

АРТЕРИАЛНАТА ХИПЕРТОНИЯ – КАКВО СЕ ПРОМЕНИ

А. ЧОБАНОВ, М. СИМОВА И Г. ЗЛАТАНЧЕВА

Клиника по спешна терапия, Военномедицинска академия – София

ARTERIAL HYPERTENSION – WHAT IS CHANGED?

A. CHOBANOV, M. SIMOVA AND G. ZLATANCHEVA

Clinic of Emergency Treatment, Medical Military Academy – Sofia

Резюме. Артериалната хипертония е водещият, глобален риск за смъртност, отговорен за 9.4 млн. отнети човешки живота през 2010 г. В България честотата на хипертонията е около 55% при средна за Европа 30-45%. В обзора акцентираме върху последните препоръки за прицелни стойности на артериалното налягане и терапевтичен подход, осигуряващи продължителен и качествен живот.

Ключови думи: артериална хипертония, ангиотензин-рецепторни блокери, рискови фактори, артериално налягане

Summary. Arterial hypertension is the global leading risk factor responsible for the death of 9.4 million people worldwide in 2010. The frequency of hypertension in Bulgaria is approximately 55% against the average of 30-45% in Europe. In the present review we describe the recent recommendations on target values of the blood pressure and the therapeutic approach ensuring the endurance of a high-quality life.

Key words: arterial hypertension, ACE inhibitors, risk factors, blood pressure

Увод

Артериалната хипертония (АХ) е социално значимо заболяване в световен мащаб. Тя е основен сърдечно-съдов рисков фактор с непрекъснато увеличаваща се честота при младото и трудоспособно население [10, 11]. АХ е най-честата причина за миокарден инфаркт, мозъчен инсулт, аортна дисекция и заболявания на периферните артерии, поради което остава водеща причина за смърт. Всеки 3-ти човек в света е с високо кръвно налягане, а ефективно лекуван е само един от трима.

Установено е, че съществува правопрпорционална зависимост между стойностите на артериалното налягане (АН) и сърдечно-съдовия риск при мъже и жени от всички възрасти, раси и етнически групи, независимо от наличието или липсата на други сърдечно-съдови рискови фактори.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И КЛАСИФИКАЦИЯ

АХ при лица над 18 год. се дефинира като повишаване на АН над 140 mm Hg за систолно налягане и/или над 90 mm Hg за диастолно налягане [6].

Класификация

Класификацията се основава на няколко принципа [14].

• Стойности на систолното и диастолното налягане:

Степени	Систолно налягане в mm Hg	Диастолно налягане в mm Hg
Оптимално АН	< 120	< 80
Нормално АН	120-129	80-84
Високо нормално АН	130-139	85-89
I степен АХ	140-159	90-99
II степен АХ	160-179	100-109
III степен АХ	> 180	> 110
Изолирана систолна хипертония	> 140	< 90
Подгрупа на изолирана систолна хипертония	140-149	< 90

- Етиология – първична и вторична АХ.
- Наличие и степен на таргетна органична увреда – сърце, мозък, бъбреци, зрителни анализатори, аорта, периферни артерии.
- Ход на протичане на АХ – бенигна, акселерирана, малигна.

Диагностика

Диагностичният процес включва анамнеза, физикален статус, измерване на стойностите на АН, лабораторни и инструментални изследвания, оценка на степента на засягане на таргетните органи [7, 8].

Лечение

Лечението на АХ цели понижаване на високото АН до нормални или оптимални стойности. По този начин се понижават сърдечно-съдовият риск и смъртността [6,16].

Мерките за постигане на идеалните за даден индивид стойности на АН са немедикаментозни и медикаментозни.

Първата група методи се основава на промяна в стила и начина на живот – отказ от тютюнопушене, ограничаване употребата на алкохол, физическа активност, съобразена с индивидуалните възможности, индивидуална диета за достигане на оптимална телесна маса, ограничаване приема на мазнини, ограничаване на консумацията на сол [5].

Медикаментозното лечение на АХ се осъществява чрез 6 основни групи медикаменти:

- диуретици,
- бета-блокери,
- алфа-блокери,
- калциеви антагонисти,
- инхибитори на ангиотензин-конвертиращия ензим,
- ангиотензин-рецепторни блокери [4].

При избор на терапия е необходимо да се имат предвид:

- възрастта на пациента,
- степента на таргетната увреда,
- наличието на захарен диабет, съпътстваща ХБН, хронична чернодробна недостатъчност, други съпътстващи заболявания,
- възможността за странични ефекти и лекарствени взаимодействия,

- алергия и непоносимост,
- опитът с конкретен медикамент,
- цената.

Последните препоръки за лечение са насочени към прицелни стойности под 140/90 mm Hg за всички групи пациенти с АХ. Идеята е да не се понижава много кръвното налягане, като особено диастолното не трябва да спада под 65 mm Hg, защото при такива стойности има тенденция към увеличаване на смъртността.

При пациентите в напреднала възраст (над 80 год.) според съвременните препоръки вече се допуска поддържане на малко по-високи стойности за систолното АН между 140 и 150 mm Hg, тъй като гарантира по-добра мозъчна перфузия.

Основна цел на антихипертензивната терапия е оптималният контрол на АН и последващата протекция на таргетните органи, което подобрява прогнозата.

