

Ревизиране на прицелните стойности за артериалното налягане и препоръки за клинична терапия на хипертонията

Д-р Борислав Георгиев,¹ проф. Сабина Захариева²

¹ Университетска национална кардиологична болница

² Клиничен център по ендокринология, Медицински университет, София

Много често се налага лекарите, които се срещат с болни с ендокринни заболявания, да контролират терапевтичния ефект на съпътстващата хипертония в хода на болести на ендокринната система. Голям брой от пациентите със захарен диабет са с повишено артериално налягане и при тях се цели постигане на пониски прицелни стойности. При много ендокринни заболявания може да се установи и вторична хипертония. Затова тук си позволяваме да обсъдим подходите и резултатите от лечението на хипертонията при болни с или без ендокринни заболявания.

Артериалната хипертония е широко разпространено клинично състояние, характеризиращо се с епидемично разпространение, изразено влияние върху общественото здраве и огромна роля в общата тежест на сърдечно-съдовите и бъбречните заболявания.¹ Хипертонията повишава риска за развитие на миокарден инфаркт, инсулт, застойна сърдечна недостатъчност, хронична бъбречна недостатъчност и смърт.² Ефективната терапия на хипертонията води до сигнификантна редукция на сърдечно-съдовата и бъбречната смъртност, независимо от възрастта, пола, сърдечно-

съдовия рисков профил и съпътстващите заболявания.³ Въпреки доказателствата, потвърждаващи благоприятните ефекти на антихипертензивната терапия при постигането на препоръчителните прицелни стойности на артериалното налягане (<140/90 mmHg в общата популация и <130/80 mmHg при пациентите с висок риск, като наличие на диабет или протеинурия), контролът на артериалното налягане се постига трудно в клиничната практика.⁴

Освен наличието на допълнителни сърдечно-съдови рискови фактори и свързани клинични състояния, незадоволителният контрол на артериалното налягане се обяснява с няколко възможни причини.⁵ **Липсата на съпричастност на пациентите към терапията (медикаментозна и немедикаментозна), недостатъчната комуникация между лекари и пациенти, клиничната инерция, непознаването или лошото използване на препоръките, субоптимално дозирование на антихипертензивните медикаменти и недостатъчното използване на комбинираната терапия са сред най-често съобщаваните причини и те обясняват, поне отчасти, разминаването между препоръчителните и реално пос-**

тиганите нива на артериалното налягане на глобално ниво.

Сред тези фактори обаче обикновено не се съобщава за неефективност на препоръките за терапия на хипертонията или за обективни затруднения за приложението на препоръките в ежедневната клинична практика. От друга страна, за комплексно и широко разпространение на артериалната хипертония са необходими точни и ефективни препоръки. В този смисъл методите за бърза диагностика, наличността на нови медикаменти и нови терапевтични стратегии и преди всичко непрекъснатото задълбочаване на познанията ни за патофизиологичните механизми на хипертонията представляват основателни причини за периодично преразглеждане на препоръките. Като пример за непрекъснатото развитие на въпроса, в табл. 1 са представени няколко концепции, становища и терапевтични стратегии от 70-те и 80-те години. Днес тези концепции звучат като отживелици и с времето постепенно са били замествани от нови и по-добре аргументирани научни становища и клинични подходи.

Поради тази причина препоръките имат изключително важно

значение за доставяне на най-новата научна информация до лекарите. Въпреки това трябва да се има предвид необходимостта от преразглеждане на начините за разработване на препоръките и предаването по най-ефективен начин на новите стандарти и алгоритми до клиничната практика, тъй като това е от съществено значение за постигането на контрол на артериалното налягане и за прогнозата на хипертонията.

Препоръките за терапия на хипертонията: Изпълниха ли те своето предназначение?

