

VI. ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Τι νέο φέρνουν οι αναθεωρημένες κατευθυντήριες οδηγίες 2013 για την υπέρταση της κοινής επιτροπής των European Society of Cardiology-ESC & European Society of Hypertension-ESH?

A. Μελιδώνης, E. Φουστέρης, D.,

Διαβητολογικό Κέντρο Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»

(Επιστημονικά Χρονικά 2013;18(3):181-187)

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κοινή επιτροπή της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Καρδιολογίας (European Society of Cardiology-ESC) & της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Υπέρτασης (European Society of Hypertension-ESH) έκδοσαν στις 15 Ιουνίου 2013 τις νέες αναθεωρημένες κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης, κατά τη διάρκεια των εργασιών του σχετικού συνεδρίου στο Μιλάνο με παράλληλη ανάρτηση στο διαδίκτυο στο European Heart Journal (doi: 10.1093/eurheartj/eh151), Journal of Hypertension και Blood Pressure. Οι οδηγίες αυτές έρχονται να αντικαταστήσουν τις αντίστοιχες που είχαν εκδόσει οι ίδιες εταιρείες το 2007 και 2003.

Σύμφωνα, λοιπόν, με αυτές τις δύο εταιρείες, η αρτηριακή υπέρταση συνεχίζει να αφορά στο 30-40% του ευρωπαϊκού πληθυσμού. Η δυτικοποίηση του τρόπου ζωής, η έλλειψη ενημέρωσης τόσο από τους ασθενείς όσο όμως και από τους ιατρούς, η διστακτικότητα έναρξης και εντατικοποίησης της φαρμακευτικής αγωγής καθώς και δομικά προβλήματα των συστημάτων υγείας αποτελούν τα βασικά αίτια της υψηλής αρτηριακής πίεσης στον ευρωπαϊκό πληθυσμό. Βασικά σημεία αλλαγής στη διάγνωση και θεραπεία της αρτηριακής υπέρτασης είναι:

- Προτείνεται ως θεραπευτικός στόχος συστολικής αρτηριακής πίεσης τα 140 mmHg για σχεδόν όλες τις ομάδες ασθενών.
- Δίδεται ιδιαίτερη έμφαση στο ρόλο των μετρήσεων αρτηριακής πίεσης στο σπίτι καθώς και στην 24ωρη καταγραφή της. Αναφέρεται εκτενώς ο προγνωστικός ρόλος της πίεσης κατά τη διάρκεια της νύχτας, της πίεσης της λευκής μπλούζας και της συγκαλυμμένης πίεσης.
- Υπογραμμίζεται ιδιαίτερος η ανάγκη για εκτίμηση όλων των παραγόντων κινδύνου για

καρδιαγγειακή νόσο, όπως βλάβες σε όργανα-στόχους, διαβήτης, δυσλιπιδαιμία. Οι παράγοντες κινδύνου πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν τόσο στην έναρξη της αντιυπερτασικής θεραπείας όσο και κατά την παρακολούθηση του αντιυπερτασικού αποτελέσματος.

- Υπάρχουν ειδικές κατευθύνσεις για συγκεκριμένες ομάδες ασθενών, όπως για παράδειγμα ασθενείς με διαβήτη, νέοι, παχύσαρκοι, ηλικιωμένοι και υπερήλικες.
- Αναφέρεται για πρώτη φορά η νεφρική απονέκρωση ως επιλογή για την αντιμετώπιση της ανθεκτικής υπέρτασης, η οποία χαρακτηρίζεται ως «υποσχόμενη»
- Δίδονται νέες οδηγίες στο πώς και πότε χορηγούνται τα αντιυπερτασικά φάρμακα. Δε συνιστάται θεραπεία για την υψηλή-φυσιολογική αρτηριακή πίεση, δε συνιστάται ειδικό φάρμακο για την μονοθεραπεία καθώς επίσης προτείνεται νέο πρωτόκολλο για τη χορήγηση συνδυασμού φαρμάκων. Οι κατευθυντήριες οδηγίες αφήνουν πίσω το χαρακτηρισμό «φάρμακα πρώτης ή δεύτερης επιλογής» εφόσον το όφελος για τον ασθενή προέρχεται από την μείωση της αρτηριακής πίεσης *per se*.
- Σημειώνεται η εξατομίκευση της θεραπευτικής αγωγής, δίδοντας οδηγίες για το ποιο φάρμακο να χορηγηθεί επί ποιας κλινικής ή δημογραφικής συνύπαρξης.

