

Britové odsoudili užití beta-blokátorů u hypertenze

J. Špínar¹, J. Vítovec²

¹ Interní kardiologická klinika Lékařské fakulty MU a FN Brno, pracoviště Bohunice, přednosta prof. MUDr. Jindřich Špínar, CSc., FESC

² I. interní kardiologická klinika Lékařské fakulty MU a FN u sv. Anny, Brno, přednosta prof. MUDr. Jiří Vítovec, CSc., FESC

NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) a Národní kolaborační centrum pro chronická onemocnění (National Collaborating Centre for Chronic Conditions), ve spolupráci s Britskou společností pro hypertenzi (British Hypertension Society – BSH), publikovaly (zatím elektronicky) aktualizovaná klinická doporučení pro léčbu hypertenze, reagující na výsledky klinických studií z poslední doby, především na výsledky studie ASCOT [4].

Doporučení jsou k dispozici na www.nice.org.uk/CG034guidance nebo

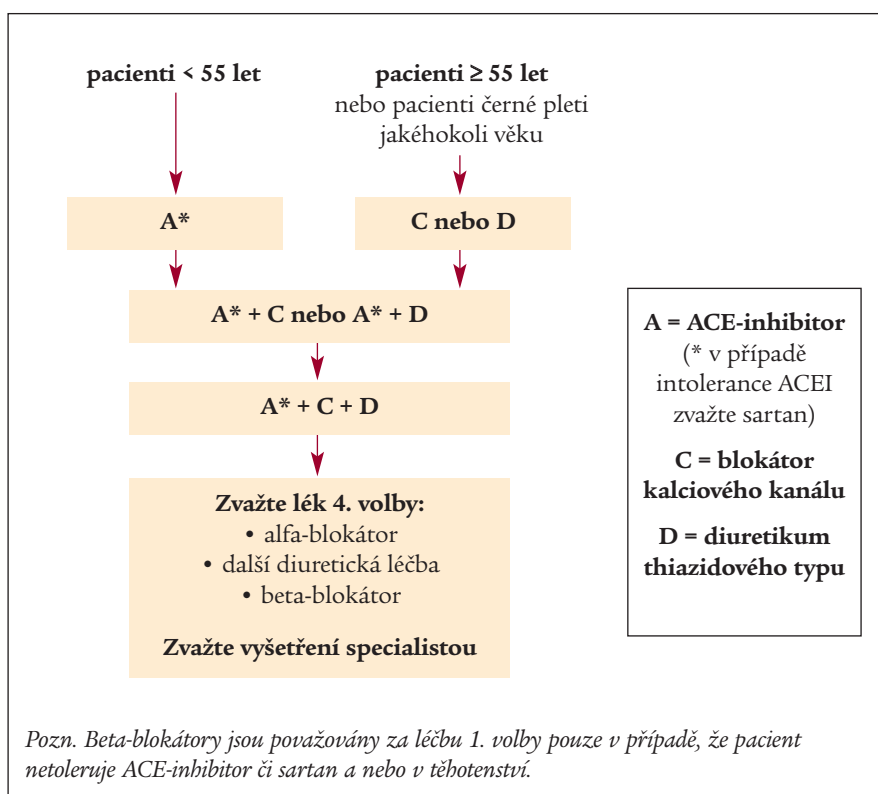
<http://www.nice.org.uk/CG034guidance>

Nové pokyny NICE doporučují léčit hypertenzi podle níže uvedeného schématu, tedy zahájit léčbu ACE-inhibitorem (A) u mladších pacientů nebo blokátorem kalciového kanálu či diuretikem u starších pacientů a u pacientů černé pleti. Terapií 2. volby je přidání blokátoru kalciového kanálu či diuretika pacientům, kteří jsou již léčeni ACE-inhibitorem; a přidání ACE-inhibitoru pacientům, kteří jsou již léčeni blokátorem kalciového kanálu nebo diuretikem. Doporučenou terapií 3. volby je kombinace ACE-inhibitoru, blokátoru kalciového kanálu (C) a diuretika (D). Je-li nutná další léčba, doporučuje se přidat alfa-blokátor, beta-blokátor či další diuretikum.

