

Σύγχρονος τρόπος αντιμετώπισης της υπέρτασης

Αθανάσιος Μανώλης

*Υπεύθυνος Αντιυπερτασιακού Ιατρείου Τζάνειου Νοσοκομείου,
Επίκ. Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Βοστώνης,
Αναπλ. Καθηγητής Καρδιολογίας Πανεπιστημίου Emory, Ατλάντα*

Στις μέρες μας, γνωρίζουμε ότι με την πάροδο της ηλικίας αυξάνει η αρτηριακή πίεση και η συστολική υπέρταση· η «μεγάλη πίεση» αυξάνει συνεχώς με την ηλικία, ενώ η διαστολική, η λεγόμενη «μικρή πίεση», αυξάνει μέχρι την ηλικία των 50-60 ετών και στη συνέχεια παρουσιάζει κάμψη. Γι' αυτό πολλές φορές τα ηλικιωμένα άτομα έχουν αυξημένη τη συστολική πίεση και φυσιολογική τη διαστολική. Συγχρόνως αυξάνει και η πίεση σφυγμού, δηλαδή η διαφορά της συστολικής από τη διαστολική πίεση, και μάλιστα όσο ανοίγει αυτή η ψαλίδα τόσο περισσότερα καρδιοαγγειακά επεισόδια σημειώνονται.

Ορισμένοι μετράνε την αρτηριακή πίεση. Το ερώτημα είναι: Μετράνε σωστά ή λάθος, παραβλέποντας τις ενδεδειγμένες οδηγίες; Αυτοί που όρισαν τις φυσιολογικές τιμές της αρτηριακής πίεσης συνέστησαν ο εξεταζόμενος να κάθεται αναπαυτικά και το χέρι του να ακουμπάει σε σταθερό σημείο, να μην έχει καπνίσει και καταναλώσει καφέ τα προηγούμενα 30 λεπτά, η δε μέτρηση

της πίεσης να γίνει αφού ο ασθενής είναι καθιστός για τουλάχιστον 5 λεπτά κι ακόμα να χρησιμοποιείται η σωστή περιχειρίδα –για τους παχύσαρκους υπάρχει φαρδύτερη περιχειρίδα– και να μετριέται η αρτηριακή πίεση τουλάχιστον 2 με 3 φορές καθώς θα χαλαρώνει. Βάσει αυτών των προδιαγραφών, κρίθηκε ενδεδειγμένη η αρτηριακή πίεση κάτω από 140–90 mm Hg. Τι γίνεται όμως συνήθως στην πράξη; Όταν κάποιος δεν αισθάνεται καλά, συνδέει την εκάστοτε κεφαλαλγία, ζάλη ή οτιδήποτε παραπλήσιο με την αρτηριακή πίεση, αναζητά πανικόβλητος ένα πιεσόμετρο και μετρά στα γρήγορα την αρτηριακή πίεση· τη βρίσκει αυξημένη, σε λίγο την ξαναμετρά, ενώ μες στον πανικό του ολοένα και την ανεβάζει. Το ίδιο επαναλαμβάνεται λίγο αργότερα κι έτσι σπεύδει στο νοσοκομείο για τις πρώτες βοήθειες, ενώ στην ουσία η πίεσή του δεν έχει καμία σχέση με την πραγματικότητα. Συμπερασματικά, βλέπουμε ότι όσοι διαβεβαιώνουν πως η πίεση πρέπει να είναι 140–90 mm Hg και λιγότερο όρισαν τις τιμές αυτές σύμφωνα με τις παραπάνω προδιαγραφές μέτρησης.