Ας δούμε αναλυτικότερα, όμως, κάποια βασικά σημεία του 72-σέλιδου κειμένου:

Ορισμός και κατάταξη αρτηριακής υπέρτασης

Εδώ δεν παρατηρούνται αλλαγές στα όσα ίσχυαν από τις οδηγίες του 2003 και 2007. Συστολική αρτηριακή πίεση ≥ 140 mmHg και/ή διαστολική πίεση ≥ 90 mmHg αρκούν για να τεθεί η διάγνωση της αρτηριακής υπέρτασης. Στον πίνακα 1 καταγράφεται η κατάταξη των ασθενών βάσει μετρήσεων στο ιατρείο.

Κατηγορία	Συστολική ΑΠ		Διαστολική ΑΠ
Αριστη	<120	και	<80
Φυσιολογική	120-129	και/ή	80-84
Υψηλή φυσ/κή	130-139	και/ή	85-89
Υπέρταση βαθμού 1	140-159	και/ή	90-99
Υπέρταση βαθμού 2	160-179	και/ή	100-109
Υπέρταση βαθμού 3	≥180	και/ή	≥110
Μεμονωμένη συστολική υπέρταση	≥140	και	<90

Ορισμός υπέρτασης με μετρήσεις εντός και εκτός ιατρείου

Το κύριο πλεονέκτημα των μετρήσεων εκτός ιατρείου είναι η παροχή πληθώρας μετρήσεων μακριά από το ιατρικό περιβάλλον που αντικατοπτρίζουν με μεγαλύτερη ακρίβεια την πραγματική πίεση του ασθενούς.

Κατηγορία	Συστολική ΑΠ		Διαστολική ΑΠ
ΑΠ ιατρείου	≥140	και/ή	≥90
24ωρη καταγραφή			
Ημέρα (ή εν γρηγόρσει)	≥135	και/ή	≥85
Νύχτα (ή στον ύπνο)	≥120	και/ή	≥70
Συνολικό 24ωρο	≥130	και/ή	≥80
Μετρήσεις στο σπίτι	≥135	και/ή	≥85
ΑΠ: Αρτηριακή Πίεση			

Η 24ωρη καταγραφή της αρτηριακής πίεσης συνιστάται στα άτομα με μεγάλη ασυμφωνία τιμών αρτηριακής πίεσης εντός και εκτός ιατρείου, για την εκτίμηση της αρτηριακής πίεσης τη νύχτα, ειδικά σε ασθενείς με διαβήτη, χρόνια νεφρική νόσο ή σύνδρομο άπνοιας ύπνου και για την εκτίμηση της μεταβλητότητας της αρτηριακής πίεσης.

Εκτίμηση καρδιαγγειακού κινδύνου

Η διαστρωμάτωση των υπερτασικών ασθενών βάσει του συνολικού καρδιαγγειακού κινδύνου σε χαμηλού, μέτριου και υψηλού και πολύ υψηλού κινδύνου γίνεται σύμφωνα με τα επίπεδα της αρτηριακής πίεσης και την παρουσία: παραγόντων κινδύνου, ασυμπτωματικών βλαβών σε όργανα-στόχους, διαβήτη, χρόνιας νεφρικής νόσου και συμπτωματικής καρδιαγγειακής νόσου. Άτομα με υψηλή φυσιολογική αρτηριακή πίεση στο ιατρείο αλλά υψηλή πίεση εκτός ιατρείου (συγκαλυμμένη υπέρταση) έχουν τον αντίστοιχο καρδιαγγειακό κίνδυνο των υπερτασικών. Άτομα με υπέρταση της λευκής μπλούζας, ειδικά όταν δεν συνυπάρχει διαβήτης, βλάβη σε όργανο ή νεφρική νόσος, εμφανίζουν καρδιαγγειακό κίνδυνο

χαμηλότερο σε σχέση με τα άτομα με μόνιμη υπέρταση για τα ίδια επίπεδα αρτηριακής πίεσης στο ιατρείο.

