

Насоки за диагностика, лечение и профилактика на усложненията при болни с артериална хипертония. Принципи на поведение в извънболничната медицина

проф. Анна Еленкова
Медицински университет - София

доц. Нина Гочева
Национален център по сърдечно-съдови заболявания и рехабилитация

д-р Елка Орешарска
12-та поликлиника - София

проф. Светла Торбова
Транспортен медицински институт

д-р Борислав Георгиев
Национален център по сърдечно-съдови заболявания и рехабилитация

проф. Мирослав Попов
Национален център по обществено здраве

от името на Работната група по Сърдечно-съдови заболявания към Национална здравноосигурителна каса

Настоящият материал обобщава насоките за диагностика и лечение на артериалната хипертония и профилактика на усложненията в условията на извънболничната медицина. През последните години се появила редица гадни за постигане на оптималните цели при нормализиране на артериалното налягане в хода на антихипертензивното лечение, за лечението на хипертонията при диабетици и на изолираната систолна хипертония, за сравнение на ефективността и толеранса към различни антрихипертензивни медикаменти. Целта на настоящите насоки е да представи най-добрите схеми на поведението при хипертония и да спомогне за тяхното внедряване.

Артериалната хипертония е най-честото сърдечно-съдово заболяване, което определя високата сърдечно-съдова болестност и смъртност. Тя е рисков фактор за ИБС, мозъчен инсулт, сърдечна и бъбречна недостатъчност. В еволюцията си може да причини левокамерна хипертрофия и ритъмни нарушения. **От артериална хипертония страда 33% от зрялото население на България (над 25 годишна възраст) (табл.1).**

Честотата на хипертония в популацията се увеличава с напредване на възрастта. Постепенно се повишава систолното артериално налягане, докато диастолното се увеличава до около петата декада, след което се понижава с всяка декада.

През периода 1976 г-1980 г само 10% от хипертониците в САЩ

са били с артериално налягане под 140/90 mm Hg, докато за периода 1988 г -1991 г те вече са 27% (табл.2).

През последните години бе обърнато внимание на онези

стойности на артериалното налягане, при които болестността и смъртността се увеличават значително. Това определи промените в концепциите за нормално и повишено арте-

Честота на артериалната хипертония (АН > 140/90 mm Hg) при мъжете и жените в различни възрастови групи (Св.Торбова, 1994)

Пол/честота (%)	Възраст (години)					Общо
	25-34	35-44	45-54	55-64	>65	
Мъже	10,5	20,7	35,7	40,6	42	30
Жени	3	18,5	42,8	51,6	74,6	38,1
Общо	6,6	19,5	39,3	42,6	58,3	33

таблица 1

Тенденции на честотата на знаещите за заболяването си, лекуваните и контролиращите артериалното си налягане възрастни хипертоници в САЩ, (1976-94)

	NHANES II (1976-80)	NHANES III (Фаза 1) (1988-91)	NHANES III (Фаза 2) (1991-94)
Знаещи за заболяването си	51%	73%	68,4%
Лекувани	31%	55%	53,6%
Контролиращи АН *	10%	29%	27,4%

* под контрол на артериалното налягане се разбира САН<140 mm Hg и ДАН < 90 mm Hg
NHANES – National Health and Nutrition Examination Survey

таблица 2

риално налягане, което бе отражено в новите класификации на артериалната хипертония.

Две са основните класификации на артериалната хипертония – на Световната здравна организация и Международното гружество по хипертония (WHO-ISH, 1999) (табл. 3), и на Обединения национален коми-

тет на САЩ по профилактика, установяване, оценка и лечение на високото артериално налягане (JNC-VI report, 1997). За унифициране на поведението, предлагаме в България да се прилага класификацията на стойностите на артериалното налягане според Световната здравна организация и Меж-

дународното гружество по хипертония. В класификацията на артериалната хипертония е включено и систолното артериално налягане, тъй като то също е свързано с левокамерната хипертрофия и със сърдечно-съдовия риск. Класификацията на артериалната хипертония, според тежестта на органните увреди, е представена на приложение 2.

Честотата на хипертонията във възрастната популация според етиологията се разпределя както следва:

