

ARTERINĖS HIPERTENZIJOS KOMPLIKACIJOS – NEKONTROLIUOJAMO KRAUJOSPŪDŽIO PASEKMĖS

COMPLICATIONS OF ARTERIAL HYPERTENSION – RESULTS OF AN UNCONTROLLED BLOOD PRESSURE

Mykolas Biliukas, Vaiva Karpavičienė

Vilniaus miesto klinikinė ligoninė
Vilniaus universitetas

Vilnius City Clinical Hospital
Vilnius University

SANTRAUKA

Reikšminiai žodžiai: arterinė hipertenzija, užmaskuota hipertenzija, kraujospūdžio monitoravimas.

Arterinė hipertenzija dažniausiai prasideda saikiais kraujospūdžio padidėjimais. Dauguma tokių pacientų jaučiasi gerai ir į medikus nesikreipia. Straipsnyje aprašytas tipiškas disociacijos tarp geros savijautos ir klinikinės būklės atvejis, kai arterinė hipertenzija diagnozuota ir gydymas pradėtas gerokai pavėluotai – išsivysčius komplikacijoms. Atkreiptas dėmesys į kraujospūdžio ambulatorinio monitoravimo, kaip aukštinio standarto, būtinumą, akcentuojama užmaskuotos hipertenzijos svarba. Pacientas iš stacionaro išrašytas būklei pagerėjus, tačiau po 4 savaičių nustatyta, kad jis neteko 65 proc. darbingumo.

ABSTRACT

Key words: arterial hypertension, masked hypertension, monitoring of blood pressure.

In most cases beginning of arterial hypertension from the moderate augmentation is common. Many patients haven't any complications and are of the opinion, that wellbeing is a reason to avoid medical care. We report typical case of dissociation between arterial hypertension and clinical state in time of masked hypertension. Steady hypertension was turned out in significant late period – when complications appeared. Most attention was attracted to ambulatory monitoring of blood pressure as a „gold standart“ of control, emphasising importance of masked hypertension. In hospital treatment was succesful, but loss 65 % capacity of work was found after 4 weeks.

ĮVADAS

Arterinė hipertenzija (AH) – dažniausia lėtinė kardiovaskulinė liga, kuria JAV serga nuo 29 (N. Abe'as) iki per 40 proc. (D. Jatužis) suaugusių gyventojų [1, 2]. Įrodyta, kad JAV 62 proc. cerebravaskulinių ligų, 49 proc. išeminės širdies ligos (IŠL) atvejų ir 7,2 mln. mirčių per metus susiję su netinkama kraujospūdžio kontrole. 1999 m. AH Lietuvoje diagnozuota 59,3 proc. 25–64 m. vyrų ir 42,1 proc. to paties amžiaus moterų [3].

Pažeisdama stambiašias ir smulkiąsias arterijas, AH pagreitina pagrindinės mirčių priežasties – aterosklerozės susiformavimą. Lietuvoje ši problema ypač aktuali, kadangi

54,4 proc. mirčių, 27 proc. neįgalumo atvejų, 15–20 proc. visų apsilankymų poliklinikose lemia širdies ir kraujagyslių ligos. IŠL sergamumu 4 kartus, mirtingumu 2,37 karto viršija Europos Sąjungos vidurkį. Papildomo dėmesio reikėjo skirti padėčiai Rytų Lietuvoje [4]. Nepaisant apibotų AH gydymo rekomendacijų, dedamų pastangų bei investicijų, sergamumas insultu nemažėja, ūminiais koronariniiais sindromais ir miokardo infarktu – didėja. Lieka neišspręsta staigios mirties problema [5, 2].

Kai kurios nepakankamo kompianso tarp paciento ir arterinio kraujo spaudimo (AKS) matavimo priežastys:

Mykolas Biliukas
Vilniaus miesto klinikinė ligoninė
Antakalnio g. 57, Vilnius
mbiliukas@gmail.com

asimptominė eiga, nepakankama sanitarinė savišvieta, AKS normatyvų, jo matavimo sąlygų neišmanymas, nepakankamas dėmesys ribinei hipertenzijai, kitiems AH variantams.

