



## 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-мащабните 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.

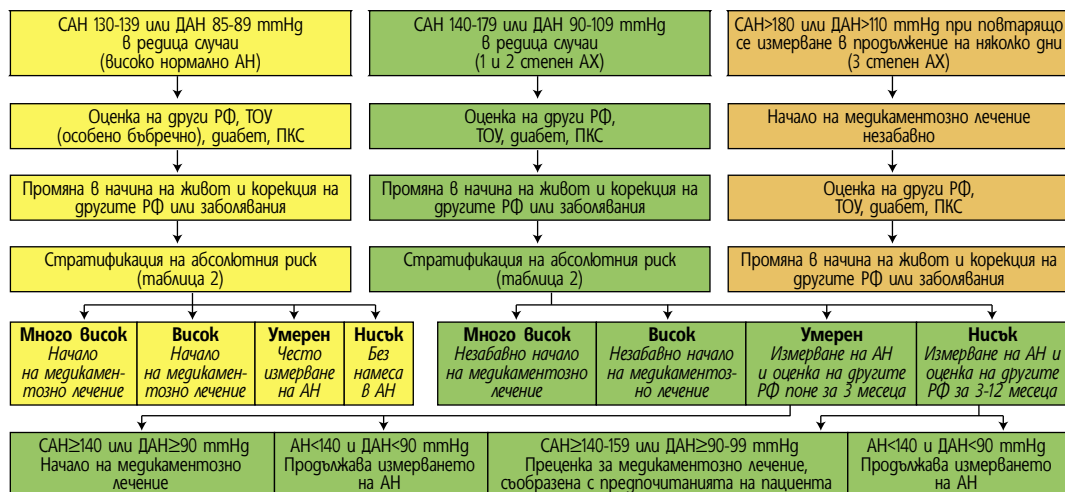
Терапевтичният подход за начало на лечението според Европейските препоръки се основава на два критерия: 1) общ сърдечно-съдов риск (табл. 2); 2) стойности на систолно и диастолно артериално налягане (табл. 1) (фиг. 1). Основната цел на лечението на хипертоника е да се намали максимално риска от сърдечно-съдова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

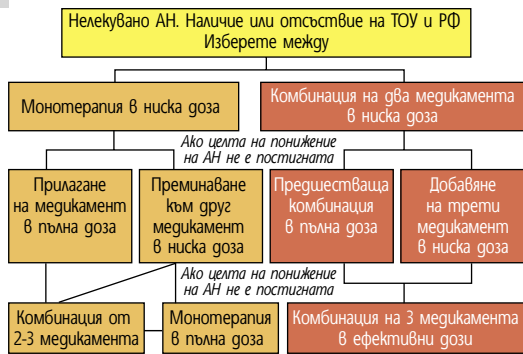
Табл. 2. РФ – рисков фактор; ТОУ – таргетно органно увреждане

Категория	САН (mmHg)	ДАН (mmHg)
Оптимально	<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



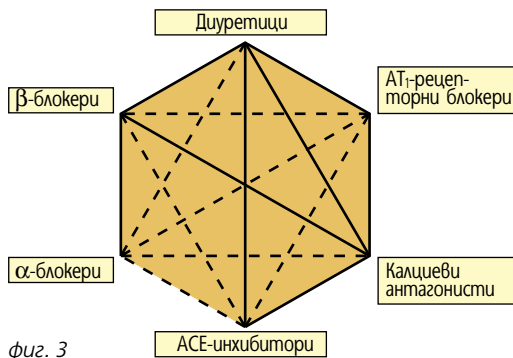
фиг. 2. Избор между монотерапия и комбинирана терапия. АН – артериално налягане, РФ – рисков фактор, ТОУ – таргетно органно увреждане.

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).

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.

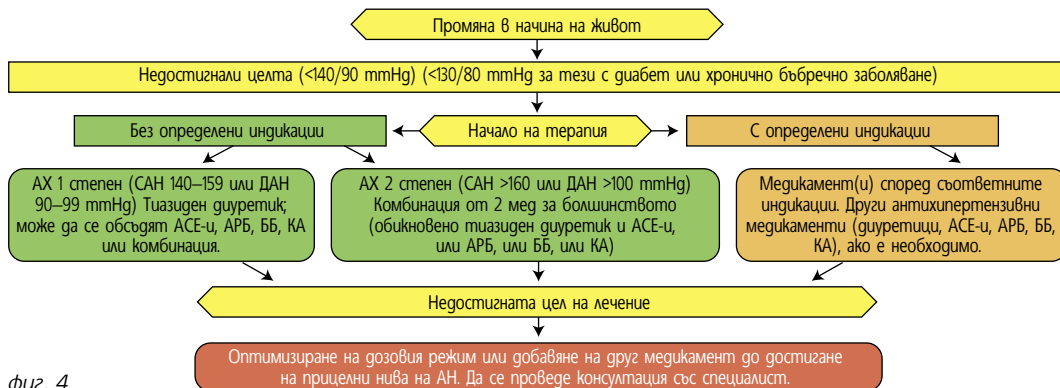
В Седмия доклад се твърди, че при хора над 50 години систолното налягане >140 mmHg е с по-голямо значение за сърдечно-съдовия риск, отколкото диастолното.

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

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