

Първичен преглед на пациенти с хипертония

Увод

Повечето пациенти с хипертония имат умерено повишено артериално налягане. При това положение диагнозата хипертония се поставя след потвърждение чрез правилно измерване на артериалното налягане в поне 3 отделни измервания.

След измерванията на артериалното налягане трябва да се направи оценка на ситуацията в следните аспекти:

- Наличие и степен на увреждане на таргетните органи.
- Общ сърдечно-съдов рисков статус на пациента.
- Установяване на вторични и често лечими причини за хипертонията.

Пациентите с тежка хипертония (сistolно артериално налягане ≥ 180 mmHg и/или диastолно артериално налягане ≥ 120 mmHg) изискват незабавна оценка на признаците за остро увреждане на таргетните органи и по всяка вероятност незабавна терапия. Пълната оценка на потенциалните съпътстващи причини за състоянието обикновено се отлага до понижение на артериалното налягане до безопасни нива.

Основен подход

Анамнезата и физикалното изследване, описани по-долу, са насочени специфично към диагностиката на хипертонията.

Анамнеза

Анамнезата трябва насочено да търси факти, които да помогнат за идентифицирането на допринасящи или утежняващи фактори, естествения ход

на артериалното налягане, степента на органната увреда, симптомите, насочващи към симптоматична хипертония и наличието на рискови фактори за сърдечно-съдово заболяване. Пациентите трябва да бъдат разпитани и за симптоми и белези, които да подсочат предполагаемата причина за хипертонията.

Важен е въпросът за давността на хипертонията. Простият въпрос: „Откога страдате от повишено кръвно налягане?“ може да доведе до подвеждащ отговор. Ако пациентът примерно отговори на този въпрос „от 2 години“, следващият въпрос: „А кога за последен път имахте нормално артериално налягане?“ може да установи, че пациентът не е мерил артериалното си налягане от много години. Следователно, може да е имал недиагностицирана хипертония в продължение на години.

Друг важен момент, особено при пациенти с тежка хипертония ($\geq 180/120$ mmHg) е анамнезата за предходна антихипертензивна терапия. Много честа причина за тежката хипертония е липсата на убеденост на пациента за необходимостта от прилагане на антихипертензивна терапия.

Физикално изследване

Основна цел на физикалното изследване е оценката на симптомите, говорещи за увреждане на таргетните органи (сърце, очи, бъбреци) и установяването на причината за хипертонията.

Необходимо е детайлно изследване на пулса и аускултация на корема за установяване на шумове на бъбречната артерия. Нали-

чието на горен абдоминален шум с диastолен компонент, разпространяващ се латерално в една-та посока, е показател с голяма вероятност за стеноза на бъбречната артерия.

Лабораторни изследвания

Рутинните изследвания за оценка на вероятната причина за хипертонията (и признаците за увреждане на таргетните органи), както и за оценка на сърдечно-съдовите рискови фактори, са:¹

- Пълна кръвна картина, диференциално броене, рутинни кръвни показатели (КЗ, холестерол, триглицериди, креатинин, калий, пикочна киселина).
- Анализ на урината (протеинурия, хематурия).
- Електрокардиограма (миокардна исхемия, миокардна хипертрофия).
- Очни гъна.

Гръдна рентгенография трябва да бъде извършена при пациенти с диспнея.

При наличие на отклонения при пациенти с тежка хипертония трябва да се установи дали тези нарушения са нови или са диагностицирани преди това, тъй като пациентите с остри нарушения обикновено се нуждаят от много по-агресивна терапия на повишеното артериалното налягане.

Допълнителни тестове

В някои случаи е необходимо провеждането на допълнителни тестове. Към тях се отнасят:

Ограничена ехокардиография

Ограничената ехокардиография е по-чувствителен метод за

установяване на левокамерна хипертрофия от стандартната ЕКГ и е значително по-евтина от пълната ехокардиография. Основната цел на ехокардиографията е установяването на възможно увреждане на таргетните органи при пациенти с гранично високи стойности на артериалното налягане. Тя идентифицира и някои пациенти, които не могат да бъдат лекувани според възприетите клинични критерии.²

Амбулаторно проследяване на артериалното налягане

Амбулаторното проследяване на артериалното налягане понижава цената на антихипертензивната терапия чрез бързото установяване на 20% от пациентите с "хипертония на бялата престилка" и чрез потвърждаване на ефективността на терапията.³ Основната индикация за приложение на метода е персистиращата хипертония на пациента в кабинета на лекаря, но при нормално артериално налягане в амбулаторни условия.

