

Ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες για την Υπέρταση 2018

**Μ.Σ. Καλλίστρατος
Α.Ι. Μανώλης**

ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ, ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΚΙΝΔΥΝΟΣ

Παγκοσμίως, περισσότεροι από 1 δισεκατομμύριο άνθρωποι πάσχουν από αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ). Η αύξηση των ηλικιωμένων και υπερηλίκων, αλλά και των άλλων παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με την αρτηριακή υπέρταση, θα οδηγήσει σε αύξηση της ΑΥ και αναμένεται ο επιπολασμός της να φθάσει το 1,5 δισεκατομμύριο μέχρι το 2025. Η ΑΥ αποτελεί την κύρια αιτία καρδιαγγειακού θανάτου υπεύθυνη για σχεδόν 10 εκατομμύρια θανάτους το 2015 έναντι 4,9 εκατομμυρίων λόγω ισχαιμικής καρδιοπάθειας και 3,5 εκατομμυρίων λόγω αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου την ίδια περίοδο. Η υπέρταση αποτελεί επιπλέον σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, στεφανιαίας νόσου, καρδιακής ανεπάρκειας, κολπικής μαρμαρυγής, χρόνιας νεφρικής νόσου και περιφερικής αρτηριοπάθειας.

ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Η ταξινόμηση της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) και ο ορισμός της υπέρτασης δεν μεταβάλλονται σε σχέση με τις προηγούμενες ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες. Υπερτασικός ορίζεται ένας ασθενής ο οποίος παρουσιάζει επίπεδα ΑΠ στο ιατρείο ≥ 140 ή/και 90 mmHg, ή μέση τιμή 24ωρης περιπατητικής καταγραφής (ΑΒΡΜ) ≥ 130 ή/και 80 mmHg, ή μέση τιμή μέτρησης της ΑΠ στο σπίτι (ΗΒΡΜ) ≥ 135 ή/και 85 mmHg.

ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Η υπέρταση είναι συνήθως ασυμπτωματική. Λόγω

του υψηλού επιπολασμού της, θα πρέπει να δημιουργηθούν προγράμματα ελέγχου για να διασφαλιστεί ότι η ΑΠ ελέγχεται σε όλους τους ενήλικες, τουλάχιστον κάθε 5 χρόνια και συχνότερα σε άτομα με υψηλά φυσιολογικά επίπεδα ΑΠ. Όταν υπάρχει υποψία υπέρτασης λόγω αυξημένης ΑΠ, η διάγνωσή της θα πρέπει να επιβεβαιώνεται είτε με επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ΑΠ στο ιατρείο, σε πολλές επισκέψεις, είτε με μετρήσεις ΑΠ εκτός ιατρείου (ΑΒΡΜ ή ΗΒΡΜ).

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΒΛΑΒΗΣ ΟΡΓΑΝΟΥ ΣΤΟΧΟΥ ΕΠΑΓΟΜΕΝΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΥ

Εκτός από την εκτίμηση των επιπέδων της αρτηριακής πίεσης θα πρέπει να εκτιμηθεί σε έναν υπερτασικό ασθενή και η ύπαρξη ή όχι άλλων καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου και συννοσηροτήτων καθώς συχνά συνυπάρχουν. Με αυτόν τον τρόπο θα μπορεί να εκτιμηθεί ο συνολικός του καρδιαγγειακός κίνδυνος (ΣΚΚ) και να καταταχθεί ανάλογα σε χαμηλού, μετρίου, υψηλού ή πολύ υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου ασθενής. Η εκτίμηση του καρδιαγγειακού κινδύνου δεν παρουσιάζει δυσκολίες σε ομάδες με υπέρταση που ούτως ή άλλως θεωρούνται υψηλού ή πολύ υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου (π.χ. με εγκατεστημένη καρδιαγγειακή ή νεφρική νόσο, σακχαρώδη διαβήτη κ.λπ.). Αυτοί οι ασθενείς χρήζουν ούτως ή άλλως αυστηρών μέτρων μείωσης του καρδιαγγειακού κινδύνου. Υπάρχει όμως ένας μεγάλος αριθμός ασθενών με υπέρταση που δεν παρουσιάζουν τις παραπάνω νόσους, και για τον προσδιορισμό τους σε ασθενείς χαμηλού, μετρίου, υψηλού ή πολύ υψη-

Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Ασκληπιείο» Βούλας, Αθήνα

✉ **Αλληλογραφία:** Εμμανουήλ Καλλίστρατος, Επιμελητής Καρδιολογίας, Βασιλέως Παύλου 1, Βούλα, Αθήνα, 16673 •
E-mail: kallistrat1972@gmail.com

Αρτηριακή Υπέρταση Σταδιοποίηση	Παράγοντες κινδύνου, ΒΟΣΥ, ή νόσοι	ΑΠ (mmHg) σταδιοποίηση			
		Υψηλή φυσιολογική ΣΑΠ 130-139 ΔΑΠ 85-89	Στάδιο 1 ΣΑΠ 140-159 ΔΑΠ 90-99	Στάδιο 2 ΣΑΠ 160-179 ΔΑΠ 100-109	Στάδιο 3 ΣΑΠ ≥ 180 ΔΑΠ ≥ 110
Στάδιο 1 (ανεπίπλεκτη)	Χωρίς ΠΚ	Χαμηλού κινδύνου	Χαμηλού κινδύνου	Μετρίου κινδύνου	Υψηλού κινδύνου
	1 ή 2 ΠΚ	Χαμηλού κινδύνου	Μετρίου κινδύνου	Μετρίου - Υψηλού κινδύνου	Υψηλού κινδύνου
	≥ 3 Παράγοντες κινδύνου	Χαμηλού - Μετρίου κινδύνου	Μετρίου - Υψηλού κινδύνου	Υψηλού κινδύνου	Υψηλού κινδύνου
Στάδιο 2 (συμπτωματική νόσος)	ΒΟΣΥ, ΧΝΝ σταδίου 3 ή ΣΔ χωρίς ΒΟΣΥ	Μετρίου - Υψηλού κινδύνου	Υψηλού κινδύνου	Υψηλού κινδύνου	Υψηλού - Πολύ υψηλού κινδύνου
Στάδιο 3 (συμπτωματική νόσος)	Συμπτωματική καρδιαγγειακή νόσος, ΧΝΝ σταδίου ≥ 4 ή ΣΔ με ΒΟΣΥ	Πολύ υψηλού κινδύνου	Πολύ υψηλού κινδύνου	Πολύ υψηλού κινδύνου	Πολύ υψηλού κινδύνου

ΣΚΚ: Συνολικός καρδιαγγειακός κίνδυνος, ΑΠ: Αρτηριακή πίεση, ΠΚ: Παράγοντες κινδύνου, ΒΟΣΥ: Βλάβη οργάνου στόχου επαγόμενη από την υπέρταση, ΧΝΝ: Χρόνια νεφρική νόσος, ΣΔ: Σακχαρώδης διαβήτης

Εικόνα 1. Διαστρωμάτωση του ΣΚΚ, σύμφωνα με τα επίπεδα της ΑΠ, την ύπαρξη ΠΚ, ΒΟΣΥ και συννοσηροτήτων.

λου κινδύνου απαιτείται η χρήση μοντέλων για την εκτίμηση του ΣΚΚ ώστε να προσαρμοστεί η θεραπευτική προσέγγιση ανάλογα. Κατά καιρούς έχουν προταθεί διάφορα ηλεκτρονικά μοντέλα για την εκτίμηση ΣΚΚ με σημαντικά πλεονεκτήματα αλλά και μειονεκτήματα. Ο δείκτης κινδύνου (Systemic Coronary Risk Evaluation [SCORE]) αναπτύχθηκε βάσει ευρωπαϊκών μελετών και εκτιμά τον 10ετή καρδιαγγειακό κίνδυνο θνητότητας με βάση την ηλικία, το φύλο, το κάπνισμα, την ολική χοληστερόλη και τη συστολική ΑΠ (ΣΑΠ).

Επιπλέον, είναι σημαντικό να αναγνωριστεί ότι η παρουσία βλάβης οργάνου στόχου επαγόμενης από την αρτηριακή υπέρταση (ΗΜΟΔ), ιδιαίτερα της υπερτροφίας της αριστερής κοιλίας (ΥΑΚ), της χρόνιας νεφρικής νόσου (ΧΝΝ) ή της προχωρημένης αμφιβληστροειδοπάθειας, αυξάνει περαιτέρω τον κίνδυνο καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Ως εκ τούτου, η εκτίμηση της ΗΜΟΔ θα πρέπει να περιλαμβάνεται στην εκτίμηση του ΣΚΚ σε υπερτασικούς ασθενείς, καθώς το σύστημα SCORE μπορεί να υποτιμήσει τον κίνδυνό τους (Εικόνα 1).

ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Η επίπτωση της δευτεροπαθούς υπέρτασης (ΔΥ) είναι σχετικά χαμηλή, λόγω όμως του υψηλού επιπολασμού της ΑΥ θα μπορούσε να επηρεάσει εκα-

τομμύρια ασθενείς σε όλο τον κόσμο. Η διάγνωση και θεραπεία της ΔΥ θα μπορούσε να οδηγήσει τον υπερτασικό ασθενή σε ίαση ή μείωση των επιπέδων της ΑΠ καθώς και του καρδιαγγειακού του κινδύνου. Κατά συνέπεια, ως προφύλαξη, όλοι οι υπερτασικοί ασθενείς θα πρέπει να υποβάλλονται σε απλό έλεγχο δευτεροπαθούς υπέρτασης. Αυτός ο έλεγχος βασίζεται στο κλινικό ιστορικό, τη φυσική εξέταση και τις εργαστηριακές εξετάσεις ρουτίνας. Επιπλέον, σοβαρή αύξηση της ΑΠ, αιφνίδια έναρξη ή επιδείνωση της υπέρτασης, ή κακή ανταπόκριση της ΑΠ στη θεραπεία, καθώς και βλάβη οργάνων στόχων δυσανάλογη σε σχέση με τη διάρκεια της υπέρτασης θα έθετε σε υποψία την πιθανότητα δευτεροπαθούς υπέρτασης. Επί υποψίας β-παθούς υπέρτασης, ο ασθενής θα πρέπει να υποβληθεί σε ειδικές διαγνωστικές εξετάσεις.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Υγιεινοδιαιτητικές αλλαγές

Οι υγιεινοδιαιτητικές αλλαγές αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο για την πρόληψη της αρτηριακής υπέρτασης. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν και στη θεραπεία, αλλά δεν θα πρέπει να καθυστερούν την έναρξη της αντιυπερτασικής αγωγής σε ασθενείς υψηλού κινδύνου. Οι υγιεινοδιαιτητικές αλλαγές μπορούν να καθυστερήσουν ή να αποτρέψουν

Πίνακας 1. Όρια έναρξης αντιυπερτασικής αγωγής

Ηλικία	Όρια ΣΑΠ ιατρείου					Όρια ΔΑΠ mmHg
	Υπέρταση	+Διαβήτης	+ΧΝΝ	+ΣΝ	+ΑΕΕ/ΠΠΕ	
18-65 έτη	≥140	≥140	≥140	≥140	≥140	≥90
65-79 έτη	≥140	≥140	≥140	≥140	≥140	≥90
≥80 έτη	≥160	≥160	≥160	≥160	≥160	≥90
Όρια ΔΑΠ mmHg	≥90	≥90	≥90	≥90	≥90	

ΣΑΠ: Συστολική αρτηριακή πίεση, ΔΑΠ: Διαστολική αρτηριακή πίεση, ΧΝΝ: Χρόνια νεφρική νόσος, ΣΝ: Στεφανιαία νόσος, ΑΕΕ: Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, ΠΠΕ: Παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο

την υπέρταση στους μη υπερτασικούς, να καθυστερήσουν ή να αποτρέψουν τη φαρμακευτική αγωγή στην υπέρταση σταδίου I, και να συμβάλουν στη μείωση της αρτηριακής πίεσης σε υπερτασικούς ασθενείς υπό αγωγή, επιτρέποντας τη μείωση του αριθμού και των δόσεων των αντιυπερτασικών φαρμάκων. Τα συνιστώμενα μέτρα των υγιεινοδιαιτητικών αλλαγών που έχουν αποδείξει την ικανότητά τους να μειώσουν την ΑΠ είναι: 1) περιορισμός του αλατιού, 2) περιορισμός στην κατανάλωση αλκοόλ, 3) υψηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, καθώς και τροφών χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά, 4) μείωση του σωματικού βάρους και συντήρηση, και 5) τακτική σωματική άσκηση. Συνιστάται επίσης η διακοπή του καπνίσματος, όχι μόνο για να βελτιωθεί ο καρδιαγγειακός κίνδυνος, αλλά και επειδή το κάπνισμα έχει μια οξεία υπερτασική δράση που μπορεί να αυξήσει την περιπατητική καταγραφή της αρτηριακής πίεσης.

