

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.

Med. Pro Praxi 2007; 4(9): 380–381

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), betablokátory, blokátory 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 poškození 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.

Betablokátory 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 betablokátory 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 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.

Tabulka 1. Vhodné stavy pro výběr jednotlivých antihypertenziv

Thiazidová diuretika	Betablokátory
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	

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 AII, 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).

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.

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	

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

Převzato z Interní Med. 2007; 9(9): 408–410.

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

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.
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. vyd., Triton 2004: 509 s.