



## Нови насоки за диагностика и лечение на болните с артериална хипертония

СЗО оповести, че артериалната хипертония причинява 1 от всеки 8 смъртни случая в света, което определя повишеното артериално налягане като третия водещ убиец. 2003 г. отбеляза някои големи промени в поведението при болните с артериална хипертония. През декември 2002 г. приключи едно от най-мощните проучвания при хипертониците в САЩ (ALLHAT). Мас Маһон (Австралия) подготви и представи на големи научни форуми мета-анализа на антихипертензивните студии от последните няколко години (FTT-II). На базата на редица дискусии и публикации от последните години, през май 2003 г. бе публикуван VII доклад на Обединения американски комитет по профилактика, откриване, оценка и лечение на артериалната хипертония (JNC VII), а през юни 2003 г. Европейското общество по хипертония и Европейското дружество по кардиология публикуваха поредните препоръки за поведение при болните с хипертония.

### Препоръки на Европейското общество по хипертония и Европейското дружество по кардиология

Европейските препоръки са с обучителен характер и с по-малко прескриптивно значение. В тях отчетливо се дефинира значението на контрола както на систолното, така и на диастолното налягане за повлияване на сърдечно-съдовия риск.

Определението и класификацията на стойностите на артериалното налягане са представени в табл. 1. Терминът «гранична хипертония» от класификацията на СЗО/МДХ от 1999 г. не е включен. Тази класификация съвпада изцяло с приетата в България от 2000 г.

В препоръките се отделя голямо внимание на оценката на общия сърдечно-съдов риск. За основа на анализите се използва стратификацията на общия сърдечно-съдов риск (табл. 2). Термините нисък, умерен, ви-

сок и много висок допълнителен риск сочат приблизителен абсолютен 10-годишен риск за сърдечно-съдово заболяване съответно за нисък допълнителен риск <15%, за умерен допълнителен риск 15-25%, за висок – 20-30% и за много висок допълнителен риск >30%. Рискът е базиран на Фрамингамските критерии и според карта SCORE (Европейско кардиологично дружество) оценява приблизителния риск от фатално сърдечно-съдово заболяване за нисък допълнителен риск <4%, за умерен допълнителен риск 4-5%, за висок – 5-8% и за много висок допълнителен риск >8%. Разграничаването между висок и много висок допълнителен риск сочи точното място на вторичната профилактика (болни с асоциирани сърдечно-съдови заболявания), но това разделение не повлиява избора на лечение.

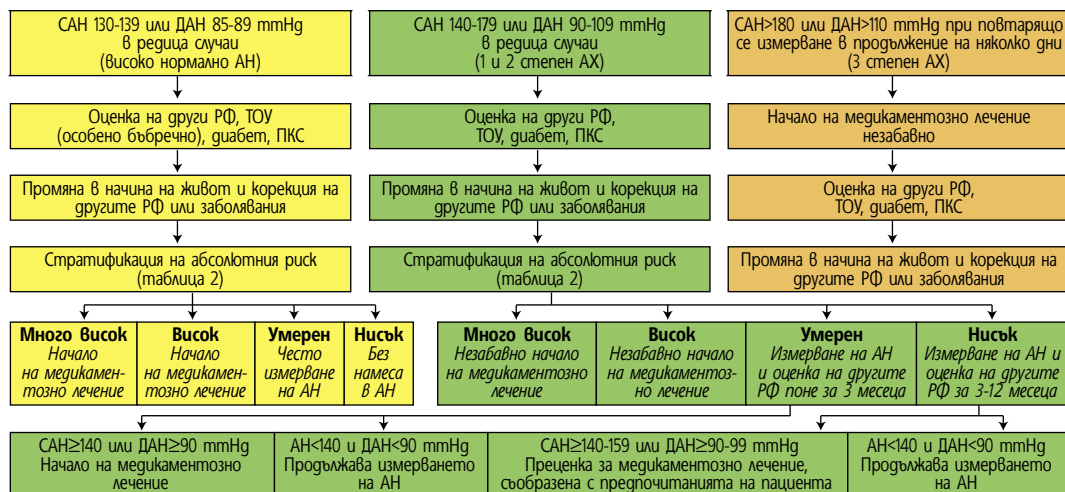
Терапевтичният подход за начало на лечението според Европейските препоръки се основава на два критерия: 1) общ сърдечно-съдов риск (табл. 2); 2) стойности на систолно и диастолно артериално налягане (табл. 1) (фиг. 1). Основната цел на лечението на хипертоника е да се намали максимално риска от сърдечно-съдова болестност и смъртност в дългосрочен план. Това включва лече-