Τι συμπεριλαμβάνεται υπό τον όρο «ασυμπτωματική βλάβη σε όργανο στόχος»; Πίεση παλμού (για 3^η ηλικία) ≥60 mmHg, ΗΚΓ ή υπερηχογραφικά ευρήματα υπερτροφίας αριστερής κοιλίας, πάχος έσω-μέσου χιτώνα καρωτίδων >0.9mm ή αθηρωματική πλάκα, ταχύτητα σφυγμικού κύματος >10m/sec, σφυροβραχιόνιος δείκτης <0.9, χρόνια νεφρική νόσος με eGFR 30-60 mL/min/1.73m², μικρολευκωματουρία (30-300 mg/24ωρο) ή λόγος λευκωματίνης προς κρεατινίνη (σε πρωινά ούρα κατα προτίμηση) 30-300 mg/g

Παράγοντες κινδύνου (ΠΚ), ασυμπτωματική βλάβη σε όργανο-στόχος (ΒΟΣ) ή νόσος	ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ (mmHg)			
	Υψηλή φυσ/κή	Υπέρταση βαθμού 1	Υπέρταση βαθμού 2	Υπέρταση βαθμού 3
Χωρίς ΠΚ		Χαμηλός κίνδυνος	Μέτριος κίνδυνος	Υψηλός κίνδυνος
1-2 ΠΚ	Χαμηλός κίνδυνος	Μέτριος κίνδυνος	Μέτριος- Υψηλός κίνδυνος	Υψηλός κίνδυνος
≥3 ΠΚ	Χαμηλός- Μέτριος κίνδυνος	Μέτριος- Υψηλός κίνδυνος	Υψηλός κίνδυνος	Υψηλός κίνδυνος
ΒΟΣ, ΧΝΝ σταδίου 3, ΣΔ	Μέτριος- Υψηλός κίνδυνος	Υψηλός κίνδυνος	Υψηλός κίνδυνος	Υψηλός- Πολύ υψηλός κίνδυνος
Συμπτωματική ΚΑΝ, ΧΝΝ σταδίου≥4, ΣΔ με ΒΟΣ/ΠΚ	Πολύ υψηλός κίνδυνος	Πολύ υψηλός κίνδυνος	Πολύ υψηλός κίνδυνος	Πολύ υψηλός κίνδυνος
ΧΝΝ: Χρόνια Νεφρική Νόσος, ΣΔ: Σακχαρώδης Διαβήτης, ΚΑΝ: Καρδιαγγειακή Νόσος, ΒΟΣ: Βλάβη σε όργανο-στόχος				

Υπό τον όρο εγκατεστημένη καρδιαγγειακή ή νεφρική νόσο εννοείται: αγγειακή εγκεφαλική νόσος (ισχαιμικό ΑΕΕ, εγκεφαλική αιμορραγία, παροδικό ισχαιμικό ΑΕΕ), στεφανιαία νόσος (έμφραγμα, στηθάγχη, αγγειοπλαστική, χειρουργείο by pass), καρδιακή ανεπάρκεια (συμπεριλαμβανομένης της καρδιακής ανεπάρκειας με διατηρημένο το κλάσμα εξώθησης), συμπτωματική περιφερική αγγειακή νόσος, χρόνια νεφρική νόσος με eGFR <30 mL/min/1.73m² ή πρωτεϊνουρία (>300 mg/24ωρο), προχωρημένη αμφιβληστροειδοπάθεια (αιμορραγίες, εξιδρώματα, οίδημα ωχράς κηλίδας).

