

PROBLEMY PRACY LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ I ZDROWIE POPULACJI

MEDYCYNA OGÓLNA, 2008, 14 (XLIII), 4

Praca poglądowa

ANDRZEJ PRYSTUPA, AGNIESZKA WITCZAK,
PATRYCJA LACHOWSKA – KOTOWSKA, JERZY MOSIEWICZ

OGÓLNE ZASADY POSTĘPOWANIA W NADCIŚNIENIU TĘTNICZYM
W GABINECIE LEKARZA RODZINNEGO

MANAGEMENT OF HYPERTENSION IN FAMILY MEDICINE

*ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ
В КАБИНЕТЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА*

*ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТОНІЇ
У КАБІНЕТІ РОДИННОГО ЛІКАРЯ*

Z Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie.
p.o. Kierownika Katedry i Kliniki: Prof. dr hab. n. med. J. Mosiewicz

W artykule przedstawiono ogólne zasady rozpoznawania i leczenia nadciśnienia tętniczego.

SŁOWA KLUCZOWE: nadciśnienie tętnicze, nadciśnienie wtórne, diagnostyka nadciśnienia tętniczego, leczenie nadciśnienia tętniczego.

KEY WORDS: *hypertension, secondary hypertension, hypertension diagnostics, hypertension treatment.*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: *артериальная гипертония, вторичная гипертония, диагностика артериальной гипертонии, лечение артериальной гипертонии.*

КЛЮЧОВІ СЛОВА: *артеріальна гіпертонія, вторинна гіпертонія, діагностика артеріальної гіпертонії, лікування артеріальної гіпертонії.*

Nadciśnienie tętnicze uznawane jest za najistotniejszy czynnik ryzyka chorób układu sercowo - naczyniowego, w tym choroby wieńcowej, niewydolności serca, udaru mózgu, migotania przedsionków oraz naczyniopochodnego ośpienia [7]. Zajmuje ono pierwsze miejsce wśród przyczyn zgonów na świecie [1].

W krajach rozwiniętych nadciśnienie tętnicze występuje u 30% populacji osób dorosłych. W Polsce zaburzenie to dotyczy 9 mln dorosłych mieszkańców [8].

Rozwój powikłań narządowych oraz chorób układu sercowo-naczyniowego zależy głównie od wysokości ciśnienia tętniczego, stąd w ciągu ostatnich kilku lat punkt odcięcia dla wartości prawidłowych przyjmował coraz niższy poziom, aż do obowiązującej obecnie klasyfikacji.

Tabela I. Klasyfikacja ciśnienia tętniczego (wg. WHO).*Table I.* Classification of arterial hypertension acc. to the WHO.*Таблица I.* Классификация артериальной гипертензии (ВОЗ).*Таблиця I.* Класифікація артеріальної гіпертензії (ВОЗ).

Kategoria	Ciśnienie skurczowe	Ciśnienie rozkurczowe
optymalne	<120	<80
prawidłowe	120-129	80-84
wysokie prawidłowe	130-139	85-89
Stopień I nadciśnienia	140-159	90-99
Stopień II nadciśnienia	160-179	100-109
Stopień III nadciśnienia	≥180	≥110
Izolowane nadciśnienie skurczowe	=140	<90

Postępowanie z pacjentem w przypadku nadciśnienia tętniczego obejmuje ustalenie rozpoznania w oparciu o wartości pomiarów ciśnienia tętniczego w różnych warunkach, wykluczenie wtórnych postaci nadciśnienia tętniczego z uwagi na możliwość skutecznego leczenia przyczynowego oraz ustalenie ogólnego ryzyka sercowo-naczyniowego, które w dużym stopniu wpływa na wybór terapii, nie tylko hipotensyjnej [7].

