

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ
ХИПЕРТЕНЗИЈА ВО ПОСТАРАТА ВОЗРАСТ

Член 1

Со ова упатство се пропишува начинот на дијагностицирање и третман на хипертензијата во постарата возраст.

Член 2

Начинот на дијагностицирање и третман на хипертензија во постарата возраст е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на дијагностицирање и третман на хипертензија во постарата возраст по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на дијагностичкиот процес и на третманот, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6508/2
3 декември 2012 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

ХИПЕРТЕНЗИЈА ВО ПОСТАРАТА ВОЗРАСТ

МЗД Упатство
20.1.2009

- Основни правила
- Постарите лица и крвниот притисок
- Дијагноза
- Третман
- Референци

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Третманот на хипертензијата кај постарите пациенти е корисен дури и во случаи кога ќе се почне на возраст од повеќе од 80 години (ннд¹-А).
- Со третманот треба да се почне внимателно за да се избегне опасноста од нарушување на мозочниот крвоток проследено со паѓање.
- Цел на третманот би требало да биде нормотензија (крвен притисок под 150/90), освен кога пречка за тоа се ортостатски проблеми или нарушување на бубрежната функција.

ПОСТАРИТЕ ЛИЦА И КРВНИОТ ПРИТИСОК

- Просечно, систолниот крвен притисок се покачува со годините, додека дијастолниот почнува да опаѓа по навршувањето на 60. година.
- Изолирана систолна хипертензија (ИСХ) често се јавува кај постарата популација. Придружните заболувања не само што го отежнуваат третманот, туку и ја спречуваат споредбата на соодветните студии за третман на хипертензијата (4, 5, 6).
- Третманот ја намалува особено инциденцијата на мозочен удар и на срцева слабост. Ефектите врз коронарната срцева болест се мали. Почнувањето со третман уште пред да дојде староста може да ја спречи појавата на болести на меморијата (6). Оваа корист би можела да е во зависност од избраниот лек.
- Следниве фактори би требало да се имаат предвид при третман на хипертензија:
 - НСАИЛ (нестероидни антиинфламаторни лекови) ја намалуваат ефикасноста на антихипертензивните лекови и може дополнително да ги оштетат бубрезите при бубрежно заболување.
 - Реноваскуларната хипертензија тешко се нормализира без компромитирање на реналната функција.
- Многу широк пулсен притисок може да упатува на аортна регургитација. Целта би требало да биде нормализирање како на систолниот така и на дијастолниот притисок (2).
- Фармаколошкиот антихипертензивен третман (со диуретици во комбинација со АКЕ инхибитори по потреба), дури и кога почнува кај пациенти на возраст од повеќе од 80 години е корисен, барем ако крвниот притисок е повеќе од 160/90 mmHg (и систолниот крвен притисок при стоење е најмалку 140 mmHg) и систолниот крвен притисок се намалува под 150 mmHg. Појавата на мозочен удар и кардиоваскуларната смртност, како и смртноста од други причини е намалена со антихипертензивни лекови во голема рандомизирана студија и плацебо контролирана студија (7)(ннд-А). Одлуката дали да се

¹ ннд = ниво на доказ

почне со третман или не, и кој лек да се употребува, треба да се донесе во согласност со која било коегзистирачка болест и со општото здравје на пациентот.

ДИЈАГНОЗА

- Мал дел од постарите лица имаат псевдохипертензија, кога атеросклеротичните артерии не се компримираат под манжетната и се добиваат лажно високи резултати. Може да претставува тешкотија да се препознае оваа состојба.
- Хипертензијата од „бел мантил“ е, исто така, вообичаена појава кај постарите лица. Оправдани се домашни или 24-часовни мерења.
- За да се дијагностицира ортостатска хипотензија, крвниот притисок мора секогаш да се мери и кога пациентот стои исправен; асимптоматското паѓање на систолниот притисок за 20 mmHg е вообичаено и прифатливо.
- Во придружни болести и лекови што можат да го намалат крвниот притисок спаѓаат:
 - Паркинсонизмот и лековите што се користат за негова терапија
 - Психијатриските лекови, особено антипсихотиците
 - Дијабетската невропатија
 - Нитратите.

