
Marijana C. Jandrić Kočić¹, Snežana B. Knežević²

ZNAČAJ/ULOGA AMBULANTE PORODIČNE MEDICINE U RANOM OTKRIVANJU SEKUNDARNE HIPERTENZIJE

Prikaz slučaja

SAŽETAK – Uvod: Sekundarna arterijska hipertenzija ima osnovni uzrok koji je moguće identifikovati. Rutinski skrining iste nije indikovano imajući u vidu nisku prevalenciju bolesti (5-10% arterijske hipertenzije), dugotrajnu i skupu dijagnostičku evaluaciju.

Prikaz slučaja: U ambulanti porodične medicine javlja se pacijentkinja starosti 34. godine zbog pogoršanja, do tada stabilne, arterijske hipertenzije. Ista joj je ustanovljena prije 12 mjeseci kojom prilikom se javila u zdravstvenu ustanovu gdje joj je uključen perindopril/amlodipin 4/5 mg, 1x1 tableta. Do sada zdrava, negira bolesti od značaja za hereditet. Pušač. 24 satni ambulantni monitoring krvnog pritiska verifikuje povišene vrijednosti dijastolnog krvnog pritiska u 59,3% mjerenja u toku dana i 59,2% mjerenja u toku noći. Ultrazvuk štitne žlijezde verifikuje nehomogenu strukturu, desni režanj veličine 40x15x16 mm, lijevi režanj 42x15x16 mm. Ultrazvuk abdomena smanjenje lijevog bubrega, bilateralno istanjen korteksa, lijevostranu umjerenu hidronefrozu. Laboratorijski nalazi utvrđuju značajno povećanje vrijednosti tirostimulirajućeg hormona kao i antitijela prema tiroidnoj peroksidazi, snižene vrijednosti slobodnog tiroksina i lagano povišene vrijednosti albumina u 24 satnom urinu. Pacijentkinja se upućuje na konsultativni pregled nefrologa i specijaliste nuklearne medicine. Isti indikuju higijensko dijetetski režim i uvođenje levotiroksin natrijum tableta 100 mcg 1x 1 ¼ tablete (125 mcg). Šest mjeseci kasnije ukinuta je antihipertenzivna terapija, dok je supstitucionarna terapija levotiroksin natrijumom smanjena na 1 x 100 mcg.

Zaključak: Rad izabranog ljekara porodične medicine u skladu sa smjernicama dobre kliničke prakse omogućava rano otkrivanje, normalizaciju

¹ Marijana C. Jandrić-Kočič, Dom zdravlja Krupa na Uni, Republika Srpska, marijanajandric-kocic@gmail.com

² Dom zdravlja Kraljevo, Republika Srbija

ili značajno smanjenje vrijednosti sekundarne hipertenzije, redukuju mogućnost nastanka ireverzibilnih promjena na krvnim sudovima i koegzistirajuće esencijalne hipertenzije.

Ključne riječi: sekundarna hipertenzija, porodična medicina

Uvod

Arterijska hipertenzija predstavlja najučestaliji i najslabije kontrolisan faktor rizika smrtnosti u svijetu. Komplikacije arterijske hipertenzije (infarkt miokarda, moždani udar, srčana isuficijencija, periferna vaskularna bolest, oštećenje bubrega i vida) dovode se u vezu sa 10,4 miliona smrtnih ishoda godišnje. Svake godine na liječenje arterijske hipertenzije u Sjedinjenim Američkim Državama se troši 47,5 milijardi dolara [1,2].

U 90-95% slučajeva arterijska hipertenzija nema poznatu etiologiju i označava se kao esencijalna, primarna ili idiopatska. Riječ je o multifaktorijalnoj bolesti koja nastaje kao posljedica kombinovanog uticaja genetskih faktora, načina života, faktora okoline, poremećaja u kontrolnim neurohumoralnim mehanizmima i vaskularnoj strukturi [1,2,3].

Sekundarna arterijska hipertenzija ima osnovni uzrok koji je moguće identifikovati. Rana detekcija i adekvatno kauzalno liječenje ove hipertenzije omogućavaju normalizaciju ili značajno smanjenje vrijednosti krvnog pritiska, čime se i redukuje mogućnost nastanka ireverzibilnih promjena na krvnim sudovima i trajno održavanje/zaostajanje koegzistirajuće esencijalne hipertenzije [3,4].

