

CO JE LÉKEM PRVNÍ VOLBY U HYPERTENZE V ROCE 2007?

prof. MUDr. Jiří Vítovec, CSc., FESC¹, prof. MUDr. Jindřich Špinar, CSc., FESC²

¹1. interní kardiologická klinika FN u sv. Anny, Brno

²Interní kardiologická klinika FN Brno

Podáváme přehled 5 základních skupin antihypertenziv, thiazidových diuretik, betablokátorů, antagonistů vápníkových kanálů, inhibitorů angiotenzin konvertujícího enzymu a antagonistů receptorů pro angiotenzin II. U jednotlivých antihypertenziv jsou zmíněny stavy vhodné pro jejich podávání, kontraindikace a stavy nevhodné pro jejich podávání. Přehled vychází z ESH/ESC doporučení 2007.

Klíčová slova: hypertenze, antihypertenziva.

WHAT IS THE TREATMENT OF CHOICE FOR HYPERTENSION IN THE YEAR 2007?

We present a review of 5 basic groups of antihypertensive medications, thiazide diuretics, betablockers, calcium channel blockers, angiotensin converting enzyme inhibitors and angiotensin II receptor blockers. In each group we describe suitable indications, contraindications and inappropriate use. The review is based on ESH/ESC guidelines from 2007.

Key words: hypertension, antihypertensive medications.

Interní Med. 2007; 9(9): 408–410

Letos byla v Miláně na 17. kongresu Evropské společnosti pro hypertenzi uvedena nová doporučení pro léčbu hypertenze verze 2007 a budou jistě podrobně v našem odborném tisku rozebrána. V tomto článku se na základě těchto doporučení zamyslíme nad výběrem léku první volby u nemocného s hypertenzí (2).

Cílem léčby hypertenze je stále na prvním místě snížení tlaku na doporučené hodnoty, odstranění či redukce rizikových faktorů, ochrana postižených orgánů a prevence komplikací. V tomto sdělení se nebudeme zabývat nefarmakologickou léčbou ani kombinační léčbou (5).

Lékem první volby v léčbě hypertenze zůstává 5 základních lékových skupin: diuretika (thiazidová), betablokátor, blokátor vápníkových kanálů, inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu (ACE) a antagonisté receptorů pro angiotenzin II (2, 3).

Při výběru jednotlivých léků jsou rozhodující tři parametry: předchozí zkušenost nemocného, doprovodná onemocnění a poškození cílových orgánů. Nejprve se řídíme předchozí zkušeností, jak nemocný tuto léčbu snášel a zda-li byla úspěšná či nikoliv. Hodnotíme vliv těchto léků na kardiovaskulární riziko nemocného. V úvahu musíme vzít poškození orgánů, především hypertrofii levé komory či postižení ledvin. Přichází posouzení doprovodných onemocnění, včetně diabetes mellitus a dyslipidemie. Musíme výběr léků provést tak, abychom se vyvarovali možných lékových interakcí s léčbou jiných onemocnění. Lékař si musí být vědom i nežádoucích účinků, které mohou vést k tomu, že je nemocný nebude brát. Snížení krevního tlaku musí být po celou dobu dávkovacího režimu, tj. 24 hodin a přednost dáváme lékům s dlouhou dobou působení, tj. přes 24 hodin, které se užívají 1x denně (4, 5).

Prvou skupinou jsou diuretika (hydrochlorothiazid, chlorthalidon, indapamid a metipamid), která jsou vhodná pro léčbu izolované systolické hypertenze zvláště ve stáří, u hypertenze a srdečního selhání – zde však budou zcela jistě v kombinaci s další léčbou tohoto syndromu a dále jsou účinná u Afroameričanů s hypertenzí. Zcela nevhodná jsou u dny a méně vhodná u metabolického syndromu, poruchy glukózové tolerance a těhotenství. Preferujeme nízké dávky a spíše budou vhodné do kombinační léčby.

Betablokátor byly v nedávné minulosti jako léky první volby u nekomplikované hypertenze velmi zpochybňovány. Jednoznačnou indikací jsou u hypertoniků po infarktu myokardu, se srdečním selháním, tachyarytmiemi (včetně permanentní fibrilace síní), anginou pectoris, glaukomem (zde musíme vzít na vědomí, že oční kapky s betablokátor jsou účinné i celkově!) a jsou vhodné v těhotenství. Respektujeme absolutní kontraindikace asthma bronchiale, AV blokádu 2.–3. stupně a nejsou vhodné u metabolického syndromu, poruchy glukózové tolerance, CHOPN a nemocných fyzicky aktivních, hlavně v aerobním režimu. Velmi se budeme rozhodovat o jejich podání u mužů s erektilní dysfunkcí, kde musíme očekávat „non compliance“. U nekomplikované hypertenze je podáme u hypertoniků se zvýšenou sympatickou aktivitou a nebudeme je vysazovat, když nemocní dlouhodobě BB dobře snášeli a mají cílové hodnoty TK. Podle metaanalýzy bychom neměli používat atenolol, který má nejvíce negativních dat (1).

