

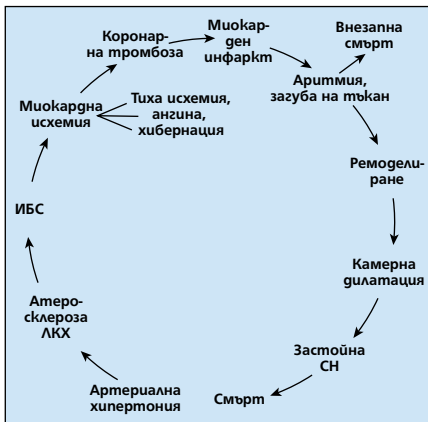


## Лекуваме ли правилно сърдечно-съдовите заболявания?

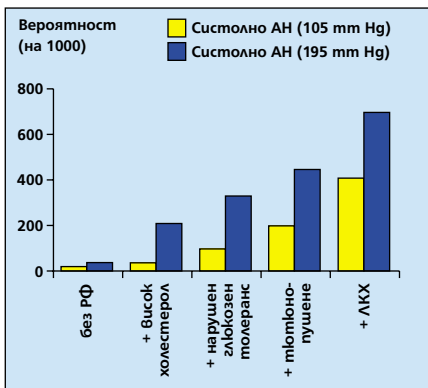
Сърдечно-съдовите заболявания продължават да бъдат основна причина за високата смъртност в България. Регистрираната трайна тенденция към намаляване на смъртността и увеличаване на продължителността на живота в развитите страни все още не се установява в нашата страна. Ако се абстрахираме от неадекватното лечение на острия инфаркт с ST-сегмент елевация с фибринолитици, което е проведено при малко над 130 болни в страната от началото на 2002 г., при нуждаещи се поне 2500 болни; ако не дискутираме приложението на статините при около 1000 болни, при много по-големи нужди в страната, може би тук е мястото да дискутираме лечението на най-честата сърдечно-съдова патология – артериалната хипертония.

Както е добре известно, хипертонията е причина за много усложнения – миокарден инфаркт, мозъчен инсулт, застойна сърдечна недостатъчност, бъбречна недостатъчност, дисекция на аортата и др. Тя е в основата на кръга на сърдечно-съдовите заболявания на Браунвалд и Дзау (фиг. 1).

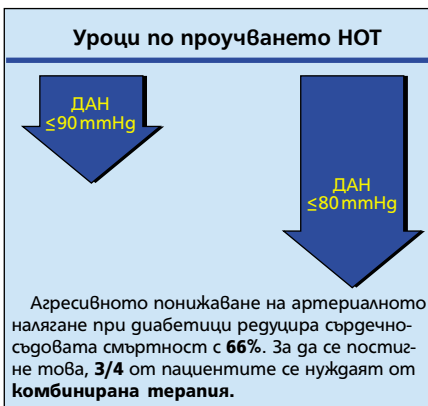
Неоптималният контрол на артериалното налягане, особено при наличието и на други рискови фактори, способства за увеличаване на вероятността от развитие на коронарна болест (фиг. 2). Съвременната концепция за правилно лечение е свързана с агресивното понижаване на артериалното налягане с един или много по-често с повече от един антихипертензивен медикамент. Прицелните стойности на налягането са по-ниски от 140/90 mmHg при редица съпътстващи заболявания. А този факт много често убягва от съзнанието на много лекари, прилагащи антихипертензивна терапия.



Фиг. 1. Кръг на Браунвалд



Фиг. 2. 8-годишна вероятност за развитие на коронарна болест



Фиг. 3

Болни с:	JNC VI
Неусложнена АХ	< 140/90
Усложнена АХ	< 130/85
- АХ със захарен диабет	< 130/80
- сърдечна недостатъчност	< 130/85
- хипертония със засягане на бъбреците	< 125/75

Табл. 1. Препоръчителни стойности (САН/ДАН, mmHg)

Проучването HOT (Hypertension Optimal Treatment) доказва, че понижаването на диастолното налягане под 80 mmHg при диабетиците намалява сърдечно-съдовите усложнения с 66%. Според проучването HOT оптималното ДАН е 82.6 mmHg. То е свързано с най-малко сърдечно-съдови инциденти. При достигане на оптимално ДАН от изходна стойност 105 mmHg рискът се намалява с 30% (фиг. 3).

Добре известен и многократно публикуван е алгоритъмът за лечение от Шестия доклад на JNC на САЩ, който е приет и в България (фиг. 4).

