

A TERÁPIAREZISZTENS HIPERTÓNIA

Írta: Dr. Légrády Péter

Hypertonia Magazin 2016/2.

Kategória: A hipertónia kezelése, gondozása

A magasvérnyomás-betegség (hipertónia) világszerte népbetegség. Magyarországon 1999 és 2011 között a felnőtt (19 év feletti) magasvérnyomás-betegek száma a kétszeresére nőtt, napjainkban a számuk mintegy 3,5 millió. A magyar hipertóniás betegek fele a kezelés ellenére nem érte el a kitűzött értéket 2005–2009 között.

Ezért a Magyar Hypertonia Társaság egyik fontos célkitűzése, hogy minél több hipertóniás beteg jól beállított, azaz kontrollált vérnyomással éljen. Ezért is indult útjára az „Éljen 140/90 Hgmm alatt” program, melynek során évről évre folyamatosan javult a célértéket elérő hipertóniás betegek aránya – 2004-ben 27, 2005-ben 39, 2007-ben 44 és 2010-ben 48–58 százalék. Még mindig vannak azonban olyan hipertóniások, akiknek a vérnyomása a céltartomány – azaz 140/90 Hgmm – feletti. Ennek nagyon sok oka lehet, az egyik, hogy a beteg magas vérnyomását nem sikerül rendezni, azaz terápiareszisztens.

A terápiareszisztens hipertónia gyakorisága

A terápiareszisztens hipertónia valódi gyakorisága pontosan nem ismert, az irodalomban ez az érték nagyon széles határok között mozog. Ennek oka az, hogy az alapul vett definíció, a vizsgált csoportok és a terápiás célértékek nem egységesek. Munkahelyi felmérésekben és családorvosi praxisokban ez a szám kisebb lehet, míg nagyobb vizsgálatokban, speciális hipertónia központokban viszont egészen magas. Egy 2011-ben közzétett adat szerint a gyakoriság 2,9 és 43 százalék között mozog.

Terápiareszisztens hipertóniáról beszélünk, amikor megfelelő életmódi tanácsok és három különböző hatástani csoportba tartozó, megfelelő adagban alkalmazott vérnyomáscsökkentővel, melyek közül az egyik vízható, a vérnyomást nem sikerül 140/90 Hgmm alá csökkenteni. Az olyan betegek is terápiareszisztensek, akiknek a vérnyomása csak négy vagy több szer kombinálásával éri el a célértéket.

A valódi terápiareszisztens hipertóniában szenvedő betegek között a magas vérnyomás okozta szervkárosodások gyakorisága, mint például a bal szívkamra falának a megvastagodása, a szemfenéki kis artériák károsodása, a nagy artériák falának megvastagodása vagy kis mennyiségű fehérjeürítés a vizelettel (ún. mikroalbuminuria) 50–100 százalékkal nagyobb a jól beállított betegekhez képest. A szív-érrendszeri, ún. kardiovaszkuláris megbetegedések veszélye is nő, akár az ötszörösére.

Nem valódi kezelhetlenség – pszeudorezisztencia

A terápiareszisztens hipertónia gyanúja esetén az első és talán legfontosabb, hogy a pseudo, azaz nem valódi rezisztencia lehetőségét minél hamarabb kizárjuk. A pszeudorezisztencia egyik leggyakoribb oka a nem megfelelő módon végzett vérnyomásmérés. A leggyakoribb hiba, hogy nem

jó méretű mandzsettával történik a mérés (pl. túl keskeny, túl rövid). A vastagabb karon az úgymond „szokásos méretű mandzsettával mérve a valós vérnyomásnál magasabb értéket kapunk, míg fordított helyzetben hamisan alacsony értéket.

A méréstechnikai hibák mellett nagyon gyakran a nem megfelelő beteg-együtműködés állhat a háttérben. A gyógyszereszedéssel kapcsolatos nem megfelelő együtműködés független a betegek korától, nemétől, iskolázottságától. A felismerését nehezíti, hogy a betegek megkérdezése vagy a tablettaszámolás nem elég hatékony. A legcélszerűbb a beteget néhány napra felvenni intézetbe, és ellenőrzötten adagolni a vérnyomáscsökkentőit. A beteg-együtműködés napi egyszeri gyógyszereszedés mellett a legnagyobb, napi két- vagy háromszori bevétel mellett már jelentősen csökken. Az egyszeri gyógyszereszedés rendszerint kombinált hatóanyag-tartalmú gyógyszerrel valósítható meg.

Főleg idős és/vagy perifériás érbetegekben kell gondolni arra, hogy esetleg a fokozott artériás érfalmerevség és/vagy meszesedések miatt sokkal nagyobb erő kell a vérnyomásmérő mandzsettájának az összenyomásához, mint amekkora az érpályán belüli, azaz a valódi artériás nyomás.

A célérték el nem érésének oka lehet a nem megfelelő gyógyszerválasztás is. A nem elégséges gyógyszeres kezelés gyakori oka a vízajtók használatának a hiánya vagy nem megfelelő dózisa, illetve típusa.

A vízajtó kezelés maximális hatékonysága ugyanakkor csak a napi sóbevitel korlátozása mellett várható. A javasolt 2,5 g nátriumion, ami 5-6 g konyhasónak felel meg, messze kevesebb, mint a mai magyar valóság.

Ha az esetleges pszeudorezisztencia kérdése tisztázódott (azaz a „hibákat” sikerült kiküszöbölni vagy kizárni), és még mindig céltartomány feletti a beteg vérnyomása, akkor a kezelőorvos tovább vizsgálódik. Ki kell deríteni, hogy a terápia rezisztencia hátterében nem áll-e kísérőbetegség, gyógyszer-interakció vagy a magasvérnyomás-betegség másodlagos, azaz szekunder oka.

