

Антихипертензивно лечение, кой да бъде медикаментът на първи избор?

Безспорно 2003 г. в кардиологичната практика можем да наречем година на артериалната хипертония. Основание за това са излезлия VII доклад на JNC и едновременно с това препоръките за лечение на АХ на ESH. Успоредно с това се публикуват резултатите от големите клинични проучвания INVEST, ASCOTT, както и продължават да се коментират данните от ALLHAT и LIVE.

След представянето за кратко време на този богат фактологичен материал можем ли да бъдем наясно с лечението на АХ? Еднозначни ли са отговорите за клиничната практика, на какво можем да се доверим и какво може да се дискутира? Излезлите европейски и американски препоръки еднопосочни ли са и водят ли до методологична сигурност в избора на медикамент?

Най-категоричният отговор, който може да се получи, е, че успехът в лечението на АХ е свързан основно с понижаването на артериалното налягане. В това отношение всички класове медикаменти са еквивалентни.

Вторият категоричен факт е, че често се налага комбинирана терапия. В този смисъл до известна степен по-маловажен е въпросът кой да бъде медикаментът на първи избор. Съществува сериозен дебат по този въпрос. В препоръките на VII доклад на JNC изрично се подчертава, че при първа степен на АХ при повечето пациенти трябва да се започне с тиазиден диуретик, но може и с АСЕ-инхибитор, бета-блокър, калциев антагонист или АРБ (ангиотензин-рецепторен блокър). Безспорно тези препоръки са повлияни от резултатите на проучването ALLHAT. По думите на G. McInnes, през последните години това е най-голямото, но не най-доброто проучване за хипертония. Трите групи медикаменти, тествани в това проучване, Chlorthalidon, Lisinopril, Amlodipin, не показват предимства при редуциране на общата смъртност, както и по отношение на фаталната сърдечна недостатъчност и нефталния миокарден инфаркт. От друга страна Chlorthalidon предизвиква повече биохимични отклонения като хипокалиемия, хипертриглицеридемия, хиперхолестеролемия, както и по-голям процент на новопоявил се диабет, без това да се отразява на общата смъртност за периода на проучването около 5 години. Средната възраст на популацията е 62 години. Логичен е въпросът какъв ще бъде ефектът върху общата смъртност, ако диуретикът се изписва на по-млади пациенти (около 40 години), които потенциално трябва да са на хипотензивна терапия приблизително още 30 години, т.е. за цял живот. Безспорно експонацията на неблагоприятните странични ефекти на диуретиците ще бъде по-продължителна и крайните резултати могат да бъдат неблагоприятни. Тук е важно да се каже (Zanchetti, Julius), че липсват достатъчно издържани проучвания за хипертонии на средна възраст и че резултатите от големите клинични студии (ALLHAT) не могат да се екстраполират върху тази не малка популация, особено за нашата

страна. Ако си припомним определението на Weber, че хипертонията е не само повишено систолно и/или диастолно налягане, а съвкупност от множество метаболитни отклонения, съществена цел на лечението е тяхното отстраняване, а още по-малко тяхното предизвикване. Тъй като лечението на хипертонията е за цял живот, изискването хипотензивният медикамент да е метаболитно благоприятен, е съществено. В тази връзка е и фактът, че лекуваните хипертоници, достигнали нормални стойности (<140/90 mmHg), имат два пъти по-висока смъртност от нехипертониците със същите стойности на артериалното налягане (Anderon, BMJ 1998; 317-367). Явно е, че нормализирането на налягането не е достатъчно, за да се коригира смъртността, и затова метаболитното направление ще има съществено значение за бъдеще. В тази връзка класическите тиазидни диуретици не са най-подходящите медикаменти за първи избор в лечението на голямата популация от сравнително млади хипертоници, на които предстои дългогодишно приемане на медикамента. Трябва да поясним, че това съждение не се отнася за "усъвършенстваните", т.н. референтни диуретици, какъвто за нашата страна е Tertensif SR. Категоричното място на диуретиците в лечението на АХ е: при съчетанието ѝ със сърдечна недостатъчност; при възрастни пациенти; като втори медикамент при комбинирано лечение. От друга страна, през последните години се натрупаха множество доказателства (HOPE, PROGRESS) за ползата на АСЕ-инхибиторите извън техния хипотензивен ефект, което ги прави предпочитан медикамент на първи избор при повечето хипертоници. Не случайно на XIII Европейски конгрес по хипертония, Милано 2003 г., S. Julius (Ann Arbor, MI, USA) си позволи да перефразира препоръката на VII JNC, а именно: "При първа степен на хипертония при повечето пациенти лечението да започва с АСЕ-инхибитор, АРБ, бета-блокър, калциев антагонист, като може да се предпочете и диуретик."

В заключение може да се каже, че при първа степен на хипертония и при млади хора, при които е възможна монотерапия, трябва да се предпочита медикамент, който да бъде метаболитно благоприятен и максимално да протектира засягането на таргетните органи. При останалите болни в повечето случаи се налага комбинирана терапия и въпросът за медикамент на първи избор не е толкова съществен. Изборът на комбинация се определя главно от засягането на прицелните органи, както и от придружаващите заболявания, което води до доста индивидуални различия.

Мисля, че този подход съчетава положителните страни на VII доклад на JNC и препоръките на ESH за лечението на артериалната хипертония.

Доц. Фегя Николов

Кардиологична клиника на МУ Пловдив