ZALECANA TECHNIKA POMIARU CIŚNIENIA TĘTNICZEGO

Zasadniczym elementem rozpoznania nadciśnienia tętniczego pozostaje ocena wysokości ciśnienia, najczęściej uzyskana podczas tradycyjnego pomiaru ciśnienia tętniczego. Rozpoznanie nadciśnienia tętniczego nie należy stawiać w oparciu o jednorazowy wynik pomiaru ciśnienia. Do rozpoznania nadciśnienia tętniczego upoważnia uzyskanie nieprawidłowych wartości ciśnienia w przynajmniej 2 kolejnych pomiarach wykonanych w trakcie co najmniej 2-3 wizyt.

W zależności od wysokości ciśnienia podczas pierwszej wizyty oraz ogólnego ryzyka sercowo-naczyniowego czas w którym dokonywane są kolejne pomiary diagnostyczne, może wahać się od jednej wizyty do kilkutgodniowej obserwacji.

Podstawowe znaczenie dla pomiaru ciśnienia tętniczego ma jakość aparatu którym wykonywane jest badanie. Obecnie używane są głównie aparaty rtęciowe, sprężynowe i elektroniczne. Aparaty rtęciowe dają znacznie dokładniejsze wartości pomiaru niż sprzęt pozostałych kategorii. Przed wykonaniem pomiaru konieczne jest sprawdzenie poziomu rtęci w aparacie. Przy nie napełnionej poduszce powietrznej aparatu, poziom rtęci w rurce powinien odpowiadać dokładnie wartości zerowej. Istotne znaczenie dla prawidłowych pomiarów mają wymiary mankietu [6]. Musi być on dostosowany do obwodu ramienia osoby badanej. Mankiet sfigmomanometru powinien być na tyle długi, by kilkakrotnie objąć ramię [5]. Stosowanie mankietu o zbyt małym rozmiarze powoduje zawyżenie wartości

ciśnienia tętniczego i odwrotnie – zbyt duży mankiet wpłynie na obniżenie zmierzonych wartości ciśnienia. Zalecana standardowa długość mankieta powinna wynosić 35 cm, a szerokość 12-13 cm [7].

Przed badaniem ciśnienia tętniczego chory nie może palić papierosów ani pić kawy. Pomiar należy przeprowadzić w spokojnym, cichym pomieszczeniu po 3 - 5 minutach odpoczynku, w pozycji siedzącej, z wygodnym podparciem pleców. Kończynę górną pacjenta na której dokonywany jest pomiar, należy wygodnie podeprzeć, mięśnie powinny być rozluźnione. Stetoskop powinien być przykładany w górnej części dołu łokciowego. Mankiet należy napompować do wartości ciśnienia około 30 mmHg powyżej poziomu, przy którym tony przestały być słyszalne. Powietrze z mankieta należy wypuszczać powoli. Pomiaru dokonuje się co najmniej dwukrotnie, w odstępach nie krótszych niż 2 minuty. Podczas pierwszej wizyty należy zmierzyć ciśnienie na obu kończynach górnych, a jeżeli różnica przewyższa 10 mmHg, następne pomiary przeprowadza się na tym ramieniu, na którym odczytano wartość wyższą. Dodatkowy pomiar ciśnienia w pozycji stojącej, po upływie 1 i 5 minut, należy przeprowadzić u pacjentów z podejrzeniem hipotonii ortostatycznej, zwłaszcza u osób w podeszłym wieku i u chorych z cukrzycą.

Szczególnie cenne w określeniu wartości ciśnienia tętniczego, a tym samym ustaleniu rozpoznania, są 24-godzinne pomiary ambulatoryjne oraz pomiary własne w domu pacjenta. Zaletą tych metod oceny ciśnienia tętniczego jest dobra korelacja z obecnością zmian narządowych oraz ogólnym ryzykiem sercowo-naczyniowym. Pomiary 24-godzinne pozwalają ponadto na ocenę nocnych wartości ciśnienia tętniczego, których wysokie wartości średnie są czynnikiem szczególnie złego rokowania [7]. Monitorowanie 24-godzinne umożliwia również wyodrębnienie grupy osób bez fizjologicznego spadku ciśnienia tętniczego w nocy, co wyznacza wyższe ryzyko powikłań. Do pomiarów 24-godzinnych oraz domowych zalecane jest używanie aparatów półautomatycznych, z uwagi na wystarczającą dokładność i łatwość obsługi. Należy jednak unikać aparatów z mankiem na nadgarstek, ponieważ większość z nich nie gwarantuje wiarygodnych pomiarów. W zależności od metody pomiaru, wartości progowe ciśnienia tętniczego, powyżej których ustalane jest rozpoznanie nadciśnienia tętniczego, różnią się:

Tabela II. Rozpoznawanie nadciśnienia tętniczego.
Table II. Making the diagnosis of arterial hypertension.
Таблиця II. Діагностика артеріальної гіпертонії.
Таблиця II. Діагностика артеріальної гіпертонії.

Rodzaj pomiaru	Ciśnienie skurczowe	Ciśnienie rozkurczowe
W gabinecie	140	90
24-godzinny- średnia dobowa	125-130	80
24-godzinny – średnia z dnia	130-135	85
24-godzinny – średnia z nocy	120	70
Domowy	130-135	85

NADCIŚNIENIE BIAŁEGO FARTUCHA

W wielu przypadkach pomiar ciśnienia wykonywany w warunkach szpitalnych wykazuje wyższe wartości niż pomiar wykonany samodzielnie przez chorego w domu. Zjawisko to określane jest jako efekt białego fartucha. Efekt białego fartucha jest szeroko rozpowszechniony i dotyczy zarówno osób zdrowych, jak i chorych na nadciśnienie tętnicze. Efekt ten stwierdza się częściej u osób starszych i u kobiet, jest on związany ze stresem i zwiększoną aktywnością współczulną. Zazwyczaj odróżnia się efekt białego fartucha od nadciśnienia białego fartucha. Pierwsza z definicji zwraca uwagę na zjawisko wzrostu ciśnienia tętniczego w gabinecie lekarskim. Nadciśnienie białego fartucha można natomiast rozpoznać, jeśli podczas przynajmniej 3 wizyt gabinetowych rejestruje się wartości ciśnienia tętniczego powyżej 139/89 mmHg, natomiast w pomiarach domowych wartości ciśnienia są prawidłowe [6]. W przypadku stwierdzenia nadciśnienia białego fartucha wskazana jest ocena pacjenta w kierunku zmian narządowych oraz ocena ogólnego ryzyka sercowo-naczyniowego. O ile wszyscy pacjenci powinni otrzymać wskazówki, dotyczące prozdrowotnego stylu życia, o tyle u osób z wysokim ryzykiem ogólnym może być uzasadnione rozpoczęcie farmakoterapii [7].

BADANIE CHOREGO Z NADCIŚNIENIEM TĘTNICZYM

Bardzo ważną rolę w diagnostyce nadciśnienia tętniczego pełni badanie podmiotowe. Zbierając wywiad, należy zwrócić uwagę na wiek chorego, czas trwania nadciśnienia, dotychczasowe wartości ciśnienia i warunki w jakich doszło do rozpoznania choroby. Ponadto należy uzyskać dane dotyczące chorób w rodzinie, zwłaszcza nadciśnienia tętniczego *per se*, innych chorób układu krążenia, szczególnie w młodym wieku, cukrzycy, dyslipidemii i chorób nerek. Wywiad powinien uwzględniać obecność nałogów, nawyki żywieniowe, aktywność fizyczną, zaburzenia snu, przyjmowanie leków, zwłaszcza niesteroidowych leków przeciwzapalnych, leków hormonalnych oraz czynniki środowiskowe. Na obecność zmian narządowych w przebiegu nadciśnienia tętniczego mogą wskazywać podawane przez pacjenta bóle i zawroty głowy, zaburzenia widzenia, przemijające deficyty neurologiczne, kołatanie serca, duszność, ból dławicowy, obrzęki, wzmożone pragnienie, nykturia, chromanie przestankowe [3].

