

**АРТЕРИАЛНА ХИПЕРТОНИЯ И МОЗЪЧНО-СЪДОВА БОЛЕСТ***Иван Груев<sup>1</sup>, Силвия Цанова-Савова<sup>2</sup>**<sup>1</sup>НМТБ "Цар Борис III", Клиника по кардиология  
<sup>2</sup>Медицински Колеж „Йорданка Филаретова“ - София***ARTERIAL HYPERTENSION AND CEREBROVASCULAR DISEASE***Ivan Gruev<sup>1</sup>, Silvia Tsanova-Savova<sup>2</sup>**<sup>1</sup>NMTH "Tsar Boris III", Cardiology department  
<sup>2</sup>Medical College "Jordanka Filaretova" – Sofia*

**Резюме.** Артериалната хипертония е най-важният рисков фактор за развитието на мозъчно-съдова болест (МСБ) и най-вече на нейната най-тежка изява - мозъчния инсулт. Ето защо най-точният критерий за нивото на контрол на хипертонията в дадена популация е понижаването на болестността и смъртността от мозъчни инсулти

**Ключови думи:** Артериална хипертония, мозъчно-съдова болест, мозъчен инсулт

**Summary.** Arterial hypertension is the most important risk factor for development of cerebrovascular disease and stroke in particular. That is why the most accurate marker for the level of control of hypertension is stroke mortality and morbidity.

**Keywords:** arterial hypertension, cerebrovascular disease stroke

По данни на Световната здравна организация (СЗО) артериалната хипертония е водеща причина за смъртност в световен мащаб (1). Хипертония, дефинирана като повишение на кръвното налягане над 140 mmHg (систолично) или 90 mmHg (диастолично), засяга над 25% от общото население и е първостепенен рисков фактор за сериозни болести, засягащи мозъка, сърцето и бъбреците (2).

**Фактори, определящи неадекватния контрол на артериалното налягане**

– От страна на пациента

Комплайънсът на пациента е важен елемент в контрола на АН. Проучванията показват, че при някои групи пациенти по-малко от 30% от хората продължават да приемат антихипертензивните си

**Табл. 1. Класификация на АН при възрастни според Joint National Committee (JNC) (3)**

Категории	АН (mmHg) САН ДАН
Оптимално	<120 и <80
Нормално	<130 и <85
Високо нормално	130-139 или 85-89
Хипертония	
Стадий 1 140-159 или 90-99	
Стадий 2 160-179 или 100-109	
Стадий 3 >180 или >110	

лекарства след една година. Много фактори влияят на комплайънса на пациента, но най-важни са следните:

– *Странични ефекти на антихипертензивните агенти*

Важната роля на страничните ефекти при лечението на артериалната хипертония често се подценява. Изключително важно е клиницистът да избере лекарства, които се толерират добре. Повечето странични ефекти на антихипертензивните агенти са дозозависими и могат да са по-леки, ако лекарствата се изписват в по-ниски дози.

– *Удобство*

Степента на комплайънс е чувствително по-добра при лекарства, които могат да се дозират веднъж дневно. Обаче, тъй като бързите покачвания на АН често съвпадат с ранния сутрешен риск от неемболичен инсулт и миокарден инфаркт, важно е даваните веднъж на ден лекарства да осигуряват контрол на АН през този критичен период.

– *Полипрагматизация*

Пациентите като цяло не приемат полипрагматизацията. Приложението на множество лекарства им създава усещане, че болестта им е по-тежка. В допълнение, по-големият брой медикаменти усложнява дозовия режим и може да обърка пациентите, което да резултира в лош комплайънс.

– *Разходи*

Значителни са разходите, свързани с посещенията на пациента при лекаря, с лабораторните изследвания, необходими за оценка на страничните метаболитни ефекти на антихипертензивните агенти, с посещенията при лекаря, свързани със странични реакции, и с последствията от ССЗ, свързани с лошия комплайънс на пациента. Разходите определено имат голямо значение за много от пациентите и лекарите и това често нарушава комплайънса.

