiarities and treatment. *Clinical gerontology*. 2006;12(10):3-13. (In Russ.)
eLIBRARY ID: 11642901 EDN: JUUIGV
12. Psaty BM, Smith NL, Siscovick DS, Koepsell TD, Weiss NS, Heckbert SR, et al. Health outcomes associated with antihypertensive therapies used as first-line agents. A systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 1997;277(9):739-745.
PMID: 9042847.
13. Недогода С.В. Диуретики при артериальной гипертонии в свете новых клинических рекомендаций и мета-анализов. *Российский кардиологический журнал*. 2021;26(3):4327.
Nedogoda S.V. Diuretics for hypertension from the perspective of novel clinical guidelines and meta-analyses. *Russian Journal of Cardiology*. 2021;26(3):4327. (In Russ.)
DOI: 10.15829/1560-4071-2021-4327
14. Грачев В.Г., Веденская С.С., Смоленская О.Г. Лечение артериальной гипертонии у пациентов пожилого возраста: проблемы и возможности. *Эффективная фармакотерапия*. 2023;19(5):44-49.
Grachev V.G., Vedenskaya S.S., Smolenskaya O.G. Treatment of Arterial Hypertension in Elderly Patients: Problems and Opportunities. *Ehffektivnaya farmakoterapiya*. 2023;19(5):44-49. (In Russ.)
DOI 10.33978/2307-3586-2023-19-5-44-49
15. Исследование HYVET – важнейшее клиническое исследование 2008 г в рейтинге Общества Клинических Исследований и Американской Ассоциации Сердца. *Клиническая фармакология и терапия*. 2009;8(3):84-85.
Issledovanie HYVET – vazhneyshee klinicheskoe issledovanie 2008 g v rejtinge Obshchestva Klinicheskikh Issledovaniy i Amerikanskoj Assotsiacii Serdca. *Klinicheskaya farmakologiya i terapiya*. 2009;8(3):84-85. (In Russ.)
eLIBRARY ID: 23454834 EDN: TTGUZZ

16. Давыдов Е.Л., Яскевич Р.А. Фармакоэпидемиологический анализ антигипертензивной терапии у лиц старших возрастных групп с синдромом старческой астении. *Терапевтический архив*. 2022;94(12):1381-1386. DOI: 10.26442/00403660.2022.12.201982
17. Остроумова О.Д., Парфенов В.А., Остроумова Т.М., Яхно Н.Н., Чазова И.Е., Боголепова А.Н., и др. Консенсус экспертов. Влияние антигипертензивной терапии на когнитивные функции. *Системные гипертензии*. 2021;18(1):5-12. DOI: 10.26442/2075082X.2021.1.200575
18. Остроумова О.Д., Телкова С.С., Дзамихов К.К., Кочетков А.И., Баронов С.А. Артериальная гипертензия и когнитивные нарушения у пациентов пожилого и старческого возраста: основные подходы к ведению больных. *Фарматека*. 2024;(1):52-61. DOI: 10.18565/pharmateca.2024.1.52-61
19. Карпов Ю.А. Блокаторы кальциевых каналов при артериальной гипертензии и коморбидных состояниях. *Атмосфера. Новости кардиологии*. 2020;(1):30-37. eLIBRARY ID: 43796118 EDN: PTUQED
20. Борджи К. Лерканидипин при артериальной гипертензии. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2009;8(7):121-129. eLIBRARY ID: 12998922 EDN: KYLVJT
21. Marteil N, Lopez-Eady MD, Castro P, Mortonedea E, Luque M. Modifications of the pulse pressure in elderly hypertensives treated with lercanidipine. *J Hypertens*. 2004;22:S121.
22. Roma J, Sobrino J, Soler-Amigo J. Treatment with lercanidipine during six months in hypertensive elderly patients (more than sixty years). *J Hypertens*. 2004;20(Suppl 4):S391.
23. Бубнова М.Г. Оптимизация терапии кардиологического пациента в клинической практике: доказанные органопротективные и профилактические эффекты питевастатина и лерканидипина. *КардиоСоматика*. 2022;13(1):31-42. DOI: 10.17816/22217185.2022.1.201750
24. Недогода С.В. Возможности фелодипина в лечении артериальной гипертензии. *РМЖ*. 2008;16(21):1416-1418. eLIBRARY ID: 22935009 EDN: ТНХВНН
25. Захарова А.С. Артериальная гипертензия у лиц старших возрастных групп: Роль синдрома старческой астении. *Современные проблемы науки и образования*. 2020;(5):148. DOI: 10.17513/spno.30202
26. Wilhelm-Leen ER, Hall YN, K Tamura M, Chertow GM. Frailty and chronic kidney disease: the Third National Health and Nutrition Evaluation Survey. *Am J Med*. 2009;122(7):664-71.e2. DOI: 10.1016/j.amjmed.2009.01.026
27. Ozturk S, Cetin DG, Cetin M, Yilmaz MD, Ozler TE, Cebeci E, et al. Prevalence and Associates of Frailty Status in Different Stages of Chronic Kidney Disease: A Cross-Sectional Study. *J Nutr Health Aging*. 2022;26(9):889-895. DOI: 10.1007/s12603-022-1839-z
28. Руденко Т.Е., Бобкова И.Н., Камышова Е.С., Ставровская Е.В. Старческая астения и хроническая болезнь почек – реальная проблема современной нефрологии. *Терапевтический архив*. 2023;95(6):516-520. DOI: 10.26442/00403660.2023.06.202270
29. Ткачева О.Н., Котовская Ю.В., Рунихина Н.К., Фролова Е.В., Остапенко В.С., Шарашкина Н.В., и др. Артериальная гипертензия и антигипертензивная терапия у пациентов старших возрастных групп. Согласованное мнение экспертов Российской ассоциации геронтологов и гериатров, Антигипертензивной Лиги, Национального общества профилактической кардиологии. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. 2021;17(4):642-661. DOI: 10.20996/1819-6446-2021-07-01
30. Rivasi G, Tortù V, D'Andria MF, Turrin G, Ceolin L, Rafanelli M, et al. Hypertension management in frail older adults: a gap in evidence. *J Hypertens*. 2021;39(3):400-407. DOI: 10.1097/HJH.0000000000002685
31. Yamamoto K. Current issues in frailty and hypertension management. *Hypertens Res*. 2023;46(8):1917-1922. DOI: 10.1038/s41440-023-01310-1
32. Котовская Ю.В. Пожилой пациент с артериальной гипертензией: фокус на индивидуализацию терапии. *Терапия*. 2022;8(9):145-151. DOI: 10.18565/therapy.2022.9.145-151
33. Streit S, Poortvliet RKE, Gussekloo J. Lower blood pressure during antihypertensive treatment is associated with higher all-cause mortality and accelerated cognitive decline in the oldest-old. Data from the Leiden 85-plus Study. *Age Ageing*. 2018;47(4):545-550. DOI: 10.1093/ageing/afy072
34. Sabayan B, Oleksik AM, Maier AB, van Buchem MA, Poortvliet RK, de Ruijter W, et al. High blood pressure and resilience to physical and cognitive decline in the oldest old: the Leiden 85-plus Study. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(11):2014-2019. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2012.04203.x
35. Ткачева О.Н., Рунихина Н.К., Котовская Ю.В., Шарашкина Н.В., Остапенко В.С. Лечение артериальной гипертензии у пациентов 80 лет и старше и пациентов со старческой астенией. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2017;16(1):8-21. DOI: 10.15829/1728-8800-2017-1-8-21

