

Значение на инициалната терапия на АХ за клиничната прогноза

Проф.д-р Снежана Тишева, дмн, FESC



МЕДИЦИНСКИ
УНИВЕРСИТЕТ-
ПЛЕВЕН

Няма конфликти на интереси



Артериалната хипертония

- * Хипертонията е най-често срещаното заболяване в първичната медицинска помощ.
- * 1 от 3 пациенти имат хипертония според NHLBI
- * Рисков фактор за МИ, ССЗ и смърт

Артериалната хипертония



**“What fits your busy schedule better,
exercising one hour a day or being
dead 24 hours a day?”**

Клиничен случай

- * 58-годишният жена с диабет и дислипидемия има АН 158/94 мм установено при няколко посещения в кабинета. Лабораторните показатели демонстрират нормална бъбречна функция, добре контролирани липиди с аторвастатин и добре контролиран диабет с метформин.
- * Урина- микроалбуминурия е леко завишена.

Въпроси:

* Какъв е прицела за АН?

1. <150/90 mmHg
2. <130/80 mmHg
3. <140/90 mmHg
4. <140/80 mmHg
5. <140/85 mmHg

Въпроси:

* Какъв е медикаментозния избор?

1. HCTZ
2. Norvasc
3. Lisinopril
4. Losartan
5. Bisoprolol
6. Комбинирана терапия

JNC 7

<u>Category</u>	<u>Systolic</u> (mmHg)		<u>Diastolic</u> (mmHg)
Normal	< 120	and	< 80
Pre-HTN	120-139	or	80-89
<u>Hypertension</u>			
Stage I	140-159	or	90-99
Stage II	≥ 160	or	≥ 100

Дефиниция и класификация на артериалната хипертония (mmHg)*

Hypertension:
SBP >140 mmHg ± DBP >90 mmHg

Категория	систолично		Диастолично
Оптимално	<120	и	<80
Нормално	120–129	и/или	80–84
Високо нормално	130–139	и/или	85–89
Хипертония I ст	140–159	и/или	90–99
Хипертония II ст.	160–179	и/или	100–109
Хипертония III ст	≥180	и/или	≥110
Изолірирана систолічна хіпертонія	<p>Изолірирана систолічна хіпертонія налягане се определя ≥140-високото ниво на АН, както и систолното така и диастолическото ниво налягане са в нормални граници. Изолірираната систолічна хіпертонія трябва да се категоризират 1, 2, или 3ст, съгласно стойностите на систолічното BP в указаните граници.</p>		

JNC 8

При възрастни с АХ:

- * Дали старта на антихипертензивната фармакологична терапия при специфични прагове АН води до подобряване на здравните резултати?
- * Лечението с антихипертензивна фармакологична терапия до определено ниво води ли до подобряване на здравните резултати?
- * Различните антихипертензивни лекарства или лекарствени класове различават ли се по сравнителните ползи и вреди върху специфични здравни резултати?

JNC 8: Данни от големи рандомизирани проучвания

Декември 2009 – август 2013

1. Големи проучвания за АХ
 - * ACCORD, NEJM 2010
2. $\geq 2,000$ участници
3. мултицентрови
4. Съобразно всички включващи и изключващи критетерии

JNC 8: степени на препоръки

A – категорични доказателства

B – умерени данни

C – слаби доказателства

D – против

E – експертно мнение

N – не се препоръчва

JNC 8: препоръки и прицели

- * Възраст ≥ 60 г

- * СИСТОЛИЧНО :

- * гранични ≥ 150 mmHg

- * цел < 150 mmHg

- * Доказателство A

- * ДИАСТОЛИЧНО:

- * гранично ≥ 90 mmHg

- * прицели < 90 mmHg

JNC 8: Лечение и цели

- * Възраст < 60 г

- * СИСТОЛНО:

- * гранични ≥ 140 mmHg

- * прицел < 140 mmHg

- * доказателственост E

- * ДИАСТОЛНО:

- * гранични ≥ 90 mmHg

- * прицел < 90 mmHg

JNC 8: Лечение и прицели

* Възраст ≥ 18 г коронарна болест и ДМ

* JNC 7: $< 130/80$ (MDRD NEJM 1994)

* СИСТОЛНО:

* гранични ≥ 140 mmHg

* цели < 140 mmHg

* доказателственостЕ

* ДИАСТОЛНО:

* гранични ≥ 90 mmHg

* цели < 90 mmHg

JNC 8: избор на медикаменти

- * Кавказка раса в т.ч. DM
 - * Тиазидни диуретици, ССВ, ACEI, ARB
 - * Доказателственост В

- * черни, вкл. DM
 - * Тиазидни диуретици, ССВ
 - * Доказателственост В (С диабетици)

JNC 8: Начална терапия

* възраст ≥ 18 г с коронарна болест (съобразно расата и диабета)

*Началната терапия (или добавена) терапия трябва да включи ACEI или ARB за протекция на бъбрека

*Доказателственост В

- Черни и/или протеинурия

*ACEI или ARB като начална терапия (доказателственост E)

- Няма доказателства за PAC блокери ≥ 75 г

JNC 8: Следващи стъпки

- * Преоценка на лечението ежемесечно
- * Избягвайте ACEI / ARB комбинация
- * Помислете 2-лекарствена начална терапия при 2 ст АХ(> 160/100)
- * Ако целта на АН не се постига с 3 медикамента, употреба на лекарства от други класове
- * Помислете за консултация с хипертензиолог
- * Ниво на доказателственост E

ОСНОВНИ Guidelines

- * 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension.
 - * *J Hypertension* 2013;31:1281-1357.
- * An Effective Approach to High Blood Pressure Control: A Science Advisory From the AHA, ACC, and CDC.
 - * *Hypertension* online November 15, 2013.
- * Clinical Practice Guidelines for the Management of HTN in the Community A Statements by the ASH/ISH.

Прицелни стойности на АН

Recommendations	
<p>Оптимално САН Пациенти с нисък-умерен СС риск Пациенти с диабет При прекаран инсулт или преходно нарушение При с сърдечно заболяване При диабет или без диабет и коронарна болест</p>	<140 mmHg
<p>При възрастни</p> <ul style="list-style-type: none"> •Възраст <80 years •Начално САН\geq160 mmHg 	140-150 mmHg
<p>САН при здрави възрастни възраст <80 години</p>	<140 mmHg
<p>Прицелни САН при възрастни >80 години със систола АХ</p> <ul style="list-style-type: none"> •\geq160 mmHg 	140-150 mmHg
<p>ДАН</p>	<90 mmHg
<p>ДАН при диабетици</p>	<85 mmHg

АН при възрастни



Антихипертензивно лечение при диабетици

Препоръки	Допълнителна съображения
Задължително: започне лечение с лекарства при пациенти със САН ≥ 160 mmHg	<ul style="list-style-type: none"> Твърда препоръка медикаментозно лечение при САН ≥ 140 mmHg
САН при диабетици да е : < 140 mmHg	
ДАН при диабетици да е: < 85 mmHg	
Всички средства за лечение на хипертония се препоръчва и могат да бъдат използвани при пациенти с диабет	<ul style="list-style-type: none"> RAS блокери се предпочитат blockers may be preferred Особено при протеинурия и микроалбуминурия
Изборът на антихипертензивен медикамент зависи от коморбидитета	
Не се препоръчва комбинация на RAS блокери	<ul style="list-style-type: none"> И при диабетици

Хипертония при нефропатия

препоръки	допълнителни
САН < 140 mmHg	
САН < 130 mmHg с установена протеинурия	<ul style="list-style-type: none"> Мониториране на GFR
РАС блокерите са по-ефективни за редукция на албинурията	<ul style="list-style-type: none"> Установена микроалбинурия или изявена протеинурия
Комбинираната терапия обикновено се за да достигнем прицелините стойности	<ul style="list-style-type: none"> Комбинация на РАС с други блокери.
Два РАС блокера	<ul style="list-style-type: none"> <i>Не се препаръчват</i>
Aldosteron-ови антагонисти не се препаръчват при ХДН	<ul style="list-style-type: none"> Особено с РАС инхибитори – Хиперкалиемия
<small>SBP, systolic blood pressure; CKD, chronic kidney disease; eGFR, estimated glomerular filtration rate; RAS, renin-angiotensin system.</small>	

