

Nadciśnienie tętnicze

Prof. zw. dr hab. med. Zbigniew Gaciong

*Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych,
Nadciśnienia Tętniczego i Angiologii*



W czerwcu 2007 roku ukażą się kolejne wytyczne opracowane przez Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne i Europejskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego, natomiast już swoje stanowisko ogłosiło Brytyjskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego. Podstawowe zagadnienia ujmowane przez wytyczne to określenie momentu rozpoczęcia farmakoterapii, pierwszego wyboru leku hipotensyjnego, określenia ciśnienia docelowego i postępowania w sytuacjach szczególnych (nadciśnienie oporne, wtórne, w ciąży, u dzieci).

Nie ma najmniejszych wątpliwości, że w grupie chorych wysokiego ryzyka (np. pacjenci z cukrzycą, osoby zagrożone schyłkową niewydolnością nerek) istnieją wskazania do wcześniejszego rozpoczęcia terapii, już od ciśnienia tętniczego wynoszącego 130/80 mm Hg. Dla oceny momentu rozpoczynania terapii ważne wydaje się wykrycie współistniejących zmian narządowych, zwłaszcza takich, jak przerost lewej komory czy łagodna niewydolność nerek z mikroalbuminurią. Badanie TROPHY wskazuje, że „terapia wyprzedzająca” lekiem hipotensyjnym blokującym układ renina-angiotensyna może zapobiec rozwojowi nadciśnienia tętniczego w przyszłości, jednak nie wydaje się, aby w tej chwili istniały podstawy do rozszerzenia wskazań do wcześniejszej farmakoterapii.

Podstawowa zasada indywidualnego wyboru leku hipotensyjnego opiera się na występujących u pacjenta innych schorzeniach lub już ujawnionych powikłaniach nadciśnienia tętniczego, które mogą stanowić wskazania i przeciwskazania do określonej grupy preparatów. Z wyników badań, które prowadzono wśród pacjentów z nadciśnieniem powikłanym, nie wynikają znaczące zmiany dla wyboru preparatów hipotensyjnych. Warto zauważyć, że bezpośrednio porównanie inhibitorów ACE z antagonistami receptora angiotensynowego („sartanami”) u chorych z cukrzycą typu 2 zagrożonych niewydolnością nerek (badanie DETAIL) wskazuje na podobny efekt nefroprotekcyny obu grup preparatów. Należy także zwrócić uwagę na większą skuteczność sartanów w prewencji pierwotnej (badanie LIFE) i wtórnej (badanie MOSES) udaru mózgu, jednak nie do końca potwierdzoną w badaniach SCOPE i ACCES.

Niewątpliwie, ostatnie wyniki ustalają inną hierarchię leków w terapii nadciśnienia tętniczego niepowikłanego. Przeciwnie do ostatnich wytycznych amerykańskich (JNC 7) nie można nadal uważać diuretyków za preparaty pierwszego wyboru. Zagrożenie rozwojem cukrzycy, podobnie jak i przy stosowaniu β -blokerów, jest znacząco większe w porównaniu z innymi lekami hipotensyjnymi. Badanie ASCOT i wcześniejsze meta-analizy wskazują także na mniejszą skuteczność β -blokerów w terapii nadciśnienia, zwłaszcza u osób w wieku podeszłym. Autorzy Brytyjscy wręcz nie zalecają tej klasy leków w monoterapii. Otwartym pozostaje pytanie, czy podobne zastrzeżenia należy odnieść do wszystkich leków blokujących receptory β -adrenergiczne, wliczając preparaty o wysokiej kardioselektywności czy właściwościach naczyniorozszerzających (karwedilol, nebiwołol)? Wyniki badań COMET, GEMINI wskazują, że nawet w obrębie klasy mogą istnieć znaczące różnice w działaniu metabolicznym. Z kolei badania ASCOT i VALUE (podobnie jak wcześniejsze ALLHAT) oddalają wszelkie podejrzenia od antagonistów wapnia, jak również nieuzasadnione wydają się oskarżenia „sartanów” o „wywoływanie” zawałów serca.

Dotychczasowe zalecenia opierają się na dostępnych wówczas danych, które wskazują na korzyści płynące z obniżenia ciśnienia tętniczego do wartości poniżej 140/90 mm Hg. Można przyjąć, że najbliższe wytyczne będą podkreślały konieczność starannej kontroli ciśnienia w grupach dużego ryzyka. Badania PROGRESS (chorzy po udarze) i INVEST (pacjenci z chorobą wieńcową) potwierdzają, że jest to postępowanie bezpieczne i skuteczne.

Należy podkreślić, że u większości chorych z nadciśnieniem tętniczym uzyskanie docelowej wartości ciśnienia tętniczego wymaga łącznego stosowania co najmniej 2 preparatów hipotensyjnych, stąd przyszłość farmakoterapii nadciśnienia tętniczego to leczenie preparatami łączonymi. Ponieważ większość pacjentów z nadciśnieniem jest obciążona innymi czynnikami ryzyka, istnieje konieczność szerszego stosowania statyn i leków przeciwplatektykowych w tej grupie chorych.