

В помощ на семейния лекар

Дихидропиридинови калциеви антагонисти при артериална хипертония

Проф. д-р Мл. Григоров

Български кардиологичен институт

Артериалното налягане (АН) е нормално, ако е под 140/90 mmHg. Все пак, това е горнодопустимата граница. Оптималното АН трябва да е до 120/80 mmHg. Тогава сърдечно-съдовият риск (ССР) е два пъти по-малък. Ако АН е над 140/90 mmHg, при 90% от болните има повишен ССР (сърдечно-съдов риск).

АХ най-често се установява от семейния лекар. Той трябва да я контролира и лекува. Лечението ѝ в болница дава фалшиво-положителни резултати (изключението е за органните усложнения). АН трябва да е нормално в обикновения начин на живот, труд и бит.

При начална лека АХ отказът от консумация на сол (т.е. максимум до 2 g на ден) и алкохол (т.е. максимум до 30 g концентрат на ден или 1-2 чаши вино, или 400 ml бира), умереното хранене и спорт може да доведат до нормализиране на АХ и без лекарства. За съжаление, това рядко се постига.

АХ има три стадия според стойностите на АН.

- I^{ва} степен = 140-159/90-99 mmHg.
- II^{ра} степен = 160-179/100-109 mmHg.
- III^{-та} степен = над 180/110 mmHg
- Изолирана систолна АХ = систолно налягане над 140 mmHg и диастолно под 90 mmHg.

Стойностите на АН са най-важното нещо, което трябва да се контролира, защото е доказано, че добрият

контрол е толкова важен, колкото и лечението на АХ.

Диабетна нефропатия имат 40% от хипертониците. При АХ нефропатията (микро- или макроалбинурия) води до хронична бъбречна недостатъчност (ХБН), която увеличава риска от:

- Сърдечна недостатъчност - с 50%.
- Мозъчен удар - с 30%.
- Миокарден инфаркт - с 25%.

Тези проценти са по-високи при наличие и на диабет.

След стойностите на АН при АХ и определянето на ССР трябва да се установи има ли органно засягане в резултат на високото АН.

Най-често засегнатите органи са мозъкът, сърцето и бъбреците, било остро (за мозъка - инсулт, за сърцето - аортна дисекция, остър миокарден инфаркт - ОМИ), било хронично (за мозъка - деменция, депресия; за сърцето - левокамерна хипертрофия; за бъбреците - ХБН).

По принцип до 50-годишна възраст по-опасно е високото диастолно

АН, а след тази възраст - високото систолно.

При възрастните хора е важно и т.нар. пулсово налягане, както и средното налягане в аортата, които отразяват в голяма степен ригидността на съдовата стена, т.е. лишаването на кръвообращението от т.нар. "второ сърце". Става дума за следното: по време на диастола, когато в нормални условия депонираната в аортата и големите артерии потенциална енергия (по време на систола) се изявява в кинетична, се извеждат допълнително 40% от ударния обем, т.е. икономисва се значителна енергия на лявата камера. Естествено, при ригидни съдови стени, характерни за възрастните хора, това не може да стане.

Левокамерната хипертрофия (ЛКХ) е най-честата проява на хронично органно засягане на сърцето. Ако тя се вижда и на ЕКГ, прогнозата е много лоша, особено ако е съчетана с данни за исхемия, независимо дали е коронарогенна или коронарогенна.

АХ много често се съчетава с ИБС и тогава исхемията винаги е коронарогенна.



Развитието на болестта в тези случаи е обичайно в посока на стенокардия и/или остър коронарен синдром, и/или сърдечна недостатъчност (СН).

Най-често АХ се съчетава с ХОББ, диабет, метаболитен синдром. В тези случаи лечението задължително се съобразява с тази коморбидност.

АН не е възможно "да се закове" в точно определени граници, но може и трябва да се поддържа нормално. Лекарствата се взимат постоянно и трябва да покриват денонощието. Не се пропускат и при нормално АН. От ниско АН никой не е умрял. Тогава течностите и/или намаляването на дозите помагат.

