



НСОПЛБ



**РЪКОВОДСТВО ЗА ПОВЕДЕНИЕ
НА ОБЩОПРАКТИКУВАЩИЯ ЛЕКАР
ПРИ АРТЕРИАЛНА ХИПЕРТОНИЯ**



НАЦИОНАЛНО СДРУЖЕНИЕ НА ОБЩОПРАКТИКУВАЩИТЕ ЛЕКАРИ В БЪЛГАРИЯ

БЪЛГАРСКО НАУЧНО ДРУЖЕСТВО ПО ОБЩА МЕДИЦИНА

БЪЛГАРСКА ЛИГА ПО ХИПЕРТОНИЯ

издава се с любезното съдействие на **ZENTIVA**



Комитет за изготвяне на Ръководство за поведение на общопрактикуващите лекари, София, 2007 г.

Доц. д-р Валентина Маджова, д.м.

Ст.н.с. д-р Георги Иванов, д.м.н.

Проф. д-р Светла Торбова, д.м.н.

Д-р Цветан Драгойчев

Д-р Павлина Здравкова

Д-р Елина Стефанова

Д-р Милена Иванова

Д-р Теодор Джанев

Д-р Николай Пенев

Д-р Величко Цуцуманов

Д-р Пламен Панайотов

Рецензенти на Ръководството:

Проф. д-р Теменуга Донова, д.м.н

Доц. д-р Вера Сиракова, д.м.

Д-р Диана Чинарска



Структура на ръководството

- Епидемиология на артериалната хипертония
- Дефиниция, класификация и причини
- Диагностика и диагноза на АХ
- Оценка на болните с АХ
- Лечение на артериалната хипертония
- Поведение на ОПЛ при болни с артериална хипертония
- ОПЛ и профилактиката на повишеното АН
- Алгоритми на диагностичното и терапевтично поведение при болни с АХ в ОМП
- Приложения



Епидемиология на артериалната хипертония

- АХ - често и масово заболяване
(42,8 % от мъжете, 39,7 % от жените в РБ от 25 до 64 години)
- 2 250 000 от българите са с повишено артериално налягане (АН)
- Все повече хора в млада и активна възраст
- Добър контрол върху повишеното АН при около 6 - 10% от болните с АХ

Три парадокса за АХ:

- Лесна за диагностициране, **често остава неразпознатата**
- Лесна за лечение, **често остава без лечение**
- Независимо от наличието на лекарства с достатъчен потенциал, **често лечението е неефективно**



Дефиниция, класификация и причини

- **АХ е състояние на трайно повишено диастолично АН ≥ 90 mm Hg и/или повишено систолно АН над 140 mm Hg при лица над 18-годишна възраст, потвърдени при не по-малко от 2 или 3 измервания и установени при два и повече различни случая на посещения при лекар.**
- **Прагови стойности за пациенти с допълнителни рискови фактори (ЗД и ХБН)**
 - сistolно < 130 mm Hg
 - диастолично < 80 mm Hg
- **Представени са:**
 - категории (степени) на артериалното налягане и АХ
 - класификация на нормалното и повишено АН при деца и юноши
 - нива на АХ, според възрастта при български деца



Диагностика и диагноза на АХ

Да не забравяме, че:

АХ често протича безсимптомно, или с голям брой нехарактерни симптоми

задух при натоварване	42 %
нервност	35 %
палпитации	32 %
световъртеж	30 %
прекордиална тежест	26 %
главоболие	23 %
гърдна болка	7%
депресивно настроение	7%
задух при покой	4%
епистаксис	3 %



Измерване на артериалното налягане

Основни, но често забравяни правила:

- Измерването на АН се извършва няколко минути след като пациентът е седнал спокойно
- с проверен апарат
- стандартен маншет (12-13 x 35 см) за възрастни и специален маншет за деца
- Ръката с маншета се поставя на нивото на сърцето, при седящо или лежащо положение на пациента
- Маншетът се напompва до 20 mm Hg над нивото, при което не се опипва пулса
- АН се измерва също и в изправено положение (при възрастни пациенти и при диабетици)
- Маншетът се отпуска бавно (2 mm Hg/sec)
- Извършват се най-малко две измервания през интервал от 1-2 минути
- Задължително се извършват измервания на АН на двете ръце при първия преглед