През последните две десетилетия много научни групи от различни национални и международни организации предложиха своите набори от препоръки за клинична терапия на артериалната хипертония. Най-популярните и широко разпространени препоръки са тези на Joint National Committee (JNC) за превенция, диагностика, оценка и терапия на високото артериално налягане, които за последен път бяха осъвременени през 2007 г.,⁶ а така също и препоръките на Европейската асоциация по хипертония (ESH) и Европейската асоциация по кардиология (ESC), чието последно издание е също от 2007 г.⁷ Последният документ наскоро бе преразгледан от група изследователи с цел установяване на възможни промени в светлината на резултатите от няколко големи, рандомизирани, контролирани научни проучвания, завършили през последните 2 години.⁸ Практически препоръки за терапия на хипертонията бяха публикувани и в много страни, като Великобритания,⁹ Канада^{10, 11} и Япония,¹² където се прилагат и понастоящем от практикуващите лекари. Разликите между тези препоръки в някои случаи са значителни, а в други – почти незабележими; понякога те са базирани на особености на различните здравни системи в различните страни или на различни терапевтични подходи в

<i>Повишено артериално налягане – над 150/95 mmHg</i>
<i>Нормално ниво на систолното артериално налягане – 100 mmHg + индивидуалната възраст</i>
<i>Повишена честота за възникване на инсулт (предимно хеморагичен) в сравнение с други сърдечно-съдови и не-сърдечно-съдови инциденти</i>
<i>Липса на препоръки за диагностика и терапия на хипертонията</i>
<i>Наличие на антихипертензивни медикаменти с повече нежелани, отколкото благоприятни ефекти</i>
<i>Липса на научни данни за комбинирана терапия</i>
<i>Липса на сърдечно-съдови ползи от редуцията на нивото на артериалното налягане</i>
<i>Цел на антихипертензивната терапия е понижаване на нивото на артериалното налягане до ниво, при което ползите надвишават неблагоприятните ефекти</i>
<i>Абнормната активация на симпатиковата нервна система и повишението на циркулиращия обем кръв са основните патофизиологични механизми</i>
<i>Патофизиологичната роля на ренин-ангиотензиновата система е ограничена само до реновасалната форма на артериалната хипертония</i>

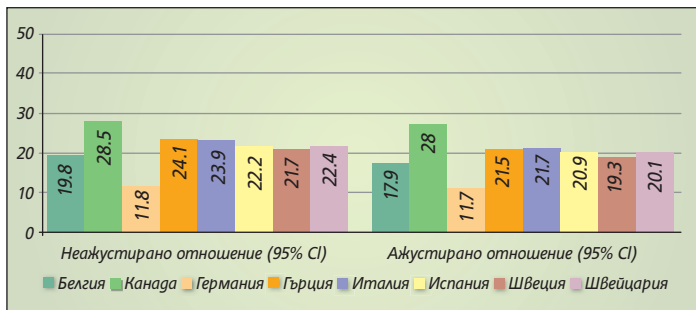
Табл. 1. Хипертонията в началото на 70-те години (цитираните концепции не са валидни, а тяхното прилагане в практиката гарантира лош терапевтичен контрол)

контекста на специфични популации и субпопулации пациенти.

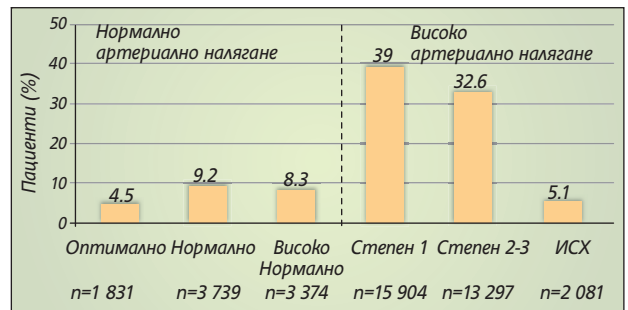
Независимо от големия брой препоръки, предложени през последните години, в глобален мащаб контролът върху артериалното налягане и свързаните с хипертонията сърдечно-съдови и бъбречни заболявания остава изключително незадоволителен. В нов анализ, изведен от голямо проучване на антихипертензивния контрол в условията на специализираната медицинска помощ – International Survey Evaluating Microalbuminuria Routinely by Cardiologists in Patients with Hypertension (I-SEARCH), включващо 22 000 пациенти с хипертония, е установен относително лош контрол на артериалното налягане в почти всички страни и постигане на контрол на хипертонията само в 25% от случаите (фиг. 1). Анализ, прове-

