

АРТЕРИЈСКА ХИПЕРТЕНЗИЈА И СЕСТРИНСКЕ ИНТЕРВЕНЦИЈЕ

Литература за решавање теста

УДРУЖЕЊЕ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА НИШ

АРТЕРИЈСКА ХИПЕРТЕНЗИЈА И СЕСТРИНСКЕ ИНТЕРВЕНЦИЈЕ

Литература за решавање теста

Желимо Вам срећу у решавању теста као и у свакодневном раду на превенцији и збрињавању пацијената.

1. ДЕФИНИЦИЈА И КЛАСИФИКАЦИЈА

За артеријску хипертензију користе се још и изрази хипертензија или хипертонија.

Дефиниција артеријске хипертензије је донета арбитрарно и гласи:

Артеријска хипертензија је болест коју карактеришу повишене вредности систолног (СП) и дијастолног (ДП) крвног притиска (КП >140/90 mmHg), само повишене вредности систолног крвног притиска (изолована систолна хипертензија) или узимање антихипертензивне терапије.

Европска класификација артеријске хипертензије:

Категорија	SP / DP (mm Hg)	Категорија
Оптималан	<120 / <80	Нормалан
Нормалан	120-129 / 80-84	Прехипертензија
Високи нормални	130-139 / 85-89	Прехипертензија
Хипертензија	≥140 / ≥90	Хипертензија
Стадијум 1 (блага)	140-159 / 90-99	Стадијум 1
Стадијум 2 (умерена)	160-179 / 100-109	Стадијум 2
Стадијум 3 (тешка)	≥180 / ≥110	Стадијум 3
ИСХ (изолована систолна хипертензија)	≥140 / <90	

2. ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

Претпоставља се да око 20-25% опште популације старије од 18 година има хипертензију. Учесталост варира на основу географских, националних, расних, полних и старостних критеријума и сматра се да има епидемијске размере. Тако на пример преваленција хипертензије за мушкарце у развијеним земљама Европе износи 45% (Италија) и 60% (Немачка) а у САД-у се сматра да има око 50 милина људи оболелих од ове болести.

Дуготрајност поремећаја, одсуство тегоба и погрешно здравствено понашање значајно умањују резултате лечења и погоршавају удаљену прогнозу.

Артеријска хипертензија је главни узрочник у развоју možданог удара, коронарне болести и хроничне срчане и бубрежне инсуфицијенције. Промене изазване хипертензијом, које временом долазе, као што су увећање миокарда и исхемијска болест срца, убрзавају оштећења функционалног ткива срца и постају опасност за појаву акутних догађаја као што су: ангина пекторис, акутни инфаркт миокарда, акутна инсуфицијенција леве коморе, опасни поремећаји срчаног ритма и изненадна смрт.

Други њен штетан ефекат се састоји у убрзаном развоју атеросклерозе и њених акутних и хроничних компликација.

3. МЕРЕЊЕ КРВНОГ ПРИТИСКА



Слика 1: *Мерење крвног притиска*

Откривање ове болести почиње правилним мерењем крвног притиска. Према смерници Националног водича за артеријску хипертензију први пут то чини лекар а касније то обавља медицинска сестра / медицински техничар.

Крвни притисак се мери аускултаторном методом, по Короткову. Критеријуми при оцени технике мерња односе се на пацијента, инструмент, услове и особу која мери притисак.

Пацијент не би требало да један сат пре мерења пуши и пије кафу. Потребно је да је емотивно опуштен и да бар 5 минута мирно седи у столици са наслоним, што се у нашим условима веома ретко среће.

Надлактица треба да је обнажена и одећа не сме да врши притисак на аксиларну и брахијалну артерију. Подлактица својом целом дужином лежи на подлози (столу) а надлактица се налази у висини срца.

Друго мерење се под истим условима обавља 2 минута након првог мерења и ако је разлика у мерењу већа од 10 мм живиног стуба треба га поновити.