KLINIKINIS ATVEJIS

46 m. vyras, Vilniaus rajono gyventojas, dirbantis asfalto frezavimo mašinistu, rūkantis per 20 m., poliklinikos gydytojo siuntimu hospitalizuotas į kardiologijos skyrių. Atvykęs skundėsi dusuliu paėjus 20–30 metrų, pasilenkus, tinimais, dažnu, neritmišku širdies plakimu, darbingumo sumažėjimu. 5–6 m. priešreisiinių sveikatos tikrinimų metu AKS būdavo < 140/90 mmHg, bet kartais – 150/100 mmHg. Pacientas tęsė darbą, nesigyždė. 9 mėnesiai iki hospitalizacijos prasidėjo minėti nusiskundimai, didėjo svoris, trumpėjo nueinama distancija. 6 mėnesius pacientas tęsė darbą, rūkė, į medikus nesikreipė – laukė, kol liga praeis. Savijautai blogėjant, 3 mėn. iki hospitalizacijos kreipėsi į šeimos gydytoją – AKS buvo 190/130 mmHg. Diagnozuota II^o pirminė AH, hipertenzinė kardiomiopatija, tachisistolinis prieširdžių virpėjimas, dažna ekstrasistolija, lėtinis širdies nepakankamumas C st., NYHA III. Ambulatoriškai 3 mėnesius pacientas buvo gydomas torazemidu, tačiau, progresuojant tachiaritmijai, stiprėjant širdies nepakankamumui, skubos tvarka nukreiptas į stacionarą.

Objektyvaus tyrimo duomenys: ūgis 176 cm, pilvo apimtis 116 cm, galūnės vėsios, margai cianoziškos, blauzdos sutinusios. Kvėpavimo dažnis esant ramybės būsenos – 30 k/min. AKS – 150/95 mmHg, širdies veikla absoliučiai aritmiška, pulso dažnis 122 k/min., pulso deficitas – 12. Kairioji širdies riba – 2 cm į kairę nuo k. vidurinės raktikaulio linijos, I tonas ties viršūne susilpnėjęs, nepastovus trečias širdies tonas, smulkūs, drėgni karkalai iki menčių kampų, sausi švilpiantys pailgėjusios ekspiracijos fazėje. Kepenys – 3 cm žemiau d. šonkaulių lanko. Grefes, Kocherio, Džordano simptomai neigiami.

Kraujo tyrimai: eritrocitai – $8,55 \times 10^{12}/l$, Hb 159g/l, Ht 43,9 proc., leukocitai – $8,55 \times 10^9/l$, trombocitai – $223 \times 10^9/l$, leukograma – nepakitusi, d – dimerai – 0,43 mg/l, šlapalas – 7 mmol/l, kreatininas – 95 μ mol/l, GFG – 82 ml/min./1,73 m², B. Chol. – 6,16 mmol/l, kalis – 3,2 mmol/l, TTH – 0,743 mIU/l, FT4 – 22, 92 pmol/l, CRBhs – 0,49 mg/l, Troponinas T_{hs} – 5,51 ng/l.

Šlapimo tyr.: santykinis tankis – 1026, pH – 5.

EKG: tachisistolinis prieširdžių virpėjimas, dažnos skilvelinės ekstrasistolės iš abiejų skilvelių, skilę „r“ ir „s“ danteliai III, aVF, V₂ derivacijose, kairiojo skilvelio hipertrofijos požymiai.

Krūtinės ląstos rentgenograma: plaučių apatinių dalių priešinis gausus dėl paryškėjusių kraujagyslių ir intersticinio audinio. Širdies šešėlis išsiplėtęs į kairę dėl padidėjusio kairiojo skilvelio. Aorta be matomų pakitimų.

Širdies ultragarsinis tyrimas: kairysis prieširdis – 72 x

60 mm, dešinysis – 66 x 52 mm, kairiojo skilvelio (KS) diastolinis diametras – 63 mm, užpakalinės ir šoninės KS sienelių storiai – 13 mm. Dešiniojo skilvelio diastolinis diametras – 46 mm. Miokardo masės indeksas – 114 g/m² Išstūmimo frakcija – 30 proc. II^o regurgitacija per mitralinį vožtuvą. Išvados: visų širdies kamerų išsiplėtimas. Kairiojo skilvelio hipertrofija. Reliatyvus mitralinio vožtuvo nesandarumas. Totalus širdies nepakankamumas.