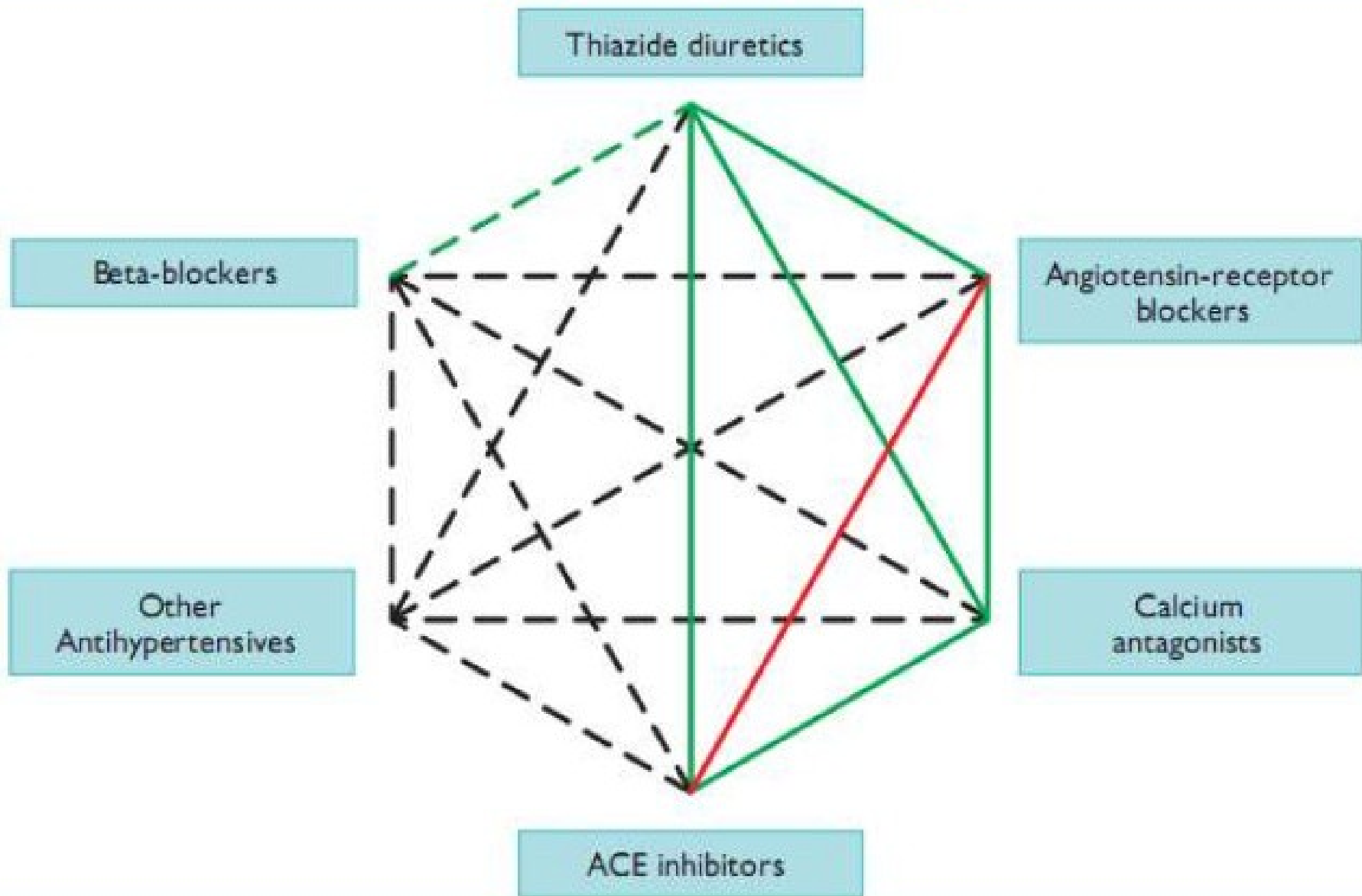
Какви стойности на АН?



Сравнение на съвременните гайдлайни

	<u>JNC 8</u>	<u>ESH/ESC</u>	<u>AHA/ACC</u>	<u>ASH/ISH</u>
Мед.лечение		$\geq 140/90$		
	$\geq 140/90 < 60$ г	Възрастни и САН ≥ 160		$\geq 140/90 < 80$ г
	$\geq 150/90 \geq 60$ г	САН	$\geq 140/90$	$\geq 150/90 \geq 80$ г
		140-150 ако < 80 уг		
В-блокери първа терапевтична линия	не	да	не	нео
Начално лечение с два медикамента	$\geq 160/100$	да	$\geq 160/100$	$\geq 160/100$
2гр.медикамент		Високо АН		

2013 ESH/ESC



Прицелно АН

групи	АН(mm Hg)		
	общо	ЗД	ХБН
JNC 8:	<60 г: <140/90 ≥60 г: <150/90	< 140/90	< 140/90
ESH/ESC:	< 140/90	< 140/85	< 140/90
възрастни	140-150/90 (<80 г: САН<140)	(САН < 130 при протеинурия)	
ASH/ISH	< 140/90		< 140/90
	≥80 г: <150/90	< 130/80 if proteinuria при протеинурия	
АНА/ACC *ADA: < 140/80 or lower	< 140/90**	KDIGO: ≤140/90 w/o albuminuria	<140/90

Внимание!

