**ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОЖИЛЫХ**

Артериальная гипертензия (АГ) САД>140 мм.рт.ст. и/или ДАД >/= 90 мм.рт.ст. по данным не менее двукратного измерения АД при двух или более последовательных визитах с интервалом не менее одной недели, у лиц не принимающих анти гипертензивную терапию.

Повышенное АД у пожилых пациентов существенно влияет на продолжительность и качество жизни, т.к. заболеваемость и смертность растет по мере повышения цифр АД. В последнее десятилетие частота АГ значительно увеличилась в т.ч. и у пожилых людей. В РБ около половины больных, обращающихся к терапевтам амбулаторно-поликлинического учреждения, составляют лица пожилого и старческого возраста. У 1/3 этих пациентов регистрируется повышение АД. Патологическое влияние гипертензии на функциональное состояние органов и систем организма пожилого человека определяется величиной АД, повышением систолического АД на 10 мм.рт.ст. выше 140 мм.рт.ст. приводит к учащению осложнений на 30%.

**ОСОБЕННОСТИ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА**

Высокая распространенность АГ среди пожилых обусловлена этиопатогенетическими особенностями:

Снижение эластичности сосудов;

Угнетение чувствительности баррорецепторов;

Ослабление системы ауторегуляции в сосудах мозга;

Редукцией капиллярного русла

Изменение функционального состояния гормональных систем;

Дисфункцией эндотелия.

**Атеросклероз –** один из ведущих факторов повышения систолического АД. Роль атеросклероза в патогенезе артериальной гипертензии неоднозначна. Среди других склероз аорты и крупных артерий за счет уплотнения медиипатогенетических факторов снижение чувствительности баррорецепторов и β-адренорецепторов, ослабление местной системы ауторегуляции церебральных сосудов при колебаниях АД, редукцию капиллярного русла и повышению периферического сопротивления, повышение активного ренина как показателя активации РААС, снижение калликреина как показателя угнетение депрессорной кинин-калликреиновой системы, повышение уровня за счет инсулинорезистентности тканей, дисфункция эндотелия и эндотелий релаксирующего фактора.

Основными факторами, вызывающими дисфункцию эндотелия, являются гипертензия, повышение уровня ХС, сахарный диабет, курение, ишемия, возраст. Следствием дисфункции эндотелия являются вазоконстрикция, пролиферация и инфильтрация клеток, адгезия и инфильтрация клеток крови, тромбообразование, накопление липидов и сужение структуры, т.е. ремоделирования сосудов. Выделены следующие типы ремоделирования сосудов: гипертрофия стенок, дилатация или общее увеличение сосуда, общее уменьшение или атрофия сосуда, уменьшение просвета сосуда.

Восстановление структуры и функции сосудов – основа профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АГ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Неоднородный характер заболевания у пожилых обусловлен широким распространением систоло-диастолической гипертензии и формированием изолированной систолической гипертензии.

- Давность заболевания 10-20 лет.

- Субъективные симптомы скудны и не всегда прямо связаны с повышением АД. Часто клинические проявления обусловлены функциональной недостаточностью мозга, сердца, почек.

- У больных АГ пожилого и старческого возраста наблюдается высокий процент осложнение (инсульт, инфаркт, сердечная недостаточность).

- Часто развивается гипертензия «белого халата».

- Может выявляться псевдогипертензия за счет склерозирования артерий и погрешностями в измерении АД методом Короткова.

З-а счет снижения активности симпатической нервной системы часто возникает ортостатическая гипотензия, снижение САД>20мм.рт.ст.в ортостазе. Поэтому измерение АД у пожилых и стариков нужно в клино- и ортостазе.

- С возрастом уменьшается частота эндокринных, реноваскулярных и нефрогенных гипертензий. Чаще возникает цереброишемическаясистоло-диастолическая и систолическая изолированная гипертензия.