Prikaz slučaja

U ambulantu porodične medicine javila se pacijentkinja starosti 34. godine zbog progresivnog pogoršanja arterijske hipertenzije. Hipertenzija je otkrivena 12 mjeseci ranije i započeto je kontinuirano lečenje (perindopril/amlodipin 4/5 mg/ dnevno). Do tada je bila zdrava i negirala je bolesti od značaja za hereditet. Živi sama u uslovnom stanu, puši.

Fizikalnim pregledom nisu nađeni znaci koji bi upućivali na sekundarnu hipertenziju. Pacijentkinja je bila normalne osteomuskularne građe i uhranjenosti (BMI 22,1 kg/m²), uobičajene kosmatosti ženskog tipa, a štitasta žlijezda normalne veličine i građe. Uz normalan auskultatorni nalaz na srcu, izmeren je krvni pritisak 160/98 mmHg, srčana frekvencija 100/min, a pO₂ je bio 97% meren pulsničkim oksimetrom. Nije bilo otoka na nogama.

Ultrasonografija štitaste žlijezde je pokazala da su oba režnja uredne veličine, blago nehomogene i hipoeogene strukture.

Elektrokardiogram je bio uredan.

Laboratorijski nalazi su utvrdili povišene vrijednosti antitijela na tiroidnu peroksidazu i tiroksin stimulirajućeg hormona, kao i nižu vrijednost tiroksina. Nisu uočena odstupanja u koncentraciji glukoze, elektrolita, azotnih materija i lipidnom statusu. Klirens kreatinina je bio diskretno povišen. Vrijednosti albumina i ukupnih proteina u 24 satnom urinu su bile uredne.

Zbog nalaza tiroidnih hormona koji upućuju na hipotireozu zbog hroničnog tiroiditisa, pacijentkinja je upućena na konsultativni pregled kod nefrologa i specijaliste nuklearne medicine. Uz higijensko dijetetski režim uvedena je terapija levotiroksin 125 mcg. Šest mjeseci kasnije ukinuta je antihipertenzivna terapija zbog redukcije krvnog pritiska, dok je supstituciona terapija levotiroksinom 100 mcg.

Diskusija

Rutinski skrining sekundarne hipertenzije nije indikovani imajući u vidu nisku prevalenciju bolesti, dugotrajnu i skupu dijagnostičku evaluaciju. Samim tim je značajno u inicijalnoj procjeni identifikovati stanja koja zahtjevaju skrining: rani početak arterijske hipertenzije (<40 godina) u bolesnika bez drugih faktora rizika (porodične anamneze, pretilosti itd.), hipertenzija u prepubertalne djece, otporna hipertenzija (> 140/90 mmHg upkos primjeni tri antihipertenzivna lijeka, uključujući diuretik), teška hipertenzija (> 180/110 mmHg) ili hipertenzivna kriza, nagli porast krvnog pritiska kod ranije stabilnog pacijenta, odsustvo fiziološkog pada krvnog pritiska u toku noći (u toku 24 satnog ambulantnog monitoringa krvnog pritiska), prisutnost oštećenja ciljnih organa (hipertrofija lijeve komore, hipertenzivna retinopatija itd.), prisustvo simptoma i znakova koji ukazuju na sekundarne uzroke arterijske hipertenzije [3,4].

Procjena sekundarne hipertenzije je indikovana i nakon uvođenja terapije ukoliko je prisutno: prekomjerno smanjenje kalija s malom dozom diuretika, prekomjerno smanjenje glomerularne filtracije s malom dozom inhibitora angiotenzin konvertujućeg enzima, izrazito rezistentna arterijska hipertenzija, pretjerana labilnost krvnog pritiska uprkos inicijalnom smanjenju [3,4].

Detekciji sekundarne hipertenzije nerijetko zahtjeva odbacivanje hipertenzije bijelog mantila, potvrdu prisustva rezistentne hipertenzije, procjenu terapijske komplikacije i prisustva fiziološkog pada krvnog pritiska u toku noći, a samim tim i primjenu 24 satnog ambulantnog monitoringa krvnog pritiska [3].