ТРЕТМАН

- Менувањето на стилот на живот, обично, не дава ефекти кога се работи за третман на хипертензија кај постарите пациенти; тие меѓу постарите лица што развиле болест поврзана за стилот на живот се веќе починати и големите артерии ја имаат загубено еластичноста со стареењето.
- Третманот треба да се почне внимателно, со мала доза, која постепено се зголемува. Треба да се има предвид можен ортостатизам. Целта не се постигнува секогаш, но дури и мало намалување на крвниот притисок е од корист.
- Пациентот треба да се посоветува пополека да станува од кревет и би требало да му се објаснат симптомите на пресинкопа.
- Изборот на лекот треба да се направи земајќи ги предвид сите придружни болести.
- Диуретиците се често лекови од прва линија 3, освен кога некоја придружна болест не бара употреба на некој АКЕ-инхибитор или антагонист на рецепторите за ангиотензин (особено ако пациентот страда од кашлица како несакано дејство на некој АКЕ-инхибитор). Комбинираната терапија се почнува соодветно на одговорот.
- Мала доза на некој тијазиден диуретик е доволна за намалување на крвниот притисок.
 - Преголема доза на некој диуретик може лесно да предизвика ортостатска хипотензија кај постарите пациенти со ситен раст.
- Ако некој постар пациент има и дијабетес, коронарна срцева болест или срцева слабост, давање само диуретик нема да биде доволно.
 - Комбинирањето на некој АКЕ-инхибитор или антагонист на рецепторите за ангиотензин со диуретик е ефективно за намалување на крвниот притисок, но може да предизвика ортостатски проблеми и покачување на серумските концентрации на креатинин.
 - АКЕ-инхибиторите или антагонистите на рецепторите за ангиотензин не би требало да се комбинираат со диуретици што штедат калиум (опасност од хиперкалиемија). Место тоа би требало да се припише комбиниран производ. Можен исклучок е комбинирањето на некој АКЕ-инхибитор со спиронолактон за третман на срцева слабост.
 - Треба да се претпочитаат комбинации со ниски дози.
- Може да се употребуваат блокатори на калциумовите канали. Истовремена употреба со диуретици е можна, но може да предизвика хиповолемија.

- Бета-блокаторите не нудат некаква особена корист.
 - Нивната ефикасност може да се подобри со додавање на некој вазодилатор од групата на блокатори на калциумовите канали, меѓутоа ваквата комбинација може да доведе до ортостатски проблеми затоа што бета-блокаторите го оневозможуваат потребното забрзување на срцевиот ритам.
 - Бета-блокаторите се индицирани кај коронарна срцева болест и кај хронична срцева слабост.
- АКЕ-инхибиторите или антагонистите на рецепторите за ангиотензин, обично, се индицирани кај пациентите што имаат и хронична срцева слабост, миокарден инфаркт во анамнезата или дијабетес тип 2 (3, 6).
 - Важно е следењето на бубрежната функција (креатинин, калиум, натриум) особено ако пациентот истовремено користи и некој НСАИЛ.
 - Мало зголемување на серумските концентрации на креатинин, обично, не е пречка за употреба на некој АКЕ-инхибитор или антагонист на рецепторите за ангиотензин (освен ако серумските концентрации на креатинин не се зголемат за 30 проценти над почетното ниво во рок од два месеца или се развие хиперкалемија) (4).

РЕФЕРЕНЦИ

1. Staessen JA, Fagard R, Thijs L, et al. Randomised double-blind comparison of placebo and active treatment for older patients with isolated systolic hypertension. The Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) Trial Investigators. *Lancet* 1997;350(9080):757-64.
2. Staessen JA, Gasowski J, Wang JG, et al. Risks of untreated and treated isolated systolic hypertension in the elderly: meta-analysis of outcome trials. *Lancet* 2000;355(9207):865-72
3. Wing LM, Reid CM, Ryan P, et al. A comparison of outcomes with angiotensin-converting-enzyme inhibitors and diuretics for hypertension in the elderly. *N Engl J Med* 2003;348(7):583-92
4. Ahmed A. Use of angiotensin-converting enzyme inhibitors in patients with heart failure and renal insufficiency: how concerned should we be by the rise in serum creatinine? *J Am Geriatr Soc* 2002;50(7):1297-300
5. Chaudhry SI, Krumholz HM, Foody JM. Systolic hypertension in older persons. *JAMA* 2004;292:1074-1080
6. Elliott WJ. Management of hypertension in the very elderly patient. *Hypertension* 2004;44:800-804
7. Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, et al. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *N Engl J Med* 2008;358:1887–1898

Автори: Timo Strandberg Article ID: ebm00946 (022.010)© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 20.01.2009, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до јануари 2013 година.**