



- Д-р Георги Гюзелев е специалист кардиолог във Варна с над 20 години опит.
- Завършва Медицински университет Варна през 1996 г.
- След своето дипломиране д-р Гюзелев работи 4 години като военен лекар.
- От 2001 г. до 2006 г. практикува като лекар ординатор в Кардиологично отделение на Военно медицинска академия – ББАЛ Варна.
- От 2006 г. до 2007 г. д-р Гюзелев работи като терапевт, а от 2007 г. до 2009 г. е асистент по кардиология в Първа клиника по кардиология на УМБАЛ "Света Марина" Варна.
- Специалностите Вътрешни болести и Кардиология придобива съответно през 2004 г. и 2008 г. От 2009 г. д-р Гюзелев е началник отделение по Интензивна терапия ВМА МБАЛ Варна.

Лечение на артериалната хипертония в условията на Ковид-19

Интервю с д-р Георги Гюзелев, Началник отделение по интензивна терапия към 1-ва клиника по Вътрешни болести на МБАЛ-Варна към ВМА

1. Д-р Гюзелев, как работи Вашето кардиологично отделение в условията на Ковид-19?

В условията на Ковид 19 Кардиологичното отделение продължава своята дейност без промяна. Нашите пациенти се нуждаят от грижи не по-малко от преди. Поради нарастване на броя на болните се разкри Ковид отделение в болницата и част от колегите трябваше се включиха в него. Това доведе до претоварване и умора.

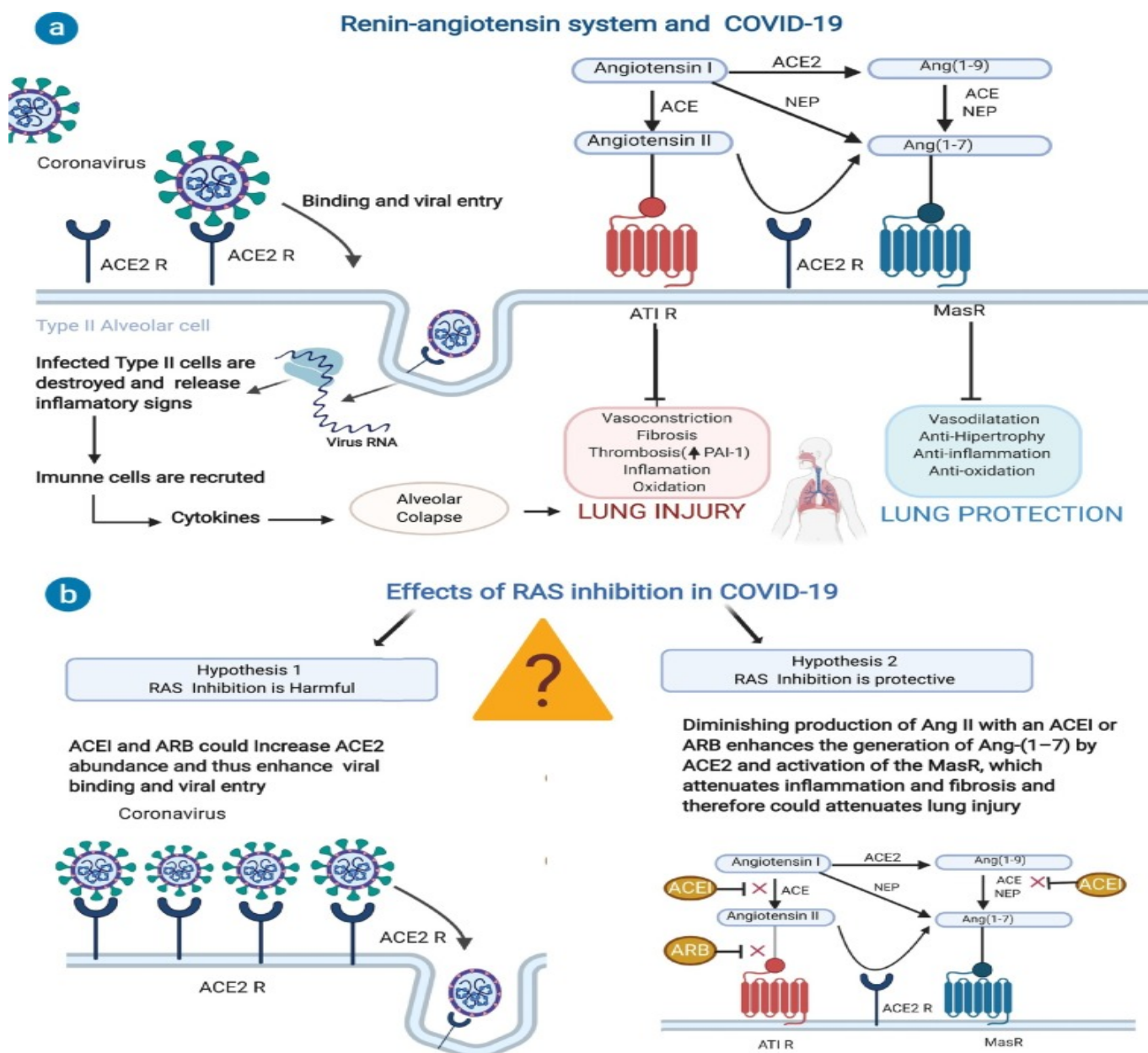
2. Променят ли се терапевтичните Ви навици в настоящите условия?

