



## Ще променят ли клиничните проучвания подходите за лечение на хипертонията?

Адекватната терапия на хипертонията спомогна за значително намаляване на болестността и смъртността през последните десетилетия. Общоприето е становището за начало на лечението при неусложнената хипертония с диуретици и бета-блокери. В случаите на усложнена хипертония изборът на медикамент е съобразен със съпътстващото заболяване.

През последните два месеца приключиха две големи проучвания с над 68 000 пациенти за избор на антихипертензивна терапия – Antihypertensive and Lipid Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT) и International Verapamil SR/trandolapril Study (INVEST). Резултатите от ALLHAT бяха публикувани в престижното списание JAMA през декември 2002 г., а резултатите на INVEST официално ще бъдат публикувани през март 2003 г.

ALLHAT е независимо проучване на Националния институт на САЩ за сърцето, белия дроб и кръвта, в което се съпоставя лечението на хипертонията с диуретика Chlortalidon, калциевия антагонист Amlodipine, ACE-инхибитора Lisinopril и алфа-блокера Doxazosin. Избрани са най-прилаганите в САЩ медикаменти – Lisinopril и Amlodipine, за лечение на хипертонията. Ефектът им върху понижаване на налягането и върху големите сърдечно-съдови изяви е сравнен с този на Chlortalidon. Получените резултати са в полза на диуретика, като статистическата зависимост е малка или незначителна. На базата на проучването изследователите препоръчват диуретика като първа линия на поведение, а при невъзможност за прием на диуретик да се използва ACE-инхибитор или калциев антагонист. Тези препоръки не се различават от препоръките на VI Доклад на Обединения американски комитет за откриване, оценка и лечение на артериалната хипертония. През последните години обаче се установи, че за постигане на прицелните стойности на артериално налягане е необходим повече от един медикамент. В проучването има препоръки основните лекарства (Chlortalidon, Lisinopril, Doxazosin и Amlodipine) да бъдат комбинирани с Atenolol, Clonidine, Reserpine или Hydralasin, което не се практикува и се различава от препоръките в същия този VI доклад, приет за основа на създаването на много национални препоръки за лечение на хипертонията. Неоптималната комбинирана терапия може да доведе до минимална разлика в налягането от няколко mmHg, което обаче рефлектира в дългосрочен няколкогодишен план в значителен процент повишаване на големите сърдечно-съдови инциденти в резултат на хипертонията. Например разликата от 2 mmHg в повече в групата на Lisinopril би довела до предполагаемо увеличение на инсултите с 10-20% за период от 5-7 години, а изчислената разлика е 15% увеличение на релативния риск.

Резултатите от групата с Lisinopril също трудно могат да се интерполират към нашата ежедневна практика. Разликите в проучването между диуретик и ACE-инхибитор са в полза на диуретика с намаление на риска до 10% от анализираниите сърдечно-съдови изяви. Но в изследваната група 35% процента са черно население, а знаем, че при негрите ACE-инхибиторите са неподходящи за лечение на хипертонията.

Проучването ALLHAT създаде условия за много дискусии. То обаче не е негативно проучване, а доказва, че новите групи медикаменти – калциеви антагонисти и ACE-инхибитори са поне толкова добри, колкото диуретиците. В анализите се дискутира големият брой странични ефекти при лечението на хипертонията с диуретици (импотентност, гадене, диспепсия) и анализът на поносимостта и страничните ефекти извежда по-новите групи медикаменти напред. Ако решим да използваме резултатите на ALLHAT за нашата ежедневна практика, трябва да се съобразим само с данните от подгрупата бяло население. Освен това при избора на втори и трети ред на лечение трябва да се съобразяваме с големите световни препоръки за оптимална комбинирана терапия, различаваща се от комбинациите в проучването.

Отговор за такава оптимална комбинирана терапия ще се получи от анализите на INVEST, където се съпоставя лечението с бета-блокери в комбинация с диуретик и ACE-инхибитор с лечението с калциев антагонист в комбинация с ACE-инхибитор и диуретик.

Мултинационалните многохилядни проучвания подпомагат световната кардиологична практика при правилния избор на терапия. Не бива да забравяме обаче, че подходът към всеки болен е индивидуален и съобразен със съпътстващите заболявания и рискови фактори.

**Д-р Борислав Георгиев**  
Главен редактор