

ARTERIAL HYPERTENSION OF ELDERLY PEOPLE, NURSING CARE

Babadzhanova Zamira Hikmatovna,
Bukhara State Medical Institute, Uzbekistan

Khotamova Raikhon Sulaimanovna
Bukhara State Medical Institute, Uzbekistan

ABSTRACT

The article presents the causes, general principles of diagnosis, preventive measures and medical treatment of arterial hypertension in elderly people. Current features of nursing elderly people who have this disease are being discussed.

Keywords: arterial hypertension of elderly people, clinical and diagnosis actions, treatment, nursing care.

В статье изложены причины, общие принципы диагностики, профилактики и лечения артериальной гипертензии у пожилых. Обсуждаются особенности сестринского ухода за пожилыми больными при этом заболевании.

Ключевые слова: артериальная гипертензия у пожилых, клинико-диагностические мероприятия, лечение, сестринский уход.

Артериальная гипертензия (АГ) — наиболее распространенное хроническое заболевание, характеризующееся устойчивым повышением систолического (более 140 мм рт. ст.) и/или диастолического (более 90 мм рт. ст.) артериального давления. Ее выявляют приблизительно у 30% населения планеты и значительно чаще — у 60–70% пожилых и старых людей. Высокое артериальное давление (АД) является основным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний и их летальных осложнений, причем ведущая роль в причинах смертности населения принадлежит повышенному систолическому АД.

В пожилом и старческом возрасте выделяют два вида АГ: 1) первичную (гипертоническая болезнь) и вторичную (заболевания почек, желез внутренней секреции и др.) систоло-диастолическую, 2) изолированную систолическую (ИСГ).

Эксперты Всемирной организации здравоохранения и Международного общества по изучению АГ (1999 г.) уточнили величины оптимального, нормального и повышенного нормального АД, виды и степени тяжести АГ (табл.).

Артериальное давление	Величина АД, мм рт. ст.	
	систолическое	диастолическое
Оптимальное	Менее 120	Менее 80
Нормальное	Менее 130	Менее 85
Повышенное нормальное	130–139	85–89
АГ пограничная	140–149	90–94
АГ 1 степени	140–159	90–99
АГ 2 степени	160–179	100–109
АГ 3 степени	180 и более	110 и более
Изолированная систолическая АГ	140 и более	Менее 90

Повышение АД чаще всего диагностируют при обращении пациента к врачу или во время профилактических осмотров. Последующие измерения АД желательно проводить в привычных для больного домашних условиях самостоятельно или с помощью родственников для исключения психоэмоциональной «гипертензии белого халата», обусловленной посещением врача. Снижение повышенного АД у пожилых пациентов способствует значительному уменьшению частоты нарушений мозгового кровообращения, инфаркта миокарда и сердечной недостаточности. Регулярно измерять АД следует не реже 1 раза в год — при однократном и нестойком повышении, 1 раза в месяц — при тенденции к частому или стабильному его повышению, 2 раз в день — при ухудшении самочувствия и стабильном повышении.

Всемирная организация здравоохранения рекомендует использовать следующую методику измерения АД:

- в течение 30 мин до измерения АД воздержаться от курения, приема пищи, кофе и крепкого чая, лекарственных препаратов, способных повысить АД;
- измерять АД в положении сидя, после 5-минутного отдыха, не напрягая мышц ног и рук, без задержки дыхания во время процедуры и не разговаривая с окружающими; рука, на которой измеряют АД, должна находиться на уровне сердца;
- первое измерение АД следует проводить на обеих руках; при обнаружении разницы, равной или превышающей 10 мм рт. ст., последующие регистрации АД следует проводить на руке

с большим давлением;

- при измерении АД нагнетание воздуха в манжетку, предварительно наложенную на 2 см выше локтевого сгиба, проводят равномерно до уровня, превышающего обычное систолическое АД на 30 мм рт. ст.; последующее выпускание воздуха из манжетки осуществляется медленно;
- для регистрации тонов, по которым оценивают уровень АД, капсулу стетоскопа фиксируют в локтевой ямке; появление тонов соответствует уровню систолического, их исчезновение — уровню диастолического АД (в автоматических устройствах для измерения АД цифры высвечиваются на экране);
- рекомендуется измерить АД 2–3 раза с интервалом в 3–5 минут.