Измерване на артериалното налягане

ОПЛ винаги трябва да има предвид, че нормалните стойности на САН и ДАН са в зависимост от мястото на измерване и прилагания метод:

- в кабинета - 140/90 mm Hg
- в домашни условия – 135/85 mm Hg
- при 24-часово амбулаторно мониториране - 125/80 mm Hg

ОПЛ, в зависимост от образователното и културно ниво на болните, препоръчва самостоятелно измерване, като провежда задължително обучение на пациента.



ОЦЕНКА НА БОЛНИТЕ С АХ

Оценката на болните е комплексна и основана не само на стойностите на АН, а и на други данни:

- Личностна и медико-социална характеристика
- Етиология и вид на АХ
- Рискови фактори (наличие, вид и интензитет)
- Състояние на таргетните органи (наличие, отсъствие, вид и степен на органните увреди)
- Наличие на асоциирани клинични заболявания (вкл. ЗД)
- Общ сърдечно-съдов риск и рисковата категория
- Качество на живот
- Комплайанс на болния и бъдещо сътрудничество
- Вид и съдържание на лечението



ОЦЕНКА НА БОЛНИТЕ С АХ

Наличие на рискови фактори - рискограма

- 1. Възраст** - мъже > 55 години и жени > 65 години
- 2. Тютюнопушене** – времетраене и брой на изпушените цигари
- 3. Прекомерна консумация на алкохол**
- 4. Наличие на дислипидемия**
(при среден атерогенен риск - общ холестерол > 6.2 mmol/l; LDL - холестерол > 4.1 mmol/l; HDL – холестерол за мъже < 1.0 mmol/l и за жени < 1.2 mmol/l)
- 5. Фамилна анамнеза за ранно възникнало сърдечно-съдово заболяване**
(мъже < 55 и жени < 65 год)
- 6. Абдоминално затлъстяване**
(коремна обиколка на талията при мъже \geq 94 см и при жени \geq 80 см)
- 7. Нарушен глюкозен толеранс или ЗД**
(кръвна захар на гладно \geq 7.0 mmol/l и след нахранване \geq 11.0 mmol/l)
- 8. С- реактивен протеин** > 1mg/dl



ОЦЕНКА НА БОЛНИТЕ С АХ

Състояние на „таргетните органи”

- Уврежданията на таргетните органи, като лявокамерна хипертрофия, значително понижаване на скоростта на гломерулната филтрация, микроалбуминурия и кръвоизливи в очните дъна, са маркери за повишен риск при всяко ниво на АН.

Наличие и вид на асоциираните клинични заболявания (АКЗ) с особено значение:

- **Мозъчно-съдова болест:** исхемичен и хеморагичен инсулт, преходни исхемични състояния
- **Сърдечно-съдова болест:** ИБС- стенокардия, миокарден инфаркт, коронарна реваскуларизация; застойна сърдечна недостатъчност и др.
- **Бъбречно увреждане:** диабетна нефропатия и бъбречна недостатъчност (серумен креатинин – м > 133 $\mu\text{mol/l}$, ж > 124 $\mu\text{mol/l}$ и протеинурия > 300 mg/24 ч.)
- **Промени в очните и периферни съдове:** напреднала ретинопатия, кръвоизливи или ексудати, едем на папилата, атеросклероза на съдовете на крайниците и др.
- **Захарен диабет II тип:** диабетна нефропатия, диабетна ретинопатия