Από την άλλη πλευρά, θα πρέπει να γίνει κατανοητό ότι η κεφαλαλγία και η ρινορραγία δεν έχουν καμία σχέση με την αρτηριακή πίεση. Απλώς όταν κάποιος δεν νιώθει καλά –πονοκέφαλος, ζάλη– συνδέει την αδιαθεσία του με την αρτηριακή πίεση και καταφεύγει στο πιεσόμετρο. Κάποιες φορές θα βρει αυξημένη πίεση, κάποιες όχι. Λαμβάνει βέβαια υπόψη τις μετρήσεις όπου η πίεσή του παρουσιάζεται αυξημένη. Επιπροσθέτως, η ρινορραγία δεν συνδέεται με την αρτηριακή πίεση διότι οφείλεται στο φλεβικό σκέλος κι όχι στο αρτηριακό και δεν έχει σχέση με την αρτηριακή πίεση. Εξάλλου, και στη δοκιμασία κοπώσεως η πίεση φτάνει 200 και 220 mm Hg χωρίς να παρουσιάζεται ρινορραγία. Γιατί άραγε όλοι αυτοί δεν παθαίνουν ρινορραγία και ξαφνικά παθαίνει κάποιος με 160–170 mm Hg; Αποδεικνύεται λοιπόν ότι δεν υπάρχει ουδεμία σχέση μεταξύ τους.

Τα σημερινά επιθυμητά επίπεδα για την αρτηριακή πίεση είναι κάτω από 120–80 mm Hg. Φυσιολογικά, για κάποιους είναι κάτω από 130–85 mm Hg ενώ η υψηλή συστολική θεωρείται φυσιολογική στα ποσά 130–139 mm Hg, η δε διαστολική μεταξύ 85–89 mm Hg. Σύμφωνα με τελευταίες μελέτες, λέγεται ότι η συστολική πίεση δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 140 mm Hg και η διαστολική τα 85 mm Hg.

Μέτρηση της Αρτηριακής Πίεσης

- Ο εξεταζόμενος θα πρέπει να κάθεται αναπαυτικά και το χέρι του να ακουμπά σε σταθερό σημείο
- Ο εξεταζόμενος δεν θα πρέπει να έχει καπνίσει και καταναλώσει καφέ τα προηγούμενα 30 min.
- Η μέτρηση της ΑΠ θα πρέπει να γίνει αφού ο ασθενής είναι καθιστός για 5 min.
- Χρησιμοποίηση σωστής περιχειρίδας
- Μέτρηση της ΑΠ 2-3 φορές

Πίνακας 1

Μια άλλη συχνά εμφανιζόμενη μορφή πίεσης είναι η συστολική υπέρταση, η οποία είναι ακόμα συχνότερη στα ηλικιωμένα άτομα και εμφανίζεται σε ποσοστό 50-60%, ενώ φυσιολογικά η αρτηριακή πίεση παρατηρείται στον πληθυσμό σε ποσοστό 20%. Η σημασία της «μεγάλης» συστολικής υπέρτασης είναι πολύ μεγαλύτερη από τη διαστολική, τη λεγόμενη «μικρή». Γι' αυτό και τα τελευταία χρόνια έχει μετατοπιστεί το ενδιαφέρον μας από την εποχή κατά την οποία στοχεύαμε στη διαστολική, αφότου καταλάβαμε ότι η σημασία της συστολικής πίεσης είναι μεγαλύτερη.

Στην εικόνα 1 βλέπετε ότι όσο αυξάνει η διαστολική πίεση από 70 προς 100 mm Hg τόσο αυξάνει και η μπάρα. Η αύξηση της μπάρας σημαίνει περισσότερα εμφράγματα του μυοκαρδίου. Από την άλλη, όσο αυξάνει η συστολική πίεση από 120 σε 160 mm Hg και πάνω σημειώνεται ραγδαία αύξηση των εμφραγμάτων. Ωστόσο για κάθε επίπεδο διαστολικής πίεσης –που απεικονίζει η πρώτη μπάρα με φυσιολογική τη συστολική– πάντα η συστολική είναι πολύ πιο σημαντικός παράγοντας. Δηλαδή, σε κάθε επίπεδο, η μπάρα της συστολικής συνεπάγεται περισσότερα εμφράγματα συγκριτικά με τη διαστολική αρτηριακή πίεση.

Ένα ερώτημα είναι αν θα πρέπει να γίνεται μέτρηση της αρτηριακής πίεσης κατ' οίκον. Η απάντηση είναι θετική, εφόσον ακολουθούνται οι οδηγίες σωστής μέτρησης της πίεσης που προαναφέρθηκαν. Είναι πλέον παραδεκτό



Εικόνα 1

ότι όσοι μετράνε την πίεση στο σπίτι είναι καλύτεροι, χωρίς την «πίεση της λευκής μπλούζας» που αυξάνει μπαίνοντας σε ένα νοσοκομείο ή σε ένα ιατρείο.