Pilvo organų echoskopija: dešinioji kepenų skiltis – 14,5 cm, dešinysis inkstas – 9,6 cm, parenchima – 1,5 cm, kairysis – 9,5 cm, parenchima – 1,6 cm, stazės nėra. Pilvinė aorta neišsiplėtusi.

Inkstų dinaminė gamascintigrafija su Tc^{99m}: sulėtėjusios abiejų inkstų sekrecijos ir ekskrecijos fazės.

Veloergometrija gydymo periodo pabaigoje: 50W – 2 min. + 100 W – 3 min. + 150 W – 2 min. Krūvis nutrauktas dėl dusulio, dažnos skilvelinės ekstrasistolijos, sinusinės tachikardijos. Horizontali ST segmento depresija neviršijo 1 mm. AKS dinamikoje – 143/92 – 186/103 – 134/77 mmHg, ŠSD – 66 – 143 – 77 k/min. Išvada: kairiojo skilvelio disfunkcijos požymiai.

Okulisto apžiūra: abiejų akių tinklainės arterijos siauros, smulkiosios – vingiuotos, segmentuotos, Gvisto s. – teigiamas. Arterijų ir venų santykis – 1 : 3. Venos pilnakraujės, netolygios. Kryžmės simptomas – I^o. Išvada: abiejų akių I^o hipertenzinė retinopatija.

Remiantis šių tyrimų duomenimis, nustatyta klinikinė diagnozė: hipertenzinė širdies liga (kardiopatija) III^o su staziniu širdies nepakankamumu, labai didelės rizikos grupė. Persistentinis prieširdžių virpėjimas, tachisistolinė forma. Skilvelinė ekstrasistolija II kl. pagal B. Lowną. Lėtinis širdies nepakankamumas C st., NYHA III. Nutukimas II^o dėl kalorijų pertekliaus.

Medikamentinis gydymas: amiodaronu, nebivololiu, perindopriiliu, varfarinu, enoksiparinu, torazemidu, spironolaktonu, atkūrus sinusinį ritmą – ivabradinu, alprazolamu, mildronatu.

Kliniškai pacientas greitai sveiko: mažėjo tachiaritmija, tachipnėja, atkurtas sinusinis ritmas, praėjo bronchospazmas, edemos, svoris sumažėjo 8 kg. Išstūmimo frakcija padidėjo iki 37 proc. Hospitalizacijos trukmė – 7 d.

Po 4 sav. nustatytas neįgalumas dėl 65 proc. darbingumo netekimo. Pacientas tęsė nemedikamentinį ir medikamentinį gydymą šeimos gydytojo priežiūroje ir jautėsi gerai, atliko lengvus buitines darbus. Tačiau epizodiškai AKS pakildavo iki 150/100 mmHg, būdavo ekstrasistolijų, todėl, nepaisant geros savijautos, reikėdavo papildomos gydymo korekcijos.

KLINIKINIO ATVEJO APTARIMAS

Taigi įvertinę anamnezę (minėti nusiskundimai, 62 m. tėvo mirtis nuo insulto, rūkymas, neracionali mityba,

atsainus požiūris į saikų AKS padidėjimą ligos pradžioje) galime manyti, kad liga prasidėjo užmaskuotą („masked,“) arterine hipertenzija (UAH), vėliau perėjusia į nuolatinę, kuri pradėta gydyti gerokai pavėluotai – kai sutriko širdies ritmas, ligonis duso, sutino (bet ir toliau rūkė). Hipertenzinės širdies ligos ir jos komplikacijų – virpamosios aritmijos, dažnos skilvelinės ekstrasistolijos, lėtinio širdies nepakankamumo – diagnostika stacionare nebuvo problemiška, priešhipertenzinis, priešdekompensacinis ir priešaritminis gydymas pagal galiojančias rekomendacijas buvo sėkmingas, tačiau pacientas liko neįgalus – neteko 65 proc. darbingumo.