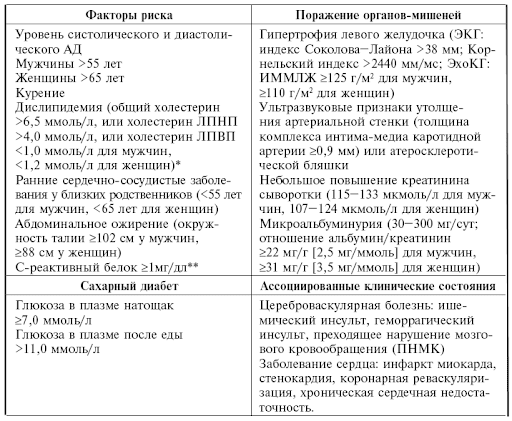
- Наиболее часто цифры АД в пределах 150-200/90-110 мм.рт.ст.

- Более выраженное влияние на уровень АД метеофакторов и циркадного режима.

- При суточном мониторировании АД основную массу гипертоников составляют пациенты с недостаточным снижением АД в ночное.

- Среднесуточные показатели САД и ДАД, величина и скорость его утреннего подъема, его увеличение с возрастом, что определяет высокий уровень осложнений.

- Имеет место у части гипертоников пожилого возраста постспрандиальная АГ (после приема пищи) снижение АД >=20 мм.рт.ст.





**ДИАГНОСТИКА**

АГ диагностируется в тех случаях когда, САД составляет 140 мм.рт.ст. и более, ДАД – 90мм.рт.мт. и более у лиц не принимающих антигипертензивных препаратов. На основании данных повышения АД выделяют систоло-диастолическую, изолированную систолическую и диастолическую гипертензии. При этом диагноз основывается на многократном (не менее 2 раз) измерении АД в различной обстановке. При измерении АД у пожилых людей могут возникать ошибки за счёт ложного завышения его уровня, обусловлено это трудностями компрессии ригидной плечевой артерии резиновыми манжеткой (феномен псевдогипертонии). Во избежание таких ошибок рекомендуется одновременно с аускультативным и пальпаторное определение систолического АД. Вторая ошибка при измерении АД у пациентов пожилого возраста происходит за счёт существенной разницей в клино- и ортостазе, обусловленной возрастными изменениями в вегетативной нервной системе. Избежать ошибки поможет измерение АД лёжа и стоя. Не менее важным условием для определения истинной АГ является измерение АД ВВП домашних условиях, условиях повседневной жизни. Уровень АД дома, как правило, на 10-15 пунктов ниже чем в условиях клиники.

**Суточноемониторирование АД необходимо проводить в трёх случаях:**

Необычные колебания АД во время нескольких измерений (колебания АД).

Клинические признаки эпизодов гипотонии.

Рефлекторная АГ.

**Кроме измерения АД в план обследования должны входить обязательные и дополнительные специальные методы**

Анализы

Полный осмотр, включая рост, вес, окружность талии, пальпация, перкуссия, аускультация сердца и сосудов, глазного дна, нервной и эндокринной системы, почек.

Анализ мочи

Анализ крови

Биохимический анализ крови ( калий, натрий, магний, креатинин, глюкоза, холестерин общий и ЛГНП, мочевая кислота).

ЭКГ

ЭхоКГ

УЗИ почек

УЗИ БЦА

Определение скорости клубочковой фильтрации

Исследование мочи (микроальбуминурия, экскреция катехоламинов).

Ангиография

КТ

МРТ

В качестве критериев диагностики следует использовать уровни САД и ДАД.

**СТРАТЕГИЯ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕТОВ С АГ.**

1.Выявление больных с АГ.

2. Спецификация по степени риска.

3. Информирование больных об уровне АД и о том, что субъективные ощущения не всегда определяют тяжесть заболевания, о возможных осложнениях, если не будет проведено лечение.

4. Разработать план мероприятий по снижению уровня АД.

5. Контроль за эффективностью проводимых мероприятий и их коррекция в зависимости от изменения ситуации.

Лечение пожилых людей должно начинаться с изменения образа жизни. Роль немедикаментозных методов лечения пожилых людей имеют не меньшее значение, чем у больных АГ в среднем возрасте.

**Цель лечения** - снижение общего риска ССЗ и смертности от этой патологии за счёт снижения АД в диапазон нормы и коррекция выявленных факторов риска.