Αφετέρου, αφότου απαλλαγεί ο ασθενής από την «υπέρταση της λευκής μπλούζας», μπορούμε να ξέρουμε καλύτερα πώς ανταποκρίνεται στα φάρμακα που παίρνει. Υπάρχουν άτομα που έρχονται στο ιατρείο με τιμές πιέσεων 170-180 mm Hg, ενώ στο σπίτι βρίσκουν 120-130 mm Hg.

Αν πρόκειται να μετρήσει κάποιος μόνος του την πίεσή του, θα πρέπει να χρησιμοποιήσει ηλεκτρονικό πιεσόμετρο κι όχι υδραργυρικό. Διότι στο υδραργυρικό πρέπει να φουσκώσει την περιχειρίδα και αυτό είναι μια ισομετρική άσκηση, η οποία αυξάνει την πίεση καθώς παύει να είναι χαλαρός. Άρα, θα πρέπει να χρησιμοποιεί κανείς ηλεκτρονικό πιεσόμετρο χωρίς αντλία που λειτουργεί με μπαταρίες: πατώντας το κουμπί αυτό αρχίζει να φουσκώνει μετρώντας την πίεση, όμως ο πάσχων δεν πρέπει να έχει τα μάτια του καρφωμένα εκεί, γιατί αυτό προκαλεί άγχος σχετικά με το πότε θα χτυπήσει και πότε όχι. Ο ασθενής πρέπει να το αφήνει να φουσκώσει, να ξεφουσκώσει και όταν το πιεσόμετρο δώσει τον ήχο ότι ξεφούσκωσε, τότε να το γυρίσει και να κοιτάξει τις τιμές της πίεσής του.

Υπάρχει και η λεγόμενη 24ωρη καταγραφή της αρτηριακής πίεσης, που γίνεται με μια περιχειρίδα κι ένα μηχανάκι σαν μικρό μαγνητοφώνάκι, το

οποίο μπορεί να μετρά την πίεση καθ' όλη τη διάρκεια του 24ώρου, οπότε έχουμε μια συνολική εικόνα της αρτηριακής πίεσης –τόσο κατά την ημέρα όσο και κατά τη νύχτα–, μια εικόνα στις δραστηριότητες της ημέρας αλλά και του συνολικού φορτίου που παίρνει η καρδιά. Το να παρατηρηθεί κάποια στιγμή αύξηση της πίεσης 190–200 mm Hg δεν σημαίνει τίποτα όταν όλη η πίεση της ημέρας –σύμφωνα με τον μέσο όρο– μπορεί να είναι της τάξεως του 130-80 mm Hg. Επομένως, συνάγουμε και κάποιες πιθανές αιχμές πιέσεως. Μέσω της 24ωρης καταγραφής έχουμε καταλάβει γιατί ο ασθενής έχει 17–18 mm Hg στο ιατρείο και γύρω στο 13 mm Hg στο σπίτι, δηλαδή ότι όντως ισχύει πως οι τιμές συχνά διαφέρουν πολύ από εκείνες που μετριοούνται στο ιατρείο.

Ήδη μιλήσαμε για επιθυμητή πίεση, φυσιολογική πίεση και υψηλή φυσιολογική. Κατά τα τελευταία χρόνια, μια πρόσφατη μελέτη του Framingham δείχνει ότι όλα αυτά είναι μεν φυσιολογικά, αλλά στα 12 χρόνια παρακολούθησης όσο αυξάνει η πίεση από επιθυμητή φυσιολογική σε υψηλή φυσιολογική τόσο αυξάνουν και τα καρδιαγγειακά επεισόδια. Κατά συνέπεια, όλα μπορούν να θεωρηθούν φυσιολογικά, όμως τα πιο φυσιολογικά ίσως να είναι προτιμότερα.