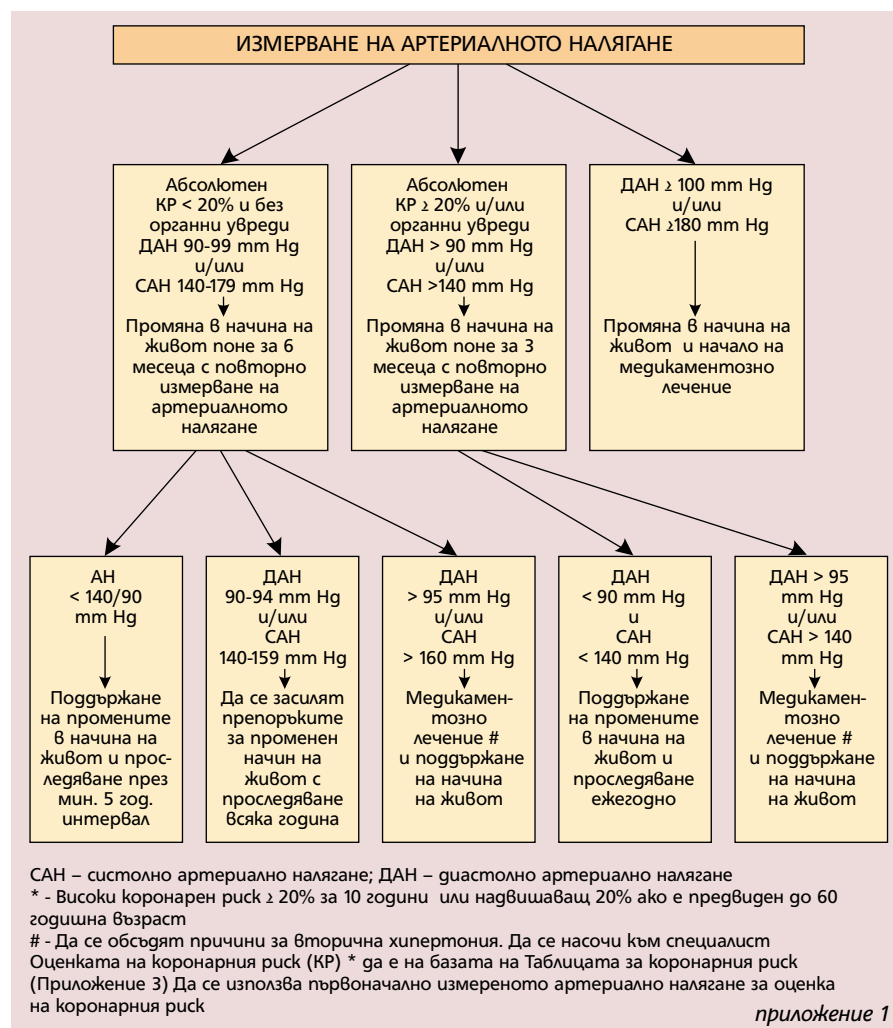
1. Есенциална – 93-95%
 - а. бъбречна < 3%
 - паренхимна: 2/3
 - реновасална: 1/3
 - б. в резултат от приложение на контрацептиви < 3%
 - в. първичен алдостеронизъм: 0,3%
2. синдром на Кушинг < 0,1%
- г. феохромоцитом < 0,1%
- е. други 0,2%

Измерване на артериалното налягане

Артериалното налягане трябва да бъде измервано при всички възрастни пациенти поне през 5 години до навършване на 80 години (Приложение 1). Тези, които са с високо нормално налягане (135-139 mm Hg), както и тези с високи стойности на налягането, по което и да е време, трябва да бъдат проследявани ежегодно (виж. Табл 9)

Необходимо е спазването на препоръките за начина на измерване на артериалното налягане:

1. Да се използва апарат с валидна точност, правилно поддържан и калибриран през 6 месеца.
2. Пациентът трябва да е седнал с ръка на нивото на сърцето. Маншетът да е адаптиран с обиколката на ръката, изпускането на въз-



Определения и класификация на стойностите на артериалното налягане според Световната здравна организация и Международното гружество по хипертония (WHO-ISH, 1999)

Категория	Систолно	Диастолно
Оптимально	< 120	< 80
Нормално	< 130	< 85
Високо нормално	130-139	85-89
1-ва степен (лека)	140-159	90-99
Подгрупа: гранична	140-149	90-94
2-ра степен (умерена)	160-179	100-109
3-та степен (тежка)	> 180	> 110
Изолирана систолна хипертония	> 140	< 90
Подгрупа: гранична	140-149	< 90

таблица 3

духа да е със скорост 2 mm Hg/sec, като АН се измерва до 2 mm Hg. Диастолното налягане се отчита при изчезване на тоновете.

3. Необходимо е да се осъществят минимум две измервания на всяка визита и по време на няколко последователни визита с цел определяне на вярно артериално налягане.

Измерването на артериалното налягане в седнало положение е достатъчно, но при хора на възраст над 65 години и диабетици е необходимо измерване и в право положение, с оглед изключване на ортостатична хипотония. Амбулаторното мониториране на кръвното налягане да се използва според посочените в табл. 4 индикации.

Преценка на риска за коронарна болест на сърцето или сърдечно-съдово заболяване

Оценката на риска за коронарна болест на сърцето е предложена като спомагателно средство при лечебните решения на хипертонията. Като се има предвид силната взаимна връзка между артериалното налягане и риска от мозъчен инсулт, напоследък се препоръчва оценка на сърдечно-съдовия риск преди оценката на коронарния риск (Приложение 3 - виж стр. 14-17, сп. "Наука кардиология", бр. 1, 2000 г.). Независимо от това, за да се спазват масово прилаганите насоки за лечение на хипертонията, препоръчваме формална оценка на риска от коронарна болест за 10 години и

прилагане на препоръките за превенция на коронарната болест. Тези прагматични препоръки са резонни, тъй като рискът за коронарна болест е добър предиктор на риска за сърдечно-съдова болестност. Той може да бъде изчислен след умножаването на нивото на риска за коронарна болест по 3/4 (напр. 20% риск от коронарна болест = 15% риск от сърдечно-съдова болестност).

Оценка на болен с артериална хипертония

Всички болни с артериална хипертония трябва да имат подробно снета анамнеза, физикално изследване и определен брой рутинни изследвания.

ЦЕЛИ НА ОЦЕНЯВАНЕТО

НА БОЛНИТЕ С ХИПЕРТОНИЯ СА:

А. Установяване на причините за вторична хипертония;

Б. Установяване на изходните промени и нарушенията в прицелните органи;

В. Определяне на допълнителните рискови фактори;

Г. Преценка на факторите, които могат да повлияят типа на лечение.