Rozpoznanie nadciśnienia tętniczego pierwotnego polega na wykluczeniu jego wtórnych postaci, dlatego w wywiadzie uzyskanym od chorego należy uwzględnić dolegliwości mogące sugerować objawowe nadciśnienie tętnicze jak: potliwość, bóle głowy, niepokój, kołatanie serca, napadowy charakter objawów, osłabienie mięśniowe, chrapanie. Pojawienie się nadciśnienia tętniczego o ciężkim przebiegu u osób w młodym wieku również powinno nasuwać podejrzenie jego wtórnego charakteru [5].

Nadciśnienie tętnicze stanowi częsty objaw **koarktacji aorty**. Koarktacja aorty to wrodzone zwichnięcie jej światła, które powstaje zwykle poniżej odejścia lewej tętnicy podobojczykowej. Podstawowy objaw kliniczny koarktacji aorty stanowi podwyższone ciśnienie na tętnicach górnych i niskie w obrębie kończyn dolnych.

Jednym z najistotniejszych elementów badania przedmiotowego jest wykazanie braku lub słabo wyczuwalnego tętna na tętnicach udowych przy dobrze wyczuwalnym tętnie na tętnicach szyjnych lub promieniowych. Jednocześnie stwierdza się mniejsze wartości ciśnienia tętniczego na kończynach dolnych niż na górnych. W sylwetce chorego z koarktacją aorty zwraca uwagę mocna budowa górnej części ciała i szczupłe kończyny dolne. Chorzy z koarktacją aorty mogą nie zgłaszać istotnych dolegliwości. W ustaleniu rozpoznania pomocne bywa stwierdzenie występowania bólów i zawrotów głowy, krwawień z nosa i szumu w uszach.

Nadciśnienie naczyniowo-nerkowe stanowi wynik hemodynamicznie istotnego zwężenia tętnicy lub tętnic nerkowych, co prowadzi do niedokrwienia nerki i rozwoju zmian hemodynamicznych oraz hormonalnych o charakterze presyjnym. Rozpoznanie zwężenia tętnicy na podstawie objawów klinicznych jest trudne ze względu na małe różnice między obrazem klinicznym nadciśnienia pierwotnego, a manifestacją nadciśnienia wywołanego niedokrwieniem nerki. Istotnym elementem badania jest wywiad, dotyczący nagłego wystąpienia nadciśnienia tętniczego, a zwłaszcza rozwoju ciężkiego nadciśnienia u osób z dotychczas prawidłowym ciśnieniem tętniczym. Nagłe wystąpienie lub pogłębienie niewydolności nerek u chorego przyjmującego lek z grupy inhibitorów konwertazy lub antagonistów receptorów angiotensyny II może przemawiać za obustronnym zwężeniem tętnic nerkowych lub zwężeniem tętnicy jednej nerki. Jednym z najważniejszych stwierdzanych w badaniu przedmiotowym objawów, mogących nasuwać podejrzenie zwężenia tętnicy nerkowej, jest obecność szmeru naczyniowego w nadbrzuszu lub okolicy lędźwiowej.

W **zespole Cushinga** nadciśnienie tętnicze jest tylko jedną z konsekwencji nadczynności kory nadnerczy. Do klasycznych objawów tego zespołu, oprócz nadciśnienia, należą: otyłość z charakterystycznym rozmieszczeniem tkanki tłuszczowej (tzw. twarz księżycowata i bawoli kark), nadmierne owłosienie, purpurowe rozstępy skórne i osteoporoza. Nadciśnienie może ujawnić się w pierwszym okresie choroby i dotyczyć od razu zarówno ciśnienia skurczowego, jak i rozkurczowego, lub też narastać powoli w okresie kiedy wszystkie inne objawy chorobowe są w pełni wykształcone.