ΕΝΑΡΞΗ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Τα όρια έναρξης αντιυπερτασικής αγωγής είναι πλέον λιγότερο συντηρητικά από ό,τι στις προηγούμενες οδηγίες. Συνιστάται σε ασθενείς με χαμηλό και μέτριο καρδιαγγειακό κίνδυνο και επίπεδα αρτηριακής πίεσης σταδίου I (ΑΠ Ιατρείου 140-159/90-99), έναρξη αντιυπερτασικής αγωγής ύστερα από μια περίοδο υγιεινοδιαιτητικών αλλαγών. Όσον αφορά τους ασθενείς με υψηλότερο καρδιαγγειακό κίνδυνο ή με υπέρταση σταδίου II, συστήνεται άμεση έναρξη της αντιυπερτασικής αγωγής μαζί με τις υγιεινοδιαιτητικές αλλαγές. Οι συστάσεις αυτές ισχύουν για όλους τους ασθενείς έως την ηλικία των 80 ετών.

ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ

Αναγνωρίζεται ολοένα και περισσότερο ότι θα πρέπει να εκτιμάται η γενικότερη κατάσταση του ασθενούς, η βιολογική και όχι τόσο η χρονολογική ηλικία, καθώς και οι συννοσηρότητες και το πόσο εύθραυστος είναι ένας ασθενής πριν την έναρξη της αντιυπερτασικής αγωγής. Όλοι αυτοί οι παράγοντες είναι σημαντικοί για να προσδιοριστεί εάν η αντιυπερτασική αγωγή θα είναι καλά ανεκτή. Είναι πλέον γνωστό ότι ακόμα και σε ασθενείς ηλικίας >80 ετών η αντιυπερτασική αγωγή μειώνει την καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνητότητα. Συνεπώς, οι ασθενείς αυτοί δεν πρέπει να εξαιρούνται από τη θεραπεία. Για τους ασθενείς >80 ετών που δεν έχουν λάβει ακόμη αντιυπερτασική θεραπεία, συστήνεται έναρξη της αγωγής, όταν τα επίπεδα της ΑΠ ιατρείου είναι ≥160 mmHg, υπό την προϋπόθεση ότι η θεραπεία είναι καλά ανεκτή. Τα όρια έναρξης της αντιυπερτασικής αγωγής παρουσιάζονται στον πίνακα 1.

ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ

Το πόσο χαμηλά θα πρέπει να μειωθούν τα επίπεδα της αρτηριακής πίεσης αποτελούσε παραδοσιακά θέμα αντιπαράθεσης, καθώς η υπέρμετρη μείωση της ΑΠ θα μπορούσε να αυξήσει την καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνητότητα. Σύμφωνα με τις νέες κατευθυντήριες οδηγίες η μείωση των επιπέδων της ΑΠ σε <140/90 mmHg είναι επωφελής για όλες τις ομάδες ασθενών, συμπεριλαμβανομένων και των ηλικιωμένων. Υπάρχουν επιπλέον στοιχεία που υποστηρίζουν ως στόχο της ΣΑΠ τα 130 mmHg ή και χαμηλότερα, εάν είναι ανεκτό από τους ασθενείς, καθώς μειώνεται περισσότερο ο κίνδυνος εμφάνισης αγγειακού εγκεφαλικού

επεισοδίου. Το κατώτερο όριο της ΣΑΠ που προτείνεται για τους περισσότερους ασθενείς είναι τα 120 mmHg, καθώς υπάρχουν επιφυλάξεις για την πιθανότητα το όφελος σε αυτά τα επίπεδα να είναι μικρότερο από τους κινδύνους που μπορεί να προκαλέσει μια ιδιαίτερα χαμηλή ΣΑΠ.

ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, οι συννοσηρότητες, η βιολογική ηλικία καθώς και το πόσο εύθραυστος είναι ένας ηλικιωμένος ασθενής θα επηρεάσουν όλες τις θεραπευτικές αποφάσεις σε ηλικιωμένους (≥ 65 ετών) και υπερηλικες (> 80 ετών). Ο επιθυμητός στόχος της ΣΑΠ για όλους τους ασθενείς ηλικίας > 65 ετών είναι 130-139 mmHg. Το όριο που προτείνεται είναι χαμηλότερο σε σχέση με αυτό των προηγούμενων κατευθυντήριων οδηγιών. Οποιαδήποτε μείωση της ΣΑΠ προς αυτόν τον στόχο είναι επωφελής υπό τον όρο ότι η θεραπεία είναι καλά ανεκτή.

ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ Ή/ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ

Όπως προτείνεται και στις περισσότερες ομάδες των υπερτασικών, συστήνεται έναρξη της αντιπερτασικής αγωγής σε ασθενείς με ΣΔ, όταν τα επίπεδα της ΣΑΠ είναι ≥ 140 mmHg με στόχο τα 130 mmHg, καθώς υπάρχουν μελέτες που υποστη-

ρίζουν ότι η επίτευξη αυτού του στόχου είναι ευεργετική όσον αφορά την πρόγνωση των ασθενών. Επιπλέον, η στόχευση σε επίπεδα ΣΑΠ < 130 mmHg σε όσους ασθενείς μπορούν να το ανεχθούν μπορεί να μειώσει περαιτέρω τον κίνδυνο του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Δεν θα πρέπει να μειώσουμε όμως τα επίπεδα της ΣΑΠ σε < 120 mmHg καθώς υπάρχουν επιφυλάξεις για την πιθανότητα το όφελος σε αυτά τα επίπεδα να είναι μικρότερο από τους κινδύνους που μπορεί να προκαλέσει μια ιδιαίτερα χαμηλή ΣΑΠ. Για τους ασθενείς με ΧΝΝ τα δεδομένα δείχνουν ότι ο στόχος της ΣΑΠ θα πρέπει να είναι μεταξύ 130-139 mmHg.

ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ

Ο στόχος της διαστολικής ΑΠ (ΔΑΠ) είναι λιγότερο καλά καθορισμένος. Σύμφωνα με τις τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες ο στόχος θα πρέπει να είναι < 80 mmHg (70-79 mmHg). Όσον αφορά τους ασθενείς με μεμονωμένη συστολική υπέρταση, οι οποίοι ενδέχεται να παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα ΔΑΠ, οι οδηγίες προτείνουν τη μείωση της ΣΑΠ προς τον προτεινόμενο στόχο χωρίς να αποθαρρυνόμαστε από τα επίπεδα της ΔΑΠ, αρκεί η αγωγή να είναι καλά ανεκτή, καθώς αυτοί είναι ασθενείς υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου. Οι στόχοι των επιπέδων της αρτηριακής πίεσης παρουσιάζονται στον πίνακα 2.

Πίνακας 2. Στόχοι των επιπέδων της αρτηριακής πίεσης

Ηλικία	Στόχοι ΣΑΠ ιατρείου (mmHg)					Στόχος ΔΑΠ mmHg
	Υπέρταση	+Διαβήτης	+ΧΝΝ	+ΣΝ	+ΑΕΕ/ΠΠΕ	
18-65 έτη	Στόχος 130 ή χαμηλότερα εάν είναι ανεκτό Όχι < 120	Στόχος 130 εάν είναι ανεκτό Όχι < 120	Στόχος $< 140-130$ εάν είναι ανεκτό	Στόχος 130 ή χαμηλότερα εάν είναι ανεκτό Όχι < 120	Στόχος 130 ή χαμηλότερα εάν είναι ανεκτό Όχι < 120	$< 80-70$
65-79 έτη	Στόχος $< 140-130$ εάν είναι ανεκτό	Στόχος $< 140-130$ εάν είναι ανεκτό	Στόχος $< 140-130$ εάν είναι ανεκτό	Στόχος $< 140-130$ εάν είναι ανεκτό	Στόχος $< 140-130$ εάν είναι ανεκτό	$< 80-70$
≥ 80 έτη	Στόχος $< 140-130$ εάν είναι ανεκτό	Στόχος $< 140-130$ εάν είναι ανεκτό	Στόχος $< 140-130$ εάν είναι ανεκτό	Στόχος $< 140-130$ εάν είναι ανεκτό	Στόχος $< 140-130$ εάν είναι ανεκτό	$< 80-70$
Στόχος ΔΑΠ mmHg	$< 80-70$	$< 80-70$	$< 80-70$	$< 80-70$	$< 80-70$	