Ако кръвното налягане е по-високо с 20/10 mmHg от прицелното налягане се препоръчва направо да се мине на 2 препаратата от различна група или комбиниран препарат с 2 различни съставки

Три въпроса, които трябва да се имат предвид в хода на терапията

- **Недостигането до таргетната стойност не е лечение**
- **Всички други рискови фактори изискват агресивно лечение успоредно с лечението на артериалната хипертония. Пренебрегването на този въпрос, въпреки лечението на артериалната хипертония не намалява глобалния кардио-васкуларен риск**
- **Даването на ниска доза аспирин не винаги влиза в съображение**

Промени в начина на живот

Препоръки за редукция на рисковите фактори

Прием на сол	до 5-6 g/дн
Умерен алкохолен прием	20-30 g/дн мъже, 10-20 g/дн жени
Увеличаване на плодовете зеленчуците и храните с ненаситените МК	
BMI	25 kg/m ²
талия	М: <102 cm (40 in.)* Жени: <88 cm (34 in.)*
упражнения	≥30 min/дн, 5-7 дни седмично Умерени и динамични упражнения)
Спиране на пушенето	

Какъв е количественият ефект от въвеждане на промяна в стила на живот на болните

Намаляване на теглото – намаляване на артериалното налягане 5-20 mmHg на 10 кг редуция на теглото (ТОНР I; ТОНР II; HOT Study)

Преминаване на DASH диета – 8-14 mmHg намаляване на систолното налягане

Ограничаване на приема на готварска сол < 6g/ден – 2-8 mmHg намаляване на систолното налягане

Osaka Health Survey

- Хипертония се приема при: SBP > 160 mmHg или DBP > 95 mmHg или прием на антихипертензивни средства
- 626 мъже с хипертония
- Рискът за хипертония намалява с продължителността на ходенето
- **Ежедневно ходене > 20 min** редуцира риска за развитие на хипертония с 29

Голяма част от болните с артериална хипертония в момента на започване на антихипертензивна терапия могат да имат:

- **Вече доказуемо засягане на някой от таргетните органи - може да са преживяли инцидент на едно от големите усложнения на хипертонията**
- **Могат да имат и друг рисков фактор, който налага специфично лечение**
- **Могат да имат придружаващо заболяване**

Това налага някои специфични особености на поведението


ДН



Fed up with how her diet is going, Charlene takes a more serious aim at her target weight.

Терапевтичното поведение при артериална хипертония при възрастни пациенти следва общите принципи с няколко особености

- **Внимание за псевдохипертония поради напреднали изменения в периферните съдове**
- **Началните дози на антихипертензивните препарати да бъдат ниски – *риск от ортостатична хипотония***
- **Да се предполага и наличието на сърдечна недостатъчност, което прави целесъобразно умереното и контролирано използване на диуретик**

- 
- **При наличие на лявокамерна хипертрофия – с**
преимущества е въвеждането в терапията на ACE
инхибитор или ARB рецепторен блокер
 - **Поведението при изолирана систолна хипертония не се**
отличава съществено. Добър партньор са бавно
действащите калциеви антагонисти (трета генерация-
амлодипин, лекарнидипин, фелодипин)

