

# Лечение на артериалната хипертония

## Кога трябва да бъде започната антихипертензивната терапия? (част 2)

Проф. Борислав Георгиев, г-р Вера Байчева, г-р Иван Иванов, г-р Атанас Генов  
Национална кардиологична болница

### Препоръки за целите на антихипертензивната терапия

Тъй като липсват клинични проучвания на важни въпроси в различни етнически и възрастови групи, препоръките продължават да са обект на дискусии. Прегледът на голям обем данни от рандомизирани клинични проучвания, метаанализи, обсервационни данни и публикувани препоръки доведе до следните предложения за цели на антихипертензивната терапия:

**Пациенти с хипертония.** Офисното артериално налягане в седнало положение трябва да бъде понижено до <140/90 mmHg. Домашното артериално налягане в седнало положение трябва да бъде контролирано и понижено до <135/85 mmHg.

**Възрастни/стари пациенти с хипертония.** Офисното артериално налягане, измерено в седнало положение, трябва да бъде понижено до ниво <150/90 mmHg. За повечето пациенти над 80-годишна възраст с изолирана систолна хипертония офисното систолно артериално налягане трябва да бъде понижено до ниво 140–145 mmHg. Това правило е ориентировъчно, тъй като терапията трябва да бъде индивидуализирана според нуждите на всеки конкретен пациент. Систолно налягане в седнало положение около 150 mmHg вероятно е най-добрата терапевтична цел за 70-годишен пациент, склонен към развитие на ортостатична и постпрандиална хипертония, докато систолно налягане 130 mmHg може да бъде оптимално за 85-годишен пациент, при когото е основно съображение и превенция на инсулта. Домашното проследяване на налягането трябва да бъде рутинна процедура при възрастните пациенти с цел избягване на неточности в терапията поради ефекта на бялата престилка и маски-

рана хипертония, които са често срещани при възрастни хора.

**Пациенти с хипертония и диабет и/или хронична бъбречна болест.** Офисното артериално налягане в седнало положение трябва да бъде понижено до <140/85 mmHg. Ортостатичното артериално налягане трябва да бъде контролирано регулярно с цел предотвратяване на свръхлечение, като маскираната хипертония е много често състояние и предиктор на усложнения на хипертонията. Домашното артериално налягане в седнало положение трябва да бъде понижено до <135/85 mmHg. Амбулаторно проследяване, ако е възможно, трябва да се има предвид при пациенти с хронична бъбречна болест, тъй като нощната хипертония е честа и е предиктор на хипертензивни усложнения.

По-ниски от тези прицелни нива на артериалното налягане (офисно артериално налягане в седнало положение <135/85 или <130/80 mmHg; домашно артериално налягане в седнало положение <130/80 mmHg) могат да се имат предвид при някои групи пациенти, включително:

- **Пациенти от африканската раса,** които са с повишен риск за развитие на усложнения на хипертонията, на преждевременна инвалидност и смъртност. Амбулаторно проследяване на налягането трябва да се има предвид при тези пациенти с цел диагностициране на нощна хипертония, която е честа и е предиктор за хипертензивни усложнения.

- **Пациенти с протеинурична хронична бъбречна болест,** при които е необходимо често проследяване с цел предотвратяване на остро бъбречно увреждане, което изисква по-либерализирана прицелна стойност на налягането.

- **Пациенти с диабет и други пациенти с висок риск,** при които превенцията на инсулта е основно съображение.

## Целесъобразна терапия

Въпреки съображенията за J-кривата, не трябва да се губи от поглед фактът, че неефективното лечение на хипертонията е свързано с по-ниска степен на протекция. От съществено значение е постигане на ниво на систолното налягане 140 mmHg и ниво на диастолното налягане 80–85 mmHg при повечето пациенти, тъй като за него има документирани ползи от терапията.

## Популационни стратегии

Повечето от усилията на изследователи и клиницисти са насочени към отделния пациент с хипертония. Разбира се, необходимо е повлияване и на общата популация с цел превенция и лечение на хипертонията. Към настоящия момент такива популационни стратегии не трябва да включват медикаменти, а по-скоро промени в начина на живот.