Днес антихипертензивното лечение най-общо може да се раздели на лечение с класически медикаменти и лекарства от нови генерации (акаг. Ил. Томов, 2002)

КЛАСИЧЕСКИ МЕДИКАМЕНТИ	
Диуретици	тиазиди, бримкови (фуросемид), $K^+$ -съхраняващи (спиронолактон, триамтерен)
$\beta$ -Блокери	атенолол, пропранолол, метопролол, ацебутолол, бизопролол, небиволол, пиндолол
$\alpha_1$ -Агренергични рецепторни блокери	празозин, доксазозин, теразозин, урапидил
Директни артериални вазодилататори	хидралазин, диазоксид, дихидралазин
Централно-действащи медикаменти	клонидин, резерпин, $\alpha$ -метилгопа, моксонидин, рилменидин

МЕДИКАМЕНТИ ОТ НОВИ ГЕНЕРАЦИИ	
АСЕ-инхибитори	каптоприл, еналаприл, лизиноприл, беназеприл, трандолаприл, периндоприл, квинаприл, рамиприл, фозиноприл
Калциеви антагонисти	нифедипин, израдипин, фелодипин, амлодипин, лацидипин, нитрендипин, низолдипин
Ангиотензин II-рецепторни блокери (АРБ)	лосартан, валсартан, кандесартан, епросартан, телмисартан

Табл. 2.

При избора на медикамент трябва да се съобразяваме с натрупаните данни за намаляване на смъртността с прилаганите антихипертензивни медикаменти.

Диуретици (++)	тиазиди
β-Блокери (++)	атенолол, метопролол, бизопрлол, пропранолол
АСЕ-инхибитори (+++)	каптоприл, еналаприл, лизиноприл, трандолаприл, периндоприл, рамиприл
Калциеви антагонисти (+) Ангиотензин II-рецепторни блокери (НД) α <sub>1</sub> -Адренергични блокери (-) Директни артериални вазодилататори (-) Централно-действащи медикаменти (+)	

Табл. 3. Намаляване на смъртността с основните класове антихипертензивни медикаменти. НД = няма данни. Степен на доказано намаление на смъртността: (+++) значително; (++) умерено; (+) слабо; (-) не доказано

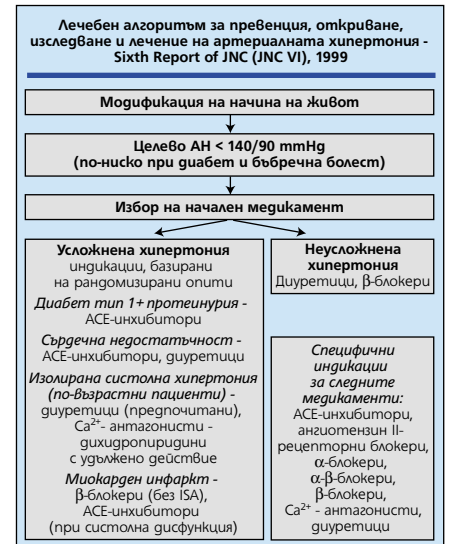
Наблюдават се и някои грешки в съвременната терапия (акаг. Ил. Томов, 2002)

Съвременни конфликти в антихипертензивната медикаментозна терапия
<ul style="list-style-type: none"> <li>АСЕ-инхибитори - не заемат подобаващо място в антихипертензивната терапия</li> <li>Диуретици – тиазиди, малки дози – пренебрегвана терапия</li> <li>Подценяване на β-блокерна терапия</li> <li>Надценяване на калциевите антагонисти</li> <li>Хипотерапия – прилагане на ниски дози медикаменти</li> <li>Неуяснено място на ангиотензин II-рецепторните блокери</li> <li>Свърхнадценяване на централно-действащия медикамент - клонидин</li> </ul>

Съвременният принцип на лечение, базиран на "медицината на доказателствата", налага някои корекции в избора на първи медикамент при началото на лечение на болни с хипертония. АСЕ-инхибиторите постепенно заемат все по-предни места в съзнанието на лекарите при лечението на хипертония. Вероятно скоро ще бъдем свидетели и на преработка на световните препоръки за поведението при лечението на хипертонията.

Днес обаче трябва да бъдем активни при издирването на болните с артериална хипертония, трябва да бъдем настоятелни при убеждаването на болните и техните близки системно да контролират и лекуват високото артериално налягане, трябва да бъдем агресивни в лечението, като целим достигане на таргетните нива на налягането според световните изисквания. Трябва да бъдем наясно, че невинаги монотерапията ще постигне желаните ефект и не бива да забравяме резултатите от световните проучвания и регистри, според които средният брой лекарства, необходими за достигане и трайно поддържане на желаните нива на налягането, е около и над 3. Следователно много често трябва да се замисляме за комбинираната терапия, за избор на медикаменти с изявена органна протекция, при която да достигнем прицелните нива на артериалното налягане. А както вече е известно, оптималният контрол на налягането ще спомогне за намаляване на сърдечно-съдовата болестност и смъртност.

г-р Борислав Георгиев  
главен редактор



Фиг. 4