

ОСОБЛИВОСТІ ДОБОВОГО МОНІТОРИНГУ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ПРИ РІЗНИХ ПРОФІЛЯХ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЕДНЬОГО ТА ПОХИЛОГО ВІКУ

Пасько В. С. <https://orcid.org/0000-0002-4124-3100>

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, Київ, Україна

victoriapasko@ukr.net

Актуальність. Недостатнє нічне зниження артеріального тиску (АТ) й нічна гіпертонія асоціюються зі збільшенням ризику смерті незалежно від рівня середньодобового АТ. Через що вивчення добових профілів АТ у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) різних вікових категорій з огляду на високий ризик тромботичних ускладнень є вельми актуальним.

Ціль: визначення особливостей показників добового моніторингу артеріального тиску (ДМАТ) в хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) II стадії середнього та похилого віку при різних профілях АТ.

Матеріали та методи. Показники ДМАТ визначені у 125 пацієнтів, яких розділили на 2 групи. 1 група (n=82) – пацієнти з ГХ середнього віку (45-59 років); 2 група (n=43) – пацієнти з ГХ похилого віку (60-74 роки). В групах обстежених середнього і похилого віку виділяли 2 групи добового профілю АТ: “dipper” і “non-dipper”.

ДМАТ проводили за допомогою портативного реєстратора АВРМ-04 (Meditech, Угорщина). АТ вимірювали кожні 15 хвилин вдень (з 6 до 22 години) та через кожні 30 хвилин вночі (з 22 до 6 години). Визначали середньодобові систолічний АТ (САТ), діастолічний АТ (ДАТ) і середній АТ; максимальні САТ і ДАТ протягом доби. Також розраховували добовий індекс (ДІ) – процент зниження нічного АТ у порівнянні із денним, обчислювали у % ДІ САТ, ДІ ДАТ, ДІ середнього АТ.

Результати. Вихідний рівень АТ за величиною середньодобового САТ та ДАТ у хворих середнього віку групи dipper був значуще вищий на 49,6% і відповідав $155,9 \pm 12,0$ мм рт. ст. ($p < 0,001$) та 50,4% і був $97,3 \pm 6,1$ мм рт. ст. ($p < 0,01$). Аналогічні результати відмічаються у показників середнього АТ і максимального САТ та ДАТ, які були значуще більші за контрольну групу на 21,5% ($p < 0,05$) і дорівнював $110,0 \pm 3,6$ мм рт. ст. і 21,3% і склав $176,3 \pm 23,5$ мм рт. ст. ($p < 0,05$) та 23,6% і становив $117,0 \pm 19,2$ мм рт. ст. ($p < 0,05$). Вихідний рівень АТ за величиною середньодобового і максимального САТ, середньодобового ДАТ і середнього АТ у хворих групи non-dipper також був значуще вищий на 50,8% ($p < 0,01$) і відповідав значенню $157,1 \pm 12,9$ мм рт. ст. і 27,4% і дорівнював $176,9 \pm 24,0$ мм рт. ст. ($p < 0,05$), 63,8% і склав $106,0 \pm 1,0$ мм рт. ст. ($p < 0,05$) і 44% і становив $124,3 \pm 6,8$ мм рт. ст. ($p < 0,05$). В обстежених хворих похилого віку тільки середньодобовий рівень ДАТ значуще відрізнявся від відповідного показника контролю і був нижчим на 21,4% ($p < 0,05$) і склав $91,5 \pm 0,7$ мм рт. ст. у групі dipper і на 23,1% ($p < 0,01$) і становив $93,5 \pm 0,7$ мм рт. ст. у групі non-dipper.

Висновки. У хворих похилого віку на ГХ II стадії в структурі добового ритму АТ переважає група non-dipper (62,8% проти 37,2%). У хворих похилого віку групи non-dipper середній АТ на 11,1% ($p < 0,05$) є меншим щодо хворих середнього віку.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, гіпертонічна хвороба, артеріальний тиск, добовий моніторинг артеріального тиску, добовий профіль артеріального тиску.