Этиология и патогенез. Возникновению и прогрессированию АГ способствуют следующие факторы:

- наследственная предрасположенность;
- возраст: мужчины старше 55 лет, женщины старше 65 лет;
- низкая физическая активность (гиподинамия);
- избыточная масса тела (ожирение);
- сахарный диабет;
- повышенное потребление поваренной соли;
- злоупотребления алкоголем;
- курение;
- хроническое психоэмоциональное перенапряжение (стрессы).

Перечисленные факторы риска в той или иной степени нарушают нейрогуморальные механизмы регуляции аппарата кровообращения, нормальное (оптимальное) соотношение сосудорасширяющих

и сосудосуживающих факторов в пользу последних и основных гемодинамических показателей с последующим повышением АД. Такой механизм развития АГ в сочетании с возрастными особенностями сердечно-сосудистой системы у пожилых наиболее характерен для гипертонической болезни (первичной АГ). Ведущими патогенетическими факторами изолированной систолической артериальной гипертензии, свойственной пожилому и старческому возрасту, является поражение (склероз) аорты и ее крупных ветвей с последующими увеличением их плотности и уменьшением эластичности, повышением нагрузки на левый желудочек сердца и систолического АД.

Клиника и диагностика. К наиболее характерным в клиническом плане особенностям АГ у пожилых и старых пациентов относят ее значительную давность, нередко скрытое (латентное) течение болезни со скудной субъективной симптоматикой. По мере прогрессирования поражений сосудов различных органов (мозга, сердца, почек, глаз) и развития их функциональной недостаточности появляются симптомы АГ. Больных беспокоит головная боль, головокружения, шум в голове, «мелькание мушек перед глазами», ухудшение зрения и сна, общая слабость, быстрая утомляемость, шаткость походки. Боли в области грудной клетки, одышка и сердцебиения при физической нагрузке нередко являются «свидетелями» возникновения атеросклероза коронарных артерий и ишемической болезни сердца.

Сочетание АГ с сопутствующими заболеваниями (цереброваскулярная болезнь, ишемическая болезнь сердца, нефропатия, атеросклероз аорты, сосудов нижних конечностей и сетчатки глаз) способствует увеличению частоты осложнений (инсульт, инфаркт миокарда, сердечная недостаточность и др.) и ухудшает прогноз.

При изолированной систолической гипертензии систолическое АД повышается, как правило, до 170–180 мм рт. ст. при нормальном диастолическом АД. По сравнению с первичной АГ субъективные проявления заболевания менее выражены и специфичны. Больных беспокоят головокружения, шум в голове, одышка и сердцебиения при физической нагрузке, плохой сон и значительно реже — головные боли.

Гипертонический криз — внезапное, значительное и транзиторное (преходящее) повышение АД в сочетании с клиническими проявлениями нарушений нервной и сердечно-сосудистой системы. Систолическое АД может повышаться до 280, диастолическое — до 160 мм рт. ст. (в случае ИСГ повышается только систолическое АД). Частыми причинами гипертонических кризов являются психоэмоциональное напряжение (стресс), повышенная метеочувствительность, неадекватное лечение АГ и внезапная отмена антигипертензивных препаратов. Для пожилых не характерно внезапное начало криза, нередко он развивается постепенно в течение нескольких часов, и его появлению предшествуют усиление головных болей, возбуждение или подавленное настроение. Кризам свойственны интенсивные головные боли давящего, распирающего, пульсирующего характера, нередко кратковременные расстройства зрения — мелькание мушек перед глазами, туман, пелена, а также головокружения, тошнота и рвота.

Появляются затрудненная речь, слабость конечностей, иногда судороги отдельных групп мышц. Дополняют клиническую картину боли в левой половине грудной клетки давящего и сжимающего характера, сердцебиение и одышка. К тяжелым осложнениям гипертонического криза относят нарушение мозгового кровообращения, кровоизлияние в сетчатку глаза с частичной или полной потерей зрения, инфаркт миокарда и отек легких. Продолжительность и интенсивность кризов разная. Неосложненное их течение характеризуется непродолжительной и полностью проходящей симптоматикой, осложненное — длительно существующими (часы, иногда сутки) и нередко усиливающимися клиническими проявлениями.