Установяването на причините за вторична хипертония е насочено към:

А. Бъбречна патология: най-честата причина за вторична хипертония

1. Ренопаренхимна (най-честата от бъбречно-обусловените)

2. Стенози на бъбречните артерии

Б. Ендокринни и метаболитни

В. Коарктация на аортата

Г. Прилагано медикаментозно лечение

Д. Прееклампися

Е. Други централно-мозъчни нарушения

Ж. Денервиране на каротидния синус

КЛАСИФИКАЦИЯ НА АРТЕРИАЛНАТА ХИПЕРТОНИЯ СПОРЕД ТЕЖЕСТТА НА ОРГАНИТЕ УВРЕДИ

I стadiai	Без обективни белези на органни промени
	Поне един от следните белези за органно засягане: - левокамерна хипертрофия (рентгенография, ЕКГ, ехокардиография); - генерализирано или фокално стеснение на ретиналните артерии; - протеинурия и/или леко повишен серумен креатин (1,2 - 2,0 mg/dl); - ултразвуково или радиологично доказани атеросклеротични плаки (каротидни артерии, аорта, илиачни и фемориални артерии).
III стadiai	Поява на симптоми на органно увреждане, включващи: А) сърце: - стенокардия; - миокарден инфаркт; - сърдечна недостатъчност. Б) мозък: - преходно нарушение на мозъчното кръвообращение; - мозъчен инсулт; - хипертонична енцефалопатия. В) очни гъна: - ретинални хеморагии и ексудати с/или без едем на папилите. Г) бъбреци: - серумен креатин > 2,0 mg/dl; - бъбречна недостатъчност. Д) съдове: - дисекираща аневризма; - симптомно артериално оклузивно заболяване.

приложение 2

ИНДИКАЦИИ ЗА АМБУЛАТОРНО МОНИТОРИРАНЕ НА АРТЕРИАЛНОТО НАЛЯГАНЕ

1. При голяма вариабилност на клинично измерваното артериално налягане
2. При съмнение за нощна хипертония
3. При резистентна на лечение хипертония, лекувана с 3 или повече медикамента
4. При съмнение за хипотензивни състояния
5. При хипертония на "бялата престилка"

таблица 4

Оценката на болния включва подробно снета анамнеза, пълен статус и осъществяване на лабораторни тестове от неинвазивна диагностика.

АНАМНЕЗА

Анамнезата трябва да включва:

1. Давност на заболяването, обичайни и максимални стойности на артериалното налягане;
2. Симптоми, насочващи към вторична хипертония;
3. Фамилна анамнеза за артериална хипертония, ранна исхемична болест на сърцето, мозъчен инсулт, захарен диабет, дислипидемия или бъбречно заболяване;
4. Наличие на исхемична болест на сърцето, сърдечна недостатъчност, мозъчно-съдова болест, хронична артериална недостатъчност на крайниците, захарен диабет, бъб-

речни заболявания, подагра;

5. Сексуални нарушения или други съпътстващи заболявания;
6. Данни за промени в телесното тегло, физическата активност в професията и свободното време, тютюнопушене;
7. Оценка на начина на хранене, включително консумация на сол, наситени масти, кофеин;
8. Приемани лекарства, които могат да повлияят артериалното налягане или да взаимодействат с предписаните антихипертензивни медикаменти;
9. Резултати и странични ефекти на предшестващо антихипертензивно медикаментозно лечение;
10. Фактори на средата, включително психосоциални (семейна обстановка, условия на труд, образования и др.), които могат да повлияят контрола на хипертонията.

ФИЗИКАЛНО ИЗСЛЕДВАНЕ

Първоначално физикалното изследване трябва да включва:

1. Две или повече измервания на артериалното налягане през 2 мин в легнала или седнала позиция и 2 мин след изправяне с препоръчаната стандартна техника;
2. Измерване на артериалното налягане на двете ръце, за да се определи ръката, на която е по-високо и да се следят на нея стойностите на налягането;
3. Измерване на ръст, тегло и обиколка на талията;
4. Аускултация на сърцето с отбелязване на сърдечна честота, ритъм, промени в сърдечните тонове и прибавени шумове;
5. Изследване на шията – щитовидна жлеза, венозни съдове, аускултация на каротидни съдове;
6. Изследване на корема за шумове, абнормни пулсации на аортата, увеличение или птоза на бъбреците;
7. Изследване на крайниците – съдови пулсации, наличие на отоци;
8. Изследване на очни дъна;
9. Неврологичен статус;
10. Лабораторни тестове и други диагностични процедури.

КОМПОНЕНТИ НА РИСКОВАТА СТРАТИФИКАЦИЯ НА ПАЦИЕНТИ С АРТЕРИАЛНА ХИПЕРТОНИЯ

Главни рискови фактори
Тютюнопушене Дислипидемия Захарен диабет Възраст > 60 год. Пол (мъже и жени в менопауза) Фамилна обремененост със сърдечно-съдови заболявания: жени <65 години или мъже <55 години
Увреждане на таргетните органи (клиника на сърдечно-съдово заболяване)
Заболявания на сърцето - лекокамерна хипертрофия - стенокардия или преживян миокарден инфаркт - преживяна коронарна реваскуларизация (интервенционална или оперативна) - сърдечна недостатъчност Мозъчен инсулт или преходно нарушение на мозъчното кръвообръщение Нефропатия Периферно съдово заболяване Ретинопатия

приложение 4

ДА СЕ ОЦЕНИ СЪСТОЯНИЕТО НА ПРИЦЕЛНИТЕ ОРГАНИ (приложение 4)

А. Гръдна ангина или миокарден инфаркт (рязкото понижаване и продължително поддържане на ниско артериално налягане може да бъде застрашаващо състоянието при

ИНДИКАЦИИ ЗА НАСОЧВАНЕ КЪМ СПЕЦИАЛИСТ:

1. Скрининг на вторичните хипертонии при съмнение за симптоматичен характер на хипертонията;
2. при трудна за лечение хипертония;
3. при необходимост от спешно лечение: малигнена хипертония, опасност от усложнения;
4. за оценка на терапевтични проблеми и неуспехи;
5. при специални обстоятелства : изключително променливи стойности на артериалното налягане, хипертония на "бялата престилка", бременност.