Актуальність. Взаємозв'язок недостатнього зниження АТ й розвитку ускладнень чітко продемонстрований для літніх хворих, зокрема із цукровим діабетом, у яких порушення двофазного ритму АТ відбиває дисфункцію автономної нервової системи [3, 8]. У дослідженні Syst-Eur кожні 10% збільшення відношення

рівня нічного до денного АТ супроводжувалися збільшенням ризику розвитку всіх кінцевих точок на 41%; а відносний ризик смерті при наявності інвертованого добового ритму АТ більш, ніж в 20 разів вищий, ніж у пацієнтів групи dipper. Недостатнє нічне зниження АТ й нічна гіпертонія асоціюються зі збільшенням

ризик смерті незалежно від рівня середньодобового АТ [2, 4, 5, 6, 9, 11, 12]. Через що вивчення добових профілів АТ у хворих на АГ різних вікових категорій з огляду на високий ризик тромботичних ускладнень є вельми актуальним.

Пацієнти з типом добового профілю non-dipper мають втричі вищий ризик атеросклеротичних подій, ніж dipper: підвищеної активності тромбоцитів та запальної відповіді [2, 4, 5, 6, 9, 11, 12].

Ціль: визначення особливостей показників ДМАТ в хворих на ГХ II стадії середнього та похилого віку при різних профілях АТ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Показники ДМАТ були визначені у 125 пацієнтів, яких розділили на 2 групи. 1 група (n=82) – пацієнти з ГХ середнього віку (45-59 років); 2 група (n=43) – пацієнти з ГХ похилого віку (60-74 роки). Пацієнти з ГХ 1-ї та 2-ї груп знаходились на стаціонарному двохтижневому лікуванні з приводу ГХ II стадії. Крім того, в групах обстежених середнього і похилого віку виділяли 2 групи добового профілю АТ: “dipper” – при достатньому зниженні АТ вночі (ДІ – 10-20 %); “non-dipper” – при недостатньому зниженні АТ в нічний час (ДІ – 0-10 %) [1, 10]. Контрольну групу склали по 15 хворих для кожної з обстежених категорій, співставимих з основними за віком та статтю. До контрольної групи були залучені хворі без АГ, які знаходились на стаціонарному лікуванні з діагнозами хронічного гастриту, дуоденіту, холециститу, атеросклеротичного кардіосклерозу зі стенокардією напруги ФК не вище I, без порушень серцевого ритму і недостатності кровообігу не вище II А стадії за Стражеском М.Д. – Василенком В.Х.

Діагноз та стадію ГХ встановлювали згідно з критеріями ВООЗ та Міжнародного товариства гіпертензій (2013). Для участі в дослідженні не залучали хворих із значними порушеннями серцевого ритму, стабільною стенокардією напруги понад I ФК, недостатністю кровообігу понад II А стадії за Стражеском-Василенком. Не включались також хворі із симптоматични-

ми АГ, а також пацієнти з ожирінням понад 2 ступеня.

Показники ДМАТ визначали за допомогою портативного реєстратора АВРМ-04 (Meditech, Угорщина), відповідно до стандартного протоколу. Вимірювання АТ та окремих інших показників здійснювали кожні 15 хвилин у період денної активності (з 6 до 22 години) та через кожні 30 хвилин у період нічного сну (з 22 до 6 години). Початкове вимірювання показників АТ проводили на обох руках пацієнта і подальшу реєстрацію здійснювали на руці з більшими вихідними значеннями тиску. Визначали і аналізували такі показники: середньодобовий САТ (мм рт. ст.), середньодобовий ДАТ (мм рт. ст.), середній АТ (мм рт. ст.), максимальний САТ протягом доби (мм рт. ст.), максимальний ДАТ протягом доби (мм рт. ст.). Також розраховували ДІ – процент зниження нічного АТ у порівнянні із денним, а саме: обчислювали ДІ САТ (%), ДІ ДАТ (%), ДІ середнього АТ (%).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При проведенні аналізу показників ДМАТ нами виявлені відмінності ступеню нічного зниження АТ у хворих на ГХ середнього віку (табл. 1). При аналізі даних показників виявлено, що вихідний рівень АТ за величиною середньодобового САТ та ДАТ у хворих групи dipper був значуще вищий на 49,6% і відповідав $155,9 \pm 12,0$ мм рт. ст. ($p < 0,001$) та 50,4% і був $97,3 \pm 6,1$ мм рт. ст. ($p < 0,01$).

