

Υπέρταση – Ανασκόπηση, Υπέρταση – Σακχαρώδης Διαβήτης



Από τον
Μπάμπη Α. Σακαλίδη,
Παθολόγο – Καρδιολόγο,
Δ/ντή Παθολογικής Κλινικής,
Ιατρικού Π. Φαλήρου

Καθόσον η **υπέρταση** τείνει να λάβει χαρακτηριστές επιδημίας και έχοντας δυσμενή επίδραση στα όργανα – στόχος (εγκέφαλος – καρδιά – οφθαλμοί – νεφροί) και βλέποντας τον πίνακα 1 – που μόνο προβληματισμό προκαλεί – **άνοιξε ο δρόμος και μέχρι σήμερα συνεχίζεται η έρευνα για την ανεύρεση του τέλειου αντιυπερτασικού παράγοντα.**

Τη δεκαετία του 1940 δοκιμάστηκαν περιφερικά συμπαθολυτικά, γαγγλιοπληγικά και αλκαλοειδή του βεράτρου. Τη δεκαετία που ακολούθησε οι έρευνες έγιναν με τις θειαζίδες.

Τη δεκαετία του 1960 πρωτοεμφανίστηκαν οι κεντρικοί α2 αποκλειστές όπως η μεθυλτόπα, οι β- αποκλειστές καθώς και οι ανταγωνιστές ασβεστίου.

Γύρω στα τέλη της δεκαετίας του 1970 άρχισε να γίνεται κατανοητή η σημασία των αναστολέων του ΜΕΑ και έτσι η έρευνα στράφηκε στους αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου. **Τη δεκαετία του 1990**

εμφανίστηκαν οι αναστολείς του υποδοχέα της αγγειοτενσίνης II, και τελευταία νέα γενιά φαρμάκων αναστολείς της ρενίνης.

Ακολουθεί ο συνδυασμός των ανωτέρω με διουρητικό καθώς επίσης τελευταία μεταξύ τους συνδυασμοί με στόχο την βελτίωση του πίνακα 1.

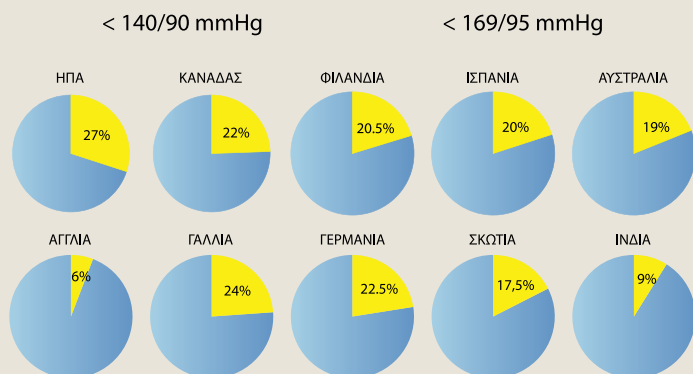
Έχει ιδιαίτερη σημασία να πεισθούν τα υπερτασικά άτομα ότι είναι απαραίτητο να λαμβάνουν τη συνταγογραφηθείσα θεραπεία και οι ιατροί από μεριάς τους ότι πρέπει να χορηγούν τις κατάλληλες δόσεις αντιυπερτασικών φαρμάκων.

Σύμφωνα με τις πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες, υπάρχει γενικότερη συμφωνία σχετικά με τον ορισμό της αρτηριακής υπέρτασης, η οποία με βάση το WHO – ISH το 1999 είναι η πίεση $\geq 140/90$ mmHg.

Οι οδηγίες του ESH – ESC ορίζουν τα επίπεδα συστολικής 140-159 mmHg και διαστολικής 90-99 mmHg. Οι οδηγίες της JmC ταξινομούν τους ασθενείς με συστολική 120 – 139 mmHg και διαστολική 80-89 mmHg στην κατηγορία της προϋπέρτασης και έτσι ο αριθμός των ατόμων που χρήζουν θεραπείας αυξάνεται.

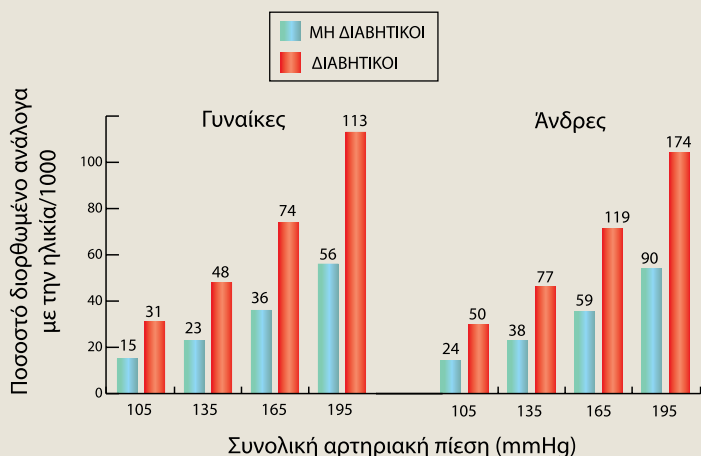
Πίνακας 1

Ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης ανά τον κόσμο



Πίνακας 2

Κίνδυνος καρδιαγγειακών συμβαμάτων ανάλογα με τη ΣΑΠ και την ύπαρξη διαβήτη



Όλοι οι ανωτέρω φορείς συμφωνούν, ειδικά για τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη, πως το όριο είναι 130/80 mmHg. Έχοντας αυτό το ερέθισμα και τον πίνακα 2, παραθέτω το ενδιαφέρον κεφάλαιο «Υπέρταση και Διαβήτης».