ОЦЕНКА НА БОЛНИТЕ С АХ

СТРАТИФИКАЦИЯ НА ОБЩИЯ СЪРДЕЧНО-СЪДОВ РИСК

ПОКАЗАТЕЛИ	НОРМАЛНО АН	НОРМАЛНО ВИСОКО АН	СТЕПЕН 1	СТЕПЕН 2	СТЕПЕН 3
Други рискови фактори и заболявания	САН 120-129 или ДАН 80-84	САН 130-139 или ДАН 85-89	САН 140-159 или ДАН 90-99	САН 160-179 или ДАН 100-109	САН ≥ 180 или ДАН ≥ 110
Няма РФ	Нормален риск	Нормален 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 РФ или засягане на ТО или ЗД	Умерен добавен риск	Висок добавен риск	Висок добавен риск	Висок добавен риск	Много висок добавен риск
Съпътстващи клинични състояния	Висок добавен риск	Много висок добавен риск	Много висок добавен риск	Много висок добавен риск	Много висок добавен риск



ОЦЕНКА НА БОЛНИТЕ С АХ

- Според **Фрамингамските критерии**
 - при “нисък добавен риск” абсолютният 10-годишен риск от ССЗ е до 15%
 - при “умерен добавен риск” – 15 – 20%
 - при “висок добавен риск” - 20 – 30%
 - при “много висок добавен риск” > 30%
- Според **SCORE** критериите на Европейско кардиологично дружество - приблизителният риск от фатално ССЗ
 - при “нисък добавен риск” е < 4%
 - при “умерен добавен риск” - 4-5%
 - при “висок”- 5 – 8%
 - при “много висок добавен риск” > 8%

Алгоритмите и таблиците за оценка на риска за изведени като приложения в Ръководството.



ЛЕЧЕНИЕ НА АРТЕРИАЛНАТА ХИПЕРТОНИЯ - НОВОСТИ, АКЦЕНТИ

Цел на антихипертензивното лечение

- Достигане на прицелното АН < 140/90 mmHg или < 130/80 mm Hg при високо-рискови пациенти
- Намаляване или отстраняване на риска от увреждане на таргетните органи
- Контрол на съпътстващите заболявания и състояния (затлъстяване, метабол. нарушения и др.)
- Подобряване на качеството на живота
- Предотвратяване на преждевременната смърт



ЛЕЧЕНИЕ НА АРТЕРИАЛНАТА ХИПЕРТОНИЯ - НОВОСТИ, АКЦЕНТИ

Нефармакологично лечение

Промяна в стила на живот и коригиране на рисковите фактори

- Прекратяване на тютюнопушенето
- Намаляване на телесното тегло (ако е наднормено)
- Намаляване на употреба на алкохол до 20-30 g етанол дневно за мъже и 10-20 g етанол дневно за жени
- Увеличаване на физическата активност – пешеходство, плуване за 30 - 40 min, 3 - 4 пъти седмично
- Намаляване на приема на готварска сол до 5 - 6 g дневно
- Повишаване на приема на плодове и зеленчуци и понижаване на приема на наситени и общи мазнини

Нефармакологичното лечение не може самостоятелно да предотврати усложненията на АХ и затова ОПЛ не трябва да отлага и отдалечава започването на медикаментозното лечение, когато то е показано и необходимо при доказан сърдечно-съдов риск на пациента.



ЛЕЧЕНИЕ НА АРТЕРИАЛНАТА ХИПЕРТОНИЯ - НОВОСТИ, АКЦЕНТИ

Фармакологично лечение

6 основни групи медикаменти (класове):

- АСЕ инхибитори (АСЕI)
- Ангиотензин II рецепторни блокери (АРБ)
- Калциеви антагонисти (КА)
- Диуретици (Д)
- Бета блокери (ББ)
- Други медикаменти с антихипертензивно действие