Аналогічні результати відмічаються у показників середнього АТ і максимального САТ та ДАТ, які були значуще більші за контрольну групу на 21,5% ($p < 0,05$) і дорівнював $110,0 \pm 3,6$ мм рт. ст. і 21,3% і склав $176,3 \pm 23,5$ мм рт. ст. ($p < 0,05$) та 23,6% і становив $117,0 \pm 19,2$ мм рт. ст. ($p < 0,05$).

Вихідний рівень АТ за величиною середньодобового і максимального САТ, середньодобового ДАТ і середнього АТ у хворих групи non-dipper також був значуще вищий на 50,8% ($p < 0,01$) і відповідав значенню $157,1 \pm 12,9$ мм рт. ст. і 27,4% і дорівнював $176,9 \pm 24,0$ мм рт. ст. ($p < 0,05$), 63,8% і склав $106,0 \pm 1,0$ мм рт. ст. ($p < 0,05$) і 44% і становив $124,3 \pm 6,8$ мм рт. ст. ($p < 0,05$).

Таблиця 1

**Показники ДМАТ залежно від добового ритму АТ (dipper, non-dipper) у хворих на ГХ
середнього віку та контролю (M±σ)**

Показники	Розподіл обстежених групами			P
	Група Dipper (n=44)	Група non-dipper (n=40)	Контроль (n=15)	
Середньодобовий САТ (мм рт. ст.)	155,9±12,0	157,1±12,9	104,2±3,1	P1 > 0,05 P2 < 0,001 P3 < 0,01
Середньодобовий ДАТ (мм рт. ст.)	97,3±6,1	106,0±1,0	64,7±3,7	P1 > 0,05 P2 < 0,01 P3 < 0,001
Середній АТ (мм рт. ст.)	110,0±3,6	124,3±6,8	86,4±7,5	P1 > 0,05 P2 < 0,05 P3 < 0,05
Максимальний САТ (мм рт. ст.)	176,3±23,5	176,9±24,0	138,8±8,3	P1 > 0,05 P2 < 0,05 P3 < 0,05
Максимальний ДАТ (мм рт. ст.)	117,0±19,2	113,8±23,3	89,4±9,7	P1 > 0,05 P2 < 0,05 P3 > 0,05
Середня ЧСС (/хв.)	66,5±7,3	64,2±9,8	70,7±1,9	P1 > 0,05 P2 < 0,05 P3 > 0,05
ДІ САТ (%)	14,7±4,3	3,04±5,0	10,8±7,0	P1 < 0,001 P2 > 0,05 P3 < 0,05
ДІ ДАТ (%)	18,8±5,1	7,5±6,5	16,8±10,4	P1 < 0,001 P2 > 0,05 P3 > 0,05
ДІ середнього АТ (%)	17,1±4,5	5,4±5,7	14,2±8,7	P1 < 0,001 P2 > 0,05 P3 > 0,05

Примітки: P1 – статистична значущість різниці між хворими групи dipper та non-dipper,
P2 – статистична значущість різниці між обстеженими групи dipper та контролем,
P3 – статистична значущість різниці між обстеженими групи non-dipper та контролем.

Виразні зміни у хворих групи non-dipper порівняно з dipper відмічались з боку показника ДІ САТ, ДІ ДАТ та ДІ середнього АТ, які були значуще нижчими на 79,3% ($p < 0,001$) і склав $3,04 \pm 5,0\%$, на 60,1% ($p < 0,001$) і відповідав значенню $7,5 \pm 6,5\%$ та на 68,4% ($p < 0,001$) і дорівнював $5,4 \pm 5,7\%$.

В залежності від співвідношень даних добового ритму АТ (dipper і non-dipper) у хво-

рих похилого віку визначили особливості основних показників ДМАТ (табл. 2). В обстежених хворих похилого віку тільки середньодобовий рівень ДАТ значуще відрізнявся від відповідного показника контролю і був нижчим на 21,4% ($p < 0,05$) і склав $91,5 \pm 0,7$ мм рт. ст. у групи dipper та на 23,1% ($p < 0,01$) і становив $93,5 \pm 0,7$ мм рт. ст. у групи non-dipper.