Физикальное, лабораторное и инструментальное исследования позволяют исключить вторичную (симптоматическую) АГ, выявить возможные поражения (заболевания) аорты и ее крупных ветвей, сердца, головного мозга, почек, глаз, а также определить группы риска развития сердечно-сосудистых осложнений.

Медицинской сестре следует знать и использовать в практической деятельности методы (навыки) объективного исследования, включающие измерение и оценку сердцебиения при физической нагрузке;

— общая слабость, повышенная утомляемость;

— плохой сон;

— беспокойство и тревога, обусловленные неосведомленностью пациента о заболевании;

— психологические, физические и социальные проблемы, жизни, иногда с утратой независимости.

— одышка и АД, пальпацию пульса на лучевых, сонных и бедренных артериях, определение границ и характеристику тонов сердца, выслушивание шума над сонными артериями при их сужении и в подложечной области при стенозе почечной артерии, измерение роста и массы тела. Показана консультация окулиста для осмотра глазного дна и выявления свойственной АГ ангиоретинопатии сетчатки.

В перечень обязательных исследований входят: клинический анализ крови с подсчетом тромбоцитов, определение концентрации холестерина, сахара, электролитов, креатинина в крови, общий анализ мочи, электрокардиография.

По показаниям используют УЗИ почек, внутривенную урографию, ренографию с каптоприлом (при подозрении на стеноз почечной артерии), ангиографию почек, эхокардиографию, суточное мониторирование АД.

При планировании информирует пациента и членов его семьи о сути заболевания, общих принципах его предупреждения и лечения, организации психологической, физической, социальной и экономической помощи больному со стороны родственников и мероприятиях по изменению привычного для него стиля жизни. Она призывает больного к сотрудничеству, обучает его способам ухода за личной безопасностью, укрепляет веру в безопасность и эффективность лечебных мероприятий.

Наряду с повышением АД наиболее важными диагностическими признаками собственно гипертонической болезни (первичной АГ) являются напряженный, твердый пульс, смещение границ сердца влево за счет левого желудочка, электро и эхокардиографические признаки гипертрофии левого желудочка, изменения глазного дна (ангиоретинопатия

сетчатки) при отсутствии симптомов поражения аорты и ее крупных ветвей. Последующее вовлечение в патологический процесс сердечно-сосудистой, нервной, мочевыделительной систем существенно модифицирует клинические и лабораторные проявления заболевания. Благоприятным фоном, способствующим эффективности психоэмоциональных стрессовых ситуаций путем поддержания в палате и в домашних условиях (семье) доброжелательной, доверительной и спокойной обстановки. Наряду с ограничением физической активности, достаточным отдыхом и сном способствуют уменьшению сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета у пациента и его близких родственников, вредных привычек (курение, злоупотребление алкоголем), хронических психоэмоциональных напряжений, уровень физической активности, применение лекарственных препаратов, способных повышать АД (кортикостероиды, нестероидные противовоспалительные препараты, препараты, содержащие сосудосуживающие вещества, капли для глаз и носа и др.).

Сестринский уход. При опросе пожилого человека с подозрением на АГ медицинская сестра обращает внимание на следующие анамнестические факты: наличие эпизодов повышения АД, общей слабости, утомляемости, одышки, сердцебиений, снижению АД.

В связи с склонностью пожилых и старых пациентов к ортостатическим и ночным обморокам, особенно на фоне гипотензивной терапии, им не рекомендуют пребывать в жарких и душных помещениях, принимать горячую ванну, их обучают навыкам осторожного перемещения из горизонтального положения в вертикальное, своевременного опорожнения кишечника и мочевого пузыря. Для улучшения сна полезны проветривание помещений, спокойные прогулки на свежем воздухе, теплый чай с успокаивающими средствами, назначение успокаивающих или снотворных лекарств.

Больному с ранее диагностированной АГ следует задать вопросы о длительности и возможных причинах (обстоятельствах) повышения АД, выполнении предписанных врачом режима физической активности, диетических мероприятий и лекарственного лечения, их эффективности.

Медицинская сестра при стабильном повышении АД измеряет его не реже двух раз в день, следит за динамикой клинических проявлений заболевания, своевременно выявляет его осложнения и докладывает об этом врачу.