ден в Италия при 52 000 пациенти с хипертония, участващи в обсервационни и популационни проучвания и публикувани в периода между 2000 и 2007 година, показва, че само 22% от пациентите с хипертония постигат прицелните нива на артериалното налягане, 39% достигат до ниво на хипертонията от I степен, един от трима пациенти има хипертония II степен, а 5% от пациентите имат изолирана систолна хипертония (фиг. 2).¹⁴ Друг неуспех на антихипертензивната терапия, демонстриран в този италиански мета-анализ, е много високото разпространение на свързаните с хипертонията сърдечно-съдови рискови фактори при пациенти, лекувани и проследявани от специалисти (интернисти, кардиолози, нефролози и диabetолози) и общопрактикуващи лекари.¹⁴ Така например хиперхолестеролемия е наблюдавана при 56% от пациентите, захарен диабет – при 15%, затлъстяване – при 36%, така че при изчисляване на глобалния сърдечно-съдов риск при тази хипертензивна популация повече от половината от пациентите показват висок и много висок глобален сърдечно-съдов риск.¹⁴

Най-обещаващите резултати по отношение на подобрението на контрола на хипертонията бяха съобщени от проучването National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), което показва, че в САЩ около 35% от хипертониците постигат препоръчителните нива на артериалното налягане (<140/90 mmHg).¹⁵ При разглеждане на процентното отношение на пациентите с контролирана хипертония спрямо всички лекувани пациенти през последните 30 години, когато значително нарасна вниманието към хипертонията и броят на лекуваните пациенти, тенденцията за подобрението на терапията не е свързана с тенденция за подобрение на контрола на хипертонията в общата популация (фиг. 3).¹⁶ Разминаването между броя на лекуваните пациенти и броя на пациентите, постигнали контрол на хипертонията, не се е про-



Фиг. 1. Глобална перспектива за контрола на артериалното налягане в популация от пациенти с хипертония, изследвана в проучването I-SEARCH (n=22 282)¹³



Фиг. 2. Стратификация на пациентите с хипертония в италиански анализ, включващ клинични и популационни проучвания (n=52 715)

менило и възлиза на около 26% за последните 30 години. При използване на абсолютни данни, броят на пациентите с неконтролирана хипертония в САЩ всъщност е нараснал през последните 30 години (от 37 до 42 милиона души).¹⁶ Нов анализ на данните от проучването NHANES, извършен от Egan et al.,¹⁷ показва по-обещаваща тенденция в САЩ, с оценка на честотата на контролираната хипертония около 50% в периода 2007–2008 г. в резултат от повишеното внимание към артериалното налягане.

Дори и в рандомизирани, контролирани клинични проучвания процентното отношение на пациентите, които постигат задоволителни нива на артериалното налягане, е ниско. В анализ на голям брой рандомизирани, контролирани, интернационални клинични проучвания, проведени през пос-