Таблиця 2

Показники ДМАТ залежно від добового ритму АТ (dipper, non-dipper) у хворих на ГХ похилого віку та контролю ($M \pm \sigma$)

Показники	Розподіл обстежених групами			Р
	Група Dipper (n=18)	Група non-dipper (n=27)	Контроль (n=15)	
Середньодобовий САТ (мм рт. ст.)	141,5±2,1	159,5±12,0	115,5±8,0	P1>0,05 P2>0,05 P3<0,05
Середньодобовий ДАТ (мм рт. ст.)	91,5±0,7	93,5±0,7	71,9±8,6	P1>0,05 P2 < 0,05 P3 < 0,01
Середній АТ (мм рт. ст.)	96,0±0	110,5±12,0	86,4±7,5	P1>0,05 P2>0,05 P3>0,05
Максимальний САТ (мм рт. ст.)	166,1±17,7	170,7±30,0	146,5±8,6	P1>0,05 P2>0,05 P3>0,05
Максимальний ДАТ (мм рт. ст.)	103,5±15,6	99,1±20,2	93,3±7,4	P1>0,05 P2>0,05 P3>0,05
Середня ЧСС (/хв.)	60,8±7,5	64,2±10,2	68,9±18,4	P1>0,05 P2>0,05 P3>0,05
ДІ САТ (%)	13,8±2,6	5,7±3,7	10,8±7,0	P1 < 0,001 P2 > 0,05 P3 > 0,05
ДІ ДАТ (%)	19,4±3,9	10,5±6,5	16,8±10,4	P1 < 0,01 P2 > 0,05 P3 > 0,05
ДІ середнього АТ (%)	15,8±4,3	8,2±5,0	14,2±8,7	P1 < 0,01 P2 > 0,05 P3 > 0,05

Примітки: P1 – статистична значущість різниці між хворими групи dipper та non-dipper,

P2 – статистична значущість різниці між обстеженими групи dipper та контролем,

P3 – статистична значущість різниці між обстеженими групи non-dipper та контролем.

Добовий профіль АТ у хворих на ГХ II стадії середнього віку характеризувався співвідношенням типів dipper і non-dipper 53,7% і 46,3% (табл. 3). У хворих на ГХ похилого віку ці співвідношення були 37,2% проти 62,8%. Це свідчить про переваження в структурі добового ритму АТ хворих похилого віку групи non-dipper порівняно з хворими середнього віку [7]. Таким чином, у 62,8% хворих похилого віку

та у 46,3% хворих середнього віку визначалося порушення циркадного профілю АТ протягом доби.

При порівнянні показників ДМАТ у хворих середнього та похилого віку групи non-dipper слід підкреслити, що між двома групами спостерігались зміни АТ, зокрема, у хворих старшого віку зменшується АТ, а саме середній на 11,1% ($p<0,05$) значуще до хворих середнього віку.

Таблиця 3

Порівняння показників ДМАТ у хворих різних вікових груп (М±σ)

Показники	Розподіл обстежених групами				P
	Група dipper		Група non-dipper		
	1 група (n=44)	2 група (n=18)	1 група (n=40)	2 група (n=27)	
Середньодобовий САТ (мм рт. ст.)	155,9±12,0	141,5±2,1	157,1±12,9	159,5±12,0	P1>0,05 P2>0,05
Середньодобовий ДАТ (мм рт. ст.)	97,3±6,1	91,5±0,7	106,0±1,0	93,5±0,7	P1>0,05 P2>0,05
Середній АТ (мм рт. ст.)	110,0±3,6	96,0±0,1	124,3±6,8	110,5±12,0	P1 > 0,05 P2 < 0,05
Максимальний САТ (мм рт. ст.)	176,3±23,5	166,1±17,7	176,9±24,0	170,7±29,7	P1>0,05 P2>0,05
Максимальний ДАТ (мм рт. ст.)	117,0±19,2	103,5±15,6	113,8±23,3	99,1±20,2	P1 < 0,05 P2 > 0,05
Середня ЧСС (/хв.)	66,5±7,3	60,8±7,5	64,2±9,8	64,2±10,2	P1 < 0,05 P2 > 0,05
ДІ САТ (%)	14,7±4,3	13,8±2,6	3,0±0,5	5,7±3,7	P1>0,05 P2>0,05
ДІ ДАТ (%)	18,8±5,1	19,4±3,9	7,5±6,5	10,5±6,5	P1>0,05 P2>0,05
ДІ середнього АТ (%)	17,1±4,5	15,8±4,3	5,4±5,7	8,2±5,0	P1>0,05 P2>0,05

Примітки: P1 – статистична значущість різниці між хворими 1 та 2 групи dipper,
P2 – статистична значущість різниці між хворими 1 та 2 групи non-dipper.