Η υπέρταση είναι πολύ σημαντικός παράγοντας κινδύνου, ίσως ο επισφαλέστερος, γιατί προκαλεί υπερτροφία της καρδιάς, έμφραγμα του μυοκαρδίου, υπερτασική εγκεφαλοπάθεια, στεφανιαία νόσο, εγκεφαλική αιμορραγία, προεκλαμψία, εκλαμψία στις εγκύους, αγγειακό εγκεφαλικό, νεφρική ανεπάρκεια, τύφλωση, ρήξη ανευρυσμάτων αορτής, περιφερική αγγειοπάθεια, καρδιακή ανεπάρκεια, καταστάσεις υπεύθυνες για υψηλή θνητότητα.

Η υπέρταση δεν είναι μια απλή ιστορία. Στην Ελλάδα, συνήθως το 40-50% των υπερτασικών καπνίζει. Ένα ποσοστό 30-40% έχει αυξημένη χοληστερίνη, ενώ το 20% έχει διαβήτη. Άρα όταν μιλάμε για υπέρταση δεν θα πρέπει απλώς να κοπάμε μια μέτρηση της αρτηριακής πίεσης. Συνήθως ο κόσμος επισκέπτεται έναν γιατρό και ζητά να του μειρήσει την πίεση από φόβο μήπως πάθει κάποιο εγκεφαλικό· ωστόσο ενδέχεται να καπνίζει 3 πακέτα τσιγάρα, να έχει 300 χοληστερίνη, να είναι παχύσαρκος κι όμως όλα αυτά δεν τον απασχολούν, ενώ κανονικά επιβάλλεται να συνεκτιμηθούν.

Ξέρουμε ότι με τη χορήγηση της αντιυπερτασικής θεραπείας έχουμε πετύχει να μειώσουμε σημαντικά από το 1970 μέχρι το 1994 τα εγκεφαλικά επεισόδια και συγχρόνως τα στεφανιαία επεισόδια. Ενώ όμως προσδοκούσαμε να ελαττώσουμε κατά 40% τα εγκεφαλικά επεισόδια μειώνοντας τη διαστολική πίεση κατά 6 χιλιοστά, τα μειώσαμε κατά 38%. Αντίθετα, ενώ ευελπιστούσαμε να ελαττώσουμε κατά 25% τα εμφράγματα, τα μειώσαμε κατά 16%. Τι δεν πήγε καλά; Μας το δείχνει η εικόνα 2, όπου απεικονίζεται ο κίνδυνος που έχει σε μία δεκαετία ένας υπερτασικός να πάθει έμφραγμα του μυοκαρδίου. Αν υπάρχει μόνο πίεση 150-160 mm Hg, 6 άτομα στα 100 θα παρουσιάσουν εντός δεκαετίας καρδιακό επεισόδιο· αν υπάρχει και χοληστερίνη, το 13% θα παρουσιάσει καρδιακό επεισόδιο, αν δε είναι και καπνιστές το ποσοστό ανέρχεται στο 19%. Στην περίπτωση, τέλος, που έχουμε να κάνουμε με υπερτασικούς, υπερλιπιδαιμικούς καπνιστές με διαβήτη και καρδιά υπερτροφική λόγω πίεσης, τότε σε ποσοστό 50% θα πάθουν καρδιακό επεισόδιο εντός δεκαετίας. Όταν λοιπόν μας επισκέπτονται ασθενείς κι εμείς φροντίζουμε να τους χορηγήσουμε φάρμακα για να τους ρυθμίσουμε την πίεση ενώ αδιαφορούμε για τους υπόλοιπους παράγοντες κινδύνου, μοιραίο είναι να σώσουμε τους 6 αλλά να χάσουμε τους 38. Επομένως, έχει πολύ μεγάλη σημασία όχι μόνο να πασίζουμε να ρυθμίσουμε την αρτηριακή πίεση, αλλά να μεριμνούμε και για