Autoři sami shrnují svá doporučení do několika zásadních bodů:

1. U hypertoniků nad 55 let nebo hypertoniků černé pleti bez ohledu na věk má být léčba zahájena blokátorem kalciového kanálu nebo thiazidovým diuretikem.
2. U hypertoniků mladších než 55 let má být lékem 1. volby ACE-inhibitor (v případě intolerance AII-antagonista – sartan)

3. Pokud léčba zahájená blokátorem kalciového kanálu nebo diuretikem není dostatečná, a je třeba druhý lék do kombinace, přidejte ACE-inhibitor, v případě intolerance AII-antagonistu – sartan (poznámka platí i pro hypertoniky černé pleti, neplatí pro asiaty, Číňany a míšence). Pokud byla léčba zahájena ACE-inhibitorem, a není dostatečná, přidejte blokátor kalciových kanálů nebo diuretikum.



NICE 2006: Algoritmus pro léčbu hypertenze.

4. Je-li potřeba trojkombinace, vhodnou volbou je ACE-inhibitor (v případě intolerance AII-antagonistu – sartan) v kombinaci s blokátorem kalciového kanálu a diuretikem
5. Je-li při léčbě trojkombinací nedostatečně kontrolován krevní tlak, zvažujte další léky a/nebo konzultaci odborníka na hypertenzi.
6. Jako čtvrtý lék je možné použít
 - další diuretikum (nebo zvýšit dávky thiazidového diuretika)
 - beta-blokátor
 - selektivní alfa-blokátor
7. Pokud není ani při léčbě čtyřkombinací krevní tlak dobře kontrolován, je konzultace odborníka nezbytná.
8. Beta-blokátory nejsou léky vhodné k zahájení léčby hypertenze. Podávání beta-blokátorů by ale mohlo být zvažováno u mladších osob pokud
 - netolerují ACE-inhibitor ani sartan
 - připadá v úvahu gravidita (mladší ženy ve fertilním věku)
 - je zvýšený tonus sympatiky
 V těchto případech je možno zahájit léčbu beta-blokátorem a jako 2. lék volby je vhodný blokátor vápníkového kanálu. Thiazidové diuretikum je méně vhodné, vzhledem k možnému rozvoji diabetes mellitus.
9. Pokud není léčba dostatečná ani po přidání beta-blokátorů, je třeba zkontrolovat všechny předchozí kroky.
10. Je-li nemocný v současnosti léčen beta-blokátorem a jeho krevní tlak je dobře kontrolován ($< 140/90$ mm Hg), není třeba beta-blokátor vysazovat a léčbu měnit.
11. Pokud bude beta-blokátor vysazován, je potřeba postupně snižovat dávku. Beta-blokátory nemají být vysazovány u nemocných s jasnou indikací pro beta-blokádu, jakou je např. symptomatická angina pectoris nebo stavy po infarktu myokardu.

Zdůrazněny jsou i zásady, které se nemění od předchozích doporučení:

1. Farmakologická léčba zlepšuje prognózu nemocných. Používejte farmakologickou léčbu u nemocných:
 - s krevním tlakem $\geq 160/100$ mm Hg
 - s krevním tlakem $\geq 140/90$ mm Hg a 10letým rizikem kardiovaskulárního onemocnění $\geq 20\%$ nebo s diagnostikovaným kardiovaskulárním onemocněním.
2. Nemocní by měli být plně informováni o účincích a nežádoucích účincích léků, tak aby se spoluúčastnili při výběru své léčby.
3. Cílem je dosáhnout krevního tlaku $< 140/90$ mm Hg. Tohoto cíle je možno dosahovat jak titrací k vyšším dávkám, tak přidáváním dalších lékových skupin.
4. Pacienti s izolovanou systolickou hypertenzí (TKs ≥ 160 mm Hg a TKd < 90 mm Hg) mají být léčeni stejně jako nemocní se systolicko-diastolickou hypertenzí.
5. Pacienti nad 80 let mají být léčeni stejně jako nemocní ve věkovém rozmezí 55–80 let s přihlédnutím k jejich doprovodným onemocněním.
6. Maximálně mají být využívány léky s dávkováním 1krát denně.
7. Podáváním správných léků dosahujeme největší rentability (cost-effectiveness).

Autoři uvádějí, že doporučení pro nemocné mladší 55 let jsou spíše spekulativní, poněvadž pro tuto populaci, v níž je riziko kardiovaskulární příhody poměrně malé, není dostatek dat z velkých klinických studií [2–5]. Tato doporučení spíše vycházejí z faktu, že blokátory renin-angiotenzinového systému (ACEI a AII-antagonisté) nejvíce zabraňují riziku vzniku nového diabetes mellitus, který zvyšuje riziko kardiovaskulární příhody 2–4násobně. Z některých klinických studií navíc vyplývá, že u osob mladších 55 let je větší pokles krevního tlaku po ACE-inhibitech než

po blokátorech vápníkového kanálu či diureticích.