Blokátory vápníkového kanálu dělíme na dihydropyridiny-DHP (např. amlodipin, felodipin, lacidipin a další) a non-dihydropyridiny (verapamil a diltiazem). DHP jsou vhodné u izolované

Tabulka 1. Vhodné stavy pro výběr jednotlivých antihypertenziv

Thiazidová diuretika	Betablokátor
srdeční selhání	angina pectoris
izolovaná systolická hypertenze	po infarktu myokardu
hypertenze u Afroameričanů	srdeční selhání
	tachyarytmie včetně fibrilace síní
	glaukom
	těhotenství
BVK – DHP	BVK – NonDHP (verapamil, diltiazem)
angina pectoris	angina pectoris
izolovaná systolická hypertenze	ateroskleróza karotických tepen
hypertrofie levé komory	supraventrikulární tachykardie
ateroskleróza karotických tepen	
těhotenství	
hypertenze u Afroameričanů	
ACE inhibitory	sartany (ARA)
srdeční selhání	srdeční selhání
dysfunkce levé komory	po infarktu myokardu
st.p. infarktu myokardu	diabetická nefropatie
diabetická nefropatie	hypertrofie levé komory
nediabetická nefropatie	proteinurie/mikroalbuminurie
hypertrofie levé komory	fibrilace síní
ateroskleróza karotických tepen	metabolický syndrom
proteinurie/mikroalbuminurie	kašel po ACE-I
fibrilace síní	
metabolický syndrom	
BVK – DHP = blokátory vápníkových kanálů – dihydropyridiny; ARA = antagonisté pro receptor angiotenzinu II – sartany	

systolické hypertenze zvláště ve stáří, anginy pectoris, hypertrofie levé komory, v přítomnosti koronární či karotické aterosklerózy, těhotenství a u Afroameričanů. Nevhodné jsou u tachyarytmií a srdečního selhání. Non DHP použijeme u nemocných s hypertenzí a anginou pectoris, karotické aterosklerózy a supraventrikulárních tachykardií. Kontraindikacemi jejich podání jsou srdeční selhání a AV blokády 2. a 3. stupně.

Inhibitory ACE budou léky volby u hypertoniků se srdečním selháním, včetně asymptomatické dysfunkce levé komory, po infarktu myokardu, diabetické i nediabetické nefropatie, hypertrofie LK, metabolickém syndromu, mikroalbuminurii či proteinurii, u paroxysmální fibrilace síní a ICHS. Kontraindikovány jsou v těhotenství či u žen, které těhotenství plánují, angioedému, hyperkalémii a bilaterální stenóze renálních tepen. Nemocného vždy upozorníme na možnost výskytu suchého kašle, který je indikací k záměně za antagonisty receptorů pro Ang II , které mají stejné indikace jako inhibitory ACE i stejné kontraindikace.

Všechny ostatní lékové skupiny, jako jsou antagonisté aldosteronu, agonisté I_1 imidazolinových receptorů, alfablokátory (i když zde bychom osobně nesouhlasili, v případě benigní hypertrofie prostaty jsou plně indikovány pro monoterapii), centrální agonisté, přímé vazodilatátory nepatří mezi léky první volby u hypertenze a budou vhodné spíše pro kombináční léčbu (4, 5).

Literatura

1. Carlberg B, Samuelsson O, Lindholm LH. Atenolol in hypertension: is it a wise choice? *Lancet* 2004; 364: 1684–1689.
2. Task Force Members 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. *J Hypertension* 2007; 25: 1105–1187.

Tabulka 2. Kontraindikace jednotlivých skupin antihypertenziv

	Kontraindikace	
	Absolutní	Relativní
thiazidová diuretika	dna	těhotenství metabolický syndrom porušená glukózová tolerance
betablokátory	asthma bronchiale A-V blokáda (2.–3. stupně)	chronická obstrukční plicní nemoc ischemická choroba dolních končetin sportovci a fyzicky aktivní pacienti metabolický syndrom porušená glukózová tolerance
BVK – DHP		tachyarytmie srdeční selhání
BVK – nonDHP	A-V blokáda (2.–3. stupně) srdeční selhání	
ACE-I	těhotenství angioneurotický edém hyperkalemie bilaterální stenóza renálních tepen	
sartany (ARA)	těhotenství hyperkalemie bilaterální stenóza renálních tepen	

Závěr

Výběr vhodného antihypertenziva bude záležet na lékaři, který se rozhodne podle věku, rizikových faktorů, přidružených onemocnění a postižení jednotlivých orgánů. Jiná léčba bude u mladé nemocné, která může otěhotnět, jiná u muže středních let s metabolickým syndromem a jiná u nemocného nad 80 let. Doufáme, že tento článek Vám v tomto rozhodování pomůže.

*Práce byla vypracována v rámci
výzkumného záměru MŠMT – MSM0021622402*

prof. MUDr. Jiří Vítovec, CSc., FESC

I. interní kardiologická klinika, FN u sv. Anny
Pekařská 53, 656 91 Brno
e-mail: jiri.vitovec@fnusa.cz

3. Vítovec J, Špinar J. Farmakoterapie kardiovaskulárních onemocnění. Grada 2004: 248 s.
4. Widimský J, Widimský J jun. Esenciální a sekundární hypertenze pro praxi. Triton Praha 2005: 247 s.
5. Widimský J, a kol. Hypertenze. 2. rozšířené a přepracované vydání, Triton 2004: 509 s.