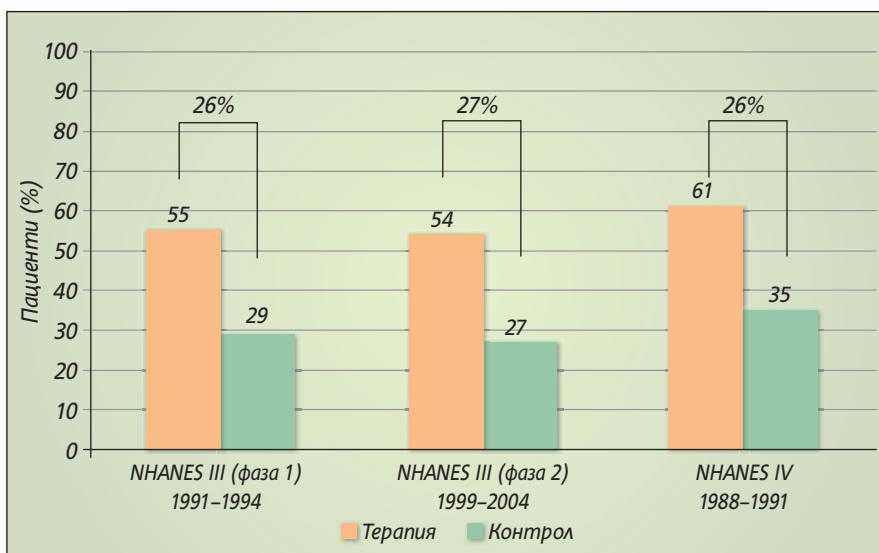
ледните 20 години, процентът на пациентите, постигнали целевите нива на артериалното налягане (<140/90 mmHg) е много нисък.¹⁸ Нормализирането на артериалното налягане (<130/80 mmHg) почти никога не се постига при пациенти с диабет с или без бъбречно заболяване.¹⁸ Този резултат е потвърден и от много нови анализи на клинични проучвания от последните 20 години.¹⁹ Трябва да се отбележи, че малкото клинични проучвания, в които пациентите са достигнали прицелни стойности, са проведени предимно при пациенти с висок риск, които не винаги са имали хипертония, или при пациенти, които вече са били на антихипертензивна терапия с изходни стойности на артериалното налягане, близки до нормата.¹⁹

Хипертонията остава една от основните причини за исхемична болест на сърцето, инсулт, за-

стойна сърдечна недостатъчност и бъбречна недостатъчност и честотата на тези заболявания продължава да нараства, както нараства и натоварването на здравните системи по света.¹

Въпреки безспорната научна и културна стойност на препоръките за терапия на хипертонията, те все още не са изпълнили предназначението си, вероятно поради ограничения при въвеждането им в клиничната практика, тъй като стратегиите за постигане на по-ефективен контрол на артериалното налягане в САЩ (където препоръките са фокусирани предимно върху постигането контрол на артериалното налягане)⁶ и в Европа (където препоръките са предимно фокусирани върху контрола на глобалния сърдечно-съдов риск при пациентите с хипертония)⁷ не са способни да променят негативните тенденции за контрола на налягането и сърдечно-съдовите и бъбречните заболявания. Следователно, необходимо е провеждането на критичен анализ на препоръките и разработването при необходимост на нови модели.

Трудно можем да говорим за реалните резултати от контрола на хипертонията в България. Може би най-новите и съпоставими с други страни данни са от голямото европейско проучване EuroASPIRE III (European Action on Secondary and Primary Prevention by Intervention to Reduce Events). Прави впечатление, че при болните от хипертония без усложнения (коронарна болест на сърцето и/или



Фиг. 3. Честота на терапия и постигнат контрол на артериалното налягане в САЩ (1976–2004). Процентът на пациентите с неконтролирана хипертония не се променя през годините. По Chobanian¹⁶

инсулт) (рамо на първичната профилактика на високо-рискови лица) лечението на хипертонията понижава артериалното налягане до хипертония II степен (сутрешно измерено налягане 161/96 mmHg) (лични данни). Само 12.1% от болните успяват да контролират налягането под прицелни стойности, което поставя България на последно място сред включените в проучването страни. За пример можем да дадем Италия, където контролът на налягането в тази група пациенти е 43%, а Полша, Великобритания, Хърватска и Румъния са над 27%. В рамките на болните с доказана коронарна болест на сърцето 41% от болните успяват да поддържат артериално налягане под прицелните стойности, като България е сред държавите със средните за Европа резултати.