## Най-новите препоръки на САЩ от края на 2017 г.<sup>5</sup>

Новите препоръки са изготвени от Американската сърдечна асоциация и Американския колеж по кардиология (АНА/АСС) в колаборация с още девет професионални организации и включват значими промени в сравнение с предишните издания. В новата дефиниция и класификация на хипертонията първа степен хипертония се определя като систолно налягане 130–139 mmHg и/или диастолно налягане 80–89 mmHg и се лансират нови стойности за начало на лечение и нови прицелни стойности на артериалното налягане под терапия.

## Ключовите промени в новите насоки са:

**Нови терапевтични цели:** Препоръчва се понижение на систолното налягане под 130 mmHg и на диастолното налягане под 80 mmHg при повечето възрастни хора (спрямо 140/90 mmHg в предишните препоръки).

**По-ниски стойности в класификацията на хипертонията:** Възрастните хора със средно систолно налягане 130–139 mmHg или с диастолно налягане 80–89 mmHg вече се категоризират с хипертония I степен (тези пациенти бяха категоризирани с прехипертония досега).

**Оценка на атеросклеротичния риск за направляване на клиничните решения при хипертония I степен:** За пациентите с нисък атеросклеротичен риск (10-годишен риск в САЩ <10%) се препоръчват само промени на начина на живот, докато за пациентите с висок риск (включително пациентите с диа-

САН/ДАН (mmHg)	JNC7	АСС/АНА 2017
<120/<80	Нормално АН	Нормално АН
120–129/<80	Прехипертония	Повишено АН
130–139/80–89	Прехипертония	Хипертония I степен
140–159/90–99	Хипертония I степен	Хипертония II степен
>160/>100	Хипертония II степен	Хипертония III степен

**Табл. 5.** Класификация на артериалното налягане по JNC-7 и АСС/АНА 2017

Изследван показател	JNC7	АСС/АНА 2017
Разпространение на хипертонията (%)	31.9	45.6
Брой на хипертониците (млн.)	72.2	103.3

**Табл. 6.** Разпространение на хипертонията в САЩ според JNC7 и АСС/АНА 2017

бет и бъбречна болест) се препоръчват промени в начина на живот и медикаментозна терапия.

**Нова класификация на хипертония II степен:** Пациентите със средно систолно налягане над 140 mmHg или диастолно налягане над 90 mmHg сега се класифицират като пациенти с хипертония II степен. При тези пациенти се препоръчва медикаментозна терапия независимо от атеросклеротичния риск.

**Възрастни/стари пациенти:** Лечението на възрастните/старите пациенти е същото като лечението на младите пациенти и медикаментозна терапия се препоръчва при всички възрастни пациенти (>65 години) със систолно налягане  $\geq 130$  mmHg.

**Начална терапия с два медикамента:** Терапията на повечето възрастни пациенти трябва да започва с два медикамента, особено при пациентите с хипертония II степен и при пациентите от черната раса.

**По-прецизно измерване на артериалното налягане:** Измерване на налягането в няколко посещения, измервания извън лекарския кабинет.

Очертават се пет важни въпроса от новите препоръки:

- Силен акцент върху измерването на артериалното налягане, прецизността на измерването и използването на средна стойност от измерванията в няколко посещения, както и акцент върху амбулаторното измерване на налягането, което е „относителна новост за препоръките за лечение на хипертонията“.

- Нова класификация на хипертонията, осъвременяваща предходната класификация на JNC-7.

- Нов подход за вземане на клинично решение за терапия, който включва и сърдечно-съдовия риск.

- По-ниско прицелно ниво на налягането като терапевтична цел.

- Стратегии за подобряване на контрола на артериалното налягане по време на терапията с акцент върху промените в начина на живот.

Дефиницията на нормалното артериално налягане не е променена спрямо предходната версия на документа, но новите препоръки изключват употребата на термина 'прехипертония' и определят нивото на артериалното налягане, означаващо преди като прехипертония, като повишено артериално налягане (120–129/<80 mmHg) и хипертония I степен (130–139/80–89 mmHg) (табл. 5).

Авторите на документа не харесват термина 'прехипертония', особено за пациенти с по-високо артериално налягане, „тъй като на този етап пациентът вече е със значително повишен риск – двойно повишен риск за сърдечен инцидент в сравнение с човек с нормално артериално налягане; поради това смятаме, че правилният термин за тези пациенти е хипертония I степен и той отразява по-добре риска на пациентите“.