Epidemiologinių tyrimų duomenimis, mažiau kaip pusė išsivysčiusių šalių pacientų, sergančių AH, reguliariai gydosi. JAV tik 25–30 proc. besigydančiųjų pasiekia tikslinį AKS. Tuomet insulto, IŠL, kardiovaskulinių mirčių rizika sumažėja 38, 16, 21 proc. atitinkamai, be to, pagerėja gyvenimo kokybė, kartu – darbingumas. Pagrindinės neefektyvaus gydymo priežastys dėl paciento ir medikų veiksmų pakankamai išnagrinėtos ir plačiai aprašytos [6]. Svarbiausia mūsų tirtu, gydyto ir vėliau stebėto paciento problema – asimptominė AH ligos pradžioje, nepakankamas dėmesys saikiai padidėjusiam AKS ambulatorinėmis sąlygomis, netinkamas matavimo rezultatų interpretavimas. Nors medicinos darbuotojai AH prevenciją, diagnostiką ir gydymo režimus pagal nuorodų rekomendacijas yra gerai įsisavinę, AKS, dislipidemijos, kūno masės, disglukemijos kontrolė tarp sveikų asmenų ir ligonių yra toli nuo optimalios, tikslinės reikšmės nepasiekiamos. Šis reiškinys išplitęs visame pasaulyje. Tuo tarpu ambulatorinis AKS monitoravimas atskleidžia: a) UAH, b) baltojo chalato AH, turinčias prognozinės reikšmės organų – taikinių pakenkimui ir tuo yra panašios į permanentinę (nuolatinę) AH [7].

AH slenkstis – labai individualus, kadangi priklauso nuo kardiovaskulinės rizikos laipsnio, gretutinių ligų. Egzistuoja nuomonė, kad ramybės būsenos AKS 140–160/100–110, o kartais 180/120 mmHg gydyti nereikia, jeigu žmogus jaučiasi gerai ir nėra ženklus organų taikinių pakenkimo (M. Debeiki, N. A. Agadžanianas, J. N. Mišustinas). Jų nuomone, intervencija priešhipertenziniais vaistais gali pabloginti širdies vainikinę ir smegenų kraujotaką, kadangi stipriausiai išplečiamos labiausiai vaskuliarizuotų – pilvo organų – smulkiosios arterijos ir arteriolės, turinčios kur kas daugiau lygiųjų raumenų negu elastinio tipo arterijos. Taip susiformuoja „apvogimo“ sindromas, gydant AH pasekmes, o ne priežastis. Dauguma išeminių insultų išsivysto sumažinus AKS. Todėl kardiologų ir neurologų nuomonės dėl optimalaus AKS skiriasi [8]. Dvigubai aklas paralelinių grupių atsitiktinių imčių III fazės daugiacentrinis tyrimas SMILE–IV parodė, kad kompleksinio gydymo fone pridėjus angiotenziną konvertuojančio fermento inhibitorių ir sunorminus sistolinį ir diastolinį AKS, inkstų funkcija pa-

blogėjo nuo 20 iki 23 proc., nors kairiojo skilvelio išstūmimo frakcija padidėjo 5 proc. [9]. Štai kodėl būtina savalaikė AH diagnostika, kontrolė dinamikoje, medikamentinio ir nemedikamentinio gydymo optimizavimas. Mūsų pristatomu atveju šie veiksmai atlikti pavėluotai – AH komplikacijų stadijoje.

Naujausiose ambulatorinio AKS monitoravimo rekomendacijose teigiama, kad dieninis AKS daugiau kaip 130/85 mmHg, o naktinis 120/80 mmHg arba naktinis nesumažėjimas („nondipper,“) yra organų – taikinių pažeidimo prediktoriai [10].

Ypatinga AH forma – UAH, kai gydytojo kabinete AKS < 140/90 mmHg, bet ligonio namuose būna daugiau. Jos dažnis – 1 iš 7–8 asmenų, kuriems įstaigoje konstatuojamas normalus AKS. Remiantis „PubMed“, „PascalBioMed“ ir „Cohrane“ duomenų bazių metaanalize, šiai AH formai pasaulyje skiriamas nepakankamas dėmesys, nėra visuotinai priimto apibrėžimo, visaapimančio rūšiavimo, randomizuotų studijų su gydymo rekomendacijomis ir rezultatais. Manoma, kad jos dažnis – nuo 8 iki 20 proc. tarp asmenų, kuriems gydytojo kabinete nustatomas normalus AKS ir siekia 50 proc. tarp tų ligonių, kurie gauna priešhipertenzinį gydymą. Dažniausiai šių pacientų savijauta gera, tačiau kardiovaskulinių įvykių rizika yra statistiškai patikimai didesnė nei pastovių normotenzikų: rizikos santykis 1,92 (1,51–2,44) [11].