Инструменти могу бити :

- ✓ “на живу” - живин сфигмоманометар, и
- ✓ “на перо” - анероидни сфигмоманометар

Живин апарат је знатно поузданији и баждари се једном у 3-4 године.

Анероидни апарат није поуздан, лако се квари и потрбно га је баждарити 3-4 пута годишње. Међутим, подеснији је од живиног апарата за рад на терену и у кућним условима.



Слика 2: *живин сфигмоманометар*

Гумени омотач манжетне треба да својом дужином обухвати најмање 80% надлактице, да је чврсто омотана, али да не ремети крвоток, а носач гуменог балона да је дугачак најмање 40цм.



Слика 3: *анероидни сфигмоманометар*

Ширина манжетне зависи од узраста како је приказано на следећој табели:

Врсте манжетни	димензије манжетне (ширина x дужина у цм)	Обим манжетне у цм
деца/мали одрасли	12 x 18	< 23
стандардна	12 x 26	< 33
велики одрасли	12 x 40	< 50
јако велика	12 x 42	< 53

Особа која мери притисак, мора да има добар слух, и да приликом надувавања манжетне слуша тонове. Притисак у манжетни потрбно је повећати најмање за 30 мм живиног стуба изнад вредности код којих се не чују више тонови. Одвртањем вентила притисак у манжетни опада и чују се тонови, при том опадање притиска мора бити споро, до 2 мм живиног стуба у секунди. Тонове који се тада чују по својим особинама се деле у 5 фаза:

Прва фаза – први и релативно слаб тон, помешан са шумом, је вредност систолног притиска. Препоручује се да се за неколико тренутака вентил не опушта и да се притисак задржи на достигнутој вредности првог и релативно слабог тона. Задржавањем притиска тонови могу да ишчезну и да се поново чују на нижим вредностима. Очитавање на нижем нивоу означава вредност систолног притиска. Разлике између првог очитавања најчешће се јављају приликом брзог смањења притиска у манжетни и дају лажно високе вредности систолног притиска.

Друга фаза - тонови су нешто јачи, али са примесом систолног шума (стеноза брахијалне артерије је мања и крв спорије струји).

Трећа фаза - тонови се јасно чују и нема шума.

Четврта фаза - моменат када тонови постепено слабе у својој јачини.

Пета фаза - скоро потпуно ишчезавање тонова, што представља вредност дијастолног притиска. И овде се, као у првој фази, препоручује да се код веома пригушених тонова притисак задржи на достигнутом нивоу, Дешава се да тонови постају снажни што нас упућује на ново попуштање вентила и тражење нове вредности на којој тонови ишчезавају, што представља дијастолни притисак.

Тешкоће у одређивању вредности крвног притиска (хиперкинетска циркулација) јављају се у следећим стањима:

- ✓ анксиозна стања
- ✓ тежи облици анемије
- ✓ фебрилна стања
- ✓ хипертиреозе
- ✓ инсуфицијенције залистка аорте
- ✓ опструктивне болести плућа
- ✓ деце и
- ✓ у трудноћи.

У овим случајевима вредности 4. фазе се узимају као дијастолни притисак.

Услови средине: Обавезно је да температура ваздуха у просторији буде око 22 степена по Целзијусу, да влада тишина, да су инструменти исправни и уредно баждарени.

4. ПРОМЕНЉИВОСТ КРВНОГ ПРИТИСКА

У току дневно-ноћног ритма и свакодневних активности долази до промена вредности крвног притиска, како код здравих тако и код оболелих особа и то:

- ✓ У току сна притисак достиже најниже вредности, испод 100 mmHg систолни, а непо-средно пре буђења достиже дневне вредности.
- ✓ Вредност крвног притиска има највеће вредности 2 сата након буђења и у послед-подневним сатима 17-19 часова. У преподневним сатима пораст крвног притиска је већи од послеподневног и он достиже вредност за 20 mmHg изнад дневног просека.
- ✓ Посале умереног оброка, систолни притисак се увећава за 5-10 mmHg.
- ✓ Ортостатским варијацијама приликом устајања систолни притисак се за пар секунди увећа за 10 mmHg деловањем барорецептора. Код старијих особа ова реакција је успорена и долази до појаве несвестице и несигурности.
- ✓ У току менструалног циклуса притисак се повећа за 5-10 mmHg.
- ✓ Ако се нагло зарони у хладну воду, притисак може да се повећа до 250 mmHg и да изазове неки облик хипертензивне кризе.
- ✓ Код повећаног физичког и психичког напора притисак се увећава.
- ✓ Код јаког бљеска светлости притисак се такође увећава.
- ✓ Код аденома простате и нерегулисаног пражњења бешике, притисак се рефлексивно повећава. Након ефикасног пражњења притисак нагло пада што се манифестује осећајем нестабилности и несвестицом.

5. ГРЕШКЕ ПРИ МЕРЕЊУ КРВНОГ ПРИТИСКА

- ✓ Манжетна није одговарајуће ширине у односу на године и обим надлактице.
- ✓ Хипертензија белих мантила (болесник није емотивно опуштен).
- ✓ Узана одећа која врши притисак на брахијалну или аксиларну артерију.
- ✓ Нежно прислоњен стетоскоп код гојазних особа даје лажно више вредности притиска.
- ✓ Престанак упумпавања ваздуха у манжетну чим ишчезну тонови може довести до превида “аускултаторне паузе”. Избегава се подизањем притиска за 30 mmHg изнад момента кад ишчезну тонови.
- ✓ Небаждарен или неисправан апарат
- ✓ Притисак после коморске екстрасистоле је већи.
- ✓ Систолни притисак је она вредност која се бележи чим се чује први тон код апсолутне аритмије.
- ✓ Мерење притиска гојазним особама задје доста потешкоћа. Ако меримо манжетном ширине 12-13cm даје лажне вредности 10-15 mmHg за систолни притисак и 5-10 mmHg за дијастолни притисак. Ове грешке се избегавају на следећи начин:
 - измереном притиску се одузимају наведене вредности
 - користи се манжетна ширине 16-18cm
 - манжетна се постави на подлактицу а стетоскоп на место на којем се пипа пулс радијалне артерије.
 - лажно високе вредности се добијају и приликом кашљања, кијања и говора.
 - превид постојања псеудохипертензије и занемаривање маневра, по Ослеру.

6. ОТКРИВАЊЕ И ПРАЋЕЊЕ ХИПЕРТЕНЗИЈЕ

На основу искуства се дошло до закључка да 25% болесника не зна да има повишене вредности притиска, 25% зна ,али се не лечи адекватно, 25% зна ,али се уопште не лечи, а осталих 25% се адекватно лечи фармаколошком и нефармаколошком терапијом. Потешкоћу представља и то што око 50% болесника са хипертензијом нема никакве текобе. Зато је на здравственом систему задатак да се открију особе оболеле од хипертензије и то путем:

- ✓ систематских прегледа свих грађана
- ✓ мерењем притиска ризичним групама
- ✓ мерењем притиска свакој особи која се јави здравственој служби.

Посебно место у овим активностима заузима популаризација самомерења крвног притиска. или мерења крвног притиска “код куће”, зато што може да пружи важне информације за почетну евалуацију болесника, нарочито за праћење и подношење лекова.

Самомерње има четири основне предности:

- ✓ разликовање реалне хипертензије од „хипертензије белих мантила“
- ✓ оцена успеха антихипертензивних лекова и њихових нежељених реакција
- ✓ болесници се навикавају да „управљају“ својом болешћу
- ✓ болесник не дозира лек без сагласности лекара.

За ове сврхе се препоручују, због лакоће руковања, анероидни сфигмоманометри.