Η αρτηριακή υπέρταση και ο σακχαρώδης διαβήτης είναι δυνατόν να συνυπάρχουν και στην πραγματικότητα αυτό συμβαίνει συχνότερα απ' ό,τι θα αναμένετο με βάση τις πιθανότητες συνύπαρξης δυο οποιοδήποτε νόσων.

Η σχέση διαβήτη και υπέρτασης είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς οδηγεί σε μακροαγγειακές (στεφανιαία νόσος –

αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια – περιφερική αγγειοπάθεια – συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια) και **μικρο-αγγειακές βλάβες** (νεφροπάθεια – αμφιβληστροειδοπάθεια). Ενοχοποιούνται πάντα οι παράγοντες αντίσταση στην ινσουλίνη, υπερινσοφληναιμία, υπεργλυκαιμία, αύξηση επιπέδου αγγειοτενσίνης και έντονη διέγερση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος.

Έχει διατυπωθεί η άποψη ότι διάφοροι παράγοντες συμμετέχουν στην πρόκληση αγγειακής βλάβης στους διαβητικούς μεταξύ των οποίων αυξημένη δραστηριότητα της αγγειοτενσίνης I, η κατακράτηση Νατρίου, τα υψηλά επίπεδα αγγειοδραστικών πεπτιδίων, η ελαττωμένη δράση των νατριουρητικών ορμονών, ο αυξημένος τόνος του συμπαθητικού, η αυξημένη εδρoσπειραματική πίεση καθώς και η αύξηση της διατημηματικής τάσης.

Ο αριθμός των διαβητικών αυξάνεται ταχέως σε όλο τον κόσμο. Το 2000 ανέρχεται σε 171 εκατομμύρια και υπολογίζεται να αυξηθεί σε 366 εκατομμύρια το 2030.

Συνολικά το 50% των διαβητικών είναι υπέρταστοί, καθώς επίσης και ο κίνδυνος εμφάνισης καρδιακών συμβαμάτων αυξάνεται με τη βαρύτητα της μικρο-φλεωκωματουρίας. Οι μελέτες UKPDS-HOT και STENO – 2 έδειξαν τη μείωση των μικρο-αγγειακών επιπλοκών μέσω της ελάττωσης της Α.Π, ενώ οι μεταanalύσεις των Zanchetti και Ruilore συγκρίνουν τη μείωση των καρδιαγγειακών συμβαμάτων με την επιθετική μείωση της Α.Π.

Επιπλέον, η μελέτη UKPDS προσθέτει τη σύγκριση επιπέδου Ηb Α1c των υπέρτασικών και την αναπόφευκτη αύξηση με οποιοδήποτε αντιυπερτασικό. Η ομάδα συνεργασίας μελέτης ελάττωσης της Α.Π παρουσίασε εκτενή μετανάλυση σχετικά με την επιθετική ή μη θεραπεία της υπέρτασης. Στον διαβητικό ασθενή η χορήγηση αναστολέων ΜΕΑ επέφερε σημαντική μείωση τόσο στα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια όσο και στη στεφανιαία νόσο, και βέβαια περισσότερο στις ομάδες που η θεραπεία της υπέρτασης ήταν πιο επιθετική. Μια υπομελέτη της CAPPP έδειξε πρόσφατα αύξηση του πρωτοεμφανιζόμενου διαβήτη σε ασθενείς οι οποίοι λαμβάνουν τη συνήθη αγωγή – ειδικότερα σε άτομα με υψηλό δείκτη μάζας σώματος, υψηλά επίπεδα χοληστερόλης ή Α.Π – ενώ αντίθετα η εκδήλωση πρωτοεμφανιζόμενου διαβήτη ελαττώθηκε σημαντικά σε ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με α-ΜΕΑ ή αποκλειστές υποδοχέων αγγειοτενσίνης II καθώς αυτοί επιδρούν στις βλαβερές συνέπειες της μετάδοσης του σήματος από την αγγειοτενσίνη II στην ινσουλίνη, στην ιστική αιματική ροή, στο οξειδωτικό στρες, στη δραστηριότητα του συμπαθητικού νευρικού συστήματος και το μεταβολισμό του λιπώδους ιστού.

Συμπερασματικά οι υπέρταστοι ασθενείς με διαβήτη διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών συμβαμάτων, νεφροπάθειας και θανάτου και χρειάζεται εντατική αντιυπερτασική αγωγή, ώστε να επιτευχθεί το χαμηλό επίπεδο Α.Π. που προτείνουν οι κατευθυντήριες οδηγίες.

Για το σκοπό αυτό χρειάζεται συχνά συνδυασμένη θεραπεία έχοντας πάντα στη σκέψη μας να αποφευχθούν ή δυνατόν φάρμακα που επιδεινώνουν τον γλυκαιμικό έλεγχο. ♦