U nemocných nad 55 let je výběr mezi kalciovým blokátorem a diuretikem na zvážení lékaře a posouzení konkrétní situace. U nemocných bez diabetes mellitus a bez srdečního selhání jsou blokátory vápníkového kanálu lékem volby. U nemocných s vysokým rizikem srdečního selhání a nízkým rizikem diabetes mellitus jsou lékem volby diuretika. U nemocných s vysokým rizikem srdečního selhání a vysokým rizikem diabetes mellitus a/nebo s manifestním srdečním selháním jsou lékem volby ACE-inhibitory nebo AII-antagonisté.

Autoři uvádějí, že z klinických studií je stále nedostatek jasných dat pro vhodné kombinace, pokud je léčba monoterapií nedostatečná. Velké procento nemocných (až 80 % – poznámka autorů) potřebuje alespoň dvojkombinaci. Z patofyziologického hlediska se jako nejlogičtější jeví kombinace A + C nebo A + D (ACEI nebo sartan + blokátor vápníkového kanálu nebo ACEI nebo sartan + diuretikum).

Část nemocných nemá krevní tlak dobře kontrolován (asi 30 % – poznámka autorů) ani při léčbě dvojkombinací. Při kombinaci doporučení pro monoterapii a pro dvojkombinaci se jako logickou doporučenou nejvhodnější trojkombinací jeví A+C+D.

Doporučení vycházejí z předpokladu skupinového efektu léků, jedinou výjimkou je preference léků s dávkováním 1krát denně, a naopak nedoporučení léků, které je nutné podávat 2 a vícekrát denně.

Nová doporučení tedy ze základní strategie vyřadila beta-blokátory. Důvodem jsou především data z velkých klinických studií, v nichž byl efekt beta-blokátorů ve srovnání s jinými lékovými skupinami na zabránění kardiovaskulárních komplikací (především cévní mozkové příhody) menší [2–4]. I v tomto případě se však vycházelo ze skupinového efektu léků. Většina nepříznivých dat je ze studií

s atenololem, po vyřazení studií s atenololem však zůstane jen velmi málo jasných dat pro jiné beta-blokátory. Autoři doporučují k potvrzení či vyvrácení těchto doporučení provést klinické studie s „dobrymi“ beta-blokátory. Dalším důvodem pro vyřazení beta-blokátorů byl fakt, že nejhojnější výskyt diabetes mellitus je při léčbě kombinací beta-blokátor s diuretikem. Přitom diuretikum bylo v rizikovosti kardiovaskulární příhody srovnatelné s ACEI i blokátory kalciových kanálů [5]

Poznámka

Výbor České společnosti pro hypertenzi doporučil na svém zasedání dne 22. 8. 2006 se nadále řídit doporučením Evropské společnosti pro hypertenzi a Evropské kardiologické společnosti (ESH/ESC) [6] a doporučeními České společnosti pro hypertenzi (ČSH) [1]. Veškerá data, včetně metaanalýz britských autorů jsou in-

tenzivně studována a budou zahrnuta v nových doporučeních evropských (jaro 2007) i českých (podzim 2007).

Literatura

1. Cífková R, Horký K, Widimský J sr et al. Doporučení diagnostických a léčebných postupů u arteriální hypertenze – verze 2004. Doporučení České společnosti pro hypertenzi. Vnitř Lék 2004; 50: 709–722.
2. Dahlöf B, Devereux RB, Kjeldsen SE (for the LIFE investigators). Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan Intervention For Endpoints reduction in hypertension study (LIFE): a randomised trial against atenolol. Lancet 2002; 359: 995–1003.
3. Lindholm LH, Samuelsson O. What are the odds at ASCOT today. Lancet 2003; 361: 1144–1145.
4. Poulter NR (for the ASCOT investigators). Role of blood pressure and other variables in the differential cardiovascular event rate noted in the the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Blood

Pressure Lowering Arm (ASCOT-BPLA). Lancet 2005; 366: 907–913.

5. The ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group. Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomised to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic; the Antihypertensive and Lipid Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT). JAMA 2002; 288: 2981–2997.

6. Zanchetti A for the guidelines committee 2003 European Society of Hypertension – European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. J Hyperten 2003; 21: 1011–1023.

prof. MUDr. Jindřich Špinar, CSc, FESC,
www.fnbrno.cz
e-mail: jspinar@fnbrno.cz

Doručeno do reakce: 7. 8. 2006

www.geriatrickarevue.cz