U dijagnostici sekundarne hipertenzije važno je isključiti uticaj brojnih lekova na krvni pritisak uključujući: nesteroidne antiinflamatorne lijekove, karbamazepin, klozapin, inhibitore monoamino oksidaze, selektivne inhibitori ponovnog preuzimanja serotonina-norepinefrina, triciklične antidepressive, oralne kontraceptive, prednizon, metilprednizolon, dekonjestive, lijekove za smanjenje tjelesne težine. Neophodno je

i ukloniti uticaj režim ishrane koji potencira hipertenziju (konzumacija natrijuma \geq 2.4 grama dnevno, slatkog luka \geq 3 grama dnevno, alkohola \geq 300 gr nedeljno) [5].

Etiologija sekundarne hipertenzije uključuje: koarktaciju aorte (djeca uzrasta $<$ 11 godina i adolescenti), aterosklerotsku stenozu bubrežne arterije (uzrast 65 i više godina), bubrežnu parenhimsku bolest (uzrast 19-39 godina), feohromocitom (uzrast 40-46 godina), hiperaldosteronizam, Kušingov sindrom, disfunkciju štitne žlijezde, fibromuskularnu displaziju, opstruktivnu apneju za vrijeme spavanja [3,5].

Simptomi navedenih oboljenja mogu se utvrditi pravilno uzetom anamnezom, fizikalnim i ultrazvučnim pregledom i/ili standardizovanim upitnicima (Epworth Sleepiness Scale, Billewicz diagnostic index). [7,8,9,10].

Izabrani ljekar porodične medicine ima značajnu ulogu u otkrivanju i lečenju sekundarne hiperetenzije. Ciljanom anamnezom, fizikalnim pregledom, ultrazvučnim pregledom uz primenu standardizovanog upitnika može se postaviti dijagnozu sekundarne hipertenzije i pacijenta uputiti u referentnu zdravstenu ustanovu. Prije upućivanja, od velike koristi je i EKG pregled koji obavlja. U zavisnosti od tehničkih mogućnosti i etiologije sekundarne hipertenzije, izabrani ljekar porodične medicine obavlja ultrasonografski pregled abdomena, štitne žlijezde, radiografiju grudnog koša (prisustvo morfoloških promjene štitne žlijezde, bubrega, nadbubrežne žlijezde i krvnih sudova), 24 satni ambulantni monitoring krvnog pritiska, ciljane diferencijalne laboratorijske analize (24 satnu natriuriju i kaliuriju, proteine u 24 satnom urinu, mikroalbuminurija, glomerularnu filtraciju, albumine, ukupne proteine, jonogram, omjer albumin/kretinin, hormone štitne žlijezde). Takođe učestvuje u adekvatnoj pripremi pacijenta za analizu metanefrina i normetanefrina u 24-satnom urinu i određivanju aldosterona i reninske aktivnosti plazme [3,6,7,11].

Prikazanoj pacijentkinji utvrđena je hipotireoza koja predstavlja značajan i često neprepoznat uzrok sekundarne arterijske hipertenzije (predominantno sekundarne dijastolne hipertenzije) kao posljedice povećanja aterijskog otpora, smanjenja kontraktilnosti srca, smanjenja brzine glomerularne filtracije, abnormalnog metabolizma natrijuma, aktivacije simpatičkog nervnog sistema i endotelne disfunkcije [4]. Rad izabranog ljekara porodične medicine u skladu sa smjernicama dobre kliničke doveo je do ranog otkrivanja i uspješnog liječenje sekundarne hipertenzije kojim se minimiziraju/spriječavaju nepovratne promjene u sistemske vaskulaturi i trajna hipertenzija s nepovoljnim dugoročnim ishodom.

Zaključak

Rana detekcija i kvalitetan menadžment sekundarne hipertenzije u ambulantama porodične medicine značajno bi smanjili funkcionalnu onesposobljenost, troškove zdravstvene zaštite i gubitak prihoda zbog izgubljene produktivnosti.