Постуралната хипотония е по-честа при възрастните хипертоници

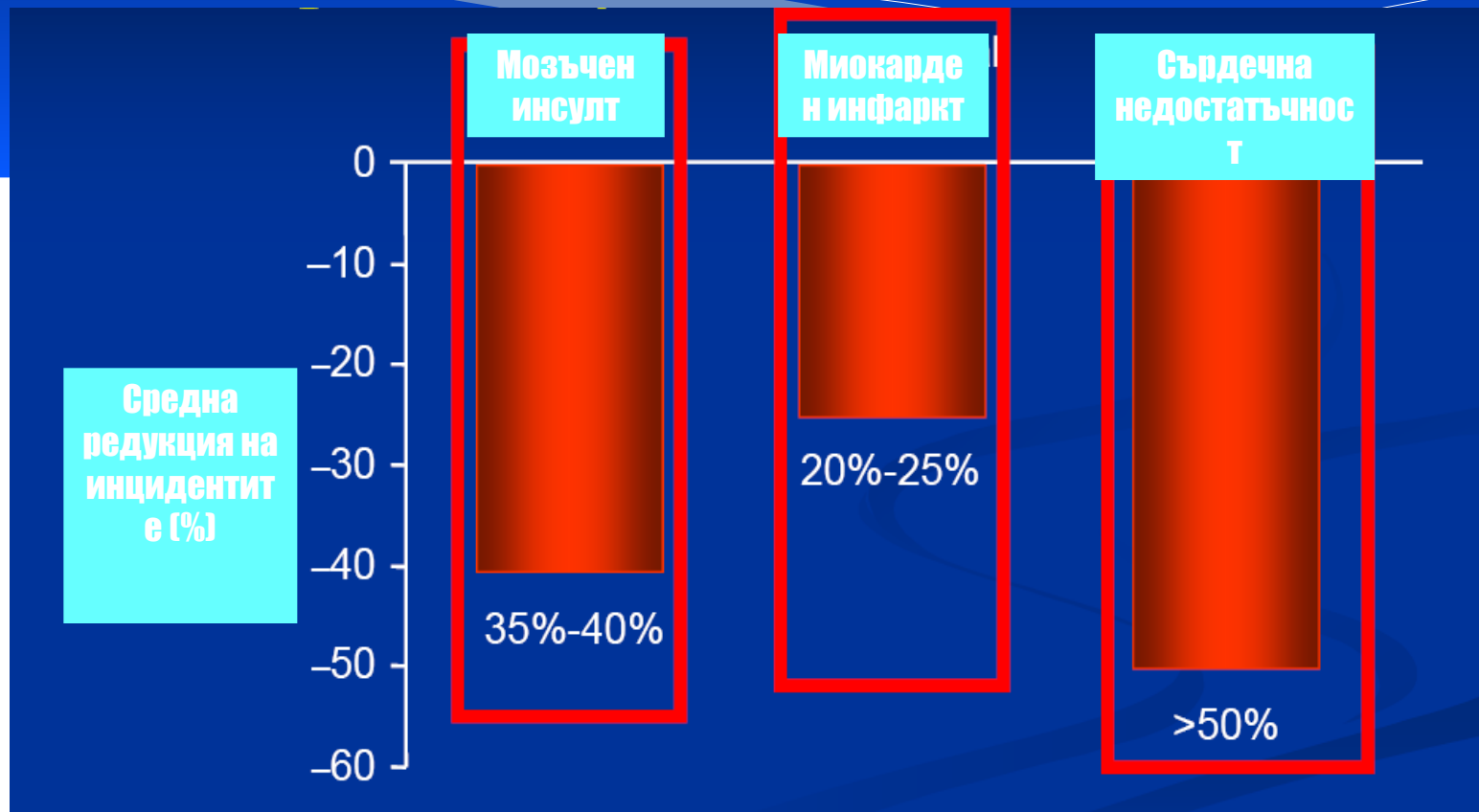
Установява се с >10 mmHg намаляване на артериалното налягане при изправяне, обичайно съчетано с нестабилност

По-често е при съчетание с диабет

Внимание!

- **Да се избягва критичното намаляване на циркулиращия кръвен обем – внимание с диуретиците**