Самомерење помаже при процени могуће резистенције хипертензије на лекове, хипотенивним стањима као реакција на лекове, као и при оцени повремених кризних повећања притиска који не трају дуго и остају непрепозната.

7. ПОДЕЛА ХИПЕРТЕНЗИЈЕ ПРЕМЕ УЗРОКУ (ЕТИОЛОШКА КЛАСИФИКАЦИЈА)

Основна класификација према етиологији дели хипертензију у две групе:

1. Примарна хипертензија којој припадају 95% болесника чији је узрок непознат.
2. Секундарна хипертензија којој припадају 5% болесника дели се на реналне, ендокрине, кардиоваскуларне и јатрогене.

8. АНАМНЕЗА

Већ је нагласио да 50% болесника од хипертензије нема никакве тегобе које би упућивале на боплест.

Могуће тегобе:

- ✓ раздражљивост
- ✓ емотивна напетост са фазама субдепресивног расположења
- ✓ зујање у ушима у фазама погоршања
- ✓ главобоље после буђења
- ✓ повремени скотоми, хемианопсије, глауком
- ✓ лупање срца, пулзирање у глави

у каснијим фазама

- ✓ умор, сањивост, малаксалост
- ✓ дефинитивна слабост срца, диспнеја у напору и знаци латентне срчане инсуфицијенције
- ✓ акутна инсуфицијенција левог срца
- ✓ плућни едем, јављају се отоци на ногама
- ✓ учестало мокрење, нарочито ноћу (код срчане инсуфицијенције ноћно мокрење је учестало и обилно, а код аденома простате учестало и оскудно по количини)
- ✓ крвављење из носа

Породична анмнеза - да ли је неко у породици боловао од кардиоваскуларних, неуролошких или ендокриних болести.

Проширена анамнеза - подношење физичког напора, друга обољења, бронхијална осетљивост, епизоде поремићаја ритма и др.

Навике и ставови о здрављу - пушење, употреба алкохола, унос кухињске соли и физичка активност.

Лекови и сродна средства - орална контрацептивна средства, антидепресиви, кортикостероиди, нестероидни антиреуматици, симпатикомиметици.

Односи у породици.

Односи на радном месту.

9. ФИЗИКАЛНИ (ОБЈЕКТИВНИ) ПРЕГЛЕД

Физикални преглед садржи следеће елементе јер је циљ потрага за знацима могуће секундарне хипертензије и оштећења циљних органа:

- ✓ два или више мерења крвног притиска с паузом од 2 минута,
- ✓ обавезно мерење притиска на обе руке, узимају се у обзир веће вредности.
- ✓ мерење висине, тежине и обима струка,
- ✓ преглед очног дна на хипертензивну ретинопатију,
- ✓ преглед врата на шуме у пределу каротидних артерија, проширене вене или увећану штитну жлезду,
- ✓ преглед срца (тонови, жумови, ритам)
- ✓ преглед абдомена (слушање латерално од умбиликуса, палпација бубрега)
- ✓ преглед плућа,
- ✓ преглед удова (пулзације, шумови, едеми и сл.)

Лабораторијске анализе (хематокрит, хемоглобин, калијум, холестерол, триглицериди гликемија, урична киселина, урин).

ЕКГ-је у овом случају прогностичко средство за процену увећања леве коморе, поремећаје ритма, знаке коронарне болести поремећаја електролита, ефеката токсичности неких лекова.