ВИСНОВКИ

У хворих похилого віку на ГХ II стадії в структурі добового ритму АТ переважає група non-dipper (62,8% проти 37,2%). У хворих похилого віку групи non-dipper середній АТ на 11,1% (p<0,05) є меншим щодо хворих середнього віку.

REFERENCES

1. Araújo S., Rouxinol-Dias A., Mesquita-Bastos J., Silva J., Barbosa L., Polónia J. Ambulatory blood pressure monitoring profiles in a cross-sectional analysis of a large database of normotensive and true or suspected hypertensive patients. *Rev Port Cardiol (Engl Ed)*. 2018;37(4):319-327. DOI: 10.1016/j.repc.2017.07.009.
2. Boos C. J., Toon L. T., Almahdi H. The relationship between ambulatory arterial stiffness, inflammation, blood pressure dipping and cardiovascular outcomes. *BMC Cardiovasc Disord*. 2021;21(1):139. DOI: 10.1186/s12872-021-01946-2.
3. Chiriaco M., Sacchetta L., Forotti G., Leonetti S., Nesti L., Taddei S., Natali A., Solini A., Tricò D. Prognostic value of 24-hour ambulatory blood pressure patterns in diabetes: A 21-year longitudinal study. *Diabetes Obes Metab*. 2022;24(11):2127-2137. DOI: 10.1111/dom.14798.
4. Fabbian F., Tonelli L., De Giorgi A., Cappadona R., Pasin M., Manfredini R. Early prognostic value of nocturnal blood pressure: a single-centre experience. *Blood Press Monit*. 2019;24(3):120-122. DOI: 10.1097/MBP.0000000000000375.

5. Gosse P, Doublet J, Gaudissard J, Boulestreau R., Cremer A. Long-term evolution of ambulatory blood pressure and cardiovascular events in hypertensive patients. *J Hum Hypertens*. 2022;36(6):517-523. DOI: 10.1038/s41371-021-00538-z.
6. Hoshida S., Tomitani N., Kario K. Maximum ambulatory daytime blood pressure and risk of stroke in individuals with higher ambulatory arterial stiffness index: the JAMP study. *Hypertens Res*. 2023;46(1):84-90. DOI: 10.1038/s41440-022-01048-2.
7. Kaul U., Omboni S., Arambam P., Rao S., Kapoor S., Swahney J. P. S., Sharma K., Nair T., Chopda M., Hiremath J., Ponde C. K., Oommen A., Srinivas B. C., Suvarna V., Jasuja S., Borges E., Verberk W. J. Blood pressure related to age: The India ABPM study. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2019;21(12):1784-1794. DOI: 10.1111/jch.13744.
8. Kim Y-S., Davis S. C. A. T., Stok W. J., van Ittersum F. J., van Lieshout J. J. Impaired nocturnal blood pressure dipping in patients with type 2 diabetes mellitus. *Hypertens Res*. 2019;42(1):59-66. DOI: 10.1038/s41440-018-0130-5.
9. Nakanishi K., Jin Z., Homma S., Elkind M. S. V., Rundek T., Schwartz J. E., Lee T. C., Tugcu A., Yoshita M., De Carli C., Wright C.B., Sacco R. L., Di Tullio M. R. Night-time systolic blood pressure and subclinical cerebrovascular disease: the Cardiovascular Abnormalities and Brain Lesions (CABL) study. *Eur Heart J Cardiovasc Imaging*. 2019;20(7):765-771. DOI: 10.1093/ehjci/jej221.
10. O'Brien E., Kario K, Staessen J. A., de la Sierra A., Ohkubo T. Patterns of ambulatory blood pressure: clinical relevance and application. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2018;20(7):1112-1115. DOI: 10.1111/jch.13277.
11. Tadic M., Cuspidi C., Celic V., Petrovic O., Pencic B., Mancia G., Grassi G., Ivanovic B. The prognostic importance of right ventricular remodeling and the circadian blood pressure pattern on the long-term cardiovascular outcome. *J Hypertens*. 2020;38(8):1525-1530. DOI: 10.1097/HJH.0000000000002432
12. Turan T., Özderya A., Sahin S., Kul S., Konuş A. H., Kara F., Uzun G., Akyüz A. R., Sayin M. R. Abnormal circadian blood pressure variation is associated with SYNTAX scores in hospitalized patients with acute coronary syndrome. *Arq Bras Cardiol*. 2022; 119 (1): 76-84. DOI: 10.36660/abc.20210546.