таблица 5

- тези болни);
 Б. Преходно мозъчно-съдови нарушения;
 В. Застойна сърдечна недостатъчност;
 Г. Клаудикацио;
 Д. Бъбречна недостатъчност.

Оценка на прицелните органи се осъществява чрез диагностициране на:

- очни дъна;
- сърце;
- неврологични промени;
- пулсации и проверка за аневризми;
- оточен синдром, югуларен пулс.

ДА СЕ ОЦЕНЯТ РИСКОВИТЕ ФАКТОРИ ЗА КОРОНАРЕН РИСК (Приложение 4):

- Тютюнопушене;
- Захарен диабет;
- Фамилна анамнеза за смърт, вследствие съдови усложнения;
- Дислипидемия;
- Наднормено тегло.

РУТИННИ ИЗСЛЕДВАНИЯ ПРИ ХИПЕРТЕНЗИВНИ ПАЦИЕНТИ

- Хемоглобин;
- Експресна диагностика на урина за кръв и белтък;

- Кръвни електролити и креатинин;
- Кръвна захар;
- Изчисляване на отношението **Общ холестерол: HDL-холестерол**;
- ЕКГ с 12 отвеждания.

Целта на оценката е да се определя причината за хипертонията, съпътстващите сърдечно-съдови рискови фактори, наличието на органични увреждания и съпътстващи заболявания, всеки от които може да повлияе лечебно-диагностичния процес. При необходимост от по-сериозни изследвания е показано насочването към специалист (табл 5).

АБСОЛЮТНИЯТ МИНИМУМ ЗА ОЦЕНКА НА БОЛНИЯ С ХИПЕРТОНИЯ ОТ ОБЩОПРАКТИКУВАЩИЯ ЛЕКАР ВКЛЮЧВА:

- Уринен анализ;
- Хемоглобин, хематокрит, левкоцити;
- Холестерол, HDL-холестерол;
- Серумен калий;
- Серумен креатинин;
- Кръвна захар;
- ЕКГ;
- Очни дъна.

Желателните изследвания включват допълнително:

- Пикочна киселина;

- 24-часов белтък в урината;
- Серумен натрий, калций;
- Рентгенография на бял дроб и сърце;
- Ехокардиография.

В специализираната доболнична помощ препоръчваме извършването на следните допълнителни неинвазивни лабораторни тестове:

- Ехокардиограма:
 - не е рутинно изследване;
 - може да бъде важна прибора на терапия.
- Измерване на артериалното налягане в домашни условия
 - самостоятелно измерване от пациента: особено подходящо при болни без фамилна анамнеза за хипертония, както и за пациенти с лабилна хипертония; също и при болни с неповлияване от медикаменти;
 - амбулаторно мониториране (Виж индикациите - табл 4)
- Ултразвукова диагностика на коремни органи, бъбречните артерии при всички деца с хипертония и млади хипертоници <40 годишна възраст
- Динамична гама-камерна бъбречна сцинтиграфия

Нефармакологични мерки

На всички болни и на хората с фамилна обремененост за хипертония трябва да бъде даден съвет за нефармакологично лечение и спазване на диетичен режим. Така може да се избегне медикаментозното лечение или да се намали дозата на прилаганите медикаменти, както и техният брой, необходим за контролиране на кръвното налягане (Приложение 5). При пациенти с лека хипертония без сърдечно-съдови усложнения или увреждане на прицелни органи, терапевтичният ефект на подобни мерки трябва да бъде наблюдаван през първите 4-6 месеца от първоначалната оценка. При необходимост от въвеждане на медикаментозно лечение по-рано, нефар-

РИСКОВА СТРАТИФИКАЦИЯ НА АТИХИПЕРТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ

	Рискова група А	Рискова група В	Рискова група С
АН Степен (mm Hg)	(Без РФ и без ТОУ/ клиника на ССЗ)	(1 РФ, но не Захарен диабет, без ТОУ/клиника на ССЗ)	(ТОУ/ССЗ и/или Захарен диабет, с/или без групи РФ)
Високо нормално (130-139/85-89)	Промяна в стила на живот	Промяна в стила на живот	Медикаментозно лечение
Степен 1 (140-159/90-99)	Промяна стила на живот (до 12 мес.)	Промяна стила на живот (до 6 мес.)	Медикаментозно лечение
Степен 2 и 3 (≥160/≥100)	Медикаментозно лечение	Медикаментозно лечение	Медикаментозно лечение

АН - артериално налягане; ТОУ - таргетно органно участие
 РФ - рисков фактор; ССЗ - сърдечно-съдово заболяване

приложение 5

Препоръчани целеви стойности на кръвното налягане по време на антихипертензивно лечение. Необходимо е достигането и на двете стойности <140/85 mm Hg означава по-малко от 140 mm Hg за систолното, както и по-малко от 85 mm Hg за диастолното

	измерено в клиниката		ср. измерено амбулаторно/в дома	
	без диабет	с диабет	без диабет	с диабет
оптимално стандарт	<140/85 <150/90	<140/80 <140/85	<130/80 <140/85	<130/75 <140/80

стандарт отразява минимално препоръчаните нива на контрол на кръвното налягане. Независимо от усилията при някои от лекуваните не може да се постигне това ниво.

таблица 6

макологичните мерки трябва да се прилагат едновременно с медикаментозната терапия.

Съществуват данни за благоприятно влияние върху намаляването на артериалното налягане в резултат на промяната в начина на живот:

1. Намаление на телесното тегло до постигане на идеалното тегло, посредством редуциране на мазнините и общия калориен прием,
2. Редовни физически упражнения за подобрене на общото състояние на организма - предимно динамично (напр. енергично ходене). Изометричните упражнения (вдигане на тежести) са противопоказани,
3. Намаляване консумацията на алкохол до пог 21 единици /седмица за мъжете и 14 единици/седмица за жените,
4. Минимум сол при приготвяне на храната и елиминиране на

прекалено солните храни от диетата,

5. Увеличение на консумацията на плодове и зеленчуци.