10.1. ДОПУНСКА ИСПИТИВАЊА

Ова испитивања се изводе на секундарном и терцијарном нивоу ЗЗ, мада се процедуре ехокардиографије и Доплер каротидних артерија све више ради на примарном нивоу ЗЗ:

- ✓ ехокардиографија
- ✓ ултразвучни преглед каротидних или феморалних артерија
- ✓ Ц-реактивни протеин
- ✓ Микроалбуминурија
- ✓ Квантитативна протеинурија
- ✓ Фундоскопија
- ✓ Постпрандијална гликемија

10.2. ПРОШИРЕНА ИСПИТИВАЊА

- ✓ тестови срчане или бубрежне функције
- ✓ одређивање ПРА, алдостерона, кортикостероида, катехоламина
- ✓ Артериографија
- ✓ Ултразвук абдомена (бубрези и надбубрези)
- ✓ ЦАТ
- ✓ ЦТ или НМР

11. ФАКТОРИ РИЗИКА И ХИПЕРТЕНЗИЈА

- ✓ пушење (прекид пушења не доводи до смањења вредности притиска, али се саветује због чињенице да повећава ризик од кардиоваскуларног оболевања)
- ✓ дислипидемија
- ✓ гојазност нарочито андроидног типа (метболички синдром икс), Губитак телесне масе од 4 кг доводи до смањења вредности систолног притиска за 10 mmHg, а дијастолног за 4 mmHg.
- ✓ шећерна болест
- ✓ старост преко 60 година
- ✓ пол (мушки и жене после менопаузе)
- ✓ постојање кардиоваскуларних обољења у породици
- ✓ дуготрајни психички стрес,
- ✓ физичка неактивност (шетња, џогинг или пливање у трајању 30-45 мин. три до четири пута недељно смањују систолни притисак за 4-8 mmHg)
- ✓ алкохолизам (ограничење уноса алкохола за мушкарце на 20-30 грама дневно, а за жене на 10-20 грама дневно смањује систолни притисак за 2-3 mmHg).
- ✓ Смањен унос кухињске соли на 2,4 грама дневно смањује систолни притисак за 2-8 mmHg

12. ПСЕУДОХИПЕРТЕНЗИЈА

Јавља се често у раду лекара у примарној здравственој заштити.

Постоје три главна узрока за ову појаву:

1. Хипертнзија белих мантила - измерене вредности притиска у ординацији су увек више него оне добијене самомерењем. Истраживања показују да најмање 20% болесника којима је у ординацији постављена дијагноза хипертензије, уствари нема хипертензију.

2. Псеудохипертензија старих особа - настаје услед ригидности артерија које пружају отпор упумпавању ваздуха и захтевају додатну механичку силу да се ригидитет савлада, независно од стварног притиска. Применом Ослеровог маневра могу се издвојити ови болесници од хипертензичара.

Ослеров маневар: палпирају се радијална и брахијална артерија и констатује њихову ригидност, Затим се упумпа ваздух у манжетну и истовремено палпира радијалан или брахијална артерија нешто ниже од манжетне. У нормалним ситуацијама и при нормалној еластичности артерија, при достизању притиска који доводи до прекида циркулације кроз брахијалну артерију (па и радијалну артерију), не могу се палпирати ове артерије. Код структурних промена неће доћи до колапса при достигнутом притиску, већ на вишим вредностима, али ће се и даље палпирати ригидне артерије ниже од манжетне. То су Ослер позитивни случајеви.

3. Коришћење неодговарајуће манжетне нарочито погађа децу и гојазне особе. Коришћење одговарајућих манжетни различите ширине је реална потреба којом се избегавају погрешно дијагнозе хипертензије.

13. КОМПЛИКАЦИЈЕ АРТЕРИЈСКЕ ХИПЕРТЕНЗИЈЕ

Акутне компликације могу да трају од неколико сати до неколико дана и најчешће се испољавају наглим повишењем артеријског притиска изнад 200 mmHg и називају се хипертензивне кризе и ту спадају: хипертензивна енцефалопатија, мождани удар, ангина пекторис, акутни инфаркт миокарда, акутна срчана инсуфицијенција, дисекција аорте и еклампсија.

Хроничне компликације: хронична цереброваскуларна инсуфицијенција са деменцијом као исходом, коронарна болест, срчана инсуфицијенција, ретинопатија, анеуризма аорте, нефроангиосклероза, хронична бубрежна инсуфицијенција и атеросклероза доњих екстремитета са интермитентном клаудикацијом.