Εικόνα 2

τους υπόλοιπους παράγοντες. Συγχρόνως, τα φάρμακα που θα χορηγηθούν δεν πρέπει να επηρεάζουν δυσμενώς τους άλλους παράγοντες κινδύνου. Γι' αυτό στις μέρες μας η στρατηγική στην αντιμετώπιση της υπέρτασης έχει αλλάξει και κατατάσσουμε στην ομάδα χαμηλού κινδύνου έναν ασθενή που έχει συστολική πίεση 140-160 και διαστολική 90-100 mm Hg χωρίς να επιβαρύνεται από άλλους παράγοντες κινδύνου. Ο ίδιος ασθενής μπορεί ακόμα και επί ένα χρόνο να παρακολουθείται διαπαικτικά χωρίς να πάρει φάρμακα. Από την άλλη πλευρά, ένας ασθενής με την ίδια πίεση που όμως παρουσιάζει τρεις ή περισσότερους παράγοντες κινδύνου, βλάβη οργάνου είτε διαβήτη χαρακτηρίζεται υψηλού κινδύνου και πέρα από τη δίαιτα πρέπει να ξεκινήσει αμέσως φαρμακευτική αγωγή.

Κατά συνέπεια, οι παράγοντες κινδύνου είναι καθοριστικής σημασίας. Όταν δε μιλάμε για θεραπεία, σημαίνει ότι ο ασθενής πρέπει να καταπολεμήσει τους παράγοντες κινδύνου. Συγκεκριμένα συνιστάται:

- ▶ Μείωση του σωματικού βάρους. Στις μέρες μας υπάρχουν πολλές μελέτες που δείχνουν ότι με τη μείωση του σωματικού βάρους μειώνεται και η αρτηριακή πίεση.
- ▶ Μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ, σε φυσιολογικά επίπεδα. Δηλαδή ο υπερτασικός δεν απαγορεύεται να πει, απαγορεύεται όμως ο αλκοολισμός.
- ▶ Άσκηση, διακοπή καπνίσματος, έλεγχος λιπιδίων και μείωση της κατανάλωσης του αλατιού, ιδίως σε ηλικιωμένα άτομα. Το αλάτι παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη όσο και στον έλεγχο της αρτηριακής πίεσης.

Στη συνέχεια υπάρχουν πάρα πολλά φάρμακα προς χορήγηση. Τα φάρμακα είναι όλα εξίσου αποτελεσματικά στη μείωση της αρτηριακής πίεσης. Δεν διαφέρουν μεταξύ τους, αλλά διαφέρουν ως προς τις παρενέργειες στο κάθε άτομο και ως προς την αποτελεσματικότητα σε άλλα επιμέρους πράγματα. Σε μια μεγάλη πολυκεντρική μελέτη που κάναμε σε όλο τον κόσμο με τρεις διαφορετικές δόσεις φαρμάκων και με ένα διουρητικό, σε ηλικιωμένα άτομα με μεμονωμένη συστολική υπέρταση, όλα αποδείχθηκαν εξίσου αποτελεσματικά. Αλλά και αυτοί που έπαιρναν εικονικό φάρμακο μείωσαν την αρτηριακή τους πίεση κατά 11,5 mm Hg έναντι 17-18 mm Hg αυτών που έπαιρναν κανονικό φάρμα-

κο. Ας σημειωθεί και κάτι ακόμα. Πολλοί παίρνουν κάποιο φάρμακο αλλά σε διάστημα ενός μήνα παραπονούνται στον γιατρό τους ότι το συγκεκριμένο φάρμακο δεν τους ταιριάζει, ότι κάνει ανοχή και δεν λειτουργεί ρυθμιστικά. Το πιθανότερο είναι ότι στο μήνα πάνω ξεθάρρεψαν αφού είδαν την πίεση να ρυθμίζεται, ξανάρχισαν να καταναλώνουν περισσότερο αλάτι και ξέφυγαν στη διατροφή. Άρα δεν φταίει το φάρμακο, αλλά κατά 90% οι ασθενείς.

Από πλευράς ανεπιθύμητων ενεργειών, φαίνεται ότι τα νεότερα φάρμακα –όπως οι αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου και οι ανταγωνιστές των υποδοχέων της αγγειοτενσίνης– είναι πιο καλά ανεκτά φάρμακα, σε αντίθεση με τα παραδοσιακά παλιά διουρητικά β-αποκλειστές που προκαλούν περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες. Όταν, όμως, χορηγούνται σε χαμηλές δόσεις οι ανεπιθύμητες ενέργειες κρατούνται σε μικρό ποσοστό.