Guz chromochłonny nadnerczy powoduje nadciśnienie tętnicze, jeśli w obrębie guza dochodzi do nadmiernego wytwarzania mediatorów o działaniu presyjnym, zwłaszcza adrenaliny i noradrenaliny. Mechanizm nadciśnienia w tym zespole chorobowym zależy od zwiększenia oporu obwodowego w naczyniach, które jest bezpośrednim skutkiem skurczu mięśni gładkich ścian naczyniowych pod wpływem nadmiaru noradrenaliny. W klasycznej postaci guza chromochłonnego wydzielanie noradrenaliny ma charakter okresowy, stąd napadowy charakter nadciśnienia. Wartość nadciśnienia w tym zespole jest szczególnie wysoka. Napadowi nadciśnienia tętniczego towarzyszą: błądliwość skóry, zimne poty, gwałtowne uczucie gorąca, silny lęk i nierzadko silny ból głowy lub serca i częstoskurcz. Napad nadciśnienia przeważnie trwa krótko, gdyż noradrenalina stosunkowo szybko rozkładana jest na obwodzie. Aczkolwiek postać napadowa nadciśnienia w tym zespole jest najczęstsza, wydzielanie adrenaliny

bądź noradrenaliny może mieć charakter stały i w tej postaci obraz nadciśnienia może być identyczny z przewlekłym nadciśnieniem pierwotnym.

W klasycznej postaci **zespołu Conna** nadciśnieniu towarzyszy zatrzymanie sodu w ustroju przy jednoczesnej utracie potasu. Przez zatrzymanie sodu, nie należy rozumieć podwyższonego poziomu sodu w surowicy w której stężenie tego kationu jest z reguły prawidłowe. W obrazie klinicznym główną rolę odgrywają następstwa utraty potasu – pod postacią okresowego osłabienia mięśniowego, doprowadzającego niekiedy chorego do całkowitej niezdolności ruchowej oraz metabolicznej alkalozji z obniżonym poziomem chloru i wysoką zawartością CO₂. Do innych objawów pierwotnego hiperaldosteronizmu należą bóle głowy, wielomocz, zwłaszcza nocny, i wzmożone pragnienie. Stwierdza się również parestezje, ciężką i okresowo występującą porażenia mięśniowe [4].

BADANIA DODATKOWE

U każdego chorego u którego ustalono rozpoznanie nadciśnienia tętniczego, należy wykonać podstawowe badania laboratoryjne. Służą one do oceny powikłań narządowych nadciśnienia tętniczego oraz globalnego ryzyka sercowo-naczyniowego. Mogą też sugerować wtórne postaci nadciśnienia. Do podstawowych zalecanych badań należą: morfologia krwi obwodowej, oznaczenie stężenia sodu, potasu, kreatyniny i glukozy (na czczo), lipidogram, badanie ogólne moczu, spoczynkowe badanie elektrokardiograficzne, rentgenogram klatki piersiowej. Rozszerzony zakres badań obejmuje: podstawowe badanie echokardiograficzne, badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej oraz oznaczenie klirensu kreatyniny, stężenia wapnia, kwasu moczowego, tyreotropiny TSH w surowicy krwi [2].

Pomocna może być również ocena grubości kompleksu intima-media tętnic szyjnych wspólnych oraz ocena dna oka, wskazana u osób młodych oraz w przypadku ciężkiego nadciśnienia dla potwierdzenia jego złośliwego charakteru. Rutynowa ocena dna oka nie jest zalecana z uwagi na małą specyficzność wczesnych zmian w przebiegu nadciśnienia tętniczego. Ocena ewentualnego uszkodzenia mózgu zalecana jest tylko u osób z wyraźnymi ubytkami neurologicznymi. Tylko te są bowiem skutkiem zmian na tyle dużych, że mogą być one zobrazowane przy pomocy powszechnie dostępnych metod. Poza tym, zmiany stwierdzane we wczesnym okresie nadciśnienia tętniczego u osób bezobjawowych są podobnie jak zmiany na dnie oka wysoce niespecyficzne.