14. ХИПЕРТЕНЗИЈА У ТРУДНОЋИ

Јавља се код 10% трудница, а колебање притиска почиње око 20 недеље трудноће. Постоји повећана остљивост крвних судова на ангиотензин два, што се драматично манифестује у ЕПХ синдром (едем, протеинурија, хипертензија). Снажан отпор на периферији захвата и утероплацентарни крвоток с тешким последицама по плод. Циљ лечења ове хипертензије је да се смањи ризик код мајке а да се избегну лекови који оштећују плод.

15. ХИПЕРТЕНЗИЈА КОД СТАРИХ ОСОБА

Са годинама старости се повећава учесталост хипертензије и код особа старијих од 65 година достиже преваленцију преко 50%.

Хипертензија се у овој старосној групи дели на: псеудохипертензију, систолно-дијстолну хипертензију и изоловану систолну хипертензију.

16. ХИПЕРТЕНЗИЈА И ШЕЋЕРНА БОЛЕСТ

Постоје разлике у настанку хипертензије код шећерне болести **тип 1** и **тип 2**.

Дијабету типа 2 често претходи хипертензија. Она се најчешће јавља у склопу метаболичког синдрома икс (хиперинсулинемија, хипертензија артеријалис, хипертриглицидемија, низак ниво доброг холестерола)

Дијбет типа 1 - Повећање притиска се јавља 10-15 година након постављене дијагнозе када се јављају знаци дијабетесне нефропатије. Тада артериски притисак прогресивно расте сразмерно оштећењу бубрега.

17. ЛЕЧЕЊЕ АРТЕРИЈСКЕ ХИПЕРТЕНЗИЈЕ

Лечење спада у домен рада лекара и овде ће бити изнети само информативни подаци о групама лекова којима се користе у нашој земљи за лечење ове болести.

Терапија артеријске хипертензије подразумева истовремену примену нефармаколошких и фармаколошких мера.

Нефармаколошке мере лечења

Ове мере пре свега подразумевају промену стила живота у шта спадају: редукција телесне тежине, рестриктивни унос соли, надокнада калијума и калцијума, рестриција уноса засићених масти, смањен унос алкохола, повећање физичке активности и прекид пушења.

Фармаколошке мере лечења

Лекар на основу сагледавања свеукупног здравственог стања болесника, факторе ризика, висине крвног притиска и предузетих нефармаколошких мера лечења одлучује који ће терапијским поступком лековима почети лечење ове болести. Лекови којима се лечи хипертензија називају се антихипертензивни. Међутим, појам антихипертензива је врло широк. Он подразумева неколико група лекова који по фармаколошкој класификацији имају властите групе и службено не спадају у антихипертензиве, али се користе за лечење хипертензије и то су:

- ✓ Диуретици у које спадају
 - тиазиди (DIUNORM, INDAPAMID, INDAPRES)
 - диуретици Хенлеове петље (LASIX, YURINEX, FUROSEMID)
 - диуретици који штеде калијум (SPIRINOLAKTON)
 - комбинације диуретика (LOMETAZID, HEMOPRES)

- ✓ бета блокатори (ATENOLOL, PANAPRES, PRINORM, BISOPROLOL, CONCOR, TENSEC, KARVEDILOL, KARVILEKS, MILENOL, PRESOLOL, BINEVOL, NEBILET, PROPRANOLOL)

- ✓ блокатори калцијумових канала (ALOPRES, MONODIPIN, NORVSC, VAZOTAL, AMLOGAL, LERCANIL, NIFELAT, NIFEDIPIN, DILTIAZEM, NITREPIN, NIZOLDIN, CORTIAZEM, TILZEM, VERAPAMIL и др.)