Не, ни най – малко. През последните месеци се появи страх от лечението на артериалната хипертония с РАС блокери, но това не промени нашите лечебни схеми.

3. Има ли изменения в препоръките на Европейското кардиологично дружество за лечение на АХ, повлияни от епидемията от Ковид-19?

Голяма дискусия предизвика лечението с РАС блокери и риска за заболяване от Sars Cov 2. Още от предходните епидемии 2003 и 2012 г. се установи, че пътя за вирусната инвазия в белия дроб е ензим ACE 2. РАС инхибиторите водят до увеличена експресия на ACE 2. Това породило съмнения, че пациентите които са на лечение с ACE и ARB ще бъдат по-възприемчиви за вирусната инвазия и ще боледуват по-тежко. Във

физиологични условия ACE отговаря за образуването на ангиотензин II и последващите ефекти – вазоконстрикция, възпаление и фиброза. Обратно ACE 2 превръща ангиотензин I и II в ангиотензин 1-7 и чрез MAS рецептора довежда до увеличаване на eNOS, вазодилатация, противвъзпалителни ефекти. Sars Cov 2 води до намаляване на ACE 2 и усилване на проинфламаторните ефекти на ангиотензин II, което довежда до бързото развитие на респираторен дистрес. Това пък породя идеята, че RAS инхибицията чрез повишаване на нивата на ACE 2 ще води до по леко боледуване при пациентите на лечение.



Естествено и двете тези за благоприятен и неблагоприятен ефект бяха и са обект на интензивно проучване и наблюдение. Първите съобщения от обсервационни проучвания дойдоха от северна Италия, област Ломбардия. В публикация в „The New England Journal of Medicine“ проф. Манчия и колеги анализират 6272 пациента с умерено тежка форма

на Ковид 19. При сравняването на протичането на болестта при пациенти на лечение с РАС блокери спрямо пациенти, които не провеждат лечение с РАС блокери (контроли) се установява, че те не модифицират възприемчивостта към Ковид 19; не се установяват доказателства и за модифициране на еволюцията на заболяването. В дните представени на дигиталния конгрес на Европейското кардиологично дружество се докладваха резултатите от рандомизирано проучване целящо да докаже значението на РАС блокадата по време на боледуване от Ковид 19. В проучването Brace Corona Главния изследовател проф. Ренато Лопес, коментира, “Това е първото рандомизирано клинично проучване оценяващо ролята на продължаването спрямо спирането на ACE инхибитори и АРБ при пациенти с COVID-19. При пациенти, хоспитализирани с COVID-19, спирането на ACE инхибитори и АРБ за 30 дни не повлиява броя на дните в добро състояние и извън болницата. Тези данни показват, че няма клинична полза от прекъсване на тези лекарства при хоспитализирани пациенти с леко до умерено тежко протичане на COVID- 19, те трябва да бъдат продължени при болните с показания.”

4. Кои антихипертензивни медикаменти предпочитате в условията на пандемия?

Тук трябва ясно да подчертая, че от изключителна важност е да се придържаме към препоръките на ESH/ESC по отношение на лечението спазвайки основния принцип за опростен терапевтичен подход с фиксирани дозови комбинации РАС блокери +ККБ/диуретик

5. Какви са впечатленията Ви от контрола на АН и придържането към терапията при лечение на АХ с комбинацията Рамиприл/Амлодипин?