– *От страна на лекаря*

Лекарите често допринасят за лошото ниво на контрол при хипертониците, като са склонни да приемат неадекватните нива на контрол на АН, вместо да титрират дозата на медикамента или да променят лечението (4).

Измерването на кръвното налягане в аптека може да играе важна роля в профилактиката на ССЗ и за намаляване на риска от развитие на ИБС. В този смисъл фармацевтите, като здравни специалисти, могат да вземат активно участие в предоставянето на такъв род профилактични грижи за населението (5). Проучванията показват, че пациентите са дори готови да заплатят за една такава допълнителна услуга в аптеката (6).

Въпреки огромния напредък на съвременната медицина това заболяване си остава троен парадокс:

1. лесно се диагностицира, но често остава неоткрито

2. лесно се лекува, но често остава нелекувано.

3. въпреки наличието на ефективна терапия често не се достигат таргетните стойности.

Артериалната хипертония е най-важният рисков фактор за развитието на мозъчно-съдова болест (МСБ) и най-вече на нейната най-тежка изява - мозъчния инсулт. Независимо от постигнатия напредък в разбирането на биологичните основи на хипертонията и механизмите на мощните ѝ ефекти върху циркулацията на мозъка, има повдигнати нови въпроси, които остава да бъдат решени... (7). Той така да се каже е основна цел за вредните ефекти на хипертонията и е отговорен за голяма част от заболяемостта и водеща причина за умирания (8). Съществува линейна зависимост между кръвното налягане и смъртността от инсулт и при пациенти с лекувана хипертония увеличението с 1 mmHg в стойността на систолното артериално налягане (САН) увеличава смъртността от инсулт от 2% (9). Ето защо най-точният критерий за нивото на контрол на хипертонията в дадена популация е понижаването на болестността и смъртността от мозъчни инсулти.

У нас през последното десетилетие превантивната и интервенционална кардиология постигнаха значими успехи в намаляването на смъртността от ИБС и най-вече от остър миокарден инфаркт (10). За съжаление по отношение на мозъчно-съдовата болест не можем да се похвалим с такива успехи. По данни на Министерството на здравеопазването на Република България смъртността от мозъчни инсулти е 270.1 за мъжете и 265.1 за жените на 100 000 души население (една от най-високите в Европа и най-висока в рамките на Европейския съюз!). В България се регистрират годишно  $\approx 82\,398$  случая с мозъчно-съдови заболявания от които 35311 случая са с мозъчен инсулт. От регистрираните 35311 случая с мозъчен инсулт 7175 болни завършват с летален изход. Преживелите мозъчния инсулт са 28136 с различна степен на инвалидност, която при 10 % от тях е тежко изразена и изисква допълнителни грижи и помощ от семейството, близките и обществото. От преживелите мозъчни инсулти 25-50% са с говорно-речеви нарушения, като при половината от тях тези инвалидизиращи наруше-

ния остават трайни (11). Ето защо въпросът за терапията на хипертонията със съпътстваща МСБ е особено актуален в нашата страна.

Лечението на хипертонията в острия стадий на мозъчния инсулт си остава не напълно изяснен проблем. Някои по-малки клинични проучвания като СННIPS (12) и ACCESS (13) показаха потенциални ползи от антихипертензивната терапия при стойности на систолното артериално налягане (САН) над 160 mmHg, но по-голямото проучване SCAST (14) приключи с неутрални резултати. Ето защо в последното Европейско ръководство за диагностика и лечение на Артериалната хипертония не се препоръчва рутинно приложение на антихипертензивни медикаменти през първата седмица след мозъчен инсулт, освен по клинична преценка при много високи стойности.

За вторична профилактика, при пациенти преживели мозъчен инсулт или транзиторна исхемична атака (ТИА), антихипертензивна терапия трябва да се започне дори при стойности на САН 140-159 mmHg с цел достигане на стойности под 140 mmHg. Тези стойности могат да са малко по-високи при уязвими възрастни пациенти с преживян инсулт или ТИА (15).