ЛЕЧЕНИЕ НА АРТЕРИАЛНАТА ХИПЕРТОНИЯ - НОВОСТИ, АКЦЕНТИ

КЛАСИФИКАЦИЯ НА АНТИХИПЕРТЕНЗИВНИТЕ МЕДИКАМЕНТИ, СПОРЕД ЕФЕКТИВНОСТТА ИМ ПРИ ПОСТИГАНЕ НА ТЕРАПЕВТИЧНИТЕ ЦЕЛИ

ТЕРАПЕВТИЧНА ЦЕЛ	ДОБРА И ВИСОКА ЕФЕКТИВНОСТ	СРЕДНА ЕФЕКТИВНОСТ	С НЕЯСНА ЕФЕКТИВНОСТ
Постигане на прицелно АН	АСЕ инхибитори		■ Omapatrilat* (ангиопептидазен инхибитор) ■ Eplerenon*
Органна протекция	АРБ	Алфа блокери	<u>Стари медикаменти с централен механизъм</u> ■ Хлофазолин ■ Резерпин ■ Метилдопа
Удължена преживяемост	Диуретици		<u>Нови медикаменти с централен механизъм</u> ■ Агонисти на имидазолиновите рецептори
	Калциеви антагонисти		



ПОВЕДЕНИЕ НА ОПЛ ПРИ БОЛНИ С АРТЕРИАЛНА ХИПЕРТОНИЯ

Основни фактори при избор на антихипертензивни медикаменти

- Степен на ефективност на понижаване на АН
- Наличие и степен на органно-протективни качества на препаратата
- Наличие и вид на нежелани реакции и странични ефекти
- Ниво на АН, вид и тежест на увреждане на таргетните органи
- Наличие на съпътстващи и асоциирани клинични заболявания
- Цена на медикамента
- Личен опит на лекаря
- Предпочитания на пациента



ПОВЕДЕНИЕ НА ОПЛ ПРИ БОЛНИ С АРТЕРИАЛНА ХИПЕРТОНИЯ

Идеалното решение е да се определят и използват медикаменти с бавно и продължително действие с постоянна 24-часова ефективност при еднократен прием, с което да се достигне и поддържа прицелното ниво на АН.

ОПЛ може да прилага 2 терапевтични стратегии за лечение на АХ:

- *С един медикамент (монотерапия)*
- *С два и повече медикамента (комбинирана терапия)*

Препоръчва се лечението да започне с един медикамент в ниска доза или с комбинация от 2 медикамента в ниски дози.

Доказано е, че с монотерапия може да се постигне успех (прицелно АН) само в 25 до 40% от болните. Останалата част от тях (60 до 75%) се нуждае от комбинирано лечение.



ПОВЕДЕНИЕ НА ОПЛ ПРИ БОЛНИ С АХ - НОВИ АКЦЕНТИ (2007, European Heart Journal)

ИЗБОР НА МОНОТЕРАПИЯ И КОМБИНИРАНА ТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИЕТО НА АХ

(Адаптирано от: Guidelines for the management of Hypertension, ESH/ESC, 2007, European Heart Journal)