Преразглеждане на препоръките за подобрене на контрола на артериалното налягане

Няколко аспекта на препоръките трябва да бъдат подобрени, за да бъде постигнат по-ефективен контрол на хипертонията. В табл. 2 са представени някои фактори, които играят важна роля в невъзможността за постигане на оптимален контрол на артериалното налягане и могат да представяват специфични отправни точки за разработване на бъдещите препоръки. Сред тези фактори са поведението на лекарите, недостатъчната комуникация между лекари и пациенти, недостатъчната съпричастност на пациентите към предписаната антихипертензивна терапия.

Няколко аспекта трябва да бъдат взети предвид формата на различните видове препоръки, публикувани досега.

Първият аспект е, че се нуждаем от по-практически и по-опростени препоръки за клинична терапия на хипертонията, които да могат да бъдат прилагани лесно при индивидуалните случаи от лекарите, и особено от общопракти-

<i>Недостатъчна мотивация на лекарите за постигане на целевите нива на артериалното налягане</i>
<i>Неефективен контрол на допълнителните рискови фактори (затлъстяване, недостатъчна физическа активност, тютюнопушене, заседнал начин на живот)</i>
<i>Клинична инерция на лекарите по отношение на неефективния контрол на артериалното налягане</i>
<i>Незадоволителна комуникация между лекари и пациенти</i>
<i>Недостатъчна съпричастност на пациентите към назначената антихипертензивна терапия</i>
<i>Недостатъчно използване на комбинирани медикаментозни стратегии, базирани на рационално, ефективно и синергично действие на антихипертензивните медикаменти</i>

Табл. 2. Потенциални механизми за неефективен контрол на артериалното налягане при хипертония

куващите лекари, работещи при различни клинични условия в различни страни. Настоящият формат на препоръките за терапия на хипертонията е твърде дълъг и усложнен. Това предполага възможността за свободна интерпретация и приложение на препоръките от страна на лекаря. Така например, съществуват твърде много дефиниции на клиничното артериално налягане (оптимално, нормално, пре-хипертония, три степени на хипертония, изолирана систолна хипертония и т. н.) и твърде много „нормални“ стойности в зависимост от използваните техники (24-часово абмулаторно, клинично, домашно измерване) и на типа хипертония (офисна, изолирана клинична и маскирана хипертония).^{6, 7} Общопрактикуващите лекари ежедневно работят с различни заболявания и са принудени да прилагат различни препоръки (напр. за терапия на хроничната белодробна болест, на захарния диабет, на дислипидемията, исхемичната болест на сърцето, сърдечната недостатъчност и т. н.). Следователно, прицелните стойности трябва да бъдат представени ясно и възможно най-просто. Така например, прицелните стойности за артериалното налягане, най-често 140/90 mmHg, са

добра отправна точка при всички пациенти, ако са добре поносими. Прицелните стойности при специфичните подгрупи пациенти с хипертония (възрастни, с диабет, променурия и т. н.) трябва да бъдат изрично подчертани. Следователно, препоръките трябва да насърчават постигането на по-необщата прицелна стойност. За тази цел препоръките трябва да бъдат по-опростени и трябва да предоставят повече указания за промяната на начина на живот и оптимизиране на терапията до постигане на оптималната доза на медикамента или комбинираната терапия. Пример за ефективността на такъв опростен терапевтичен алгоритъм представя проучването Simplified Treatment Intervention to Control Hypertension²⁰ – рандомизирано, контролирано, клинично проучване, проведено в Канада. Подходът, използван в това проучване, показва, че 65% от пациентите в интервенционната група постигат прицелните стойности на артериалното налягане в сравнение с 53% от пациентите в групата на терапия, базирана на препоръките.²⁰