Други промени в начина на живот, допълнително намаляващи рисковете от сърдечно-съдови заболявания са :

1. Преустановяване на тютюнопушенето,
2. Намаление на общия прием на наситени мазни киселини, заместването им с поли - или моно-ненаситени масти, увеличено приемане на риба,
3. Редовни физически упражнения.

Ефективното приложение на тези нефармакологични мерки изискват ентузиазъм, знание, търпение и време, прекарано с пациентите и техните семейства. Те се провеждат от добре обучени здравни професионалисти – медицинската сестра в практиката или сестрата в болничното заведение - и трябва

ва да бъдат представени чрез ясна, проста и по възможност писмена информация.

Цели на медикаментозното лечение

Систолното налягане е от почти същото значение като предиктор на сърдечно-съдовата болест, както диастолното. Поради това, границите на систолното и диастолното налягане са добър показател за медикаментозна интервенция при болни с артериална хипертония.

Оптималното артериално налягане за предотвратяване на големи сърдечно-съдови инциденти (базирано на данните от анализи на пациенти, на които се провежда медикаментозно лечение) е 139/83 mm Hg. Намалението на артериалното налягане пог тези стойности не е вредно.

Анализите на данните от болни с хипертония и захарен диабет показват преимущества при намаляване на налягането пог 80 mm Hg в сравнение с това до и пог 90 mm Hg. Препоръките за целевите стойности на налягането по време на лечението са показани на таблица 6. Необходимо е да се подчертае, че дори при най-добро лечение, тези стойности няма да бъдат постигнати при всички хипертоници.

ПРЕПОРЪЧВА СЕ НА ОБЩОПРАКТИКУВАЩИТЕ ЛЕКАРИ:

1. да започнат лечението с ниски дози на един медикамент;
2. да променят медикамента с представител на друг клас при слабо повлияване или лоша поносимост преди повишаване на дозата или прибавяне на втори медикамент;
3. да прилагат медикаменти с продължително действие за осигуряване на 24 часов ефект при еднократно дневно приложение;

Задължителни и възможни индикации и контраиндикации на основните класове антихипертензивни медикаменти

Клас медикаменти	Индикации		Контраиндикации	
	задължителни	възможни	задължителни	възможни
алфа-блокери	хипетрофия на простата	дислипедимия	уринна инконтиненция	постурална хипотония
АСЕ инхибитори	СН, АК дисфункция след МИ, диабетна нефропатия	хр. бър. болест (1)	бременност, двустранна съдова бъбречна стеноза	
Ангиотензин II антагонисти	кашлица от АСЕ инхибитори (2)	СН	бременност, двустранна съдова бъбречна стеноза	
бета-блокери	МИ, стенокардия	СН (3)	астма или ХОББ, сърдечен блок, АВ блок	спортисти и физически активни лица, СН (3), дислипедимия, периф. съд. заболявания
КА (дихидропириди)	изолир. систолна АХ при възрастни	стенокардия, възрастни болни, периферни съдови заболявания	-	-
КА недихидропириди	стенокардия	МИ	комбиниран с бета-блокери	АВ блок, СН
Диуретици	възрастни болни, при СН, систолна АХ	захарен диабет	подагра	дислипедимия

СН – сърдечна недостатъчност, АК – левокамерна, КА – калциеви антагонисти,

МИ – миокарден инфаркт, АХ - артериална хипертония

(1) ангиотензин конвертирацията ензим може да действа благоприятно при хронична бъбречна недостатъчност, но трябва да бъде използван предпазливо. Постоянно наблюдение и мнение на специалист са необходими при установена и значителна бъбречна увреда.

(2) ако АСЕ инхибитор е необходим.

(3) могат да влошат сърдечната недостатъчност.

таблица 7

4. да прилагат подходящи медикаментозни комбинации, с цел постигане на максимален ефект и минимални странични прояви – могат да се използват и готови комбинирани форми;

5. да се помни, че за постигане на адекватен контрол на артериалното налягане, може да се наложи приложение на два или повече медикамента.

Всеки лекар от извънболничната медицинска практика трябва да е наясно с целите на лечението.

ЦЕЛИ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

Целта на лечението е да се постигне артериално налягане в границите на "нормалното" или до "оптимални нива", за да се намали максимално сърдечно-съдовата болестност и смъртност (Приложение 7). Всички обратими рискови фактори като повишен холестерол или захарен диабет, трябва да бъдат лекувани, а антихипертензивната терапия трябва да се съпровожда от промени в начина на живот като диетичен режим, преустановяване на тютюнопушенето, дозирани физически натоварвания.

Избор на антихипертензивен медикамент

За всеки клас антихипертензивни медикаменти съществуват задължителни индикации, базирани на солидни рандомизирани контролирани проучвания при специфични групи пациенти, както и задължителни противопоказания. Съществуват също така показания и противопоказания, които не са добре определени и на които различните лекари придават различна тежест. Резюме на тези индикации и контраиндикации за различните класове са представени на табл.7. Когато не се налагат специални съображения, най-евтините, доказали дейст-