**Задачи гипотензивной терапии:**

- Достижение целевого АД (140/90)

- Предотвращение либо замедление поражения органов-мишеней.

- Предотвращение осложнений со стороны ССС

- Уменьшение смертности обусловленной АГ.

**ПРИНЦИПЫ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ АГ.**

Немедикаментозное лечение должно проводиться всеми пациентами независимо от тяжести АГИ и медикаментозного лечения.

**Ниже приведены основные принципы:**

- Уменьшение поступления повареной соли до 5-6 гр.в день.

- Снижение избыточной массы тела

- Уменьшение употребления алкоголя (до 60 мл водки или 200 мл сухого вина).

- Комплексная модификация диеты (ограничение животных жиров, увеличение свежих овощей и фруктов, морепродуктов).

- Увеличение физической активности (ходьба, прогулки на свежем воздухе, ЛФК).

**ПРИНЦИПЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ**

1. Начало лечения с минимальных доз одного препарата
2. При подборе доз лекарственных препаратов в амбулаторных условиях не стоит резко снижать АД в течение первых 7-10 дней, особенно у больных с тяжёлой АГ.
3. Преимущественное использование препаратов длительного действия для достижения 24-часового снижения АД при однократном приеме.
4. Использование оптимальных сочетаний препаратов для достижения максимального гипотензивного действия и минимализации побочных эффектов.
5. Темп снижения АД у пожилых пациентов определяется клинической ситуацией, при сердечной астме, остром коронарном синдроме, гипертонической энцефалопатии следует снижать АД в течение 24 часов, а в остальных случаях - в течение нескольких недель и даже месяцев.
6. САД в пожилом возрасте следует снижать на 20 пунктов (если изначально оно находилось в пределах 160—180) и до уровня менее 160, если исходное превышало 180 мм рт ст.
7. ДАД следует снижать до уровня 90 мм рт ст. В целом АД должно снижаться не менее 10-15% и не более 30% от исходного.
8. Целевой уровень АД у пожилых 140/90 мм ртст, при длительно существующей изолированной систолической АГ <= 160 мм ртст
9. Основная цель лечения АГ у пожилых пациентов не только снижение АД, но и предотвращение осложнений (часто летальных), продление жизни и улучшение ее качества за счёт поддержания удовлетворительного физического, умственного и психоэмоционального состояния больных.

Гипертоническую болезнь, как и любое хроническое прогрессирующее заболевание легче предупредить, чем лечить. Поэтому профилактика гипертонии, особенно для людей с отягощенной наследственностью, является задачей первой необходимости.

В первую очередь о профилактике гипертонической болезни стоит задуматься всем, у кого артериальное давление находится в пределах высокой или пограничной нормы, особенно это касается молодежи и подростков

**Профилактика артериальной гипертензии бывает первичной и вторичной.**

Под **первичной** подразумевается предупреждение возникновения болезни. Этих методов профилактики должны придерживаться здоровые люди, у которых есть высокий риск развития гипертонии (наследственность, работа). Но не только они, все должны жить в соответствии с принципами первичной профилактики АГ, ведь эта болезнь зачастую настигает в самый нежданный момент даже тех, у кого нет неблагоприятной наследственности и других факторов риска.

Первичная профилактика гипертонической болезни включает в себя:

- Нормализация функции центральной нервной системы (предотвращение стрессов).

- Чёткий распорядок дня (постоянное время подъёма и отхода ко сну).

- Упражнения на свежем воздухе и лечебная физкультура (длительные прогулки на свежем воздухе, езда на велосипеде, умеренная работа на огороде).

- Ежедневные нагрузки в зале и дома.

- Нормализация сна (сон длительностью до 8 часов).

- Рациональное питание. Тщательно считайте потреблённые с пищей килокалории, не допускайте излишнего потребления жиров. Жиров можно употреблять в сутки не более 50 –60 граммов, причём 2/3 из них должны составлять жиры растительного происхождения: кукурузное, подсолнечное масло. Ограничить продукты, содержащие большое количество животных жиров – цельное молоко, сливочное масло, сметана. В рационе должно быть достаточное количество белков: нежирные сорта рыбы, птицы, снятое молоко, творог, кефир и др. Необходимо ограничить приём легкоусвояемых углеводов: сахар, мёд, изделия из сдобного теста, шоколад, манную, рисовую крупы.