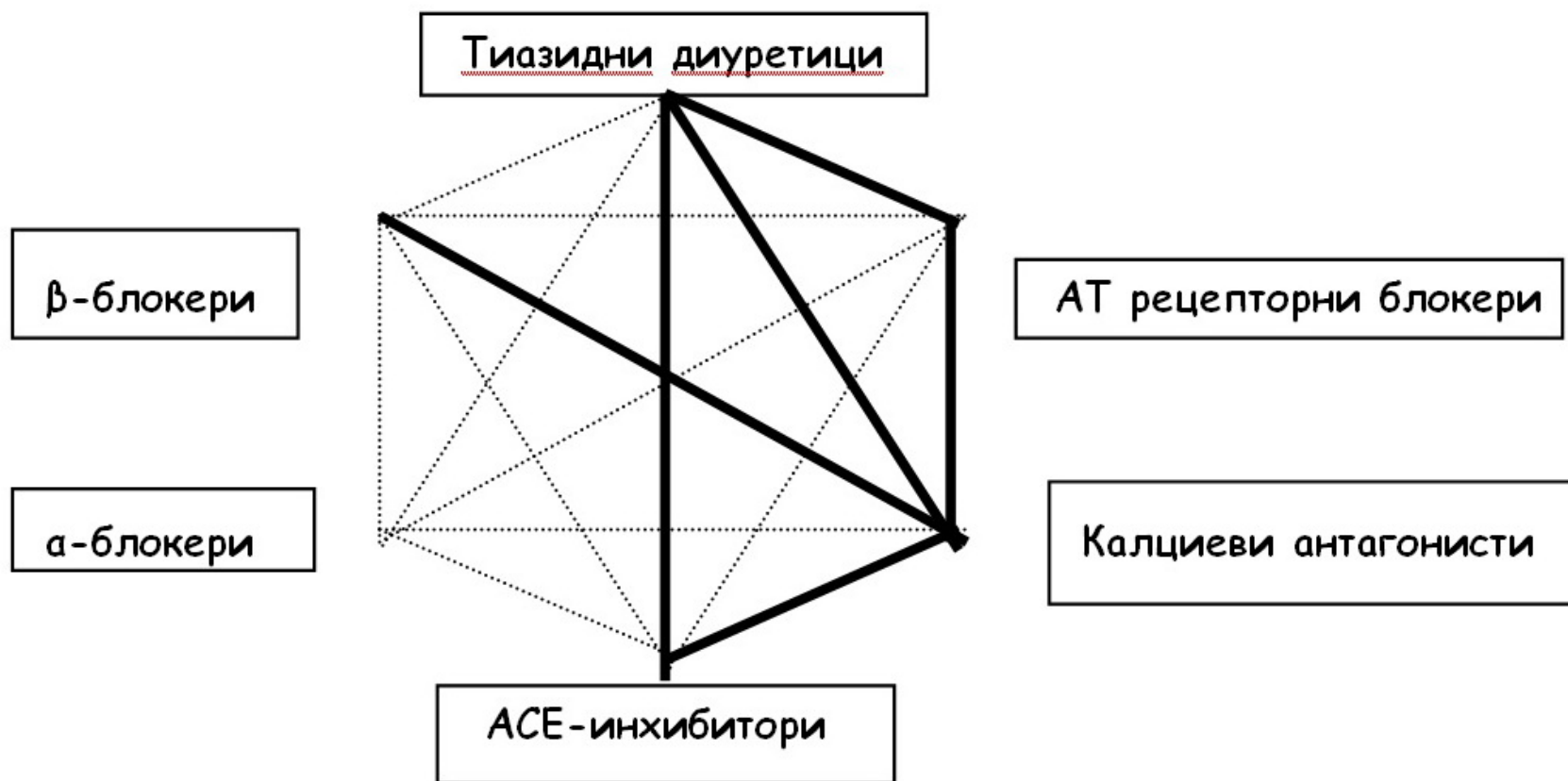
Избор между комбинирана и монотерапия, АН - артериално налягане,
УТО - увреда на таргетни органи, РФ - рискови фактори.



ПОВЕДЕНИЕ НА ОПЛ ПРИ БОЛНИ С АРТЕРИАЛНА ХИПЕРТОНИЯ - НОВИ АКЦЕНТИ

(2007, European Heart Journal)

Възможни комбинации между различни класове антихипертензивни медикаменти





ПОВЕДЕНИЕ НА ОПЛ ПРИ БОЛНИ С АРТЕРИАЛНА ХИПЕРТОНИЯ - НОВИ АКЦЕНТИ (2007, European Heart Journal)

НЕОТМЕННИ ИНДИКАЦИИ ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА АНТИХИПЕРТЕНЗИВНИ МЕДИКАМЕНТИ
ПРИ **БЕЗСИМПТОМНИ ОРГАННИ НАРУШЕНИЯ**

БЕЗСИМПТОМНИ ОРГАННИ НАРУШЕНИЯ	ARB	ACEI	CAA	BB	ДИУРЕТИК	ДРУГИ
Ливокамерна хипертрофия	✓	✓	✓			
Асимптомна атеросклероза		✓	✓			
Микроалбуминурия	✓	✓				
Бъбречна дисфункция		✓	✓			



ПОВЕДЕНИЕ НА ОПЛ ПРИ БОЛНИ С АРТЕРИАЛНА ХИПЕРТОНИЯ - НОВИ АКЦЕНТИ (2007, European Heart Journal)