Pomiar ciśnienia tętniczego oraz badania dodatkowe służą nie tylko celom diagnostycznym, ale także określeniu globalnego ryzyka sercowo-naczyniowego, a zwłaszcza wyodrębnieniu osób wysokiego i bardzo wysokiego ryzyka u których wskazana będzie postępowanie interdyscyplinarne i szybkie rozpoczęcie farmakoterapii [7]. Do czynników ryzyka u osób z nadciśnieniem tętniczym należą: wysokość ciśnienia skurczowego i rozkurczowego, wysokość ciśnienia tętna (różnica między ciśnieniem skurczowym a rozkurczowym), wiek (dla kobiet >65, dla mężczyzn >55), palenie papierosów, otyłość trzewna (obwód talii u mężczyzn powyżej 102 cm, u kobiet powyżej 88 cm), poziom cholesterolu całkowitego > 190

mg/dl, poziom cholesterolu LDL >115 mg/dl, cholesterolu HDL < 40 mg/dl dla mężczyzn oraz < 46 mg/dl dla kobiet, poziom triglicerydów > 150 mg/dl, stężenie glukozy na czczo 102-125 mg/dl, przedwczesna choroba sercowo-naczyniowa w rodzinie.

Tabela III. Metody leczenia nadciśnienia tętniczego.

Table III. Methods of treatment of arterial hypertension.

Таблица III. Методы лечения артериальной гипертензии.

Таблиця III. Методи лікування артеріальної гіпертонії.

NADCIŚNIENIE TĘTNICZE					
Inne czynniki ryzyka, powikłania narządowe lub choroby	Prawidłowe	Wysokie prawidłowe	Nadciśnienie I stopnia	Nadciśnienie II stopnia	Nadciśnienie III stopnia
Bez innych czynników ryzyka	Bez interwencji dotyczącej RR	Bez interwencji dotyczącej RR	Zmiana stylu życia przez kilka miesięcy a potem farmakoterapia, przy braku kontroli RR.	Zmiana stylu życia przez kilka miesięcy a potem farmakoterapia, przy braku kontroli RR.	Zmiana stylu życia + intensywna farmakoterapia
1-2 czynniki ryzyka	Zmiana stylu życia	Zmiana stylu życia.	Zmiana stylu życia przez kilka miesięcy a potem farmakoterapia, przy braku kontroli RR.	Zmiana stylu życia przez kilka miesięcy a potem farmakoterapia, przy braku kontroli RR.	Zmiana stylu życia + intensywna farmakoterapia
≥3 czynników ryzyka, zespół metaboliczny lub powikłania narządowe	Zmiana stylu życia	Zmiana stylu życia, rozważyć farmakoterapię	Zmiana stylu życia + farmakoterapia	Zmiana stylu życia + farmakoterapia	Zmiana stylu życia + intensywna farmakoterapia
cukrzyca	Zmiana stylu życia	Zmiana stylu życia + farmakoterapia			
Jawna choroba układu sercowo-naczyniowego lub choroba nerek	Zmiana stylu życia + intensywna farmakoterapia	Zmiana stylu życia + intensywna farmakoterapia	Zmiana stylu życia + intensywna farmakoterapia	Zmiana stylu życia + intensywna farmakoterapia	Zmiana stylu życia + intensywna farmakoterapia

Wykładnikiem uszkodzenia serca jest stwierdzenie przerostu lewej komory w oparciu o badania elektrokardiograficzne i echokardiograficzne, uszkodzenia nerek – wzrost stężenia kreatyniny, dla mężczyzn 1,3-1,5 mg/dl, dla kobiet 1,2-1,4 mg./dl, zmniejszenie filtracji kłębuszkowej, ocenianej na podstawie klirensu kreatyniny < 60ml/min oraz obecność mikroalbuminurii. Zającie naczyń można podejrzewać na podstawie stwierdzenia pogrubienia kompleksu intima-media tętnic szyjnych >0,9 mm. Globalne ryzyko jest szczególnie wysokie w razie obecności cukrzycy, choroby wieńcowej, w tym przebytego zawału serca, przebytej rewaskularyzacji wieńcowej, niewydolności serca, przebytego niedokrwienia mózgu bądź krwotoku śródmózgowego, przewlekłej choroby nerek, choroby tętnic obwodowych.