Ατομικό και οικογενειακό αναμνηστικό – Ιατρικό ιστορικό

Όπως πάντα στην ιατρική, κεφαλαιώδους σημασίας είναι η λήψη ενός σωστού και πλήρους ιατρικού ιστορικού του αρρώστου με έμφαση στο διάστημα πρωτοδιάγνωσης της υπέρτασης, παρούσες και παρελθούσες μετρήσεις αρτηριακής πίεσης και φαρμακευτική θεραπεία καθώς και ενδείξεις περί ύπαρξης δευτεροπαθούς υπέρτασης. Υπό αυτό το πρίσμα θα πρέπει να αναζητώνται:

1. Διάρκεια εμφάνισης και επίπεδα υψηλής αρτηριακής πίεσης, συμπεριλαμβανομένων των μετρήσεων στο σπίτι.
2. Στοιχεία που μπορεί να υποδηλώνουν δευτεροπαθή υπέρταση:
 - i. Οικογενειακό αναμνηστικό χρόνιας νεφρικής νόσου (πολυκυστικοί νεφροί)

- ii. Ιστορικό νεφρικής νόσου, ουρολοιμώξεων, αιματοουρία, κατάχρησης αναλγητικών (παρεγχυματική νεφρική νόσος)
 - iii. Λήψη φαρμάκων/ουσιών (π.χ. ΜΣΑΦ, αντισυλληπτικά, ρινικά αποσυμφορητικά, κορτικοειδή, ερυθροποιητίνη, κοκαΐνη, αμφεταμίνες)
 - iv. Υποτροπιάζοντα επεισόδια εφίδρωσης, κεφαλαλγίας, άγχους και αισθήματος παλμών (φαιοχρωμοκύτωμα)
 - v. Μυϊκή αδυναμία & τετανία (υπεραλδοστερονισμός)
 - vi. Συμπτωματολογία θυρεοειδικής νόσου
3. Σημεία εκ της κλινικής εξέτασης που μπορεί να υποδηλώνουν δευτεροπαθή υπέρταση:
 - i. Χαρακτηριστικά ευρήματα συνδρόμου Cushing
 - ii. Δερματικά ευρήματα ως από νευροίνωμάτωση (φαιοχρωμοκύτωμα)
 - iii. Ψηλαφητοί διογκωμένοι νεφροί (πολύκυστικοί νεφροί)
 - iv. Φυσήματα στην περιοχή των νεφρικών αρτηριών (νεφραγγειακή υπέρταση)
 - v. Καρδιακά φυσήματα (στένωση ισθμού αορτής, αορτική νόσος)
 - vi. Καθυστέρηση ή εξαφάνιση των σφύξεων των μηριαίων αρτηριών ή μειωμένη αρτηριακή πίεση κάτω άκρων σε σχέση με άνω άκρα (στένωση ισθμού αορτής, αορτική νόσος)
 - vii. Διαφορά πίεσης μεταξύ δεξιού-αριστερού άνω άκρου (στένωση ισθμού)

- αορτής, σύνδρομο υποκλοπής αριστερής υποκλειδίου)
4. Παράγοντες κινδύνου:
 - i. Οικογενειακό και ατομικό αναμνηστικό υπέρτασης, καρδιαγγειακής νόσου, δυσλιπιδαιμίας, διαβήτη
 - ii. Κάπνισμα
 - iii. Διατροφικές συνήθειες
 - iv. Σωματικό βάρος – παχυσαρκία
 - v. Εκτίμηση επιπέδου άσκησης
 - vi. Έντονο ροχαλητό (σύνδρομο υπνικής άπνοιας)
 - vii. Χαμηλό βάρος γέννησης
 5. Ιστορικό και συμπτώματα βλαβών σε όργανα-στόχους και καρδιαγγειακής νόσου:
 - i. Κεφαλαλγία, ίλιγγος, διαταραχές όρασης, παροδικό ή μόνιμο ΑΕΕ, καρωτιδική επαναγγείωση
 - ii. Προκάρδιο άλγος, δύσπνοια, οίδημα σφυρών, έμφραγμα μυοκαρδίου, συγχοπτικό επεισόδιο, αίσθημα παλμών, αρρυθμία
 - iii. Δίψα, πολυουρία, νυκτουρία, αιματοουρία
 - iv. Ψυχρά άκρα, διαλείπουσα χλωτότητα, επαναγγείωση
 - v. Ιστορικό χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας ή υπνικής άπνοιας
 - vi. Γνωσιακή δυσλειτουργία
 6. Διαχείριση υπέρτασης
 - i. Παρούσα αντιυπερτασική θεραπεία
 - ii. Φάρμακα που έχουν χορηγηθεί στο παρελθόν
 - iii. Στοιχεία μη συμμόρφωσης στην αγωγή
 - iv. Αποτελεσματικότητα και ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων.