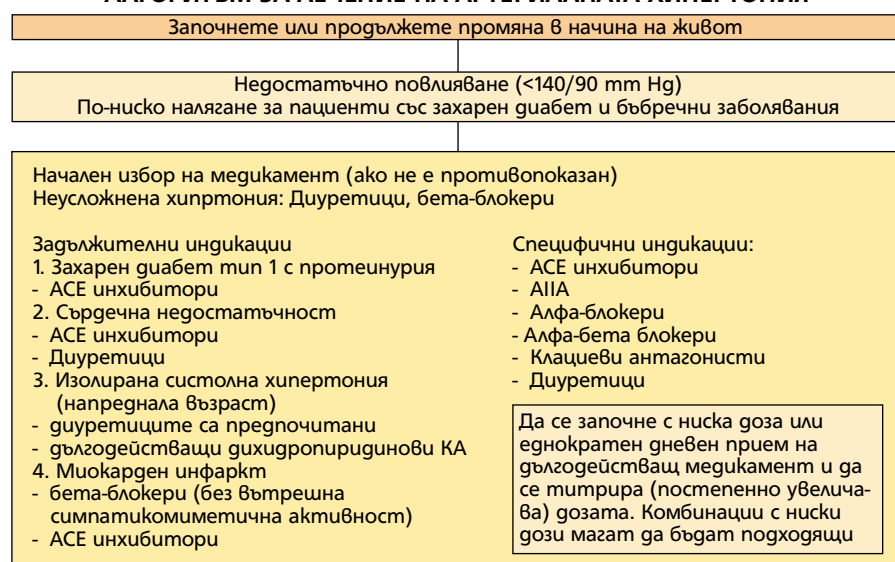
вието си медикаменти, са прилаганите в ниски дози тиазидни диуретици и бета-блокери. Напоследък обаче, се налага мнението, че всички антихипертензивни медикаменти могат да бъдат първи избор на антихипертензивна терапия. Изборът на медикамент зависи от възрастта на болния, наличието на други сърдечно-съдови заболявания и рисковите фактори (Приложение 6).

През последната година бяха натрупани данни, че ангиотензин II блокери намаляват смъртността и болестността, поради което бяха предло-

жени в много страни като медикамент на първи избор на лечение. Известно е също, че ангиотензин II блокери не при тежават всички добри страни на ACE инхибиторите, поради което трябва да се знае, че те се предлагат на болни, които не могат да толерират ACE инхибиторите.

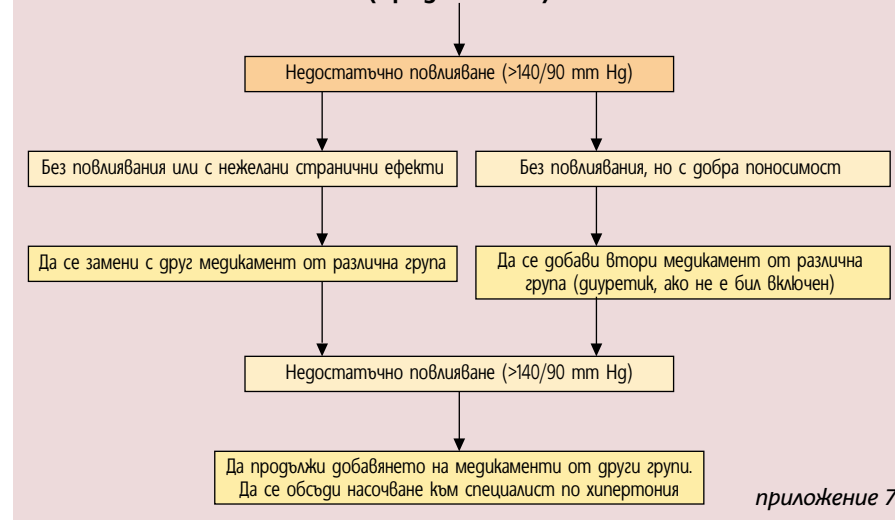
Двойно слепи проучвания, сравняващи основните класове на антихипертензивните медикаменти (тиазидни диуретици, бета-блокери, калциеви антагонисти, инхибитори на ангиотензин-конвертиращия ензим и алфа-блокери), показ-

АЛГОРИТЪМ ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА АРТЕРИАЛНАТА ХИПЕРТОНИЯ



приложение 6

АЛГОРИТЪМ ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА АРТЕРИАЛНАТА ХИПЕРТОНИЯ (продължение)



приложение 7

ват липса на постоянни и значими разлики по отношение на антихипертензивната ефикасност, страничните ефекти и качеството на живот.

Разликите в средния отговор между отделните класове са свързани с възрастта и етническата принадлежност. Малко проучвания са сравнявали директно различните медикаментозни групи относно намаляване на сърдечно-съдовите инциденти, като някои от тях са напълно задоволителни, но същевременно не показват значими различия в резултатите при различните режими и групи медикаменти. С изключение на проектите за систолна хипертония в Европа и систолна хипертония в Китай, както и проекта за каптоприлова

превенция, болшинството от информацията е свързана с лечение с тиазид или бета-блокери. Индиректно сравнение между систолната хипертензия при възрастните, основана на диуретично лечение и изследването на систолната хипертония в Европа, базирано на лечението с дихидропиридин калциев антагонист, установява, че резултатът от тези режими на лечение е подобен.

Контролирани изследвания на дихидропиридинови калциев антагонисти не подкрепят предишните опасения относно сигурността на тези препарати, въпреки че бързодействащият нифедипин не се препоръчва за системно лечение на артериалната хипертония и се

предлага употребата на ретардния нифедипин.

Предлагаме за лечение на артериалната хипертония да се прилагат следните антихипертензивни медикаменти, представени на таблица 8.

Дозирание и продължителност на терапията

Препаратът или използваната формула, за да се приеме за идеална, трябва да е ефективна при прием на еднократна дневна доза. Трябва да има интервал от поне 4 седмици за наблюдение до пълния отговор, освен ако не се налага по-спешно понижаване на кръвното налягане.