Общата препоръка от последния конгрес на Европейското дружество по хипертония (ESH, 2013 г.) е за целеви стойности на АН под 140/90 mm Hg, като се потвърждава, че всеки един от основните класове медикаменти е достатъчно ефикасен за начално лечение [13, 15].

Нов момент е, че централното аортно налягане и измерването на артериалната еластичност чрез пулсова вълна са методи, осигуряващи по-добра оценка на увреден таргетен орган. В този смисъл антихипертензивните класове медикаменти имат коренно различно поведение. При някои от тях наблюдаваме благоприятен ефект, а при други – неутрален. Това е един от показателите, с които трябва да се съобразяваме [2].

Най-ефективни в тази насока се оказват инхибиторите на ангиотензин-конвертиращия ензим (АСЕ) и ангиотензин-рецепторните блокери (АРБ). Двата класа медикаменти се различават помежду си както по отношение на страничните ефекти, така и по отношение на някои позитивни действия [12]. Появата на суха кашлица е по-често нежелан страничен ефект при употреба на АСЕ инхибиторите, докато лечението с АРБ се понася по-добре от пациентите. Продължителното лечение с АРБ води до по-голяма редуция на ле-

вокамерната хипертрофия в сравнение с еналаприл. Освен антихипертензивен АРБ имат доказан кардиопротективен, нефропротективен и мозъчносъдово протективен ефект. Те са особено изразени при високорисковите пациенти, каквито са болните с неинсулинозависим тип захарен диабет [3]. Валсартан например е АРБ с мощна антихипертензивна и нефропротективна активност, който беше проучен след перкутанти коронарни интервенции като адювантна терапия при инстенг рестенози с позитивни резултати.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключение трябва да се подчертае, че все още не е постигнат добър контрол на систолното АН в глобален мащаб, а това е един от основните показатели за повишаване на заболяемостта и смъртността. И досега АХ остава все още нерешен световен здравен и социално значим проблем. Съобразяването с коморбидитета, асоциираните клинични състояния и допълнителните рискови фактори е задължително условие за правилен избор на лечение.

Библиография

1. Александров, А., И. Даскалов, С. Иванов, Л. Демиревска, Д. Гочев. Лечение на артериалната хипертония. – Мединфор, 2010, № 1, 14-19.
2. Даскалов, И., А. Александров, Л. Демиревска, С. Иванов, Д. Гочев. Новите европейски препоръки за лечение на артериалната хипертония. Терапия с ангиотензин рецепторни блокери. – Мединфо, 2008, № 9, 5-10.
3. Петровски, П. и И. Даскалов. Диференциран избор на ангиотензин-рецепторни блокери в базисното ле-

чение на артериалната хипертония. – Мединфо, 2013, 1711-1718.

4. August, P. Initial Treatment of Hypertension. – N. Engl. J. Med., **348**, 2003, № 7, 610-617.
5. Appel, L. J. et al. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. DASH Collaborative Research Group. – N. Engl. J. Med., **336**, 1997, 1117-1124.
6. Cooney, M. T., A. L. Dudina et I. M. Graham. Value and limitations of existing scores for the assessment of cardiovascular risk: a review for physicians. – J. Am. Coll. Cardiol., **54**, 2009.
7. Guidelines Cfmmittee 2003 European Society of Hypertension- European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. – J. of Hypertension, **21**, 2003, 1011- 1053.
8. JNC VI – The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Dectection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. – Arch. Intern. Med., **157**, 1997, 2413-2446.
9. Kannel, W. B. Risk stratification in hypertension: new insights from the FraminghamStudy. – Am. J. Hypertens., **13**, 2000, 3S-10S.
10. Luft, F. C. Twins in cardiovascular genetic research. – Hypertension, **37**, 2001, 350-356.
11. Neal, B., S. MacMahon et N. Chapman. Effects of ACE inhibitors, calcium antagonists, and other blood –pressure-lowering drugs. – Lancet, **356**, 2000, 1955-1964.
12. Parati, G. et S. Omboni. Role of home blood pressure telemonitoring in hypertension management: an update. – Blood Press. Monit., **15**, 2010, 285-295.
13. The JNC 7 Report The Sevent Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. – JAMA, **289**, 2003, № 19, 2560-2572.
14. Woodward, M., P. Brindle et H. Tunstall-Pedoe. Adding social deprivation and family history to cardiovascular risk assessment: the ASSIGN score from the Clement DL, De Buyzere ML, De Bacquer DA, de Leeuw PW, Duprez DA, Fagard RH, Gheeraert PJ, Missault LH, Braun JJ, Six RO, Van Der Niepen P, O'Brien E; Office vs. Ambulatory Pressure Study Investigators. Prognostic value of ambulatory blood-pressure recordings in patients with treated hypertension. – N. Engl. J. Med., **348**, 2003, 2407-2415.

Постъпила – 07.02.2014 г.

✉ Адрес за кореспонденция:

Д-р А. Чобанов
Клиника по спешна терапия
Военномедицинска академия
ул. „Св. Г. Софийски“ № 3
1606 София

✉ Address for correspondence:

A. Chobanov
Clinic of Emergency Treatment
Medical Military Academy
3 Sv. G. Sofiyski st.
1606 Sofia