НЕОТМЕННИ ИНДИКАЦИИ ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА АНТИХИПЕРТЕНЗИВНИ МЕДИКАМЕНТИ
ПРИ **ЗАБОЛЯВАНИЯ**

ЗАБОЛЯВАНИЯ	ARB	ACEI	CAA	BB	ДИУРЕТИК	ДРУГИ
Преживян инсулт	✓	✓	✓	✓	✓	
Преживян МИ	✓	✓		✓		
Ангина пекторис			✓	✓		
Сърдечна недостатъчност	✓	✓		✓		Антагонисти на алдостерона
Предсърдно мъждене		✓	✓			
-пристъпно	✓	✓				
- постоянно				✓		Нехидропиридинови КА
Бъбречна недостатъчност/ Протеинурия	✓	✓			Бримкови диуретици	
Периферно-съдови заболявания			✓			



ПОВЕДЕНИЕ НА ОПЛ ПРИ БОЛНИ С АРТЕРИАЛНА ХИПЕРТОНИЯ – НОВИ АКЦЕНТИ

(2007, European Heart Journal)

НЕОТМЕННИ ИНДИКАЦИИ ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА АНТИХИПЕРТЕНЗИВНИ МЕДИКАМЕНТИ ПРИ **ОПРЕДЕЛЕНИ СЪСТОНИЯ**

СЪСТОЯНИЯ	ARB	ACEI	CAA	BB	ДИУРЕТИК	ДРУГИ
Изолирана систолна хипертония (възрастни)			✓		✓	
Метаболитен синдром	✓	✓	✓			
Захарен диабет	✓	✓	✓			
Бременност			✓	✓		Метилдопа



ПОВЕДЕНИЕ НА ОПЛ ПРИ БОЛНИ С АРТЕРИАЛНА ХИПЕРТОНИЯ

РИСКОВИ СТРАТИФИКАЦИИ И ПРЕПОРЪКИ ЗА КОМБИНИРАНА ТЕРАПИЯ

ГРУПИ ПАЦИЕНТИ	СТЕПЕН НА АХ СТОЙНОСТИ НА АН	ПРЕПОРЪЧВАНА ТЕРАПИЯ
ВИСОК РИСК	АХ степен 3 (АН \geq 180/110 mm Hg) АХ степен 2 (АН \geq 160/100 mm Hg) АХ степен 1 (АН \geq 140/90 mm Hg)	Комбинирана терапия
СРЕДЕН РИСК	АХ степен 2 (АН \geq 160/100 mm Hg) АХ степен 1 (АН \geq 140/90 mm Hg)	Комбинирана терапия Включваща ниски дози
НИСЪК РИСК	АХ степен 1 (АН \geq 140/90 mm Hg)	Монотерапия



Препоръки за лечение на АХ

- За болни с АХ над 55 г. – медикамент на първи избор за начално лечение е КА или тиазиден диуретик.
- За болни под 55 г. - първи избор е АСЕІ или АРБ.
- Ако при начално лечение с КА или тиазиден диуретик е необходим втори медикамент, да се добави АСЕІ (или АРБ при непоносимост и контраиндикации), а ако е започнато с АСЕІ - се добавя КА или тиазиден Д.
- Ако е необходимо три медикамента, да се използва комбинацията АСЕІ (АРБ), КА и тиазиден диуретик.
- Ако АН остане неконтролирано от адекватни дози на трите медикаменти, да се обсъди включване на четвърти медикамент и да се насочи към специалист за съвет.



ХИПЕРТОНИЧНА КРИЗА

Внезапно и рязко покачване на АН - за САН над 210 mm Hg и за ДАН - над 120 (130)mm Hg и...