Дозата на медикамента (с изключение на тиазидните диуретици) трябва да се увеличава съобразно инструкциите на производителя. Ако първият медикамент се понася добре, но отговорът е слаб и недостатъчен, приемлива е смяна с алтернативен медикамент, при условие, че хипертонията е лека и неусложнена. При по-тежка или усложнена хипертония е по-безопасно стъпаловидното прибавяне на медикаменти до постигане на контрол на кръвното налягане. Да се направи опит за намаляване на дозите и/или броят на медикаментите след продължително трайно постигане на оптимално налягане ("стъпка назад").

Повечето хипертоници изискват комбинация от антихипертензивни лекарства за постигане на оптимален контрол. Лекарства от различни класове, обикновено имат адитивен ефект върху кръвното налягане, когато са предписани едновременно. Субмаксимални дози на две лекарства водят до по-голям отговор на кръвното налягане и по-малко странични ефекти, отколкото максималната доза на един препарат. Рационалните лекарствени комбинации включват медика-

Препоръчвани медикаменти за лечение на артериалната хипертония

Група	Генерично име	Доза	Форма	Брой приеми
Диуретици	Хлорталидон	25-100 мг	Табл.	1 x ден
	Хидрохлоротиазид	12,5 - 50 мг	Табл.	1-2 x ден
	Триамтерен+хидрохлоротиазид	1-2 табл.	Табл.	1-2 x ден
	Индапамид	1,25-5 мг	Табл.	1-2 x ден
	Фуросемид*	20-500 мг	Табл.	1-4 x ден
Адренергични инхибитори	Спиронолактон*	25-100 мг	Табл.	3x ден
	Клонидин	0,15-1,2 мг	Табл.	3 x ден
	Метилдопа	500-3000 мг	Табл.	3 x ден
	Празозин	2-30 мг	Табл.	3x ден
	Доксазозин	1-16 мг	Табл.	1-2 x ден
Бета-блокери	Резерпин	0,05-0,25 мг	Табл.	1-2 x ден
	Атенолол	25-150 мг	Табл.	1-2 x ден
	Пропранолол	25-150 мг	Табл.	2 x ден
	Метопролол	25-200 мг	Табл.	2 x ден
Калциев антагонисти	Ацебутолол	200-800 мг	Табл.	2 x ден
	Нифедипин **	30-90 мг	Табл 10 мг	3 x ден
	Нифедипин ретарг	40-80 мг	Табл 20 мг	2 x ден
	Амлодипин	2,5-10 мг	Табл.	1x ден
	Дилтиазем	90-360 мг	Табл.	3 x ден
Инхибитори на конвертиращия ензим	Верапамил ретарг	120-480 мг	Табл.	1-2 x ден
	Каптоприл	25-150 мг	Табл.	2-3x ден
	Еналаприл	10-40 мг	Табл.	2x ден
	Трандолаприл	2-4 мг	Капсули	1x ден
	Лизиноприл	10-40 мг	Табл.	1x ден
Комбинирани	Квинаприл	10-80 мг	Табл.	2x ден
	Периндоприл	2-8 мг	Табл.	1x ден
	Еналаприл+хидрохлоротиазид	1-2 табл.	Табл.	1-2 x ден
	Лизиноприл+хидрохлоротиазид	1-2 табл.	Табл.	1x ден
Комбинирани	Верапамил ретарг+трандолаприл	1-2 капс.	Капс.	1x ден
	Пиндолол + клопамид	1-2 табл.	Табл.	1-2x ден

* - препоръчани при специални случаи

** - при липса на противопоказания

таблица 8

менти с различен механизъм на действие, които имат адитивен ефект - диуретик с бета-блокери, диуретик с ACE инхибитор, бета-блокери с дихидропиридинов калциев антагонист, калциев антагонист с ACE инхибитор. Комбинации с фиксирани дози могат да бъдат подходящи за пациентите, когато монотерапията е неефективна, индивидуалните лекарствени компоненти са приемливи и не са скъпи.

Възрастни пациенти с хипертония (>60 години)

Хипертония, включително изолираната систолна хипертония (>160/90 mmHg), се установява при повече от половината хора на възраст над 60 години. Тези хора са с повишен риск от сърдечно-съдови усложнения, включително сърдечна недостатъчност и гемения, в сравнение с млади хора с хипертония. Антихипертензивното лечение на диастолната и изолираната систолна хипертония намалява този риск. Антихипертензивното лечение е с благоприятен ефект поне до 80-годишна възраст и редовното проследяване на кръвното налягане трябва да продължи до тази възраст. Веднъж започнало, лечението трябва да продължи и след 80-те. При първоначално установяване на хипертония при хора на възраст над 80 години, лечението трябва да се основава на биологична

та, а не на хронологичната възраст, поради липсата на достатъчни критерии за поведение.

Ниски дози тиазиди са предпочитаните първоначални лекарства при възрастните хора. Като първа линия на лечение бета-блокерите са по-малко ефективни от тиазидите. Калциевите антагонисти с удължено действие са приемлива алтернатива за възрастните пациенти при неефективност, противопоказания или непоносимост към тиазидите.

Хипертония и съпътстващи сърдечно-съдови заболявания

ХИПЕРТОНИЯ

И КОРОНАРНА БОЛЕСТ НА СЪРЦЕТО

Болните с артериална хипертония и коронарна болест са с висок сърдечно-съдов риск. Трябва да се избягва значимото понижаване на артериалното налягане, особено когато се съпровожда от рефлекторна тахикардия и симпатикова активация. Налягането трябва да се понижи до обичайните прицелни нива (< 140/90 mm Hg) и при персистиране на ангина се налага поддържане на по-ниски стойности. Бета-блокерите и калциевите антагонисти са средство на избор, като трябва да се знае, че бързо действащите калциеви антагонисти не бива да се прилагат самостоятелно. ACE инхибиторите (наред с бета-блокерите без вътрешна симпатикомиметична

активност) са подходящи след миокарден инфаркт, особено когато е налице левокамерна дисфункция. ACE инхибиторите профилактират развитието на последваща сърдечна недостатъчност и респективно намаляват смъртността. Ако бета-блокерите са противопоказани, могат да се прилагат верапамил или дилтиазем.

