

# АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ПОЖИЛЫХ

**В.Н. Петров, проф., В.А. Лапотников, проф.**

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург,  
Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова

**E-mail:** vlapotnikov@mail.ru

**Изложены причины, принципы диагностики, профилактики и лечения артериальной гипертензии у пожилых и старых людей. Приведены основные составляющие сестринского ухода при этом заболевании.**

**Ключевые слова:** пожилые и старые люди, артериальная гипертензия, диагностика, профилактика, лечение, сестринский уход.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) – наиболее распространенный среди населения земного шара вид патологии. Они неблагоприятно влияют на состояние здоровья, ухудшают качество и уменьшают продолжительность жизни, нередко сопровождаются тяжелыми осложнениями (острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда и др.), являются основными причинами инвалидности и смертности. Частота возникновения этих заболеваний увеличивается у пожилых и старых людей, чему в определенной степени способствуют возрастные изменения (старение) сердечно-сосудистой системы.

Артериальная гипертензия (АГ) является основным фактором риска развития ССЗ; чем выше АД, тем больше вероятность развития инфаркта миокарда, инсульта, сердечной недостаточности, поражения почек и глаз.

В Российских национальных рекомендациях под термином АГ понимается синдром повышения арте-

риального давления (АД) при гипертонической болезни (ГБ) и симптоматической АГ.

Термин «гипертоническая болезнь», предложенный Г.Ф. Лангом, соответствует употребляемому в других странах понятию «эссенциальная гипертония». При этом под ГБ принято понимать хронически протекающее заболевание, основным проявлением которого является АГ, не связанная с наличием патологических процессов, при которых повышение АД обусловлено известными, в современных условиях часто устраняемыми причинами (симптоматическая АГ).

У взрослых людей с возрастом постоянно повышаются систолическое и диастолическое АД (САД и ДАД). В дальнейшем у мужчин и женщин соответственно в возрасте 60 и 70 лет ДАД постепенно снижается. У пожилых людей высокое пульсовое АД (разница между САД и ДАД) – важный показатель опасных сердечно-сосудистых исходов. Однако сравнительный анализ у более 1 млн больных с АГ, показал, что как САД, так и ДАД являются более значимыми и независимыми прогностическими факторами смерти от инсульта и коронарных событий, чем пульсовое АД.

В пожилом и старческом возрасте наблюдаются 2 вида АГ:

- первичная (ГБ) и вторичная (заболевания почек, желез внутренней секреции и др.);
- изолированная систолическая гипертензия (ИСГ).

Согласно рекомендациям Российского медицинского общества по артериальной гипертонии и Всероссийского научного общества кардиологов РФ (2010), классификация АГ основана на уровне АД. Выделяют 3 степени повышения АД и отдельно – ИСГ (см. таблицу)

**Измерение АД.** Для АД характерна вариабельность как в течение суток, так и в течение недели. Повышение АД чаще всего диагностируют при обращении пациента к врачу, при повторных визитах 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 бе-

## Определение и классификация уровней АД

Категория	САД, мм рт. ст.	ДАД, мм рт. ст.
Оптимальное АД	<120	<80
Нормальное АД	120–129	80–84
Высокое нормальное АД	130–139	85–89
I степень АГ (мягкая)	140–159	90–99
II степень АГ (умеренная)	160–179	100–109
III степень АГ (тяжелая)	180 и более	110 и более
*ИСГ	140 и более	<90

\*ИСГ также подразделяют на степени (I, II, III) по уровню САД в интервалах, указанных в таблице, при условии, что ДАД <90 мм рт. ст.

лого халата», обусловленной посещением врача. Снижение повышенного АД у пожилых пациентов способствует значительному уменьшению частоты нарушений мозгового кровообращения, инфаркта миокарда и сердечной недостаточности. Измерять АД следует не реже 1 раза в год – при однократном и нестойком повышении АД, 1 раз в месяц – при тенденции к частому или стабильному его повышению, 2 раза в день – при ухудшении самочувствия и стабильном повышении АД.