Лекарствената терапия засега е в шест групи лекарства: АСЕ-инхибитори; ангиотензин-2-рецепторни блокери (АРБ); бета-блокери (ББ); диуретици (Д); калциеви антагонисти; алфа-блокери (рядко) и напоследък и с ренинови антагонисти.

Само при лека АХ монотерапията може да помогне и то невинаги. В над 75% от случаите се налагат комбинации на лекарства, при които ефектът е да се наслажда (адитивен ефект), а не всяко да действа само за себе си.

Добрите комбинации с адитивен ефект са:

- Тиазиден диуретик + АСЕ-инхибитор.
- Тиазиден диуретик + Са-антагонист.
- Тиазиден диуретик + АРБ.
- Бета-блокери + калциев антагонист (от дихидропиридиновата група).
- АСЕ-инхибитор + Са-антагонист.
- Са-антагонист + АРБ.

При лека и умерена артериална хипертония е по-добре да се търси

ефект с 2-3 лекарства в малки дози.

Основните цели в лечението на АХ са вазодилатация и ограничаване на органното засягане. Това е така защото вазодилатацията намалява периферното съдово съпротивление, а така се ограничават и съдовото ремоделиране, т.е. и атерогенезата. Органното засягане намалява с години живота.

Вазодилатори са: аденозин, фосфодиестеразни блокери, калциеви антагонисти, АСЕ-инхибитори, АРБ, нитрати, дипиридамол, пентоксифилин.

Калциевите антагонисти, АРБ и АСЕ-инхибиторите се използват при артериална хипертония.

Предимствата на Са-антагонисти от дихидропиридиновата група са следните: физиологично намаляване на АХ (чрез ПСС); не повлияват контрактилитета; при ИБС се съчетават отлично с бета-блокерите; отлично повлияване на възрастни >65 г. пациенти; при асимптоматична атеросклероза и АХ; при прекаран инсулт; при ангина пекторис; при ХАНК; при бременност; при метаболитен синдром.

Предимствата на амлодипина, като представител на тази група, са следните:

- Са-антагонист с >24 ч. действие.
- Единствено противопоказание - тахикардия.
- Прилага се и при СН, при а-в блок I-III^{та} ст. (верапамил и дилтиазема не се прилагат).
- Може да се прилага с ББ (верапамил и дилтиазем - не).
- Не увеличава страничните явления при прием на статини (отношението с верапамил и дилтиазем в случая е 1:6).

- Отличен ефект при артериален съдов спазъм (включително и коронарен).

Амлодипинът увеличава хипотензивния си ефект при съчетание с бета-блокери, диуретици, АСЕ-инхибитори, АРБ, алфа-блокери, блокери на ренина.

Как ще действат калциевите йони зависи от броя на отворените калциеви канали и от бързината на отварянето им, като калциевите антагонисти действат обратно на тези зависимости. Дихидропиридините затварят калциевите канали, независимо от сърдечната честота. Верапамилът и дилтиаземът действат съобразно честотата (при голяма - затварят повече канали).

В полза на дихидропиридините са направени множество проучвания, между които:

- Syst. Euro и Syst. (China) намаляват инсултите при АХ с 42%.
- Syst. Euro - много добър ефект при възрастни с АХ.
- INSIGHT - намалява сърдечно-съдовия риск с 50% (сравнено с диуретик).
- Намалява диабета (сравнен с диуретици).
- INVEST - същите резултати.
- NORDIL - Са-антагонисти са първа линия при АХ.
- ALHAT - дихидропиридинови (амлодипин) + АСЕ-инхибитори (периндоприл) намаляват смъртността и ИБС.

В заключение може да се каже, че амлодипинът е калциев антагонист с много добри резултати в лечението на АХ с или без диабет, с или без ИБС, със или без СН. ■