ΣΑΠ: Συστολική αρτηριακή πίεση, ΔΑΠ: Διαστολική αρτηριακή πίεση, ΧΝΝ: Χρόνια νεφρική νόσος, ΣΝ: Στεφανιαία νόσος, ΑΕΕ: Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, ΠΠΕ: Παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Σε αυτές τις οδηγίες δίδεται έμφαση στην έναρξη της αντιυπερτασικής αγωγής με συνδυασμένη αγωγή (σταθερός συνδυασμός). Η μονοθεραπεία είναι συνήθως ανεπαρκής για τα περισσότερα άτομα με ΑΥ (όσον αφορά τα ποσοστά ρύθμισης της ΑΠ), ιδιαίτερα τώρα που οι στόχοι θεραπείας της ΑΥ για πολλούς ασθενείς είναι χαμηλότεροι από ό,τι στις προηγούμενες οδηγίες. Εξαίρεση σε αυτόν τον κανόνα αποτελούν οι ασθενείς με χαμηλά επίπεδα ΣΑΠ (<150 mmHg), οι οποίοι μπορούν να πετύχουν τους προτεινόμενους στόχους με ένα μόνο φάρμακο, ή ασθενείς ηλικίας ≥ 80 ετών στους οποίους η πιο ήπια μείωση των επιπέδων της ΑΠ είναι επιθυμητή. Τα διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν ότι αυτή η προσέγγιση που προτείνεται από τις οδηγίες θα οδηγήσει σε πιο γρήγορη και αποτελεσματική μείωση και ρύθμιση των επιπέδων της ΑΠ, ενώ παράλληλα είναι και καλά ανεκτή.

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΜΕ ΣΤΑΘΕΡΟ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ

Η μακροπρόθεσμη προσήλωση των ασθενών στην αντιυπερτασική αγωγή δεν είναι καλή και αναγνωρίζεται πλέον ως ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που συμβάλλουν στην πτωχή ρύθμιση των επιπέδων της ΑΠ παγκοσμίως. Σύμφωνα με διάφορες μελέτες, υπάρχει άμεση συσχέτιση μεταξύ του αριθμού των χαπιών που μειώνουν τα επίπεδα της ΑΠ και της κακής προσήλωσης των ασθενών στη θεραπεία. Η θεραπεία με σταθερούς συνδυασμούς έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει την προσήλωση των ασθενών στην αγωγή, και γι' αυτόν τον λόγο προτείνεται και από τις τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες. Συνιστάται έναρξη της αγωγής με σταθερούς συνδυασμούς δύο ή ακόμα και τριών φαρμάκων όπου χρειάζεται.

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΣ ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΣ

Σε αυτές τις οδηγίες προτείνεται ένας απλοποιημένος φαρμακευτικός αλγόριθμος για την αντιμετώπιση της ΑΥ, είτε ο ασθενής παρουσιάζει ανεπίπλεκτη υπέρταση, είτε παρουσιάζει υπέρταση με συννοσηρότητες ή/και βλάβη οργάνου στόχου. Συνιστάται έναρξη της αντιυπερτασικής αγωγής με συνδυασμό φαρμάκων του άξονα (αναστολείς του μεταπρεπτικού ενζύμου ή ανταγωνιστές των υποδοχέων της αγγειοτασίνης) μαζί με ανταγωνιστές ασβεστίου ή θειαζιδικά διουρητικά ως αρχική θεραπεία για τους περισσότερους ασθενείς. Για όσους απαιτούν τρία φάρμακα, συστήνεται συνδυασμός φαρμάκων του άξονα με ανταγωνιστές ασβεστίου και θειαζιδικά διουρητικά. Όσον αφορά τους β-αποκλειστές, αυτοί προτείνονται όταν υπάρχει ειδική ένδειξη για τη χρήση τους (π.χ. στηθάγχη, έμφραγμα του μυοκαρδίου, καρδιακή ανεπάρκεια με μειωμένο κλάσμα εξώθησης ή όταν απαιτείται έλεγχος της καρδιακής συχνότητας).

ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΜΕΙΩΣΗΣ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ

Έως τώρα έχουν αναπτυχθεί και μελετηθεί διάφορες επεμβατικές μέθοδοι μείωσης των επιπέδων της αρτηριακής πίεσης. Δυστυχώς τα αποτελέσματα από αυτές τις μελέτες δεν παρείχαν επαρκή στοιχεία ώστε να χρησιμοποιηθούν αυτές οι μέθοδοι στην καθημέρα κλινική πράξη. Συνεπώς, η χρήση αυτών των μεθόδων δεν συστήνεται για τη θεραπεία της υπέρτασης εκτός και εάν πραγματοποιούνται σε κλινικές πειραματικές μελέτες, μέχρι να καταστούν διαθέσιμα περαιτέρω στοιχεία σχετικά με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητά τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J* 2018; 1; 39(33): 3021-3104. doi: 10.1093/eurheartj/ehy339.