ВОЗ рекомендует использовать следующую методику измерения АД:

- в течение 30 мин до измерения АД надо воздержаться от курения, приема пищи, кофе и крепкого чая, лекарственных препаратов, способных повысить АД;
- использовать стандартную манжету (длина – 12–13 см, ширина – 35 см), но иметь большую и маленькую манжеты соответственно для толстой и тонкой руки;
- измерять АД надо в положении сидя, после 5-минутного отдыха, не напрягая мышц ног и рук, без задержки дыхания во время процедуры, не разговаривая с окружающими; рука, на которой измеряется АД, должна находиться на уровне сердца;
- 1-е измерение АД следует проводить на обеих руках; при обнаружении разницы, равной или превышающей 10 мм рт. ст., последующие регистрации АД должны проводиться на руке с большим давлением;
- при измерении АД нагнетание давления в манжетке, предварительно укрепленной на 2 см выше локтевого сгиба, необходимо производить равномерно до уровня, превышающего обычное САД на 30 мм рт. ст.; последующее снижение давления в манжетке надо осуществлять медленно;
- для регистрации тонов, по которым оценивается уровень АД, капсулу стетоскопа следует зафиксировать в локтевой ямке; появление тонов соответствует уровню САД, их исчезновение – уровню ДАД (в автоматических устройствах для измерения АД цифры высвечиваются на экране);
- измерять АД 2–3 раза с интервалом в 1–2 мин; при большой разнице первых 2 показателей выполнить дополнительные измерения;
- измерять АД на 1-й и 5-й минуте в положении стоя у пациентов пожилого возраста, больных сахарным диабетом, а также при подозрении на постуральную артериальную гипотензию.

### Этиология и патогенез

Возникновению и прогрессированию АГ способствуют следующие факторы:

- наследственная предрасположенность;
- возраст мужчин старше 55 лет, женщин – старше 65 лет;
- низкая физическая активность (гиподинамия);
- избыточная масса тела (ожирение);
- сахарный диабет;
- повышенное потребление соли;
- злоупотребление алкоголем;
- курение;
- хронические психоэмоциональные перенапряжения (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 ГБ (первичной АГ). Ведущим патогенетическим фактором, обуславливающим развитие ИСГ, 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 увеличением САД.

### Клиника и диагностика

К наиболее характерным в клиническом плане особенностям АГ у пожилых и старых пациентов относят значительную давность, нередко скрытое (латентное) течение болезни со скудной субъективной симптоматикой. По мере прогрессирования поражения сосудов разных органов (мозг, сердце, почки, глаза) и развития их функциональной недостаточности появляются симптомы АГ. Больных беспокоят 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 сердцебиение при физической нагрузке нередко свидетельствуют о возникновении 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) способствуют увеличению частоты развития осложнений (инсульт, инфаркт миокарда, сердечная недостаточность и др.) и ухудшают прогноз.

При ИСГ САД повышается, как правило, до 170–180 мм рт. ст. при нормальном ДАД. По сравнению

с ГБ (первичной АГ) субъективные проявления заболевания менее выражены и специфичны. Больных беспокоят головокружения, шум в голове, одышка и сердцебиение при физической нагрузке, плохой сон и значительно реже – головные боли.

**«Гипертонический криз (ГК) – остро возникшее выраженное повышение АД, сопровождающееся клиническими симптомами, требующее немедленного контролируемого его снижения с целью предупреждения или ограничения поражения органов-мишеней» (2010).** САД может повышаться до 280 мм рт. ст., ДАД – до 160 мм рт. ст. (в случае ИСГ повышается только САД).

Частыми причинами возникновения ГК у пожилых и старых пациентов являются психоэмоциональное напряжение (стресс), повышенная метеочувствительность, неадекватное лечение АГ и прекращение приема антигипертензивных препаратов.

Для пожилых нехарактерно 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 ГК относят нарушения мозгового кровообращения, кровоизлияние в сетчатку 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 (в течение часов, иногда – суток) 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.

Медсестре следует знать и использовать в практической деятельности навыки объективного исследования, включающие в себя измерение и оценку АД, пальпацию пульса на лучевых, сонных и бедренных артериях, определение границ и тонов сердца, 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 крови, общий анализ мочи, регистрация ЭКГ. По показаниям проводят УЗИ почек, внутривенную урографию, ренографию с каптоприлом (при подозрении на стеноз почечной артерии) ангиографию почек, эхокардиографию (ЭхоКГ), суточное мониторирование АД.