Literatura

1. Ninković Mrđenovački O. Faktori koji utiču na postignute vrednosti krvnog pritiska osoba sa dijagnostikovanom arterijskom hipertenzijom na nivou primarne zdravstvene zaštite – doktorska disertacija. Univerzitet u Novom Sadu, medicinski fakultet. 2017. Available from: <http://nardus.mpn.gov.rs/bitstream/handle/123456789/8649/Disertacija11498.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
2. Jelaković B, Bajer V, Banadinović M, Bilajac L, Capak K, Čatić Ćuti E et al. Epidemiologija arterijske hipertenzije i unos kuhinjske soli u Hrvatskoj (EH-UH 2). Projekt Hrvatske zaklade za znanost (IP-06-2016). *Medix*; 2018; 24 (133/134): 117-127. Available from: https://www.kardio.hr/wp-content/uploads/2019/05/Medix-133-134_117-127.pdf.
3. Stefano F, Rimoldi, Urs Scherrer, Franz H. Messerli, Secondary arterial hypertension: when, who, and how to screen?, *European Heart Journal*. 2014; 35 (19): 1245–1254. Available from: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/eh534>.
4. Jandrić-Kočić M. Sestrinska reč. Hašimotov tiroiditis i sekundarna hipertenzija. *Sestrinska reč*. 2019; 22 (79): 29-33. Available from: [http://www.umsts.org/umst/uploaded/Sestrinska_rec/Sestrinska%20Rec%2079%20-%20NOV%202019%20web\(1\).pdf](http://www.umsts.org/umst/uploaded/Sestrinska_rec/Sestrinska%20Rec%2079%20-%20NOV%202019%20web(1).pdf).
5. Lesley C, Triscott J, Dobbs B. Secondary Hypertension: Discovering the Underlying Cause. *Am Fam Physician*. 2017; 96(7):453-461. Available from: <https://www.aafp.org/afp/2017/1001/p453.html>
6. Jelaković B, Baretić M, Čikeš M, Dika Ž., Fištrek Prlić M, Jelaković A et al. Praktične smjernice za postavljanje dijagnoze arterijske hipertenzije Hrvatskog društva za arterijsku hipertenziju Hrvatskoga liječničkog zbora i Radne skupine za arterijsku hipertenziju Hrvatskoga kardiološkog društva. *Cardiologia Croatica*. 2017; 12 (11-12): 413-451. Available from: <https://doi.org/10.15836/ccar2017.413>
7. Nacionalni vodič dobre kliničke prakse za dijagnostifikovanje i lečenje poremećaja rada štitaste žlijezde. Republička stručna komisija za izradu i implemtaciju vodiča dobre kliničke prakse. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije. Beograd. 2012. Available from: <http://www.azus.gov.rs/wp-content/uploads/2011/04/Vodic-za-dijagnostikovanje-i-lecenje-poremecaja-rada-stitaste-zlezde1.pdf>.
8. Mijušković M, Vavić N, Rusović S, Ignjatović L, Obrenčević K, Radojević M, Kovačević Z, Ćukić Z, Petrović M, Pilčević D, Tadić-Pilčević J, Terzić B. Uticaj primene perkutane transluminalne renalne angioplastike na funkciju bubrega kod bolesnika sa stenozom bubrežne arterije. *Vojnosanitetski pregled*. 2013; 70(4):411-416. Available from: <http://scindeks.ceon.rs/article.aspx?artid=0042-84501304411M>.
9. Purić H, Pavliša G, Samaržija M. Opstruktivna apneja u spavanju. *Medix*. 2014. 20 (109/110). Available from: https://www.kardio.hr/wp-content/uploads/2014/08/Pages-from-M109_110_188-193.pdf.
10. Kalra S, Khandelwal SK, Goyal A. Clinical scoring scales in thyroidology: A compendium. *Indian J Endocrinol Metab*. 2011;15(Suppl 2):S89-94. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3169861/>
11. Puar TH, Mok Y, Debajyoti R, Khoo J, How CH, Ng AK. Secondary hypertension in adults. *Singapore Med J*. 2016 May;57(5):228-32. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4876411/>.