| РФ и анамнеза                   | Нормално АН         | Високо нормално АН       | I степен хипертония      | II степен хипертония     | III степен хипертония    |
|---------------------------------|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Без други РФ                    | Среден риск         | Среден риск              | Нисък добавен риск       | Умерен добавен риск      | Висок добавен риск       |
| 1-2 РФ                          | Нисък добавен риск  | Нисък добавен риск       | Умерен добавен риск      | Умерен добавен риск      | Много висок добавен риск |
| 3 или повече РФ или ТОУ         | Умерен добавен риск | Висок добавен риск       | Висок добавен риск       | Висок добавен риск       | Много висок добавен риск |
| Придружаващи клинични състояния | Висок добавен риск  | Много висок добавен риск | Много висок добавен риск | Много висок добавен риск | Много висок добавен риск |

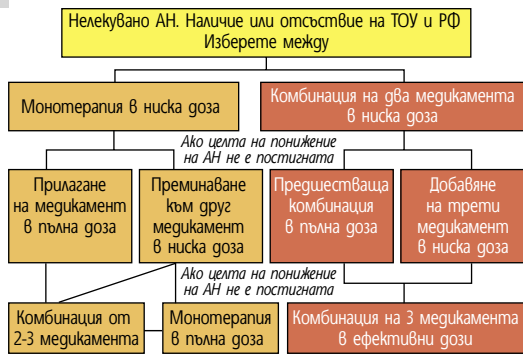
Табл. 2. РФ – рисков фактор; ТОУ – таргетно органно увреждане

| Категория              | САН (mmHg) | ДАН (mmHg) |
|------------------------|------------|------------|
| Оптимално              | <120       | <80        |
| Нормално               | 120-129    | 80-84      |
| Високо нормално        | 130-139    | 85-89      |
| I-степен АХ (лека)     | 140-159    | 90-99      |
| II-степен АХ (умерена) | 160-179    | 100-109    |
| III-степен АХ          | ≥180       | ≥110       |
| Изолирана систолна АХ  | ≥140       | <90        |

Табл. 1



Фиг. 1. АН – артериално налягане, САН – систолно АН, ДАН – диастолно АН, ТОУ – таргетно органно увреждане, ПКС – придружаващи клинични състояния, РФ – рискови фактори



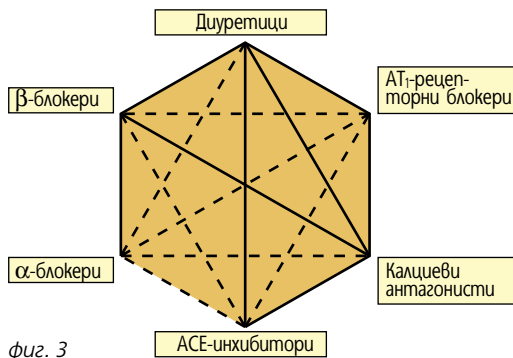
фиг. 2. Избор между монотерапия и комбинирана терапия. АН – артериално налягане, РФ – рисков фактор, ТОУ – таргетно органно увреждане.

ние на всички обратими рискови фактори и постоянен контрол на налягането <140/90 mmHg и до по-ниски нива, ако се толерира от болния, или <130/80 mmHg при болните с диабет. Трябва да е ясно, че систолното налягане трудно може да се поддържа < 140 mmHg, особено при старите хора.