По отношение на превенцията на когнитивни нарушения и лезии на бялото мозъчно вещество, оптимистични данни се получиха от проучванията HYVET и PROGRESS, но са необходими по-големи рандомизирани изпитвания, за да се докаже ползата от терапията за понижаване на артериалното налягане (15,16).

Важно е да подчертаем, че в Европейското ръководство, всички групи антихипертензивни медикаменти се препоръчват за превенция на МСБ и мозъчен инсулт, стига достатъчно ефективно да понижават артериалното налягане (15).

#### ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

- World Health Organization. World Health statistics 2014 [Internet]. World Health Organization. 2014. 180 p. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/world-health-statistics-2014/en/>
- Messerli FH, Williams B, Ritz E. Essential hypertension. *Lancet* (London, England). 2007 Aug;370(9587):591–603.
- Report TS. Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of Blood Pressure [Internet]. 2003;289(19):1206–52. Available from: <http://hyper.ahajournals.org/content/42/6/1206.short>
- Гочева Н, Аврамов Д. Комбинирано лечение на артериалната хипертония. *MEDINFO*. 2007;(3):1–5.
- Григоров Е, Лебанова Х, Насева Е, Гетов И. Проучване на нагласите за измерване на кръвно налягане сред посетителите в аптеки в София. *Сърдечно-съдови заболявания*. 2012;43(2):43–7.
- Grigorov E, Naseva E, Lebanova H, Getov I. Testing willingness to pay for blood pressure measurement in community pharmacy. *African J Pharm Pharmacol*. 2012;6(13):1005–10.
- Peila R, White LR, Masaki K, Petrovitch H, Launer LJ. Reducing the risk of dementia: efficacy of long-term treatment of hypertension. *Stroke*. 2006 May;37(5):1165–70.
- Dahlof B. Prevention of stroke in patients with hypertension. *Am J Cardiol*. 2007 Aug;100(3A):17J–24J.
- Palmer AJ, Bulpitt CJ, Fletcher AE, Beevers DG, Coles EC, Ledingham JG, et al. Relation between blood pressure and stroke mortality. *Hypertens* (Dallas, Tex 1979). 1992 Nov;20(5):601–5.
- Веков Т. Международният и български опит в областта на инвазивната и интервенционална кардиология – развитие, необходимост, резултати. *Сърдечно-съдови заболявания*. 2009;40(1):22–6.
- Стаменова П. Световен ден за борба с инсулта - 29 октомври [Internet]. Available from: <http://www.mh.government.bg/bg/informaciya-za-grazhdani/svetovni-zdravni-dni/svetoven-den-za-borba-s-insulta-29-oktomvri/>
- Potter JF, Robinson TG, Ford GA, Mistri A, James M, Chernova J, et al. Controlling hypertension and hypotension immediately post-stroke (CHNIPS): a randomised, placebo-controlled, double-blind pilot trial. *Lancet Neurol*. 2009 Jan;8(1):48–56.
- Schrader J, Lüders S, Kulschewski A, Berger J, Zidek W, Treib J, et al. The ACCESS study: Evaluation of Acute Candesartan Cilexetil Therapy in Stroke Survivors. *Stroke*. 2003;34(7):1699–703.
- Sandset EC, Bath PMW, Boysen G, Jatuzis D, Korv J, Luders S, et al. The angiotensin-receptor blocker candesartan for treatment of acute stroke (SCAST): a randomised, placebo-controlled, double-blind trial. *Lancet* (London, England). 2011 Feb;377(9767):741–50.
- Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J* [Internet]. 2013 Jul 21;34(28):2159 LP-2219. Available from: <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/34/28/2159.abstract>
- Янева-Сиракова Т, Търновска –Къдрева Р, Трайков Л. Значения на централното аортно налягане за дисфункция на малките съдове и развитието на когнитивни нарушения. *Българска неврология*. 2012;12(1):21–6.

✉ **Адрес за кореспонденция:**  
доц. д-р Иван Груев, дм  
НМТБ "Цар Борис III"  
Клиника по кардиология  
бул. „Княгиня Мария Луиза“ № 108  
1233 София  
[ivangrujev@yahoo.com](mailto:ivangrujev@yahoo.com)