Συνήθη αίτια	Κλινικές ενδείξεις			Διάγνωση	
	Ατομικό αναμνηστικό	Φυσική εξέταση	Εργαστηριακά ευρήματα	Εξέταση εκλογής	Πρόσθετες εξετάσεις
Νεφρική παρεγχυματική νόσος	Ουρολοιμώξεις, απόφραξη, αιματοουρία, κατάχρηση αναλγητικών, οικ. αναμν. Πολύκυκλικών νεφρών	Ψηλαφητοί νεφροί (στην περίπτωση των πολυκυκλικών νεφρών)	Λεύκωμα, ερυθρά ή πτυοσφαίρια στα ούρα, μείωση του eGFR	Υπερ/μμα νεφρών	Ενδεδειγμένος έλεγχος νεφρικών νόσων
Νεφραγγειακή υπέρταση	Ινομυώδης δυσπλασία: πρώιμη έναρξη υπέρτασης ειδικά σε γυναίκες Αθηρωματική στένωση: απότομη έναρξη ή χειροτέρευση προϋπάρχουσας, οξύ πνευμονικό οίδημα	Φυσήματα στην περιοχή ακρόασης των νεφρικών αρτηριών	Διαφορά μήκους > 1.5 εκ μεταξύ των 2 νεφρών, ταχεία ελάττωση του eGFR (ειδικά μετά τη χορήγηση φαρμάκων του άξονα ΡΑΑ)	Ντόπλερ νεφρικών αρτηριών	Μαγνητική αγγειογραφία, spiral αξονική τομογραφία, αγγειογραφία
Α'παθής υπεραλδο-στερονισμός	Μυϊκή αδυναμία, οικογενειακό αναμνηστικό πρώιμης υπέρτασης ή ΑΕΕ < 40 ετών	Αρρυθμίες (επί σοβαρής υποκαλιαιμίας)	Υποκαλιαιμία, τυχαία ανεύρεση επινεφριδιακών μαζών	Λόγος Αλδοστερόνης προς Ρενίνη πλάσματος (μετά από διόρθωση υποκαλιαιμίας και αφαίρεση φαρμάκων του άξονα ΡΑΑ)	Φόρτιση με νάτριο per os, δοκιμασία κορτιζόλης ή καπτοπρίλης, CT άνω κοιλίας, λήψη αίματος από επινεφριδική φλέβα
Ασυνήθη αίτια					
Φαιοχρωμοκύτωμα	Παροξυσμική υπέρταση, κεφαλαλγία, ιδρώτες, αίσθημα παλμών, ωχρότης προσώπου, θετικό οικογ. αναμνηστικό	Νευροινώματα ή καφεοειδείς κηλίδες (νευροϊνωμάτωση)	Τυχαία ανεύρεση επινεφρικών ή εξωεπινεφρικών μαζών	Μετανεφρίνες ούρων ή πλάσματος	CT ή MRI άνω και κάτω κοιλίας, σπινθηρογράφημα, γονιδιακός έλεγχος
Σύνδρομο Cushing	Ταχεία αύξηση βάρους, πολυουρία, πολυδιψία, ψυχολογικές διαταραχές	Κεντρική παχυσαρκία, πανσεληνοειδές προσώπιο, υπερτρίχωση, ραγάδες, buffalo hump	Υπεργλυκαιμία	Κορτιζόλη ούρων 24ώρου	Δοκιμασία καταστολής με δεξαμεθαζόνη

Εργαστηριακός έλεγχος

Επί αρτηριακής υπέρτασης καλόν είναι να ζητώνται οι ακόλουθες εξετάσεις ρουτίνας: γενική αίματος, σάκχαρο νηστείας, ολική χοληστερόλη, HDL, LDL, τριγλυκερίδια, κάλιο & νάτριο ορού, ουρικό οξύ, κρεατινίνη, γενική ούρων με εξέταση ιζήματος, έλεγχος απέκκρισης λευκώματος (dipstick ούρων, λεύκωμα ούρων 24ώρου, λόγος αλβουμίνης προς κρεατινίνη ούρων) και ηλεκτροκαρδιογράφημα.