Article history:

Received: 09.03.2023

Revision requested: 12.03.2023

Revision received: 21.03.2023

Accepted: 25.03.2023

Published: 30.03.2023

FEATURES OF AMBULATORY BLOOD PRESSURE MONITORING WITH DIFFERENT BLOOD PRESSURE
PROFILES IN PATIENTS WITH HYPERTENSION DISEASE OF MIDDLE AND ELDERLY AGE

Pasko V.S.

*State institution of science «Research and practical center of preventive and clinical medicine» State administrative
department, Kyiv, Ukraine*

victoriapasko@ukr.net

Background. Insufficient night-time reduction of blood pressure (BP) and night hypertension are associated with an increased risk of death regardless of the average daily BP. The study of daily BP profiles is very relevant in patients with hypertension of different age categories due to the high risk of thrombotic complications.

Aim: of the study was to determine the peculiarities of ambulatory blood pressure monitoring (ABPM) indices in middle-aged and elderly hypertensive patients depending on the daily BP profile.

Materials and methods. ABPM indicators were determined in 125 patients who were divided into 2 groups. 1st group (n=82) – middle-aged hypertensive patients (45-59 years old); 2nd group (n=43) – elderly hypertensive patients (60-74 years old). In the groups of middle-aged and elderly subjects 2 groups of daily BP profiles were distinguished: «dipper» and «non-dipper».

Indices of ABPM were determined using a portable recorder ABPM-04 (company «Meditech», Hungary). Measurements of BP were performed every 15 minutes during the day (from 6 to 22 hours) and every 30 minutes at night (from 22 to 6 hours). We determined the following indices: the average daily systolic BP (SBP) (mm Hg), the average daily diastolic BP (DBP) (mm Hg), the average BP (mm Hg); the maximal daily SBP (mm Hg), the maximal daily DBP (mm Hg). The daily index (DI) was also calculated – the percentage of BP decrease at night compared to daytime BP calculated in % DI of SBP, DI of DBP, DI of average BP.

Results. The baseline BP level in the average daily SBP and DBP in middle-aged patients of dipper group was significantly higher by 49,6% and corresponded to $155,9 \pm 12,0$ mm Hg ($p < 0,001$) and 50,4% and was $97,3 \pm 6,1$ mm Hg ($p < 0,01$). Similar results are observed in the average BP and the maximal daily SBP and the maximal daily DBP values which were significantly higher than the control group by 21,5% ($p < 0,05$) and equaled $110,0 \pm 3,6$ mm Hg and 21,3% and amounted to $176,3 \pm 23,5$ mm Hg ($p < 0,05$) and 23,6% and amounted to $117,0 \pm 19,2$ mm Hg ($p < 0,05$). The baseline BP level in the average daily and maximal SBP, the average daily DBP and the average BP in patients of non-dipper group was significantly higher by 50,8% ($p < 0,01$) and corresponded to $157,1 \pm 12,9$ mm Hg and 27,4% and equal to $176,9 \pm 24,0$ mm Hg ($p < 0,05$), 63,8% and amounted to $106,0 \pm 1,0$ mm Hg ($p < 0,05$) and 44% and was $124,3 \pm 6,8$ mm Hg ($p < 0,05$) too. In the surveyed elderly patients only the average daily DBP was significantly different from the corresponding control indicator and was lower by 21,4% ($p < 0,05$) and amounted to $91,5 \pm 0,7$ mm Hg in dipper and 23,1% ($p < 0,01$) and was $93,5 \pm 0,7$ mm Hg in non-dipper group.

Conclusion. Non-dipper group predominates in the structure of daily BP rhythm in elderly hypertensive patients (62,8% versus 37,2%). The average BP decreases in elderly patients of non-dipper group by 11,1% ($p < 0,05$) reliably to patients of middle age.

Key words: arterial hypertension, essential hypertension, blood pressure, ambulatory blood pressure monitoring, daily blood pressure profile.