Ο στόχος μείωσης της αρτηριακής πίεσης δεν είναι κοινός για όλους. Σήμερα ορίζεται σε επίπεδα κάτω από 140–90 mm Hg, αλλά για τους διαβητικούς κάτω από 130–85 mm Hg όπως και για τους πάσχοντες από καρδιακή και νεφρική ανεπάρκεια. Αν έχουμε όμως να κάνουμε με διαβητικούς με πρωτεϊνουρία πάνω από 1 γραμμάριο το 24ωρο, τότε θα τα επίπεδα πρέπει να είναι μικρότερα από 125–75 mm Hg. Ανάλογα λοιπόν με την πάθηση αλλάζουν και οι τιμές. Για τους διαβητικούς γνωρίζουμε πλέον ότι τα φάρμακα που δουλεύουν στο σύστημα ρενίνης –όπως οι αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου και οι ανταγωνιστές των υποδοχέων– είναι πολύ καλύτεροι από τους ανταγωνιστές ασβεστίου ή τις άλλες ομάδες. Σε μια μελέτη, η ομάδα που πήρε αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτασίνης παρουσίασε πολύ λιγότερα εμφράγματα, και συγκεκριμένα δυόμισι φορές λιγότερα από εκείνους στους οποίους χορηγήθηκε ανταγωνιστής ασβεστίου. Αλλά ο συνδυασμός των δύο είχε ως αποτέλεσμα πολύ λιγότερα εμφράγματα. Επομένως το μήνυμα είναι ότι στον διαβητικό έχει πρώτα σημασία πόσο θα χαμηλώσουμε την αρτηριακή πίεση και μετά με ποιο φάρμακο θα πετύχουμε τη μείωσή της. Άρα πρέπει πάντα να λαμβάνουμε υπόψη μας το πόσο θα μειωθεί η αρτηριακή πίεση. Υπάρχουν νεότερες μελέτες –τόσο με αναστολείς του μετατρεπτικού όσο και με ανταγωνιστές των υποδοχέων της αγγειοτενσίνης– που δείχνουν ότι αυτά τα φάρμακα πέτυ-

χαν να μειώσουν τη νέα εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη, ακόμα και συγκριτικά με παραδοσιακά φάρμακα που θεωρούνται άκρως αποτελεσματικά.

Μια επιπλοκή της υπέρτασης είναι η υπερτροφία της καρδιάς: το αίμα βρίσκει αντίσταση να προωθηθεί από την καρδιά προς την περιφέρεια κι η πίεση που ασκεί την αναγκάζει να υπερτραφεί. Εν ολίγοις, είναι σαν κάποιος να ασκείται με βάρη. Και σήμερα ξέρουμε ότι όσο αυξάνει η υπερτροφία τόσο αυξάνουν τα καρδιαγγειακά επεισόδια, σε νέα αλλά και σε ηλικιωμένα άτομα. Γνωρίζουμε ακόμα ότι ένας υπερτασικός με υπερτροφία έχει τετραπλάσιο κίνδυνο να πάθει καρδιακό επεισόδιο απ' ό,τι ένας υπερτασικός χωρίς υπερτροφία. Υπάρχουν φάρμακα αποτελεσματικά, που μειώνουν την υπερτροφία και συγχρόνως τα καρδιαγγειακά επεισόδια. Σε μια πρόσφατη μελέτη, ο ανταγωνιστής των υποδοχέων της αγγειοτενσίνης συγκρινόμενος με τον β-αναστολέα ατενολόλη μείωσε εξίσου καλά την αρτηριακή πίεση, τη συστολική και τη διαστολική, όμως ο ανταγωνιστής των υποδοχέων της αγγειοτενσίνης, συγκριτικά με τον β-αποκλειστή, μείωσε σημαντικά κατά 13% την καρδιακή θνητότητα, το αγγειακό εγκεφαλικό και το έμφραγμα του μυοκαρδίου. Ξέρουμε ότι το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο αυξάνει κατά 7 φορές στον υπερτασικό ασθενή. Σήμερα, έχουμε μελέτες πρωτογενούς πρόληψης με ραμιπρίλη, όπου σε άτομα μη υπερτασικά, νορμοτασικά αλλά με πολλούς παράγοντες κινδύνου χορηγήθηκε το φάρμακο και σημειώθηκε 26% μείωση στον καρδιαγγειακό θάνατο, 20% στο έμφραγμα, 32% στο εγκεφαλικό επεισόδιο και 16% στη συνολική θνητότητα σε διάστημα τεσσάρων ετών παρακολούθησης. Από την άλλη πλευρά, έχουμε και στη δευτερογενή πρόληψη απαντήσεις. Ξέρουμε ότι ένα θύμα εγκεφαλικού επεισοδίου έχει πιθανότητα 40% σε πέντε χρόνια να παρουσιάσει νέο αγγειακό εγκεφαλικό. Μια μελέτη με αναστολέα του μεταρρεπτικού ενζύμου, την περιντοπρίλη, έδειξε ότι η χορήγηση του φαρμάκου σε διάστημα τεσσάρων ετών μείωσε κατά 28% τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια. Σύμφωνα με τη μελέτη Life που προαναφέρθηκε, η χορήγηση του ανταγωνιστή των υποδοχέων αγγειοτενσίνης λοσαρτάνη μείωσε κατά 25% τα εγκεφαλικά επεισόδια, συγκριτικά με άλλα φάρμακα. Σε όσους ασθενείς παρουσίαζαν μεμονωμένη συστολική υπέρταση, η λήψη λοσαρτάνης μείωσε τα εγκεφαλικά