Антихипертензивно лечение и редукция на сърдечносъдовите инциденти

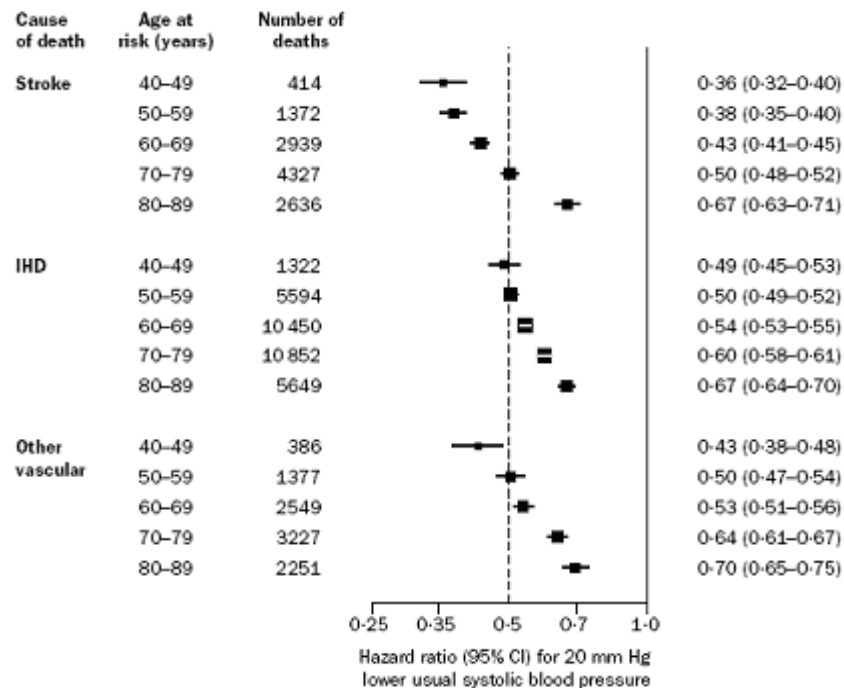


АНТИХИПЕРТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ И РЕДУКЦИЯ НА СЪРДЕЧНОСЪДОВИТЕ ИНЦИДЕНТИ

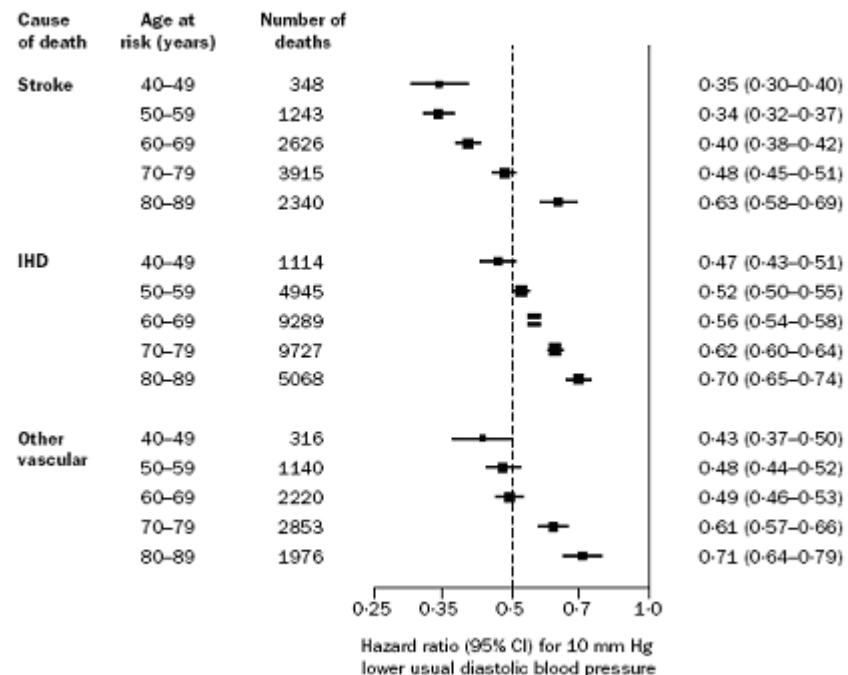
Lewington S. et al, Lancet 2002 360:1903-3

Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies

A: Usual systolic blood pressure (≥ 115 mm Hg)



B: Usual diastolic blood pressure (≥ 75 mm Hg)



