

# МЯСТОТО НА LERCANIDIPINE В ЛЕЧЕНИЕТО НА ИЗОЛИРАНАТА СИСТОЛНА ХИПЕРТОНИЯ

Доц. Димитър Раев

Медицински институт - МВР, София

През последните години редица мащабни проучвания (Framingham Heart Study, MRFIT) показаха, че основен детерминатор на сърдечно-съдовата заболеваемост и смъртност при лицата над 50 г. е диастолното артериално налягане (ДАН), докато при тези над 55 г. определящият фактор е систолното артериално налягане (САН). Тъй като с възрастта ДАН се понижава, а САН се повишава, изолираната систолна хипертония (ИСХ) (САН>140 mmHg, ДАН<90mmHg) е най-честата форма на артериална хипертония (АХ) изобщо. Според Framingham Heart Study 60% от хипертониците над 65 г. са с ИСХ. Други изследвания показаха, че 80% от неконтролираните хипертоници са с ИСХ. Проблемът с тази форма на хипертония се забълбочава, като се има предвид, че само 58% от пациентите с ИСХ са осведомени, че имат хипертония, т. е. в най-добрия случай само половината от пациентите с ИСХ ще се лекуват.

Патогенезата на хипертонията при възрастни е различна от тази на хипертонията при млади. В сравнение с младите, пациентите над 55 г. имат (1) повишена ригидност на големите артерии, причина за високо САН и ниско ДАН, (2) понижена ренинова активност, свързана с редуцирания наполовина брой на функциониращите нефрони, което лимитира ефекта на АСЕ-инхибиторите и АР-блокери, (3) по-изразена ендотелна дисфункция (намален синтез на азотен окис при повишено ниво на вазоконстриктора ендотелин), (4) повишена солева сензитивност, водеща до по-значимо повишаване на АН при нарушаване на солевата диета и до по-рязкото му понижение при употреба на диуретици и при солева рестрикция.

За щастие рандомизираните изследвания показаха значимо редуциране на асоциирания с ИСХ риск от заболеваемост и смъртност при нейното лечение – 33% редукция на мозъчния инсулт, 23% редукция на исхемичната болест на сърцето. Поради по-високия базален риск постигнатата редукция при възрастните хипертоници е сигнификантно по-голяма от тази при лечение на АХ при млади.

Целта на лечението на ИСХ е да се постигне АН<140/90 mmHg при запазване на ДАН>65 mmHg с цел да не се повиши пулсовото налягане. Поради специфичната си патогенеза лечението на ИСХ е различно от това на систолно-диастолната хипертония при млади. Основно значение има модифицирането на начина на живот (спиране на тютюнопушенето, ограничаване на консумацията на алкохол и готварска сол, умерени аеробни натоварвания). От медикаментите средство на първи избор са тиазидните диуретици. При неоптимален резултат трябва да се добави възгодействащ дихидропиридинов (ДХП) калциев антагонист. Новите поколения ДХП калциеви антагонисти – Lercanidipin (Renovia®), имат еднакъв антихипертензивен ефект с този на амлодипин, но добре известните им странични ефекти са ограничени до минимум и по-често са сравними с тези при плацебо.