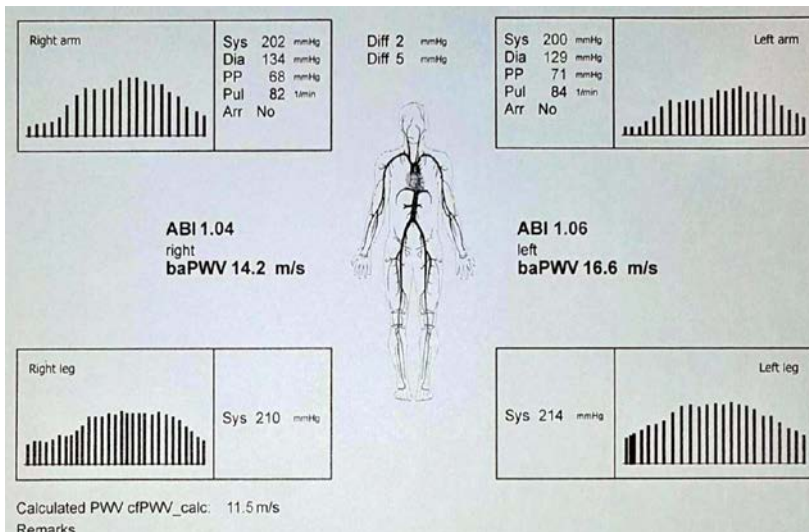
Мога спокойно да кажа, че това е една от най-успешни комбинации, гарантиращи бързо и трайно постигане на контрол на АН с максимално добър комплайнс.

6. Може ли да споделите интересен клиничен случай от последните месеци.

ЛГС мъж, на 43г., непушач, пие рядко – 1-2 пъти седмично, По професия – корабен механик. Пореден преглед по повод на лечение на артериална хипертония, диагностицирана преди 3 год. От тогава на лечение с лизиноприл 10мг. Съобщава за добър контрол на АН при домашно мониториране. Затова е пропуснал прегледите през последните 2 год.

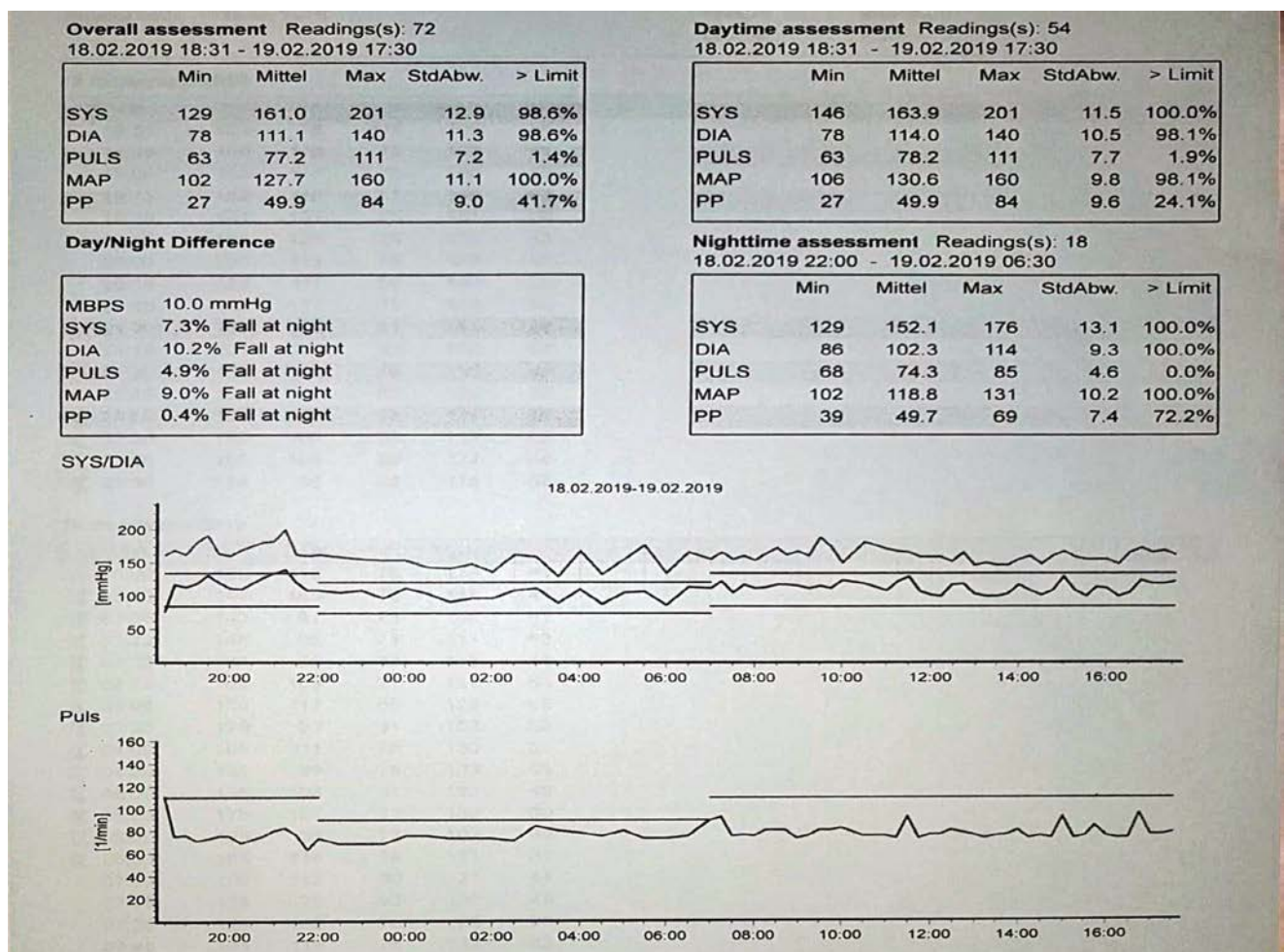
Повод за настоящия преглед е преживяна хипертонична криза преди месец по повод трудова злополука на пристанище в Дубай, която е