Наряду с повышением АД наиболее важными диагностическими признаками собственно ГБ (первичной АГ) являются напряженный, твердый пульс, расширение границ сердца влево за счет увеличения левого желудочка, ЭКГ- и ЭхоКГ-признаки гипертрофии левого желудочка, шум над сонными артериями при их сужении и в подлобной области при стенозе почечной артерии, 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 изменяет клинические и лабораторные проявления заболевания.

### Сестринский уход

При опросе пожилого человека с подозрением на АГ медсестра должна обращать внимание на следующие *anamnestические факты*:

- наличие эпизодов повышения АД, ССЗ и сахарного диабета у пациента и его близких родственников;
- наличие вредных привычек (курение, злоупотребление алкоголем);
- наличие хронических психоэмоциональных напряжений;
- уровень физической активности;
- применение лекарственных препаратов, способных повышать АД (кортикостероидные гормоны, нестероидные противовоспалительные препараты, капли для глаз и носа, содержащие сосудосуживающие вещества и др.).

*Симптомы поражения органов-мишеней:*

- головной мозг и глаза: головная боль, головокружения, нарушения зрения, нарушения чувствительности и движений;
- сердце: сердцебиение, боль в груди, одышка, отеки нижних конечностей;
- почки: жажда, полиурия, гематурия;
- периферические артерии: похолодание конечностей, перемежающаяся хромота.

Больному с ранее диагностированной АГ следует задать вопросы о длительности и возможных при-

чинах (обстоятельствах) повышения АД, соблюдении предписанного врачом режима физической активности, диетических рекомендаций, о проводившемся лечении и эффективности принимавшихся мер.

Последующий анализ жалоб и данных объективного исследования позволит выявить *основные проблемы больного АГ*.

Это могут быть:

- головные боли, головокружения, шум в голове;
- общая слабость, повышенная утомляемость, одышка и сердцебиение при физической нагрузке, плохой сон;
- беспокойство и тревога, обусловленные недостаточной осведомленностью пациента о своем заболевании;
- психологические, физические и социальные проблемы, связанные с изменениями образа жизни, иногда – с утратой независимости.

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

При планировании ухода медсестра 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 самоухода, укрепляет веру в эффективность и безопасность лечебно-профилактических мероприятий.

Благоприятным фоном, на котором повышается эффективность сестринского ухода, является исключение психоэмоциональных стрессовых ситуаций путем поддержания в палате и домашних условиях (семье) доброжелательной, доверительной и спокойной обстановки. Наряду с достаточным отдыхом и сном эти меры в определенной степени способствуют уменьшению общей слабости, утомляемости, одышки, сердцебиений, снижению АД. Для улучшения сна полезны проветривание помещений, спокойные прогулки на свежем воздухе, теплый чай с успокаивающими сборами, обеспечение пациента памперсами, применение успокаивающих или снотворных лекарств.

В связи со 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 горячие ванны. Пациента обучают навыкам осторожного перехода из горизонтального положения в вертикальное, своевременного опорожнения кишечника и мочевого пузыря. Профилактика

падений – одна из важных задач организации сестринской помощи больным пожилого и старческого возраста с АГ.

Медсестра при стабильном повышении АД измеряет его не реже 2 раз в день, следит за динамикой клинических проявлений заболевания, своевременно выявляет его осложнения и докладывает об этом врачу.

### Лечение

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

Суть *профилактики и немедикаментозного лечения АГ* – соблюдение правил здорового образа жизни. Чрезвычайно важны: правильное (рациональное) питание; строго индивидуализированная физическая активность; ослабление или исключение психоэмоциональных напряжений и вредных профессиональных и бытовых воздействий (шум, вибрация и др.); отказ от вредных привычек; при наличии избыточной массы тела и ожирения – снижение массы тела; применение психотерапии, физиотерапии, фитотерапии и лечебной физкультуры.

Пищевой режим должен предусматривать наличие в рационе достаточного количества 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 1800–2000 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 жирное мясо, крепкие мясные бульоны, говяжий, бараний, свиной жиры, субпродукты (печень, почки, мозги), сливочное масло, сало, острые, соленые и жирные закусочки. Ограничивают потребление сливок, сметаны, жирного творога, яиц, кофе, какао и алкогольных напитков.