Последующий анализ жалоб и данных объективного исследования позволяет выявить основные проблемы больного АГ:

— головные боли, головокружения, шум в голове;

Главная роль в решении различных проблем пациента принадлежит немедикаментозному и медикаментозному лечению, направленному на нормализацию АД, уменьшение выраженности или исчезновение неблагоприятных клинических проявлений АГ и сопутствующих заболеваний, улучшение качества жизни и снижение смертности.

Успешное решение этих проблем возможно при условии четко организованной, совместной деятельности семейного врача, медицинской сестры, пациента и его родственников, социальных работников.

Суть профилактики развития и немедикаментозного лечения АГ — соблюдение правил здорового образа жизни, включающее рациональное питание, разумную и строго индивидуализированную физическую активность, уменьшение или исключение

психоэмоционального напряжения и вредных профессиональных воздействий (шум, вибрация и др.), отказ от вредных привычек, снижение массы тела при наличии избыточной массы тела и ожирения, а также применение психотерапии, физиотерапии, фитотерапии и лечебной физкультуры.

Пищевой рацион должен содержать достаточное количество белков, жиров, углеводов, витаминов и минеральных веществ с ограничением легкоусвояемых углеводов, животных жиров, поваренной соли — не более 5 г/сут (1 чайная ложка) при калорийности 2000–2500 ккал/сут. Употребление жидкости ограничивают при отеках на фоне хронической сердечной недостаточности. Желательно принимать пищу не реже 4–5 раз в день малыми порциями, в одно и то же время. Не рекомендуют употреблять жирное мясо, крепкие мясные бульоны, говяжий, бараний, свиной жир, субпродукты (печень, почки, мозги), сливочное масло, сало, острые, соленые и жирные закуски. Ограничивают употребление сливок, сметаны, жирного творога, яиц, кофе, какао и алкогольных напитков.

Следует отдавать предпочтение блюдам из нежирного мяса, рыбы и птицы, круп и макаронных изделий, вегетарианским, молочным и фруктовым супам, нежирному молоку, творогу, сыру. Увеличивают содержание в рационе растительных масел — кукурузного, подсолнечного и оливкового. В рационе должны быть достаточно широко представлены богатые минеральными веществами и витаминами овощи и фрукты. Для увеличения поступления в организм солей калия употребляют богатые ими изюм, урюк, чернослив, горох, фасоль, абрикосы, персики, морскую капусту, печеный картофель.

При неэффективности немедикаментозного лечения прибегают к медикаментозному лечению АГ. С этой целью врач назначает лекарственные препараты, которые эффективно снижают АД, защищают от поражения головной мозг, сердце, почки и другие органы, обладают наименьшими побочными (отрицательными) действиями, улучшают качество и увеличивают продолжительность жизни. Перечень этих гипотензивных средств выглядит следующим образом:

- мочегонные средства (диуретики): гипотиазид, арифон ретард и др.;
- антагонисты кальция (нифедипин, верапамил, дилтиазем, амлодипин и др.);
- ингибиторы ангиотензин превращающего фермента (ИАПФ): эналаприл, периндоприл, лизиноприл и др.);
- бета-адреноблокаторы (пропранолол, атенолол, метопролол, бетаксолол и др.);
- блокаторы рецепторов ангиотензина II (валсартан, ирбесартан и др.).

Мочегонные средства и антагонисты кальция используют для начального лечения пожилых и старых больных АГ, в первую очередь — больных изолированной систолической гипертензией. Диуретики назначают в комбинации с другими препаратами, снижающими АД. Тактика лечения — назначение одного или нескольких гипотензивных средств и длительность их применения — зависит от выраженности (тяжести) клинического течения АГ, наличия сопутствующих заболеваний и риска развития сердечно-сосудистых осложнений.

Нередко возникает необходимость применения препаратов, снижающих уровень холестерина в крови (симвастатин, ловастатин, никотиновая кислота и др.), улучшающих

реологические свойства крови и уменьшающих риск тромботических осложнений (аспирин, курантил, тиклид и др.), оптимизирующих обменные процессы в сердечной мышце (предуктал, милдронат, фосфокреатин и др.).