Kartais UAH laikoma arba cirkadiniais svyravimais, arba artefaktu (P. Panceletas, 2005). Gera paciento savijauta AH atžvilgiu ir normalus AKS sveikatos priežiūros įstaigoje yra tos priežastys, kurios nukreipia gydytoją gretutinių ligų diagnostikos ir gydymo kryptimi.

Taigi UAH išlieka „juodąja dėže“ ir praktikos gydytojams, ir pacientams, tačiau mūsų aprašomas atvejis rodo šios AH rūšies, perėjusios į permanentinę, grėsmingumą. Šiam teiginiui patvirtinti ar atmesti reikėtų pakankamos imties kontroliuojamų tyrimų, kadangi visuotinai priimto nutarimo masiškai tirti gyventojus dėl UAH, o ją konstatavus – dėl organų – taikinių pažeidimo kol kas nėra [11].

IŠVADOS

1. Nekontroliuojamas arba blogai kontroliuojamas arterinis kraujo spaudimas – savarankiškas rizikos veiksnys, pagreitinantis sunkių arterinės hipertenzijos komplikacijų išsivystymą.
2. Arterinei hipertenzijai būdinga disociacija tarp geros savijautos ir patologinių klinikinių požymių.
3. Pagrindinis arterinės hipertenzijos gydymo uždavinys – koronarines širdies ligos įvykių prevencija, kurios būtina sąlyga – reguliarus arterinio kraujo spaudimo matavimas.
4. Būtina gerinti pacientų sanitarinį švietimą jiems priimtiniais būdais ir formomis.

LITERATŪRA

1. Abe Naomi, Bisognano J D. Non – pharmacological Interventions for Patiens with Resistant Hypertension. *European Cardiology* 2011; 7 (2): 93–96.
2. Arterinės hipertenzijos gydymas losartanu – dvejetainis poveikis. *Gydymo menas* 2009; 9 (168): 58–60.
3. Klumbienė J, Petkevičienė J, Misevičienė I, Plieskienė A. Arterinės hipertenzijos paplitimo ir kontrolės pokyčiai 1987–1999 m. Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas, 2002; 6: 751–6.
4. SAM 2003 m. gruodžio 31 d. įsakymas Nr. V–805: Lietuvos gyventojų sergamumo ir mirštamumo nuo širdies ir kraujagyslių ligų mažinimo strategija.
5. Biliukas M, Petrauskienė R, Kalibatiene D, Karpavičienė V. Didelio jautrumo C – reaktyvus baltymas ir GRACE skalė vertinant ūminių koronarinių sindromų riziką. *Medicinos teorija ir praktika*, 2012; 4,1(18): 410–416.
6. Petrulionienė Ž, Apanavičienė D A. Evaluation of arterial hypertension control and treatment in daily practice of family physicians. *Medicina* 2010; 10 (46): 657–663.
7. McFarlane SI, Castro J, Kaur J. Control of blood pressure and other cardiovascular risk factors at different practice settings: outcomes of care provided to diabetic women compared to men. *J Clin Hypertens (Green – Wich)* 2005; 7: 73–80.
8. Mišustin J N. Vichod iz tupika. Ošibki medicini ispravljajet fiziologija. Samara, 2012; 80.
9. SMILE–IV tyrimo rezultatai: zofenoprilio ir ramiprilio derinių su acetilsaliciline rūgštimi efektyvumas gydant pacientus po ūminio MI. *Lietuvos gydytojo žurnalas*, 2012; 7 (50).
10. 2013 ambulatory blood pressure monitoring recommendations for the diagnosis of adult hypertension, assesment of cardiovascular and other hypertension – associated risc, and attainment of therapeutic goals. *Chronobiol Int*, 2013; Apr; 30 (3): 355–410 doi 10. 3109/ 07 42 05 28. 2013. 750490.
11. Bobrie G, Clerson P, Menard J, Postel-Vinay N, et al. Masked hypertension: a sistematic review. *J. of Hypertenion* 2008; 9 (26): 1715–1725.

*Gautas 2013 m. rugpjūčio 8 d., aprobuotas 2013 m. rugsėjo 6 d.
Submitted August 8, 2013, accepted September 6, 2013.*