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



При неэффективности немедикаментозного лечения прибегают к медикаментозному. С этой целью врач назначает лекарственные препараты, которые эффективно снижают АД, защищают от поражения головной мозг, сердце, почки, глаза и другие органы, оказывают наименее выраженное побочное (отрицательное) действие, улучшают качество и увеличивают продолжительность жизни.

При назначении гипотензивных препаратов пожилым и старым пациентам учитывают возрастные изменения сердца, желудочно-кишечного тракта, печени и почек, от состояния которых зависят эффективность и переносимость лекарственных средств.

Используются следующие основные группы гипотензивных препаратов:

- мочегонные средства (диуретики): гипотиазид, индапамид (арифон), индапамид (арифон) ретард, амилорид, спиронолактон (верошпирон и др.);
- $\beta$ -адреноблокаторы: пропранолол (анаприлин), атенолол, метопролол, ацебутолол, бетаксолол, бисопролол, карведилол и др.;
- антагонисты кальция: нифедипин ретард, амлодипин, исрадипин, фелодипин, верапамил, верапамил ретард, дилтиазем, дилтиазем ретард и др.);
- ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ): каптоприл, квинаприл, лизиноприл, эналаприл, периндоприл, фозиноприл и др.;
- блокаторы ангиотензиновых рецепторов: лозартан (козаар, гизаар), валсартан (диован), телмисартан (микардис) и др.;
- блокаторы  $\alpha_1$ -адренорецепторов: доксазозин (кардура), теразозин (хайтрин), празозин (пратиоил, адверзутен);
- препараты центрального нейротропного действия: гуанфацин (эстулик), клонидин (гемитон, катапрессан, клофелин), метилдопа (альдомет, допегит), моксонидин (физиотенз, цинт).

Мочегонные средства и антагонисты кальция используют для начального лечения пожилых и старых больных АГ, в первую очередь – ИСГ. Диуретики назначают в комбинации с другими препаратами, снижающими АД. Тактика лечения: количество используемых гипотензивных средств и длительность их применения зависят от выраженности (тяжести) клинического течения АГ, наличия сопутствующих заболеваний и риска развития сердечно-сосудистых осложнений.

Нередко возникает необходимость в применении препаратов, снижающих уровень холестерина в крови (аторвастатин, симвастатин, ловастатин, никотиновая кислота и др.), улучшающих реологические свойства крови и уменьшающих риск развития тромботических осложнений: аспирин, тромбо АСС, плавикс(зилт) и др., оптимизирующих обменные процессы в сердечной мышце (предуктал, милдронат, фосфокреатин и др.).

Снижение АД проводят осторожно и постепенно, используют низкие начальные дозы желателно длительно действующих (продолжительных) гипотензивных средств с целью предотвращения возможных ортостатических реакций. Медсестра контролирует выполнение назначений врача, оценивает динамику показателей АД, выявляет побочные эффекты лекарственных средств.

Побочное действие диуретиков может проявиться чаще всего при длительном приеме гипотиазида нарушениями электролитного (гипокалиемия), липидного (гиперхолестеринемия), углеводного (гипергликемия) и пуринового (гиперурикемия) обмена, что требует регулярного контроля и регистрации ЭКГ.

Побочные эффекты  $\beta$ -блокаторов – ухудшение липидного состава крови и гипогликемия – встречаются редко, особенно при приеме метопролола, бетаксолола и карведилола.

Нежелательные эффекты действия антагонистов кальция могут проявиться приливами жара, тахикардией, головной болью, гипотонией, периферическими отеками (чаще всего – лодыжек) и вызваны сосудорасширяющим эффектом препаратов.

Наиболее частое и характерное побочное действие ИАПФ – сухой кашель, реже – быстрое снижение АД. Гипотония чаще возникает в первые дни приема препарата у пациентов с изначально высокими показателями АД, недостаточностью кровообращения и принимающих мочегонные.

Побочные эффекты блокаторов ангиотензиновых рецепторов развиваются реже, чем антагонистов кальция и ИАПФ. При их приеме не наблюдается вазодилатационного отека, а частота появления сухого кашля такая же, как и при приеме плацебо.