Препоръките трябва да бъдат скромни по отношение на насърчаването на терапия с нови медикаменти (например ACE-инхибитори или ангиотензин II-рецепторни блокери) във високите дози, в които те са били използвани в клиничните проучвания. Приложението на комбинирана терапия се препоръчва само при пациенти с начална хипертония и висок или много висок сърдечно-съдов риск.^{6, 7} Има вероятност по-високите дози на предписаните медикаменти и комбинираните режими да постигнат по-добър контрол на хипертонията от този, наблюдаван през последните 30 години. В същото време е необходимо ясно изискване за контролните прегледи (напр. на бъбречната функция) при всеки терапевтичен режим.

Другият важен аспект, който трябва да бъде подчертан, е първият преглед на всеки пациент с хипертония, особено по отноше-

ние на комуникацията между лекаря и пациента (напр. ясно обяснение на риска, свързан с хипертонията, предоставяне на писмени препоръки за промяната на начина на живот), а така също и по отношение на рационалния избор на медикаменти в зависимост от индивидуалния статус на пациента. Важно е да се има предвид, че и препоръките на JNC7,⁶ и препоръките на ESH/ESC⁷ идентифицират специфични клинични състояния, които могат да благоприятстват приложението на специфични класове медикаменти при големи подгрупи пациенти в общата популация на хипертонията. От съществено значение е ясно да се дефинира важноста на комбинираната терапия при пациентите с много високо артериално налягане. Също така при пациентите с много висок сърдечно-съдов риск, като пациентите със захарен диабет и бъбречно заболяване, има индикации за ранна терапия с медикаментозна комбинация в ниски или високи дози за постигане на терапевтичните цели. Здравословното и сигурно постигане на прицелните стойности е от изключително значение за мотивацията както на пациента, така и на лекаря и за постигане на ефективен и стабилен контрол на хипертонията. Успешният ранен контрол на артериалното налягане може да предотврати добре известния феномен на клинична инерция. **След постигане на оптимален контрол и при липса на странични ефекти не трябва да се сменя терапията при поява на нов медикамент.**

В някои проучвания, като *Avoiding Cardiovascular events through COMbination therapy in Patients Living with Systolic Hypertension*,²¹ използващи комбинирана терапия, бе установено, че относително неефективният контрол на артериалното налягане, възлизащ на 37%, се подобрява в 90% от случаите на комбинирана терапия. Този резултат е наблюдаван и в други международни, рандомизирани, контролирани клинични проучвания с други антихипертензивни меди-

каменти с действие върху ренин-ангиотензиновата система.^{22, 23} Тези данни показват, че постигането на контрол на артериалното налягане е постижима цел в условията на клиничните проучвания^{24, 25} и евентуално и в клиничната практика.

Друг важен аспект, често пренебрегван в настоящите препоръки за терапия на хипертонията, е важноста на проследяването. Честотата на контролните прегледи на пациентите в зависимост от тежестта на артериалната хипертония и наличието на асоциирани с хипертонията органи увреждания трябва да бъде изрично упомената. Тя е от особено значение за верифицирането на ефективността и сигурността на предписаната антихипертензивна терапия по отношение на контрола на артериалното налягане и протекцията на прицелните органи. Наличните данни показват, че понижена честота, забавената прогресия и дори регресията на маркерите на органното увреждане при хипертонията, като левокамерна хипертрофия, микроалбуминурия и бъбречно увреждане, са в позитивна корелация със значително редуцирания риск за развитие на тежки сърдечно-съдови инциденти при пациенти с хипертония и различни степени на сърдечно-съдов риск.²⁶ Следователно, трябва да бъдат определени правила за честотата на контролните прегледи и изследвания (ЕКГ, ехокардиография, съдов ултразвук и др.) въз основа на рисковия профил на пациента. Необходимо е изискването на минимален обем данни от всеки пациент при използването на специфични тестове, целесъобразни и икономични.