- ✓ АЦЕ инхибитори и блокатори ангиотензин два рецептора (CILAZAPRIL, PRILAZID, ENALAPRIL, PRILENAP, MONOPRIL, KATOPIL, HEMOKVIN, LORIL, LIZINOPRIL, TRITACE, AMPRIL и др.)

- ✓ алфа 1 блокатори (ALPHAPRES, EBRANTIL)

18. МИТОВИ И ЗАБЛУДЕ О ХИПЕРТЕНЗИЈИ

1. Међу болеснима са хипертензијом тежак облик ХТА има највећи ризик за непожељне КВ догађаје.

Није тачно: иако се тешка хипертензија често завршава фатално, са епидемиолошке тазке гледишта релативно мали број болесника има овај облик хипертензије те блага хипертензија иако формално са мањим ризиком има већи значај са становишта превенције и лечења.

2. Хипетензија је симптоматска болест!

Није тачно: највећи број болесника је асимптоматски и треба их тражити међу ризичном популацијом.

3. Ако болесници са хипертензијом узимају лекове не треба да се примењују нефармаколошке мере!

Није тачно: поред редовне антихипертензивне терапије потребно је спроводити и нефармаколошке мере.

4. Добра контрола вредности КП захтева само један лек!

Није тачно: велики број студија је доказао да су за добру контролу КП неопходна барем 2 лека, а често и три.

5. Лекари су уверени да највећи број болесника има добро регулисане вредности крвног притиска!

Није тачно: највећи број болесника, некад и преко 90%, има лоше регулисане вредности крвног притиска.

19. ПРАКТИЧНО ПРЕПОЗНАВАЊЕ

Приказ случаја I

Мушкарац, стар 52 године, пољопривредник, долази да провери притисак, жалећи се на умор и зујање у ушима. Задњих неколико дана није узимао редовно, прописану антихипертензивну терапију. Имао је госте па је “морао да наздрави”.

Тензија износи 210/115 mmHg.

Налаз: чује се четврти тон, на очном дну нема знакова едема папиле, неуролошки налаз уредан.

Да ли болесника треба упутити у болницу због хипертензивне кризе?

Одговор: Не, зато што нема реакције ниједног циљног органа.

Приказ случаја II

Мушкарац, 45 година, долази на контролу, пије прописану терапију, атенолол од 50 mg ујутру, уназад четри месеца.

Тензија му је смањена са вредности 180/105 mmHg на 160/95 mmHg.

Какав је даљи терапијски план лечења?

- 1) повећати прописану дозу лека
- 2) променити лек
- 3) додати још један лек
- 4) било који од наведених поступака уз примену нефармаколошких мера.

Одговор: Може се изабрати било који начин уз доследну модификацију начина живота.

Приказ случаја III

Који чинилац од наведених изазива нагло погоршање хипертензије?

- 1) акутни алкохолизам
- 2) прекид коришћења бета блокатора
- 3) орални контрацептиви

Одговор: Бета блокатори су лек избора код некомплицоване хипертензије. Смањују срчану фреквенцију и минутни волумен и њихов нагли прекид узимања доводи до акутног повећања крвног притиска и убрзаног рада срца.

20. ИЗВОРИ

- ❖ Национални водич АРТЕРИЈСКА ХИПЕРТЕНЗИЈА
2005. год.

- ❖ АРТЕРИЈСКА ХИПЕРТЕНЗИЈА у раду породичног лекара,
СЛД-Секција опште медицине
М. Лапчевић, Д. Жигић, Д. Иванковић, Београд, 2004. год.

- ❖ ОПШТА МЕДИЦИНА, М.Станојевић и сарадници:
Ниш, 1995. год.

- ❖ ПРОПЕДЕВТИКА ИНТЕРНЕ МЕДИЦИНЕ, друго издање, Д. Манојловић
Завод за уџбенике и наставна средства, Београд, 2000. год.

- ❖ ГОТОВИ ЛЕКОВИ приручник за фармакотерапију, VII издање, Т. Кажих.
Интегра, Београд, 1999. год.