Снижение АД проводят осторожно и постепенно, применяют низкие начальные дозы желателно длительно действующих гипотензивных средств для предотвращения возможных ортостатических реакций. Медицинская сестра контролирует выполнение пациентом назначений врача, эффективность лечения и динамику показателей АД, выявляет побочное действие лекарственных средств. Больной должен быть ориентирован на регулярное и длительное применение лекарственных средств, способствующее стойкому снижению АД до нормального или пограничного уровня. Следует предостеречь его от самолечения и напомнить, что выбор препаратов, их комбинации и дозировки осуществляет врач.

Медицинская сестра обязана своевременно диагностировать гипертонический криз, оказать доврачебную медицинскую помощь и информировать об этом врача. Больному должен быть обеспечен полный покой: его надо успокоить, усадить или уложить в постель, ослабить стесняющую одежду. Следует безотлагательно измерить АД, узнать его обычные («рабочие») величины, названия и дозы используемых лекарственных препаратов и, если криз развился в домашних условиях, вызвать врача скорой помощи. Для внутреннего применения (под язык) используют препараты быстрого действия: 1–2 таблетки клофелина (0,075–0,15 мг), коринфара (10–20 мг), а при болях в области сердца — нитроглицерин (1,25–2,5 мг). Лечение криза проводят поэтапно: сначала применяют таблетированные формы, затем препараты для внутримышечного и внутривенного введения. Важным принципом является постепенное снижение АД. Дальнейшие мероприятия по лечению криза определяет врач (внутривенные инъекции клофелина, эуфиллина, эналапри-ла, мочегонных средств — фуросемида, внутримышечные — сульфата магния и др.).

В сестринском дневнике отражают время наступления и симптомы гипертонического криза, цифры АД, частоту и ритмичность пульса, а также названия, дозы и время введения назначенных врачом гипотензивных препаратов. Через 30 мин и 1 ч после их введения медицинская сестра измеряет АД, определяет частоту и ритмичность пульса. В процессе дальнейшего наблюдения она оценивает динамику изменений АД, клинической картины заболевания, выявляет новые проблемы пациента и способствует их решению, оказывает ему психологическую поддержку.

Медицинская сестра совместно с врачом, пациентом и членами его семьи участвует в мероприятиях по предупреждению развития (первичная профилактика) и замедлению прогрессирования (вторичная профилактика) АГ. Способы первичной и вторичной профилактики почти идентичны и изложены выше при описании немедикаментозного лечения заболевания. Дополнительно отметим, что предупреждение прогрессирования АГ во многом зависит от желания и возможности пожилого человека изменить стиль жизни и соблюдать правила здорового образа жизни, от способности медицинских работников убедить пациента регулярно и длительно применять гипотензивные и другие лекарствен-

ные средства, научить его методам самоизмерения АД, организовать ему психологическую, физическую и экономическую поддержку в семье.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

- 1) Бабаджанова З.Х., Хазратов У.Х., Эркинова Н.Э., Халимова Д.Ж. Подход к лечению больных с артериальной гипертензией, осложнённой цереброваскулярными расстройствами // Материалы Международной научно-практической конференции, г.Казакстан-2019. С.269-271
- 2) Бабаджанова З.Х., Турсунова Д.Э. Влияние снижения и повышения массы тела на контроль артериальной гипертензии // Терапевтический вестник Узбекистана. Ташкент – 2020. - № 1. - С.20-23.
- 3) Бейер П., Майерс Ю. Теория и практика сестринского дела в контексте здоровья взрослого человека / Под ред. С.В.Лапик.— М., 2014.— 650 с.
- 4) Комиссаренко И.А., Милукова О.М., Лазебник Л.Б. Изолированная систолическая гипертензия у пожилых. Этиология, патогенез, особенности диагностики и лечения // Клин. геронтология.— 2013.— № 1–2.— С. 36–41.
- 5) Кушаковский М.С. О систолической артериальной гипертензии // Кардиология.— 2017.— № 7.— С. 78–80.
- 6) Обуховец Т.П., Склярова Т.А., Чернова О.В. Основы сестринского ухода.— Ростов-на-Дону, 2015.— 448 с.
- 7) Пожилой пациент. Приложение к журналу «Медицинская сестра».— М., 2018.— 104 с.