- Снижение веса (при ожирении). Без снижения веса, говорить о профилактике гипертонии не приходится. Нельзя пытаться резко похудеть, снижать массу тела можно на 5 – 10 % в месяц.

- Отказ от курения!!!

- Снижение употребления поваренной соли (употреблять не более6граммовв день).

- Потребление продуктов питания с большим содержанием солей калия, кальция и магния (нежирный творог, петрушка, фасоль, чернослив, свекла, запечённый картофель, курага, изюм без косточек.)

- Ограничение потребления спиртных напитков.

**Вторичная** профилактика проводится у пациентов, у которых артериальная гипертензия установлена как диагноз. Ее цель - предотвращение возникновения осложнений. При этом данный вид профилактики включает в себя два компонента: не медикаментозное лечение артериальной гипертензии и антигипертензивную (лекарственную) терапию. Не медикаментозное лечение, в принципе, соответствует первичной профилактике, только с более жесткими требованиями. Если наследственность и окружающую среду каждый отдельный человек изменить не в состоянии, то образ жизни и питание - вполне. Лекарственная терапия - назначенные доктором препараты, которые целенаправленно действуют на высокий уровень давления, снижая его. Пациенты с артериальной гипертензией должны строго придерживаться рекомендаций врача и принимать препараты по назначению, предупреждая тем самым риск развития осложнений.

К профилактике артериальной гипертензии можно отнести систематический контроль уровня давления утром и вечером. Неотступное следование рекомендациям лечащего врача, своевременное обращение к нему в случае ухудшения состояния.

**Помните! Болезнь легче (и дешевле) предупредить, чем лечить.**

**Первая помощь при гипертоническом кризе**

**Гипертонический криз (ГК)** — это состояние, проявляющееся высоким артериальным давлением (систолическое «верхнее» АД, как правило, более 180 мм рт. ст.; диастолическое «нижнее» АД — более 120 мм рт. ст.) и следующими симптомами:

- головной болью, чаще в затылочной области, или тяжестью и шумом в голове;

- мельканием «мушек», пеленой или сеткой перед глазами;

- тошнотой, чувством разбитости, переутомления, внутреннего напряжения;

- одышкой, слабостью, постоянными монотонными ноющими болями/дискомфортом в области сердца;

- появлением или нарастанием пастозности/отечности кожи лица, рук, ног.

**Мероприятия первой помощи**

При появлении симптомов гипертонического криза, необходимо:

1. Убрать яркий свет, обеспечить покой, доступ свежего воздуха (расстегнуть ворот рубашки, проветрить помещение и т. п.).
2. Измерить артериальное давление (методику измерения АД смотрите в конце данного раздела), и если его «верхний» уровень выше или равен 160 мм рт. ст., необходимо принять гипотензивный препарат, ранее рекомендованный врачом. При отсутствии рекомендованного врачом гипотензивного препарата или при регистрации уровня АД выше 200 мм рт. ст. необходимо срочно вызвать скорую помощь.
3. До прибытия скорой медицинской помощи необходимо, по возможности, сесть в кресло с подлокотниками и принять горячую ножную ванну (опустить ноги в емкость с горячей водой).

**Внимание!**

**Больному с гипертоническим кризом запрещаются любые резкие движения (резко вставать, садится, ложиться, наклоняться, тужиться) и любые физические нагрузки.**

Через 40–60 мин после приема лекарства, рекомендованного врачом, необходимо повторно измерить АД, и если его уровень не снизился на 20–30 мм рт. ст. от исходного и/или состояние не улучшилось — срочно вызывайте скорую помощь.

При улучшении самочувствия и снижении АД необходимо отдохнуть (лечь в постель с приподнятым изголовьем) и после этого обратиться к участковому (семейному) врачу.

