

Wytyczne NICE — nowe podejście do terapii pacjenta z nadciśnieniem tętniczym niepowikłanym

Tomasz Grodzicki

Dyskusja na temat miejsca β -adrenolityków w terapii nadciśnienia tętniczego trwa już wiele lat [1, 2], lecz przełom nastąpił, kiedy w 2003 roku na łamach *American Journal Hypertension* grupa ekspertów ogłosiła apel skierowany do twórców wytycznych postępowania w nadciśnieniu, nawołując do wycofania leków β -adrenolitycznych z arsenału leków pierwszego rzutu [3]. Opracowanie to zostało poparte późniejszą metaanalizą Linholma i wsp., którzy wykazali, że terapia β -adrenolitykami nie przynosi korzyści w zakresie obniżania ryzyka zawału serca lub zgonu, a efekt zmniejszający ryzyko udaru jest o połowę mniejszy niż w wypadku innych leków [4].

Od tego czasu ukazały się dwa dokumenty, mające charakter zaleceń postępowania w nadciśnieniu: dokument Kanadyjskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego [5] oraz brytyjskiej grupy NICE [6]. W zakresie terapii nadciśnienia wytyczne kanadyjskie nie różniły się od wcześniejszych rekomendacji europejskich i wskazały na 5 grup leków jako mających wskazać w rozpoczynaniu terapii nadciśnienia tętniczego, nie zalecając jednak stosowania β -adrenolityków u osób, które przekroczyły 60 rok życia oraz u osób palących tytoń.

Znacznie większe zmiany przyniosła opublikowana w czerwcu 2006 roku aktualizacja 18 rekomendacji NICE. W stosunku do poprzedniej wersji rekomendacji z 2004 roku, dokonano istotnych zmian w zakresie części poświęconej leczeniu. Na podstawie analizy opublikowanych badań autorzy wskazali, że β -adrenolityki nie powinny być stosowane w terapii nadciśnienia zarówno jako leki pierwszego, jak i drugiego rzutu.

Należy się zastanowić, jaką moc mają te rekomendacje. Wytyczne NICE zostały stworzone przez *National Collaborating Centre for Chronic Conditions* i *British Hypertension Society*, a w skład zespołu opracowującego wchodziły naukowcy zajmujący się tworzeniem wytycznych, statystycy, specjaliści w zakre-

sie nadciśnienia i farmakologii i lekarze rodzinni. Dodatkową zaletą tego dokumentu jest fakt konsultowania jego treści z NHS (odpowiednik NFZ), specjalistami w dziedzinie zdrowia publicznego, przedstawicielami organizacji pacjentów i producentów leków. Można więc stwierdzić, że zarówno sposób opracowania rekomendacji, jak i kompetencje osób je tworzących są bardzo wysokie.

Czy w świetle wytycznych NICE nie należy stosować β -adrenolityków?

Autorzy rekomendacji podkreślają, że w dotychczas zakończonych badaniach stosowany był przede wszystkim atenolol i w związku z tym nie można ocenić innych β -adrenolityków. Równocześnie założenie, że inne β -adrenolityki będą wywierały korzystny efekt, jest pozbawione podstaw w postaci wyników dużych badań. W rezultacie (przyjmując założenie, że efekt atenololu jest efektem reprezentatywnym dla całej klasy) leki β -adrenolityczne nie powinny być stosowane w terapii nadciśnienia, z wyjątkiem sytuacji, jeśli pacjenci młodszy (< 55 rż.) nie mogą otrzymywać inhibitorów konwertazy angiotensyny (ACE, *angiotensin-converting enzyme*) lub sartanów, istnieją silne dowody na nadciśnienie będące wynikiem stymulacji układu sympatycznego u kobiet planujących ciążę. W takich sytuacjach należy stosować kombinację β -adrenolityk + dihydropirydynowy antagonistą wapnia.

Czy β -adrenolityki należy odstawić u chorych, którzy aktualnie są nimi leczeni? Odpowiedź brzmi:

— jeśli ciśnienie jest dobrze kontrolowane — NIE;

— jeśli kontrola ciśnienia jest niewystarczająca

i nie istnieją inne wskazania do stosowania β -adrenolityków (choroba niedokrwienna, stan po zawale serca, niewydolność serca) — TAK, β -adrenolityki należy zastąpić lekiem z innej grupy, ale powoli, to znaczy stopniowo zmniejszać jego dawkę, wprowadzając równocześnie inny lek!

Należy podkreślić, co czynią również autorzy rekomendacji NICE, że dokument ten nie dotyczy terapii kobiet w ciąży, chorych z nadciśnieniem wtórnym, pacjentów z licznymi poważnymi schorzeniami towarzyszącymi, jak choroba niedokrwienna serca, niewydolność serca lub nerek.

Moim zdaniem w dobie indywidualizacji terapii chorych z nadciśnieniem tętniczym można rekomendować omawiane wytyczne jako standard postępowania dla lekarzy opiekujących się chorymi z nadciśnieniem i autorów przyszłych wytycznych w Polsce. Jeśli brakuje ewidentnych wskazań do stosowania leków β -adrenolitycznych, to nie powinny one być stosowane jako leki hipotensyjne, a leczenie należy rozpoczynać od inhibitorów ACE lub sartanów u młodszych chorych. Uważam, że u starszych pacjentów można stosować lek z grupy antagonistów wapnia, diuretyków tiazydowych (w małych dawkach) lub inhibitorów ACE czy sartanów. Beta-adrenolityki mają dobrze udokumentowane miejsce w terapii pacjentów z chorobą niedokrwienną serca, po zawale serca, zaburzeniami

rytmu, niewydolnością serca i w wypadku stwierdzenia tych schorzeń β -adrenolityki powinny być stosowane!

PIŚMIENNICTWO

1. Michalewicz L., Chambers R., Grodzicki T. Primary Prevention of Cardiovascular Disease Endpoints Using β -Blockers. *JAMA* 1997; 277: 1759–1760.
2. Messerli F.H., Grossman E., Goldbourt U. Are beta-blockers efficacious as first-line therapy for hypertension in the elderly? A systematic review. *JAMA* 1998; 279: 1903–1907.
3. Messerli F., Beevers D., Franklin S., Pickering T. β -blockers — the emperor has no cloths: an open letter to present and prospective drafters of new guidelines for the treatment of hypertension. *Am. J. Hypertens.* 2003; 16: 870–873.
4. Linholm L.H., Carlberg B., Samuelsson O. Should beta-blockers remain first choice in the treatment of primary hypertension? A meta-analysis. *Lancet* 2005; 366: 1545–1553.
5. 2006 Canadian Hypertension Education Program Recommendations, www.hypertension.ca.
6. NICE clinical guideline 34. National Institute for Health and Clinical Excellence. Hypertension. Management of hypertension in adults in primary care. June 2006; 1–45.

Adres do korespondencji: prof. dr hab. med. Tomasz Grodzicki
Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii
Wydział Lekarski, *Collegium Medicum* Uniwersytetu Jagiellońskiego
ul. Śniadeckich 10, 31–531 Kraków
tel.: (012) 424–88–00, faks: (012) 424–88–53
e-mail: tomekg@su.krakow.pl