Микроалбуминурия

Наличието на микроалбуминурия е ранна проява на нефропатия при диабет или хипертония. Тя е свързана с повишена честота на сърдечно-съдовата болест. Изследването за микроалбуминурия понастоящем се ограничава до пациентите с диабет за скрининг на ранната нефропатия. Препоръчва се и измерване на албуминовата екскреция при пациенти с първична хипертония без диабет.^{1, 4, 5}

Плазмена ренинова активност

Въпреки че нивото на плазмената ренинова активност може да насочи към някои форми на симптоматична хипертония,⁶ тестът обикновено не се прилага рутинно.

Определянето на плазмената ренинова активност се налага при пациенти с предположение за хипертония с ниско рениново ниво, като например при първична хиперсекреция на минералкортикоиди. Необяснимата хипокалиемия насочва диагностичното мислене към това нарушение.

Подход при реновазална хипертония

Допълнително изследване за реновазална болест е индицирано само при пациентите с анамнестични данни за такава и при които се планира извършване на корективна процедура в случай на установяване на сигнификантна стеноза на бъбречната артерия. Субтракционната дигитална ангиография е първоначален тест при голяма вероятност на реновазална болест; спиралната КТ и 3D-ЯМР са минимално инвазивни процедури и в повечето случаи са прецизни алтернативни възможности. Доплеровата ехокардиография също може да по-

помогне диагностиката на реновазалната болест.⁷

Оценка на сърдечно-съдовия риск

Няколко допълнителни рисковни фактори повлияват хипертонията и изискват глобална оценка на сърдечно-съдовия риск статус на всеки пациент.⁸ Наличието или отсъствието на други рискови фактори може да повлияе решението за назначаване на антихипертензивна терапия при пациент с гранични стойности на артериалното налягане.⁸

Въпреки че хиперурикемията може да бъде маркер на сърдечно-съдовия риск при артериална хипертония, както и в общата популация, данните от Framingham Heart Study показват, че тази зависимост изчезва след ajustиране за сърдечно-съдовите рискови фактори.^{9, 10}

*По материали от
www.uptodate.com*

Реферирал: д-р Мая Живкова

Литература

1. Chobanian, AV, Bakris, GL, Black, HR, et al. The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. The JNC 7 report. *JAMA* 2003; 289:2560.
2. Cuspidi, C, Lonati, L, Macca, G, et al. Cardiovascular risk stratification in hypertensive patients: Impact of echocardiography and carotid ultrasonography. *J Hypertens* 2001; 19:375.
3. O'Brien, E, Beevers, G, Lip, GY. ABC of hypertension. Blood pressure measurement. Part III-automated sphygmomanometry: ambulatory blood pressure measurement. *BMJ* 2001; 322:1110.
4. Mulrow, CD, Townsend, RR. Guiding lights for antihypertensive treatment in patients with nondiabetic chronic renal disease: Proteinuria and blood pressure levels? *Ann Intern Med* 2003; 139:296.
5. Rosa, TT, Palatini, P. Clinical value of microalbuminuria in hypertension. *J Hypertens* 2000; 18:645.
6. Laragh, J. Laragh's lessons in pathophysiology and clinical pearls for treating hypertension. *Am J Hypertens* 2001; 14:603.
7. Radermacher, J, Haller, H. The right diagnostic work-up: investigating renal and renovascular disorders. *J Hypertens Suppl* 2003; 21 Suppl 2:S19.
8. Padwal, R, Straus, SE, McAlister, FA. Evidence based management of hypertension. Cardiovascular risk factors and their effects on the decision to treat hypertension: evidence based review. *BMJ* 2001; 322:977.
9. Alderman, MH, Cohen, H, Madhavan, S, Kivlighn, S. Serum uric acid and cardiovascular events in successfully treated hypertensive patients. *Hypertension* 1999; 34:144.
10. Culleton, BF, Larson, MG, Kannel, WB, Levy, D. Serum uric acid and risk for cardiovascular disease and death: The Framingham Heart Study. *Ann Intern Med* 1999; 131:7.