Проучване установява, че в сравнение с препоръките на JNC-7 новите препоръки на ACC/AHA 2017 водят до значително повишение на честотата на хипертонията, но малко повишение на процента на възрастните хора с хипертония, при които е необходимо започване на медикаментозна терапия (табл. 6).

Причината за значимото повишение на честотата на хипертонията, но не и на пациентите, които се нуждаят от медикаментозна терапия, е, че терапията на пациентите с хипертония I степен се определя от сърдечно-съдовия им риск – медикаментозна терапия се назначава само на пациентите с клинична сърдечно-съдова болест или с риск над 10% за развитие на атеросклеротична болест, а на пациентите с нисък риск се препоръчва промяна в начина на живот.

Повечето експерти в САЩ приемат тези нови цели и по-агресивния подход към хипертонията въпреки някои опасения, включително факта, че около половината от популацията ще бъде диагностицирана със заболяване и трудностите по идентифицирането и лечението на тези нови пациенти, както и опасението, че тези нови цели ще бъдат прилагани и в терапията на възрастните хора, което според някои експерти е нецелесъобразно. Комитетът, изготвил препоръките, е направил преглед на данните от последните клинични проучвания с особен акцент върху проучването SPRINT, финансирано от National Institute of Health. Но европейски експерти изразяват своите опасения при интерпретацията на резултатите от проучването SPRINT.

Някои експерти обаче имат опасения относно по-ниските прицелни стойности.

Понижаването на прицелните стойности на налягането ще доведе до диагностициране на хипертония при повече хора, но също ще повиши и

броя на пациентите, които няма да имат полза от терапията и ще бъдат лекувани ненужно. Голям пропуск в препоръките е обсъждането на вредните ефекти, които би имала една по-интензивна терапевтична стратегия. Препоръките ще доведат до назначаване на терапия при повече пациенти и до повече медикаментозни странични ефекти и би било полезно за клиницистите да разполагат с инструмент за управление на решенията им, с помощта на който да обсъждат рисковете и ползите от по-агресивната терапия при пациентите. Фокусът върху пациентите с нисък риск може да отвлече вниманието от по-важни цели, тъй като ключовото послание за лечението на високорисковите пациенти до по-ниски прицелни стойности ще бъде загубено в дебати относно пациентите със систолно налягане 130–139 mmHg.

### Еднакви прицелни стойности за всички

Въпросът, който провокира оживени дискусии, е препоръката за еднаква прицелна стойност на налягането – под 130/80 mmHg за всички, независимо от риска.

Проучванията показаха ясно, че колкото по-агресивно понижаваме артериалното налягане, толкова повече се понижава рискът от сърдечно-съдови инциденти. Но никога не казва, че 130/80 е новото магическо число. Препоръките не диференцират пациентите с нисък и висок риск по отношение на прицелните нива на налягането и универсалната цел е голям недостатък.

Според някои стремежът към понижение на артериалното налягане на цялото население на САЩ до една и съща стойност трябва да се счита за абсурден. Можем само да се надяваме, че, въпреки препоръките, клиницистите ще продължат да лекуват пациентите си, а не милиметрите живак. Някои подкрепят по-агресивните цели, но предпочитат по-степенуван подход. Понижението на налягането до по-ниско ниво има очевидни вредни ефекти и индивидуалният подход в терапията е от важно значение.

Американската диабетна асоциация наскоро препоръчва ниво на налягането 140/90 mmHg за всички пациенти и 130/80 mmHg за пациентите с висок сърдечно-съдов риск.

### Възрастни пациенти

Възрастните/старите пациенти са спорна група по отношение на прицелното ниво от 130/80 mmHg, тъй като при тях традиционно прицелните стойности са по-високи.

Според някои американски експерти прицелните стойности за налягането трябва да са по-високи при възрастните/старите пациенти. Само преди няколко месеца Американският лекарски колеж и Американската академия на семейните лекари (ACP/AAFP) препоръчаха прицелна стойност за систолното налягане <150 mmHg за възрастните пациенти. Един 85-годишен човек е различен от един 25-годишен човек. За прицелна стойност на систолното налягане дълго време се приемаше 100 плюс възрастта на пациента в години. Това, разбира се, не е добър съвет, но прицелна стойност може да е 100 плюс половината от възрастта на пациента – тоест, 125 mmHg за 50-годишен човек и 140 mmHg за 80-годишен човек.