Βασιζόμενοι στο ιστορικό του ασθενή, τη φυσική εξέταση και τα αποτελέσματα του προκαταρκτικού εργαστηριακού ελέγχου, μπορούμε σε δεύτερη φάση να ζητήσουμε: γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη, ποσοτική μέτρηση λευκωμάτων ούρων, κάλιο & νάτριο ούρων, συνεχή 24ωρη καταγραφή αρτηριακής πίεσης κατ' οίκον, υπερηχοτομογράφημα καρδιάς, holter ρυθμού για πιθανές αρρυθμίες, υπερηχοτομογράφημα καρωτίδων ή αρτηριών κάτω άκρων ή κοιλίας, μέτρηση ταχύτητας σφυγμικού κύματος, σφυροβραχιόνιος δείκτης, βυθοσκοπήση

Ο παραπέρα έλεγχος με ειδικές εξετάσεις για δευτεροπαθή υπέρταση ή για βλάβες (εγκεφαλικές, καρδιακές, νεφρικές ή αγγειακές) σε όργανα-στόχους διαφυλάσσεται για ειδικές περιπτώσεις, όπως για παράδειγμα η ανθεκτική επιπλεγμένη υπέρταση.

Αντιμετώπιση υπέρτασης

Επί διάγνωσης αρτηριακής υπέρτασης σταδίου 2 ή 3 προτείνεται η άμεση έναρξη αντιυπερτασικής θεραπείας ανεξαρτήτως καρδιαγγειακού κινδύνου (IA). Όταν ο καρδιαγγειακός κίνδυνος είναι υψηλός λόγω βλάβης οργάνων-στόχων, διαβήτη, καρδιαγγειακής νόσου ή νεφρικής νόσου τότε και πάλι προτείνεται η άμεση έναρξη φαρμακευτικής αγωγής (IB). Φαρμακευτική θεραπεία δίδεται, επίσης, σε ασθενείς με υπέρταση σταδίου 1 που αποτυγχάνουν να την ελέγξουν παρά την πάροδο εύλογου χρόνου αλλαγών του τρόπου ζωής (IIB). Σε ηλικιωμένους ασθενείς με υπέρταση, φαρμακευτική αγωγή δίδεται όταν η συστολική αρτηριακή πίεση είναι ≥ 160 mmHg (IA). Αν η αρτηριακή πίεση είναι 140-159 και ο ασθενής < 80 ετών, τότε μπορεί να χορηγηθεί κάποιο φάρμακο με την προϋπόθεση ότι είναι καλά ανεκτό (IIC). Δεν χορηγείται φαρμακευτική αγωγή επί υψηλής φυσιολογικής πίεσης, εκτός και αν υπάρχουν συγκεκριμένες ενδείξεις (IIA). Η έλλειψη ενδείξεων, τέλος, δεν μας επιτρέπει να συστήσουμε την έναρξη αντιυπερτασικής αγωγής σε νεαρά άτομα με μεμονωμένη συστολική υπέρταση, αλλά προτείνεται η στενή παρακολούθηση και έμφαση στην αλλαγή του τρόπου ζωής (IIA).