A gyógyhatású készítmények, a táplálék-kiegészítők, az egyes élvezeti szerek esetleges vérnyomásemelő hatása és a rezisztenciájában játszott szerepe gyakran nem kellően ismert. Ilyenek többek között a nem szteroid gyulladáscsökkentők, a glukokortikoidok, az anabolikus szteroidok, a szimpatikomimetikum-tartalmú készítmények (pl. az orrcseppek egy része), a fogamzásgátlók, a kokain, az amfetamin, a „crack”, a „speed”, a triciklikus antidepresszánsok, az édesgyökér, az orbáncfű, a csikófark stb.

Másodlagos rezisztenciához vezető kísérő betegség, illetve állapot például az elhízás (obezitás), a cukorbetegség (diabetes mellitus), a túlzott só- és alkoholfogyasztás, a krónikus fájdalom, a depresszió.

Másodlagos hipertónia

Terápia rezisztens hipertónia gyanúja esetén mindig gondolni kell másodlagos, ún. szekunder hipertóniára is. Ebben az esetben a magas vérnyomás oka valamely betegség vagy állapot, amelynek rendezésével, kezelésével a magas vérnyomás is megszűnik.

A teljesség igénye nélkül ezek közül néhány gyakoribbról lesz szó az alábbiakban.

Az obstruktív alvási apnoe (OSA) a teljes lakosság mintegy 5 százalékát érinti. Körükben a hipertónia előfordulása közel 60 százalék. Az OSA a szív- és érrendszeri eredetű halálozás esélyét akár húszszorosára növeli, csakúgy, mint az agyi ér eredetű halálozásét és az elalvásos (közúti, munkahelyi) balesetekét. Éppen ezért a jogosítványt igénylők/ megújítók között ezt szűrik a háziorvosok.

A szekunder kórokok között az egyik leggyakoribb a mellékvesekéreg túlműködése. A betegségben jelentősen megnő az aldosteron nevű hormon termelése. Ez a hormon a só- és vízháztartás szabályozása révén tartja kordában a vérnyomást. A hormon túlzott termelődése gyógyszerrel nem csökkenthető magas vérnyomás kialakulásához vezet.

Egy frissebb közlemény szerint a magas vérnyomás megerősített szekunder okai között 77 százalékban fordult elő mellékvesekéreg-túlműködés.

A terápiareszisztens hipertónia kezelése

A nem valódi terápiareszisztens hipertónia formák esetében a kezelést a „rezisztenciához” vezető ok megoldása jelenti. A valódi terápiareszisztens hipertónia gyógyszeres kezelése nehéz feladat, több – legalább három – hatástani csoportba tartozó vérnyomáscsökkentő megfelelő kombinációját kívánja meg.

A terápiareszisztens hipertónia kezelésének optimalizálásában további segítséget nyújthat – a már említett okok miatt – a terápia aldosteron antagonistákkal való kiegészítése. Az aldosteron antagonisták gátolják az aldosteron víz- és nátriumvisszatartó, valamint káliumkiválasztó hatását. Az ilyen, úgynevezett káliummegtakarító vizelethajtók kiegészítő alkalmazásakor kitüntetett figyelmet kell fordítani a káliumszint és a vesefunkció ellenőrzésére, hogy a ritka mellékhatásként jelentkező kórosan magas káliumszint elkerülhető legyen.

Természetesen az alap hármas kombináció mellé negyedik vagy többedik szernek az érvényes ajánlásokat és a beteg egyéni igényeit figyelembe véve lehet és kell kiegészítő kezelést választani.

Ugyanazokat a hatóanyagokat megtartva, de fix kombinációban alkalmazva nemcsak a beteg-együtműködés javul, de az összesített vérnyomáscsökkentő és rizikócsökkentő hatás is kedvezőbb. Mára Magyarországon is elérhetővé váltak a hármas fix kombinációk első képviselői.

Terápiareszisztens hipertónia eszközös kezelése

Egyelőre a terápiareszisztens hipertónia eszközös kezelése nem része a mindennapi gyakorlatnak, csupán alternatív lehetőség. Ezek közül a veseartériákat kívülről kísérő idegi hálózat hővel való roncsolása, rádiófrekvenciás katéteres ablációja van elterjedőben.

A kezelési ajánlások csakis olyan esetekben javasolják, amikor legalább három, különböző hatástani csoportba tartozó vérnyomáscsökkentővel a rendelői szisztolés vérnyomás ≥ 160 Hgmm és a 24 órás vérnyomás-monitorozás alapján az egész napi átlag szisztolés vérnyomás ≥ 150 Hgmm. Azt is nagyon fontos megemlíteni, hogy a beavatkozásnak nem célja a vérnyomáscsökkentő gyógyszerek számának

a csökkentése, esetleg a teljes vérnyomáscsökkentő terápia elhagyása. Ezek sem „gyógyítják meg” a magasvérnyomás-betegséget!

Valódi rezisztens magasvérnyomás-betegség diagnózisát csak a szóba jövő látszólagos és/vagy szekunder kóros tényezők tisztázás és/vagy megoldása és/vagy kizárása után lehet felállítani. Ilyenkor a kivizsgálás során alapvetően mindig három kérdést érdemes feltenni: 1. Valódi-e a rezisztencia? 2. Másodlagos-e a rezisztencia? 3. Optimális-e a kezelés?