- *церебрална симптоматика (главоболие, световъртеж, гадене, повръщане, преходни зрителни нарушения и/или хипертонична енцефалопатия до загуба на съзнание)*
- *сърдечно-съдови нарушения (стенокарден пристъп, ритъмни и проводни нарушения, ОМИ, остра лявокамерна слабост с белодробен оток)*
- *бъбречни симптоми (белтък и еритроцити в урината до остра бъбречна недостатъчност с олигурия).*

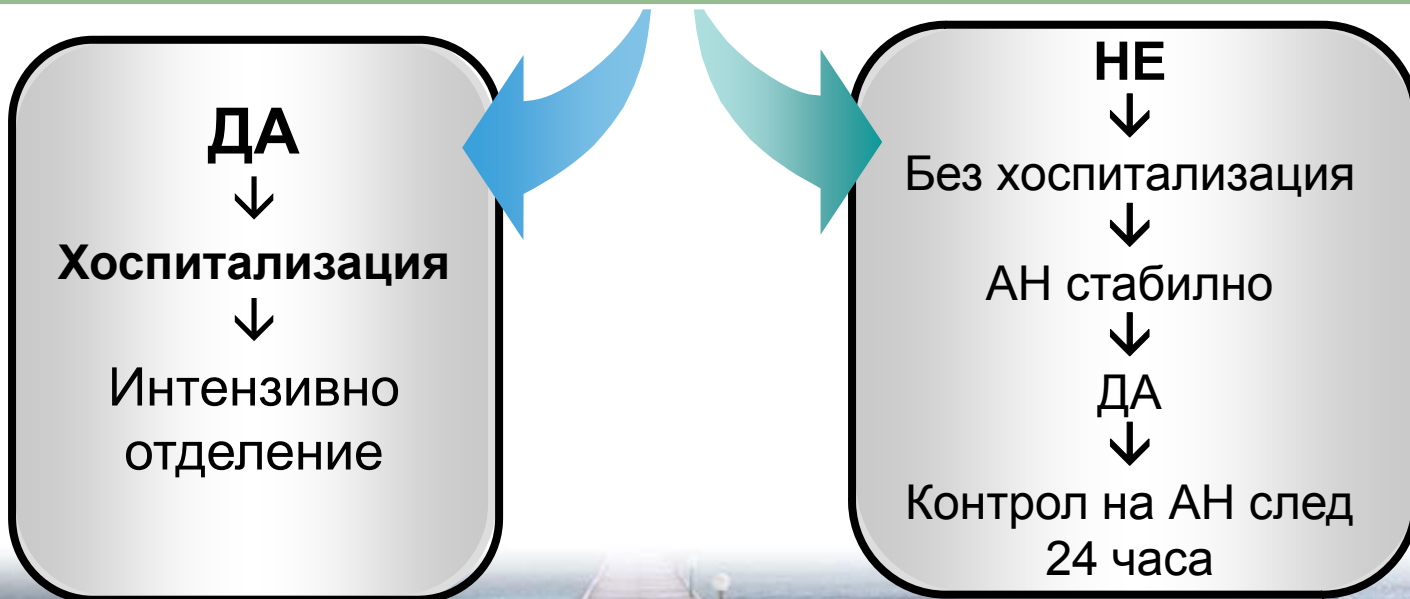


АЛГОРИТЪМ ЗА ПОВЕДЕНИЕ ПРИ ХИПЕРТОНИЧНА КРИЗА В ОБЩАТА ПРАКТИКА

При сигурна диагноза

Clonidine 0.075 – 0.150 i.v. Или Captopril 6.25 – 50 mg per os или Nitroglycerin s.l. или spray или Enalapril 1.25 i.v.
(към лечението може да се добави Furosemid – i.m. или per os)

Заплашващи или манифестни нарушения в жизненоважните органи ?





ПРОФИЛАКТИКА НА АХ

1. Да предотврати възникването (появата) на повишено АН от неговата практика;
2. Да открие болните с повишено АН в ранните (начални) стадии;
3. Да предотврати възникването на органични увреждания;
4. Да запази или подобри качеството на живот на болните.

В зависимост от горните цели, дейностите могат условно да се разпределят в 3 групи:

- Преморбидна профилактика – за предотвратяване на възникването на АХ
- Протоморбидна профилактика - за ранно откриване на болните с АХ
- Интраморбидна профилактика – за предотвратяване на усложненията и поддържане на високо ниво на качеството на живота



Благодаря за вниманието!