Информация об авторах

Кечеджиева Светлана Геннадьевна, к. м. н., доцент, заведующая кафедрой гериатрии, медико-социальной экспертизы с курсом общей врачебной практики (семейной медицины) ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь, Россия; ORCID: 0000-0002-1292-4054; k_svetlana56@mail.ru.

Солгалова Светлана Александровна, к. м. н., доцент, доцент кафедры гериатрии, медико-социальной экспертизы с курсом общей врачебной практики (семейной медицины) ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь, Россия; ORCID: 0000-0001-7465-7055; svetlanassa@mail.ru.

Васильева Вера Алексеевна, ассистент кафедры гериатрии, медико-социальной экспертизы с курсом общей врачебной практики (семейной медицины) ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь, Россия; vasileva-v-a@bk.ru.

Захарченко Ирина Николаевна, ассистент кафедры гериатрии, медико-социальной экспертизы с курсом общей врачебной практики (семейной медицины) ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь, Россия; irishka.zahar89@mail.ru.

Байда Карина Юрьевна, к. м. н., ассистент кафедры гериатрии, медико-социальной экспертизы с курсом общей врачебной практики (семейной медицины) ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь, Россия; stavoktigon@mail.ru.

Больбат Константин Эдуардович, ассистент кафедры гериатрии, медико-социальной экспертизы с курсом общей врачебной практики (семейной медицины) ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь, Россия; bolbat.stav@mail.ru.

Information about the authors

Svetlana G. Kechedzhieva, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Head of the Department of Geriatrics, Medical and Social Expertise with a Course of General Medical Practice (family medicine), Stavropol State Medical University, Stavropol, Russia; ORCID: 0000-0002-1292-4054; k_svetlana56@mail.ru.

Svetlana A. Solgalova, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Associate Professor of the Department of Geriatrics, Medical and Social Expertise with a Course of General Medical Practice (family medicine), Stavropol State Medical University, Stavropol, Russia; ORCID: 0000-0001-7465-7055; svetlanassa@mail.ru.

Vera A. Vasileva, Assistant of the Department of Geriatrics, Medical and Social Expertise with a Course of General Medical Practice (family medicine), Stavropol State Medical University, Stavropol, Russia; vasileva-v-a@bk.ru.

Irina N. Zakharchenko, Assistant of the Department of Geriatrics, Medical and Social Expertise with a Course of General Medical Practice (family medicine), Stavropol State Medical University, Stavropol, Russia; irishka.zahar89@mail.ru.

Karina Yu. Baida, Cand. Sci. (Med.), Assistant of the Department of Geriatrics, Medical and Social Expertise with a Course of General Medical Practice (family medicine), Stavropol State Medical University, Stavropol, Russia; stavoktigon@mail.ru.

Konstantin E. Bolbat, Assistant of the Department of Geriatrics, Medical and Social Expertise with a Course of General Medical Practice (family medicine), Stavropol State Medical University, Stavropol, Russia; bolbat.stav@mail.ru.

Получено / Received: 22.01.2026

Принято к печати / Accepted: 23.02.2026