Необходимо е ревизирането на наличните препоръки по отношение на прицелното ниво на артериалното налягане при пациенти с много висок риск поради предходен сърдечно-съдов инцидент. Постигането на нива на артериалното налягане под 130/80 mmHg при пациенти с висок сърдечно-съдов профил, включително със захарен диа-

бет, преживян миокарден инфаркт или инсулт, трябва да бъде преразледено в светлината на новите резултати от клинични проучвания, които показаха, че при тези подгрупи пациенти по-ниското артериално налягане може да е свързано с повишен риск за възникване на тежки сърдечно-съдови инциденти.^{23, 27-29}

Съвсем наскоро в проучването *Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes*,²⁹ а така също и в *post-hoc* анализ на популацията на проучването *ONgoing Telmisartan Alone and in Combination with Ramipril Global Endpoint Trial BP*,³⁰ старият принцип „по-ниското е по-добро“ бе подложен под въпрос. В тези проучвания^{29, 30} и в предходни анализи на големи проучвания^{31, 32} бе показано, че при лицата с висок сърдечно-съдов риск по-ниското артериално налягане е асоциирано с повишен риск за сърдечно-съдови инциденти, предимно фатален и нефатален миокарден инфаркт. Тези ниски нива на артериалното налягане освен това много трудно могат да бъдат постигнати в ежедневната клинична практика. По-целесъобразно е да се опита постигането на ниво на артериалното налягане под 140/90 mmHg и стриктен контрол на съпровождащите сърдечно-съдови рискови фактори с цел понижение на общия сърдечно-съдов риск (фиг. 4).³³ На фиг. 4 е представен опростен и интегриран подход за понижение на сърдечно-съдовия риск до средния риск за общата популация дори при пациентите с висок риск.

Накрая, необходимо е специално внимание към възрастните пациенти. При тази група остава приоритет понижението на артериалното налягане с цел понижението на честотата на сърдечно-съдовите инциденти, особено на инсулта и миокардния инфаркт. Въз основа на наличните клинични данни за възрастните и много възрастните пациенти прицелното артериално налягане трябва да бъде постигнато внимателно и бавно. При тези пациенти прицелно ниво на налягането под 150/90 mmHg може да се

счита за приемливо, показват нови резултати от практиката.³⁴

Препоръките за терапия на хипертония и лекарствата

Поради образователната и културната стойност на препоръките, базирани на доказателствата, които остават крайъгълен камък в модерната медицина, е необходимо представянето им в опростена, директна и достъпна форма за лекарите. С тази цел в бъдещите препоръки трябва да бъде обърнато внимание на няколко аспекта, към които се отнасят:

- **Насърчаване на лекарствата** към постигане на оптимален контрол на артериалното налягане при всеки пациент. Имайки предвид всепризнатото значение на високото артериално налягане, антихипертензивната терапия на възрастните пациенти е задължителна – чрез промени в начина на живот, оптимизация на медикаментозните дози или назначаване на комбинирана терапия с цел постигане на ниво на артериалното налягане под 140/90 mmHg. Трябва да бъде въведена система за електронно проследяване въз основа на положителен практически опит в САЩ³⁵ и Европа.^{36, 37}

- **Отделяне на достатъчно време за оценка на глобалния сърдечно-съдов риск** при всеки отделен пациент. Измерването на артериалното налягане трябва да става при всяка визита при лекаря и да бъде съобразно протокола за измерване. Периодично (не ежесечно) трябва да се оценява глобалният сърдечно-съдов риск. В този случай може да бъде полезна употребата на електронни системи за проследяване.³⁶

- **Препоръки за периодичен контрол на прицелните органи** по време на проследяването чрез прости и сигурни тестове (напр. микроалбуминурия, ЕКГ, серумен креатинин, креатининов клирънс и др.), които да имат отношение към постигането на прицелното ниво на артериалното налягане.