овладяна в болнични условия. При прегледа: Ръст 180см, тегло 90кг, ИТМ 27kg/m²; Без данни за белодробен застой и сърдечни шумове. Твърди, че си проследява АН от няколко дни и то е в нормални граници между 120-130/80.



Измерването на АН в лекарския кабинет показва твърде високи стойности и разминаване с домашно измереното АН, още повече че скоростта на пулсовата вълна е 11,5 м/сек, което говори за съдова увреда, намалена еластичност на аортата и висок риск от CCC.

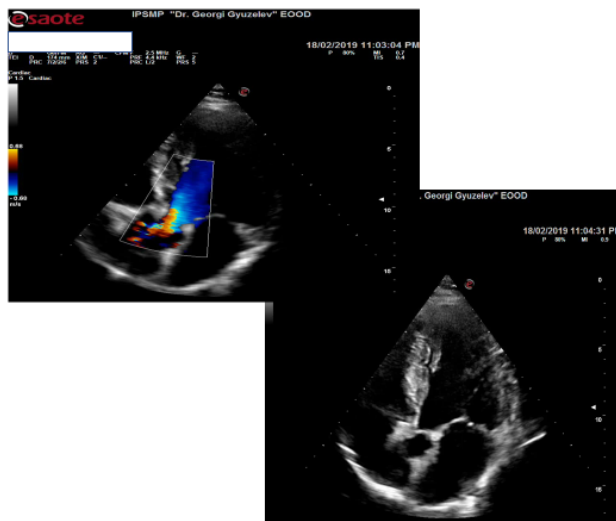
Проведох амбулаторно мониториране на АН



С данни за постоянно високи стойности на АН и липсата на циркаден ритъм по типа на “non dipping”. От проведената Ехокардиография се установиха данни за хипертонично сърце.

ЕхоКГ

- Данни за ЛКХ – МКП и ЗСЛК по 17мм, ЛКММ 390гр., индекс на ЛКММ 184г/м²; RWT 0,68 – данни за тежка концентрична хипертрофия;
- Дилатиран Ао корен с лека АоР;
- Начална диастолическа дисфункция.



От проведените лабораторни изследвания: ПКК – Хб 163г/л, Хкт 0,49, Левко 5,9, Тромбоцити 253; СУЕ 12мм; CRP 0,9; Кр.захар 5,83; Пик. киселина 388ммол/л; Белтък в урината(+); Креатинин 112ммол/л; Урея 5,69, eGFR 59ml/min/1,73m²(MDRD), 61ml/min(CKD-EPI); ЛДЛ холестерол 2,9, ХДЛ холестерол 0,79; Йонограма и чернодробни проби в норма.

Избора на медикамент беше обусловен от данните за съдово-органна увреда, необходимостта от 24 часов контрол и данните за протеурия. Беше назначена терапия с рамиприл/амлодипин 10/10 мг с което стойностите на АН се нормализираха.

7. Къде може да Ви открият пациентите, които имат нужда от Вашата помощ?

<https://superdoc.bg/lekar/d-r-georgi-gyuzelev-4662>

<https://www.drgyuzelev.com/>