Антихипертензивно лечение и Зона на сигурността

➤ Няма "head-to-head" проучване

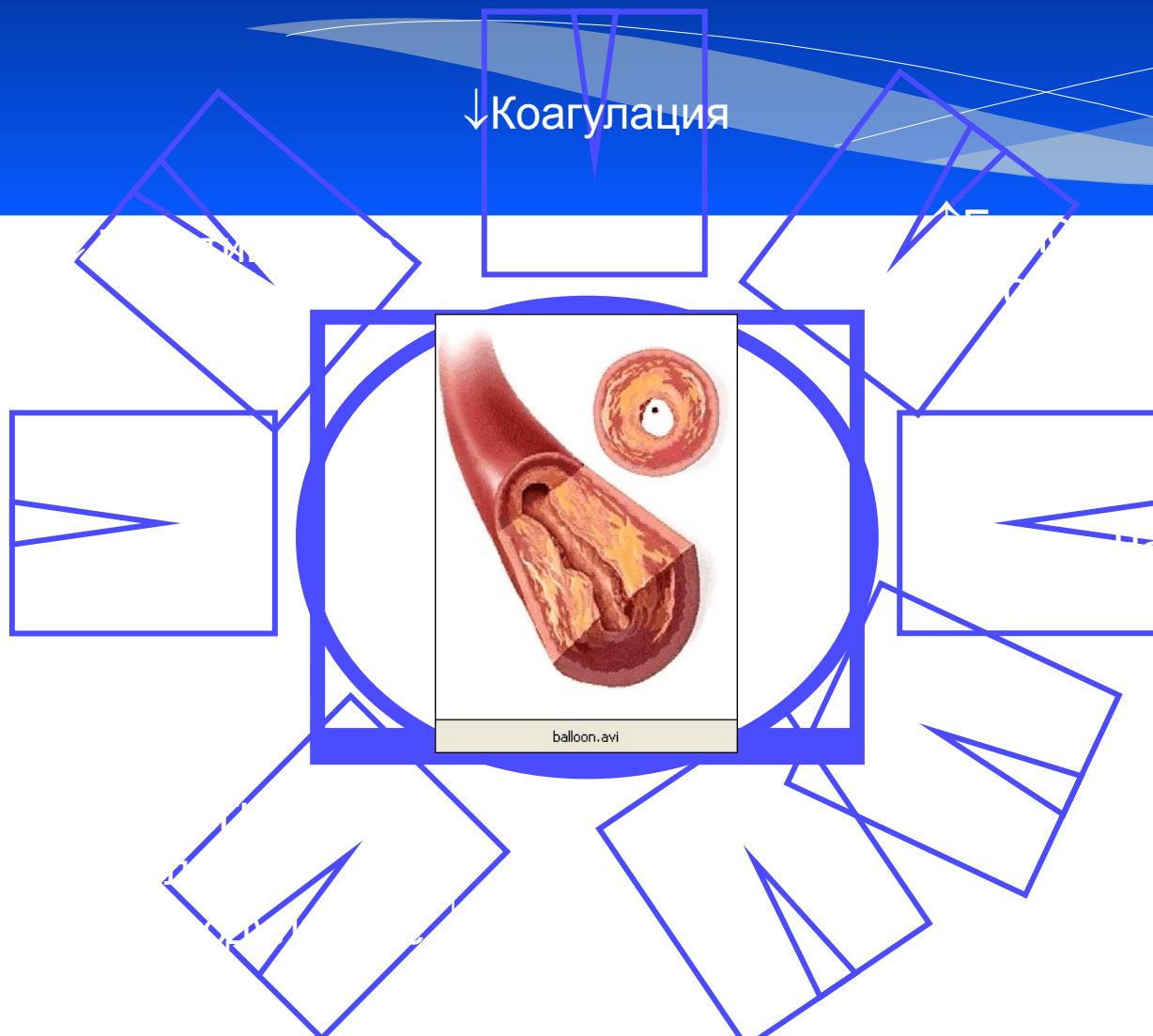
РААС-блокатори, Калциеви антагонисти, Диуретици

понижават САН в по-голяма степен от ДАН

намаляват пулсовото налягане

Плейотропни ефекти на АСЕ-инхибитори и АРБ

↓ Коагулация



Ефекти на фармакологичното лечение върху ендотелната дисфункция

АСЕ-
инхибитори

АТ1Р
Б

Калциеви
антагонисти

Статини

Промени в скоростта на пулсовата вълна от антихипертензивни медикаменти

	Краткотраен ефект < 28 дни		Дългосрочен ефект ≥ 28 дни	
	Аорта	Предм./	Аорта	Предм./

Калциеви антагонисти	≡	Н.Д.	↘	↘ / ≡
АСЕ-инхибитори	↘	↘	↘	↘



Антихипертензивно лечение и Зона на сигурността за диастолното налягане

- * **Няма** "Head-to head" " сравнение между антихипертензивните медикаменти
- * Няколко механизма са възможни за подобряване на коронарната циркулация
Медикаменти, които
- * Подобряват съдовия комплайанс
понижават в по-голяма степен систолното налягане
респ
намаляват пулсовото налягане
- * **Понижават СЧ удължават диастолната перфузия на коронарната система**



Remember that not getting what you want is sometimes a wonderful stroke of luck.