Препоръчаният подход в избор на терапия, моно- или комбинирана, е представен на фиг. 2 и дава по-голяма свобода на лекаря, който може да увеличава дозата на медикамента при монотерапия или на ранен етап на лечението към средната доза медикамент да прибави втори с адитивен ефект. Възможните и препоръчителни лекарствени комбинации са представени на фиг. 3.

**VII Доклад на Обединения американски комитет по профилактика, откриване, оценка и лечение на артериалната хипертония (JNC VII)**

През май 2003 Обединеният американски комитет по профилактика, откриване,



фиг. 3

оценка и лечение на артериалната хипертония публикува седмия си доклад за поведение при повишено артериално налягане. Този доклад, който е основа за поведение при болните с хипертония в САЩ, е предимно с прескриптивен характер и по-малко с методологичен. От прагматична гледна точка е променена класификацията според стойностите на артериалното налягане (табл. 3).

| АН класификация | САН (mmHg) | ДАН (mmHg) |
|-----------------|------------|------------|
| Норма           | <120       | <80        |
| Пред-хипертония | 120-139    | 80-89      |
| Степен 1 АХ     | 140-159    | 90-99      |
| Степен 2 АХ     | >160       | >100       |

Табл. 3

Според класификацията нормалното налягане се дефинира като по-ниско от 120/80 mmHg, при измерено налягане 120-139/80-89 mmHg трябва да се вземат профилактични мерки за намаляване на сърдечно-съдовия риск чрез немедикаментозни средства. Артериалната хипертония се разделя на 2 степени съобразно препоръките за начало на лечение. При хипертония 2 степен се препоръчва начало на терапия с два медикамента, тъй като монотерапията е ниско ефикасна при тези болни и е установено, че комбинираната терапия е предпочитана.

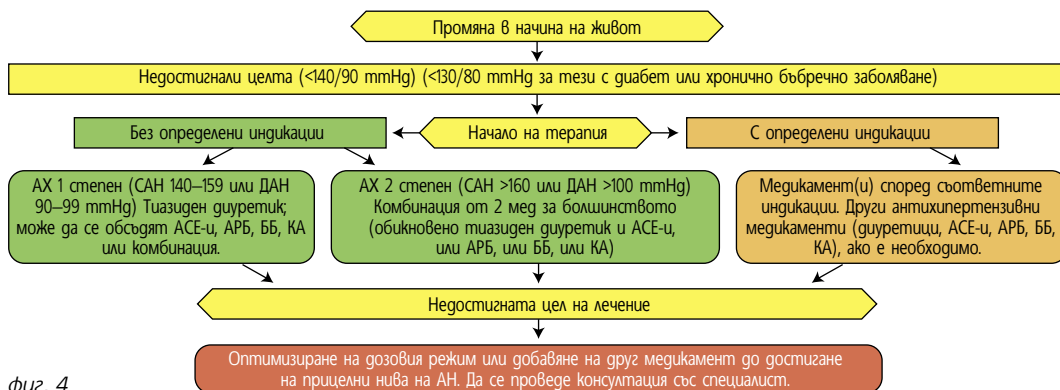
В Седмия доклад се твърди, че при хора над 50 години систолното налягане >140 mmHg е с по-голямо значение за сърдечно-съдовия риск, отколкото диастолното.

Относно предлаганата терапия се обръща голямо внимание на комбинираното лечение. То трябва да се започне при хипертониците с повишено налягане повече от 20/10 mmHg. При неусложнената хипертония се препоръчва начало на лечението с тиазиден диуретик (проучването ALLHAT доведе до ренесанс на лечението с chlorthalidon). Вече обаче медикаменти на първи избор могат да бъдат и АСЕ-инхибитори, ангиотензин-рецепторни блокери и калциеви антагонисти (фиг. 4).

**Заклучение**

През лятото на 2003 г. разполагаме с две нови, световно значими ръководства за поведение според стойностите на артериалното налягане. Ние трябва да се възползваме от техния прагматизъм и да изберем най-доброто от теоритична гледна точка поведение, за да подобрим нашата практика в диагностиката и лечението на хипертонията и в профилактиката на сърдечно-съдовите усложнения.

**д-р Б. Георгиев**  
Главно редактор



фиг. 4