Из немногочисленных побочных эффектов  $\alpha_1$ -адреноблокаторов следует отметить «эффект первой дозы». Его проявления – головная боль, головокружение, выраженная гипотония вплоть до коллапса. Могут наблюдаться бессонница, сухость во рту, тошнота, диарея. При длительном приеме препаратов этой группы возможно развитие отеков и обострения язвенной болезни.

Для гипотензивных препаратов центрального действия характерна многочисленность побочных эффектов: слабость, сонливость, головная боль, ортостатическая гипотония, сухость во рту, тошнота, покраснение верхней половины туловища, задержка натрия и отеки. Реже наблюдаются повышение температуры, диарея, миалгии и артралгии, кожная сыпь, холестаза, синдром паркинсонизма, гемолитическая желтуха, лейкопения и тромбоцитопения. Поэтому в амбулаторной практике эти препараты применяются редко.

Больной должен быть ориентирован на регулярное и длительное применение лекарственных

средств, способствующее стойкому снижению АД до целевого уровня своей возрастной группы: для больных пожилого возраста это <140/80 мм рт. ст. и лишь в случае тяжелой и длительно существующей АГ допустимо повышение АД до 160/90–150/80 мм рт. ст. Следует предостеречь пациента от самолечения и напомнить, что решение о назначении и отмене препаратов, их комбинациях и дозировке принимает врач.

Медсестра обязана своевременно диагностировать ГК, оказать доврачебную медицинскую помощь и информировать об этом врача. Больному надо обеспечить полный покой: успокоить, усадить или уложить в постель, ослабить стесняющую одежду. Следует безотлагательно измерить АД, узнать его обычные («рабочие») цифры, 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 – нитроглицерина (1,25–2,5 мг).

Лечение кризов 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, зифиллина, эналаприла, мочегонных средств – фурасемида, внутримышечные инъекции сульфата магния и др.).

В сестринском дневнике отражают время возникновения и симптомы ГК, цифры АД, частоту и ритмичность пульса, а также названия, дозы и время введения назначенных врачом гипотензивных препаратов. Через 30 мин и 1 ч после введения медсестра 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.

#### Показания к госпитализации больных АГ:

- неясность диагноза и необходимость в специальных, чаще – инвазивных, методах исследований для уточнения формы АГ;
- трудности в подборе медикаментозной терапии;
- частые ГК, рефрактерная АГ.

#### Показания к экстренной госпитализации:

- ГК, не купирующийся на догоспитальном этапе;

- ГК с выраженными проявлениями гипертонической энцефалопатии;
- осложнения АГ, требующие интенсивной терапии и постоянного врачебного наблюдения: острый коронарный синдром, отек легких, острое нарушение мозгового кровообращения, остро возникшие нарушения зрения и др.;
- злокачественная АГ.

#### Профилактика

Медсестра 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 во многом одинаковы. Они были рассмотрены выше при описании немедикаментозного лечения. Дополнительно отметим, что возможность предупреждения прогрессирования АГ во многом зависит от желания и возможностей пожилого человека изменить стиль жизни, от способности медицинских работников убедить пациента регулярно и длительно применять гипотензивные и другие лекарственные средства, обучить его навыкам самостоятельного контроля уровня АД, организовать ему психологическую, физическую и экономическую поддержку в семье.

#### Рекомендуемая литература

Волков В.С., Базанов Г.А. Фармакотерапия и стандарты лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы / Руководство для врачей. – М.: Медицинское информационное агентство, 2010. – 360 с.

Рускин В.В. Неотложная кардиологическая помощь на догоспитальном этапе: Руководство для врачей. – СПб.: Информ Мед, 2010. – 207 с.

Сединкина Р.Г. Сестринское дело в терапии. Раздел «Кардиология»: Учебное пособие. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 272 с.

Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертензии и Всероссийского научного общества кардиологов, 2010. www. scardio. ru

#### HYPERTENSION IN THE ELDERLY

Prof. V.N. Petrov, Prof. V.A. Lapotnikov

I.I. Mechnikov North-Western State Medical University, Saint Petersburg;

Acad. I.P. Pavlov Saint Petersburg State Medical University

**The paper describes the causes of and principles in the diagnosis, prevention, and treatment of hypertension in elderly and older people. It presents the fundamental components of nursing care for this disease.**

**Key words:** elderly and older people, hypertension, diagnosis, prevention, treatment, nursing care.