При беседе с врачом необходимо уточнить, какие препараты Вам необходимо принимать при развитии гипертонического криза, четко записать их наименования, дозировку и временную последовательность (алгоритм) их приема, а также уточнить у врача, при каких проявлениях болезни Вам необходимо срочно вызывать скорую медицинскую помощь.

Всем больным с гипертонической болезнью необходимо сформировать индивидуальную мини-аптечку первой помощи при гипертоническом кризе и постоянно носить ее с собой, так как гипертонический криз может развиться в любое время и в любом месте.

**Измерение артериального давления**

Для диагностики гипертонического криза необходимо измерение артериального давления, которое производится ручным методом, с использованием стетоскопа (стетофонендоскопа) и специальной надувной манжетки, оснащенной насосом-грушей и сфигмоманометром, а также автоматическим (полуавтоматическим) методом с использованием различных моделей тонометров, специально разработанных для этих целей.

Точность измерения АД и, соответственно, гарантия правильной диагностики и степени выраженности гипертонического криза зависят от соблюдения правил по его измерению.

Измерение нужно проводить сидя, опираясь на спинку стула, с расслабленными и нескрещенными ногами, рука лежит на столе на уровне сердца, в спокойной обстановке, после 5-минутного отдыха. Во время измерения не следует активно двигаться и разговаривать. Измерение АД в особых случаях можно проводить лежа или стоя.

Манжета накладывается на плечо, нижний край ее на 2 см выше локтевого сгиба. Размер манжеты должен соответствовать размеру руки: резиновая раздуваемая часть манжеты должна охватывать не менее 80% окружности плеча; для взрослых людей применяется манжета шириной 12–13 см и длиной 30–35 см (средний размер); необходимо иметь в наличии большую и маленькую манжеты для полных и худых рук соответственно.

Столбик ртути или стрелка сфигмоманометра перед началом измерения должны находиться на нулевой отметке и перед глазами исследователя.



**Техника измерения АД:**

1. Установить головку фонендоскопа в локтевую ямку над проходящей по ней плечевой артерии.
2. Быстро накачать воздух в манжету до величины давления на 20–30 мм рт. ст. выше обычного для данного человека уровня «верхнего» систолического АД. Если измерение производится впервые, то уровень давления в манжете обычно поднимают до 160 мм рт. ст. Если при этом уровне давления пульсация сосуда в локтевой ямке сохраняется, то давление в манжете продолжают повышать до уровня на 20 мм рт. ст. выше уровня давления, при котором исчезает пульсация артерии в локтевой ямке.
3. Открыть кран сброса воздуха из манжеты, расположенного рядом с грушей-насосом, и проводить снижение давления в манжете со скоростью примерно 2–3 мм рт. ст. в секунду.
4. В процессе выпуска воздуха из манжеты одновременно контролируют два параметра: уровень давления по шкале манометра, появление звуков пульсации артерии (называемых тонами Короткова) в локтевой ямке. Уровень давления в момент появления тонов пульсации соответствует уровню «верхнего» систолического АД, а уровень давления в момент полного исчезновения тонов пульсации артерии соответствует «нижнему» диастолическому АД. У детей, подростков и молодых людей сразу после физической нагрузки, у беременных и при некоторых патологических состояниях у взрослых тоны пульсации артерии не исчезают, тогда следует определять «нижнее» диастолическое АД по моменту значительного ослабления тонов.
5. Если тоны пульсации артерии в локтевой ямке очень слабы, то следует поднять руку и выполнить несколько сжимающих движений кистью, затем измерение повторить, при этом не следует сильно сдавливать артерию мембраной фонендоскопа.
6. При измерении АД самому себе головку фонендоскопа фиксируют над локтевой ямкой с помощью манжеты.
7. Для достоверной оценки величины АД необходимо выполнить не менее двух измерений АД на каждой руке с интервалом не менее минуты, в паузах между измерениями необходимо полностью ослабить манжету. При выявлении разницы уровня давлений более 5 мм рт. ст. производят одно дополнительное измерение, за конечное (регистрируемое) значение принимается среднее из двух последних измерений.

**Подготовила ВОП, главный валеолог Дзержинского района**

**Ильюхина Ольга Николаевна**