επεισόδια κατά 40%. Άρα υπάρχουν κάποια φάρμακα που ρυθμίζουν εξίσου αποτελεσματικά την αρτηριακή πίεση, αλλά συγχρόνως φαίνεται να παρουσιάζουν υπεροχή σε ορισμένους παράγοντες κινδύνου.

Είναι γνωστό ότι η πίεση δεν ρυθμίζεται με ένα φάρμακο. Όταν χορηγείται ένα φάρμακο, θα πρέπει να γνωρίζουμε ότι λιγότερο από το 50% των ασθενών ρυθμίζει την πίεσή του με μονοθεραπεία. Ο γιατρός πρέπει να ξεκινήσει με τη μικρότερη δυνατή δόση για να δει πώς ανταποκρίνεται ο πάσχων στη θεραπεία και σταδιακά να αυξάνει τη δοσολογία ή τον συνδυασμό φαρμάκων για να πετύχει τον στόχο του. Είναι λάθος να απαιτείται από τον γιατρό η άμεση ρύθμιση της πίεσης, διότι τότε θα απαιτούνταν υπερβολικές δόσεις φαρμάκων προκειμένου να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα, εφικτό ενδεχομένως και με μικρότερες δόσεις. Άρα θα πρέπει σε συνεργασία και συνεννόηση με τον θεράποντα γιατρό να προσεγγίζεται προοδευτικά ο επιδιωκόμενος στόχος. Από μεγάλες μελέτες που έχουν γίνει φαίνεται ότι μόνο το 32% των ασθενών ρυθμίστηκε με μονοθεραπεία, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό χρειάστηκε να ακολουθήσει συνδυασμένη θεραπεία. Δυστυχώς, απογοητευτικά είναι τα ποσοστά των ασθενών που επιτυγχάνουν τη ρύθμιση της πίεσης τους κάτω από 140–90 mm Hg: μόλις 27% στις ΗΠΑ, 22% στον Καναδά, 6% στην Ελλάδα και την Αγγλία και, τέλος, 24% στη Γαλλία.

Ως εκ τούτου, μια επίσκεψη στον γιατρό και η συνακόλουθη χορήγηση κάποιου φαρμάκου δεν ρυθμίζει απαραίτητα την πίεση. Θα πρέπει ο ασθενής να βρίσκεται σε συνεχή παρακολούθηση και σε συνεργασία με τον γιατρό ώστε να επιτευχθεί ο στόχος. Διαφορετικά, θα πρέπει να δεχτούμε όλες τις επιπλοκές της υπέρτασης.