ХИПЕРТОНИЯ

С ЛЕВОКАМЕРНА ХИПЕРТРОФИЯ

Левокамерната хипертрофия е значим независим рисков фактор за внезапна сърдечна смърт, миокарден инфаркт, мозъчен инсулт и др. Най-чувствителен и специфичен неинвазивен метод е ехокардиографията. Най-чести са съобщенията за регресията на левокамерната хипертрофия в хода на лечение с ACE инхибитори.

ХИПЕРТОНИЯ

И СЪРДЕЧНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ

В лечението на сърдечната недостатъчност е доказан ефектът на ACE инхибиторите. Прилагани самостоятелно или в комбинация с дигиталис и/или диуретик, те спомагат за намаляване на болестността и смъртността. При контраиндикация или липса на поносимост към ACE инхибиторите могат да се използват хидралазин и изосорбид динитрат. Установен е благоприятния ефект и на карведилол при тези болни. Амлодипин е безопасен калциев антагонист при пациенти с ангина, хипертония и сърдечна недостатъчност, но други калциеви антагонисти не се препоръчват.

Препоръки за контрол на артериалното налягане

Измерено АН (mm Hg)		Препоръки за проследяване
САН	ДАН	
<130	<85	Контрол на 2 години
130-139	85-89	Контрол на 1 година
140-159	90-99	Потвърждение до 2 месеца
160-179	100-109	Оценка или пристъпване към лечение през следващия 1 месец
>180	>110	Оценка или пристъпване незабавно към лечение или през следващата 1 седмица според клинично състояние

таблица 9

Проследяване на болните

Честота на проследяване на лекуваните пациенти с адекватен контрол на кръвното налягане зависи от фактори, включващи тежестта и променливостта на кръвното налягане, сложността на лечебния ре-

жим, комплайънс на пациента и необходимостта от нефармакологични съвети. Контрол през 3 месеца е достатъчен при стабилно лечение и кръвно налягане, но интервалът не бива да надхвърля 6 месеца. Процедурата на контролните прегледи, при които обучената сестра има голяма роля, трябва да е проста: измерване на кръвното налягане и теглото, информация за общото здраве и страничните ефекти, наблюдение на нефармакологичните съвети, ежегодна проверка на урината за протеинурия.

Препоръките за медицински контрол са представени на табл. 9.

ЦЕЛИ НА НАСОКИТЕ

- Промоция и първична превенция на хипертонията и сърдечно-съдовата болест посредством насърчаването на промени в диетата и начина на живот на цялото население.
- Увеличаване на откриваемостта и лечението на недиагностицираната хипертония (особено високо-рисковата група болни) посредством рутинен скрининг и повишено осъзнаване на значението на хипертонията сред обществото.
- Увеличаване на частта на пациенти на антихипертензивна терапия с нормални стойности на артериалното налягане
- Намаляване на сърдечно-съдовия риск на лекувани хипертоници чрез нефармакологични мерки
- Провокиране на продължение то на лечението и подобряване на благополучието на болните чрез лечение посредством оптимизиране на избора и използването на медикаментите,

като се намаляват страничните ефекти и се подобрява информацията и избора за пациента.

Приложение на насоките за диагностика, лечение и профилактика на усложненията при болни с артериална хипертония

Реализирането на поставените цели ще зависи главно от усилията на лекарите и сестрите в общата практика. Проучвания, които показват непълно откриване, лечение и контрол на хипертонията, говорят за сериозен провал при прилагането на натрупаните знания, въпреки наличието на известно подобрене през последните години.

Идеално би било разработването на протоколи за лечение на хипертонията в практиките и групите за първична помощ, които осъществяват политиката за скрининг, първоначалната оценка и изследвания, оценката на сърдечно-съдовия риск, нефармакологичните мерки, адекватното използване на антихипертензивни медикаменти, аспирин и статини, целите на лечението, стратегията на проследяването, методите за идентификация и контрол на отпадналите пациенти. Би трябвало писмена информация за хипертонията и нейното лечение да бъде на разположение на пациентите.

Протоколът трябва да уточни подробностите в компетенцията на сестрата и лекаря. Необходимо е провежданата политика на практиката да се проверява периодично.

КНИГОПИС:

1. *The sixth report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure; 1997, Archives of internal medicine, 157, 2413-39*

2. *1999 World Health Organization and International Society of Hypertension. Guidelines for the Management of Hypertension. Journal of Hypertension 1999, 17:15 - 183*

3. *Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Second Joint Task Force of European and other societies on coronary prevention ; Eur H J; 1998; 19, 1434-1503*

4. *L. Ramsay et al: British hypertension society guideline for hypertension management 1999: summary; 1999; BMJ 319, 630-35*

5. *Св. Торбова: Хипертонична болест; 1994; Медицина и физкультура*

Работна група по сърдечно-съдови заболявания към Национална здравноосигурителна каса:

*проф. д-р Анна Еленкова - Медицински университет - София,
проф. д-р Мирослав Попов - Национален център по обществено здраве,*

проф. д-р Светла Торбова - Транспортен медицински институт,

доц. д-р Нина Гочева - Национален център по сърдечно-съдови заболявания и рехабилитация,

д-р Борислав Георгиев - Национален център по сърдечно-съдови заболявания и рехабилитация,

д-р Елка Орешарска - 12-та поликлиника - София,

д-р Бойко Пенков - Национална здравноосигурителна каса

д-р Димитър Илиев - Национална здравноосигурителна каса

д-р Михаил Христов - Национална здравноосигурителна каса