Παράγοντες κινδύνου (ΠΚ), συμπτωματική βλάβη σε όργανο-στόχος (ΒΟΣ) ή νόσος	ΥΠΕΡΤΑΣΗ			
	Υψηλή φυσ/κή	Υπέρταση βαθμού 1	Υπέρταση βαθμού 2	Υπέρταση βαθμού 3
Χωρίς ΠΚ	Καμμία παρέμβαση	Αλλαγή τρόπου ζωής για αρκετούς μήνες & ακολούθως ΑΥΦ	Αλλαγή τρόπου ζωής για αρκετούς μήνες & ακολούθως ΑΥΦ	Αλλαγή τρόπου ζωής & άμεση έναρξη ΑΥΦ
1-2 ΠΚ	Αλλαγή τρόπου ζωής	Αλλαγή τρόπου ζωής για αρκετούς μήνες & ακολούθως ΑΥΦ	Αλλαγή τρόπου ζωής για αρκετούς μήνες & ακολούθως ΑΥΦ	Αλλαγή τρόπου ζωής & άμεση έναρξη ΑΥΦ
≥ 3 ΠΚ	Αλλαγή τρόπου ζωής	Αλλαγή τρόπου ζωής για αρκετούς μήνες & ακολούθως ΑΥΦ	Αλλαγή τρόπου ζωής & έναρξη ΑΥΦ	Αλλαγή τρόπου ζωής & άμεση έναρξη ΑΥΦ
ΒΟΣ, ΧΝΝ σταδίου 3, ΣΔ	Αλλαγή τρόπου ζωής	Αλλαγή τρόπου ζωής & έναρξη ΑΥΦ	Αλλαγή τρόπου ζωής & έναρξη ΑΥΦ	Αλλαγή τρόπου ζωής & άμεση έναρξη ΑΥΦ
Συμπτωματική ΚΑΝ, ΧΝΝ σταδίου ≥ 4 , ΣΔ με ΒΟΣ/ΠΚ	Αλλαγή τρόπου ζωής	Αλλαγή τρόπου ζωής & έναρξη ΑΥΦ	Αλλαγή τρόπου ζωής & έναρξη ΑΥΦ	Αλλαγή τρόπου ζωής & άμεση έναρξη ΑΥΦ

ΧΝΝ: Χρόνια Νεφρική Νόσος, ΣΔ: Σακχαρώδης Διαβήτης, ΚΑΝ: Καρδιαγγειακή Νόσος, ΑΥΦ: Αντιυπερτασικό Φάρμακο

Όταν αναφέρεται ο όρος «αλλαγή του τρόπου ζωής» εννοείται: περιορισμός της κατανάλωσης άλατος στα 5-6 γραμμάρια ανά ημέρα, περιορισμός της κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών (20-30 γρ/ημέρα για άνδρες και 10-20 γρ/ημέρα για γυναίκες), αύξηση της κατανάλωσης φρούτων, λαχανικών και γαλακτοκομικών χαμηλών λιπαρών, μείωση του σωματικού βάρους

για τους υπέρβαρους-παχύσαρκους (BMI<25Kg/m² ή περιφέρεια μέσης < 102 εκ για άνδρες και < 88 εκ για γυναίκες), έναρξη προγράμματος τακτικής άσκησης 30 λεπτών 5-7 ημέρες/εβδομάδα, διακοπή καπνίσματος.

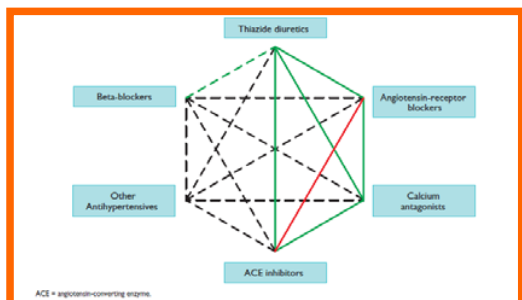
Στρατηγική έναρξης και τιτλοποίησης αντιυπερτασικής θεραπείας:

Στον παρακάτω πίνακα έχουν συγκεντρωθεί τα φάρμακα που προτιμώνται σε ειδικές ιατρικές καταστάσεις:

Κατάσταση	Φάρμακο
Ασυμπτωματική βλάβη οργάνου	
Υπερτροφία αριστερής κοιλίας	ACEI, ARB, CCB
Αθηρωμάτωση	CCB, ACEI
Μικρολευκωματουρία	ACEI, ARB
Νεφρική δυσλειτουργία	ACEI, ARB
Καρδιαγγειακή νόσος	
Προηγθέν AEE	Οποιοδήποτε
Προηγθέν έμφραγμα μυοκαρδίου	BB, ACEI, ARB
Στηθάγχη	BB, CCB
Καρδιακή ανεπάρκεια	DU, BB, ACEI, ARB, AYA
Αορτικό ανεύρυσμα	BB
Κολπική μαρμαρυγή, πρόληψη	ARB, ACEI, BB, AYA
Κολπική μαρμαρυγή, rate control	BB, CCB (μη διυδροπυριδίνες)
Νεφρική νόσος τελικού σταδίου/Πρωτεϊνουρία	ACEI, ARB
Περιφερική αρτηριακή νόσος	ACEI, CCB
Άλλα	
Μεμονωμένη συστολική υπέρταση σε ηλικ/νους	DU, CCB
Μεταβολικό σύνδρομο	ACEI, ARB, CCB
Σακχαρώδης Διαβήτης	ACEI, ARB
Κύηση	Methyldopa, BB, CCB
Μαύρη φυλή	DU, CCB
ACEI: αναστολέας μετατρεπτικού ενζύμου αγγιοτενσίνης, ARB: ανταγωνιστής υποδοχέων αγγιοτενσίνης II, CCB: αναστολέας διαύλων ασβεστίου, BB: αναστολέας β-αδρενεργικών υποδοχέων, DU: διουρητικά, AYA: ανταγωνιστής υποδοχέων αλατοκορτικοειδών	

Πιθανοί συνδυασμοί διαφόρων αντιυπερτασικών φαρμάκων:

Με την πράσινη γραμμή είναι οι προτιμώμενοι συνδυασμοί, πράσινη διακεκομμένη: χρήσιμοι συνδυασμοί (με κάποιους περιορισμούς), μαύρη γραμμή: πιθανοί συνδυασμοί αλλά λιγότερο ελεγμένοι σε μελέτες, κόκκινη γραμμή: μη προτιμώμενοι συνδυασμοί. Από τους αναστολείς διάλυτων ασβεστίου, μόνο οι διυδροπυροδίνες συγχորηούνται μαζί με β-αναστολείς, αν και για τον έλεγχο της συχνότητας της αριστερής κοιλίας σε μόνιμη κολπική μαρμαρυγή συγχορηγείται βεραπαμίλη ή διλτιαζέμη με β-αναστολείς.



Στο πλήρες κείμενο των κατευθυντηρίων οδηγιών αναφέρονται διεξοδικά διάφορες υποκατηγορίες ασθενών και πώς αντιμετωπίζεται ειδικά η

υπέρταση, όπως για παράδειγμα συγκαλυμμένη υπέρταση, ηλικιωμένοι, νεαροί ενήλικες, γυναίκες, διαβητικοί, νεφροπαθείς κλπ. Ειδική μνεία γίνεται για τον γλυκαιμικό έλεγχο, υπολιπιδαιμικά φάρμακα και αντιαίμοπεταλιακή αγωγή.

Κλείνοντας, θα πρέπει να τονίσουμε την ανάγκη για καθημερινή ενημέρωση του σύγχρονου ιατρού ειδικά σήμερα που ζούμε στην εποχή της ιατρικής βασισμένης σε ενδείξεις. Το νέο κείμενο των κατευθυντηρίων οδηγιών για την υπέρταση αποτελεί ένα καλό εργαλείο υπενθύμισης και εφαρμογής σωστής πρακτικής στους ιατρούς που ασχολούνται με θέματα υπέρτασης.

What's new on the recently published guidelines 2013 for hypertension of the joint committee of the European Society of Cardiology-ESC and European Society of Hypertension-ESH

A. Melidonis, M.D., Ph.D., internist physician – diabetologist, chief director of 1st department of internal medicine and diabetes center, "Tzanio" General Hospital

E. Fousteris, M.D., Ph.D.(c), internist physician, scientific associate of diabetes center, "Tzanio" General Hospital