- **Осигуряване на добър метаболитен контрол** с цел контрол

Рискови фактори, органи увреждания или заболявания	Нормално САН 120–129 mmHg ДАН 80–84 mmHg	Високо нормално САН 130–139 mmHg ДАН 85–89 mmHg	Хипертония I степен САН 140–159 mmHg ДАН 90–99 mmHg	Хипертония II степен САН 160–179 mmHg ДАН 100–109 mmHg	Хипертония III степен САН ≥180 mmHg ДАН ≥110 mmHg
Без допълнителни рискови фактори	Среден риск	Среден риск	Нисък добавен риск	Умерен добавен риск	Висок добавен риск
1–2 рискови фактори	Нисък добавен риск	Нисък добавен риск	Умерен добавен риск	Умерен добавен риск	Много висок добавен риск
3 или повече рискови фактори, метаболитен синдром, органично увреждане или диабет	Умерен добавен риск	Висок добавен риск	Висок добавен риск	Висок добавен риск	Много висок добавен риск
Диагностицирана сърдечно-съдова или бъбречна болест	Много висок добавен риск	Много висок добавен риск	Много висок добавен риск	Много висок добавен риск	Много висок добавен риск

Фиг. 4. Редукция на сърдечно-съдовия риск при хипертония. Пунктираната линия посочва вариабилността на дефиницията на хипертонията в зависимост от нивото на глобалния сърдечно-съдов риск. Стрелките посочват различни стратегии за постигане на сигнификантна редукция на сърдечно-съдовия риск при пациенти с хипертония: 1 – редукция на артериалното налягане, 2 – комбинация на две стратегии по отношение на асоциирани рискови фактори, органично увреждания или захарен диабет. Ниският, умереният, високият и много високият риск се отнасят до 10-годишния риск за настъпване на фатален или нефатален сърдечно-съдов инцидент. Терминът „добавен“ означава риск, който е по-висок от средния.

над глобалния сърдечно-съдов риск, особено при пациенти с хипертония и нарушения на глюкозния метаболитизъм, затлъстяване, метаболитен синдром или гранични стойности на серумния холестерол и триглицеридите. Прилагане на медикаменти с доказани качества и при постигане на контрол и липса на противопоказания да не се променя терапията.

- **Скрининг за исхемична болест на сърцето** при пациенти с хипертония и висок сърдечно-съдов риск, за които има индикации за понижаване на нивото на артериалното налягане под 130/80 mmHg. Внимателен диагностичен подход трябва да бъде приложен при пациенти с фамилен анамнез за коронарна болест на сърцето или поне три рискови фактори за коронарна болест, позитивни провокационни тестове, ЕКГ-данни за левокамерна хипертрофия или ехокардиографски данни за левокамерна дисфункция (дори в този случай препоръките могат да помогнат на лекаря да постигне прицелните стойности по сигурен начин).

- **Постигане на ниво на артериалното налягане** под 150/90 mmHg при пациенти над 65-годишна възраст, ако достигането на прицелно ниво под 140/90 или 130/80 mmHg е невъзможно или трудно постижимо.

- **Прицелно ниво на артериалното налягане** под 130/90 mmHg при пациенти с диабет и/или бъбречно заболяване, с особено внимание към пациентите с анамнез за коронарна или мозъчно-съдова болест.

- **Диагностициране на резистентната хипертония.** Тази диагноза е поставяна твърде често и неправилно при наличие на затруднение за постигане на контрол на хипертонията.

- **Подобрение на комуникацията** между лекар и пациент и насърчаване на измерването на артериалното налягане в домашни условия като фундаментална стъпка в терапията на хипертонията.

- **Отделяне на повече внимание и време** на всеки пациент по време на всеки контролен преглед.

Литература

1. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K et al. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet* 2005; 365:217–223.

Пълната библиографска справка е на разположение в издателството и може да бъде представена при поискване.