Grupę osób najwyższego ryzyka wyznacza obecność: ciśnienia skurczowego 180 mmHg, rozkurczowego 110 mm Hg, ciśnienia tętna (różnicy pomiędzy ciśnieniem tętniczym skurczowym i rozkurczowym) 90 mmHg, cukrzycy, co najmniej 3 czynników ryzyka sercowo-naczyniowego, obecność zmian narządowych, czy jawnej choroby układu krążenia. Ważnym czynnikiem ryzyka jest zespół metaboliczny, obejmujący 3 spośród 5 czynników: otyłość brzuszna, zaburzenia metabolizmu glukozy, ciśnienie tętnicze powyżej 130/85 mmHg, niski poziom cholesterolu HDL i wysoki triglicerydów [7].

Na podstawie stopnia nadciśnienia oraz ogólnego ryzyka można opracować optymalną strategię postępowania.

Leczenie nefarmakologiczne ciśnienia tętniczego

Ciśnienie tętnicze można obniżyć stosując metody nefarmakologiczne oraz leki. Do modyfikacji stylu życia, wpływających na redukcję ciśnienia tętniczego i zmniejszenia ryzyka sercowo-naczyniowego, należą: zaprzestanie palenia tytoniu, zmniejszenie ilości spożywanego alkoholu, ograniczenie soli w diecie, wzrost spożycia owoców i warzyw, redukcja masy ciała u osób z nadwagą i zwiększenie wysiłku fizycznego.

ZASADY LECZENIA FARMAKOLOGICZNEGO NADCIŚNIENIA TĘTNICZEGO

Decyzja o zastosowaniu leczenia farmakologicznego zależy przede wszystkim od stopnia ciężkości nadciśnienia tętniczego oraz charakteru i zaawansowania powikłań narządowych. U chorych na łagodne i umiarkowane nadciśnienie tętnicze, u których nie stwierdza się powikłań narządowych można początkowo wykorzystać jedynie metody nefarmakologiczne. Dopiero w przypadku ich nieskuteczności, ocenianej w ciągu 3-6 miesięcy w trakcie regularnych kontroli ciśnienia tętniczego i stanu ogólnego chorego, wskazane jest zastosowanie leków hipotensyjnych. W przypadku nadciśnienia skurczowo-rozkurczowego docelową wartością ciśnienia tętniczego jest najniższy tolerowany poziom ciśnienia poniżej 140/90 mmHg. Docelowe wartości ciśnienia poniżej 130/80 mmHg odnoszą się również do populacji chorych z nefropatią o różnej etiologii, chorych po zawałe serca i udarze mózgu, a generalnie do całej populacji wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego. U chorych na łagodne i umiarkowane nadciśnienie tętnicze

farmakoterapię można rozpocząć od podawania jednego leku hipotensyjnego, a więc od monoterapii.

W leczeniu nadciśnienia tętniczego stosowane są następujące grupy leków:

- leki moczopędne,
- leki blokujące receptory β -adrenergiczne,
- antagoniści wapnia,
- inhibitory konwertazy angiotensyny,
- antagoniści receptorów angiotensyny II.

Wymienione grupy leków hipotensyjnych wykazują porównywalną skuteczność, a podstawową różniącą je cechą jest częstość występowania działań niepożądanych. W przypadku braku skuteczności leku z jednej grupy można podjąć próbę jego zamiany na lek z innej, wykazującej odmienny mechanizm działania. Powszechnie akceptowana jest zasada stosowania w monoterapii dawek małych i stopniowe ich zwiększanie. W monoterapii nadciśnienia tętniczego podkreśla się celowość stosowania preparatów o przedłużonym czasie działania. U chorych u których monoterapia nie prowadzi do zadowalającego obniżenia ciśnienia tętniczego, stosuje się terapię skojarzoną, polegającą na umiejętnym połączeniu dwóch lub trzech leków hipotensyjnych. W wielu przypadkach terapia skojarzona okazuje się skuteczniejsza od monoterapii, stąd zamiast zwiększania dawek jednego leku preferowane jest kojarzenie go z lekiem o działaniu hiperaddycyjnym. Na wybór leku hipotensyjnego wpływa szereg czynników. Bardzo ważną rolę odgrywają czynniki ryzyka sercowo – naczyniowego oraz choroby współistniejące z nadciśnieniem tętniczym [4, 7, 8].