Главният редактор на *The Journal of Clinical Hypertension* и бивш председател на Американското дружество по хипертония подчерта, че новите прицелни стойности на артериалното налягане са базирани основно на резултатите от проучването SPRINT и „доказателствата за благоприятните ефекти от агресивното понижаване на налягането са особено силни за възрастните пациенти. Наблюдавани са и повече странични ефекти при възрастните хора, лекувани до по-ниски стойности на налягането, но понижението на фаталните и нефаталните инциденти силно компенсират тези странични ефекти“.

Но клиничното мислене понякога трябва да се различава от препоръките. Препоръките обаче вземат това в съображение. В тях е посочено, че ако пациентът е нестабилен, трябва да се вземе индивидуално клинично решение. А ние трябва да помним, че препоръките са само това – препоръки, те не са закон. Клиницистите са свободни да вземат собствени решения.

## Препоръките за пациентите с нисък риск не са ясни

Някои автори смятат, че новата дефиниция на хипертонията I степен може да бъде полезна за откриването и лечението на пациентите с висок сърдечно-съдов риск, но не са сигурни за ползата от това при пациентите с нисък риск.

Въпреки че се препоръчва постигането на една и съща стойност на налягането за пациентите с нисък и висок риск, терапевтичните стратегии за тези две групи пациенти са различни при хипертония I степен – промяна на начина на живот при пациентите с нисък риск и промяна на начина на живот и медикаментозна терапия при пациентите с висок риск.

Информацията за повишения сърдечно-съдов риск може да мотивира пациентите за по-агресивна терапия. В този смисъл препоръките са полезни.

Подобен подход се използва за първи път в САЩ в препоръки за лечение на хипертонията. Той е смислен при пациентите с висок сърдечно-съдов риск за интензифициране на терапията, но оценката на риска невинаги е лесно достъпна и с времето повечето или всички пациенти ще се окажат на терапия за висок сърдечно-съдов риск. Предвид поносимостта на повечето от модерните медикаменти, това не би трябвало да представлява проблем.

Друга важна тема, обект на дискусия, е идентифицирането и лечението на всички пациенти, при които се новодиагностицира хипертония. Опасенията са, че на всички пациенти ще бъде предписана медикаментозна терапия, но препоръката за промяна на начина на живот е от ниво 1А.

### Книзопус

1. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, et al. 2013 ESH/ESC Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. *Blood Press.* 2014;23(1):3-16.
2. Krause T, Lovibond K., Caulfield M., et al. Management of hypertension. Summary of NICE guidelines. *BMJ.* 2011;343:d4891.
3. Vasan RS, Larson MG, Leip EP, et al. Impact of high-normal blood pressure on the risk of cardiovascular disease. *New Engl J Med.* 2001;345:1291-1297.
4. Swales JD. Hypertension in the political arena. *Hypertension.* 2000;35:1179-1182
5. Paul K. Whelton, Robert M. Carey, Wilbert S. Aronow, Donald E. Casey, Karen J. Collins, Cheryl Dennison Himmelfarb, Sondra M. DePalma, Samuel Gidding, Kenneth A. Jamerson, Daniel W. Jones, Eric J. MacLaughlin, Paul Muntner, Bruce Ovbiagele, Sidney C. Smith, Crystal C. Spencer, Randall S. Stafford, Sandra J. Taler, Randal J. Thomas, Kim A. Williams, Jeff D. Williamson and Jackson T. Wright. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults Hypertension. 2017;HYP.000000000000065, originally published November 13, 2017. <https://doi.org/10.1161/HYP.000000000000065>
6. Jackson R, Barham P, Bills J, et al. Management of raised blood pressure in New Zealand: A discussion document. *BMJ.* 1993;307:107-110.
7. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, Lackland DT, Lefevre ML, Mackenzie TD, Oggedegbe O, Smith SC Jr, Svetkey LP, Taler SJ, Townsend RR, Wright JT Jr., Narva AS, Ortiz E. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA.* 5 February 2014;311:507-520.

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