A. Prystupa, A. Witczak, P. Lachowska – Kotowska, J. Mosiewicz

MANAGEMENT OF HYPERTENSION IN FAMILY MEDICINE

Summary

The worldwide burden of hypertension makes it one of the most important targets for family medicine. The main goals in the care of patients with hypertension are as follows: the making of proper diagnosis, identification of patients with secondary hypertension, as well as estimation of total cardiovascular risk. On this basis, it is possible to select optimal treatment options to improve prognosis and quality of life.

A. Приступа, А. Витчак, П. Лаховска-Котовска, Е. Мосевич

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В КАБИНЕТЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Аннотация

Растущее число пациентов с артериальной гипертонией, а также ее осложнениями занимает одно из ведущих мест в семейной медицине. Главными целями в рамках досмотра над лицами с артериальной гипертонией являются: установление правильного диагноза, идентификация пациентов, с вторичной артериальной гипертонией, а также оценка общего сердечно-сосудистого риска. На этом основании возможна разработка оптимальной терапии с целью благоприятного прогноза и улучшения качества жизни.

A. Приступа, А. Вітчак, П. Лаховська-Котовська, Е. Мосевич

ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТОНІЇ
У КАБІНЕТІ РОДИННОГО ЛІКАРЯ

Анотація

Зростаюче число пацієнтів з артеріальною гіпертонією, а також її ускладненнями займає одне з провідних місць у родинній медицині. Головними цілями в рамках догляду над особами з артеріальною гіпертонією є: встановлення правильного діагнозу, ідентифікація пацієнтів, з вторинною артеріальною гіпертонією, а також оцінка загального серцево-судинного ризику. На цій підставі можлива розробка оптимальної терапії з метою сприятливого прогнозу і поліпшення якості життя.

PIŚMIENNICTWO

1. Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Vander Hoorn S, Murray CJ: Comparative Risk Assessment Collaborating Group: Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet* 2002, 360, 1347-1360.
2. Grodzicki T, Gryglewska B, Kocemba J, Tamasik T, Windak A.: *Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym*. Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce. Wydawnictwo AKTIS, Łódź, 1999.
3. Januszewicz A.: *Nadciśnienie tętnicze zarys patogenezy, diagnostyki i leczenia*. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków, 2002.
4. Mancia G, Parati G.: Clinical significance of "white coat" hypertension 1990, 16, 624-626.
5. O'Brien E, Asmar R, Beilin L, Imai Y, Mallion JM, Mancia G, Mengden T, Myers M, Padfield P, Palatini P, Parati G, Pickering T, Redon J, Staessen J, Stergiou G, Verdecchia P: European Society of Hypertension Working Group on Blood Pressure Monitoring: European Society of Hypertension recommendation for conventional, ambulatory and home blood pressure measurement. *J Hypertens* 2003, 21, 821-848.
6. Rużyłło E. *Nadciśnienie tętnicze*. PZWL, Warszawa, 1970.
7. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*, 2007, 28, 1462-1536.
8. Zdrojewski T, Wyrzykowski B, Szczech R, Wierucki L, Naruszewicz M, Narkiewicz K, Zarzeczna-Baran M: Steering Committees of the Programmes NATPOL PLUS; SMS; The Polish 400-Cities Project. Epidemiology and prevention of arterial hypertension in Poland. *Blood Press Suppl.* 2005, 2, 10-16.

Data otrzymania: 15.08.2008.

Adres Autorów: 20-081, Lublin, ul. Staszica 16, Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1.

E-mail: aprystup@mp.pl