

.....
**Γιατί νέες Ελληνικές
κατευθυντήριες οδηγίες
για την υπέρταση;**
.....

Σε αυτό το τεύχος των *Αρχείων Ελληνικής Ιατρικής* η Ελληνική Εταιρεία Μελέτης της Υπέρτασης παρουσιάζει νέες Ελληνικές κατευθυντήριες οδηγίες για την υπέρταση.¹ Πρόκειται για τη δεύτερη προσπάθεια διατύπωσης εθνικών οδηγιών για την υπέρταση μετά από τις οδηγίες του 2001, που είχαν συνταχθεί στα πλαίσια ενός προγράμματος του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, το οποίο δυστυχώς έμεινε ημιτελές.² Αντίστοιχες εθνικές οδηγίες έχουν συνταχθεί και για άλλες παθολογικές καταστάσεις, με πλέον πρόσφατο παράδειγμα τις κατευθυντήριες οδηγίες για τη διάγνωση και την αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης.³

Η αυξανόμενη ανάγκη άμεσης και ευρείας εφαρμογής της συσσωρευόμενης γνώσης στην καθημερινή κλινική πράξη αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα, αλλά και τις μεγαλύτερες προκλήσεις της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης. Η διατύπωση κατευθυντήριων οδηγιών από έγκυρα επιστημονικά σώματα θεωρείται σήμερα σημαντικό εργαλείο για την αξιοποίηση των διαθέσιμων αποτελεσμάτων της έρευνας και τη διοχέτευσή τους στους πολυάσχολους κλινικούς γιατρούς. Η προοδευτική απομάκρυνση τα τελευταία χρόνια από τη «συμπερασματική λογική» (inferential reasoning) και η επικράτηση της «Ιατρικής με βάση τις ενδείξεις» (evidence-based medicine) έχει εδραιώσει το ρόλο των κατευθυντήριων οδηγιών στην καθοδήγηση των γιατρών στην άσκηση της Ιατρικής.⁴⁻⁶ Η υπέρταση ίσως αποτελεί το καλύτερο παράδειγμα εφαρμογής της «Ιατρικής με βάση τις ενδείξεις», επειδή τα κύρια ερωτήματα για την αντιμετώπισή της έχουν απαντηθεί μέσω των αποτελεσμάτων πολλών τυχαίοποιημένων ελεγχόμενων μελετών επιβίωσης, στις οποίες συμπεριλήφθηκαν πολλές χιλιάδες υπέρτασικά άτομα, με παρακολούθηση μερικών ετών.^{7,8}

Όλες οι κατευθυντήριες οδηγίες βασίζονται βέβαια στα ίδια δεδομένα έρευνας. Εντούτοις, υπάρχουν διαφορές μεταξύ τους σε διάφορα θέματα, που σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να έχουν σημαντικές προεκτάσεις, όχι μόνο σε άτομα με υπέρταση αλλά και σε ευρύτερες ομάδες του γενικού πληθυσμού.^{9,10} Θα ήταν βέβαια σημαντική παράλειψη να μην τονιστεί ότι, σε γενικές γραμμές, υπάρχει συμφωνία μεταξύ των τελευταίων κατευθυντήριων οδηγιών και, μάλιστα, σε μεγαλύτερο βαθμό από όσο στο παρελθόν.¹¹ Οι διαφορές μεταξύ των οδηγιών οφείλονται κυρίως σε διαφορές στη σύνθεση των συγγραφικών ομάδων, π.χ. οι Ευρωπαϊκές¹⁰ και οι Βρετανικές οδηγίες¹² έχουν συνταχθεί αποκλειστικά από ειδικούς της υπέρτασης, ενώ οι Αμερικανικές⁹ από εκπροσώπους και άλλων ιατρικών ειδικοτήτων (νεφρολόγους, διαβητολόγους, νευρολόγους, γενικούς γιατρούς κ.λπ.), αλλά και εκπροσώπους μη ιατρικών σωμάτων (νοσηλεύτριες, φαρμακοποιούς, εκπροσώπους κρατικών οργανισμών υγείας κ.ά.). Επιπλέον, ιδιαιτερότητες στη δομή και τις δυνατότητες του συστήματος υγείας υποχρεώνουν σε προσαρμογή των οδηγιών σε εθνικό επίπεδο. Τέλος, διαφορές στις αντιλήψεις, την κουλτούρα και τη φιλοσοφία μεταξύ των πληθυσμών και, κατά προέκταση, των συγγραφέων των οδηγιών, εξηγούν κάποιες διαφορές μεταξύ εθνικών κατευθυντήριων οδηγιών. Επισημαίνεται ότι η τελική διατύπωση των οδηγιών είναι αποτέλεσμα συμφωνίας (consensus) μεταξύ των μελών της συγγραφικής ομάδας, που εμπεριέχει και την έννοια του συμβιβασμού. Είναι προφανές ότι όλα τα μέλη δεν έχουν τις ίδιες απόψεις για την αξιολόγηση και, ακόμα περισσότερο, για την αξιοποίηση των αποτελεσμάτων των μελετών. Είναι όμως αναγκαίο να καταλήξουν σε κείμενο της ευρύτερης δυνατής αποδοχής, ώστε να διευκολύνουν το μη ειδικό στην αποτελεσματικότερη άσκηση της Ιατρικής.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες δεν πρέπει βέβαια να θεωρούνται αυστηρά πρωτόκολλα που οι γιατροί είναι υποχρεωμένοι να ακολουθούν στην καθημερινή άσκηση της Ιατρικής. Η κρίση του γιατρού παραμένει κορυφαίος παράγοντας για την εφαρμογή των οδηγιών στην πράξη.^{6,9} Επιπλέον, η γνώμη και οι προτιμήσεις του ενημε-

ρωμένου ασθενούς και οι συνθήκες διαβίωσης και περιθάλψης επηρεάζουν τις θεραπευτικές επιλογές, ώστε αυτές να προσαρμόζονται και να εξατομικεύονται, με στόχο την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας του κάθε ασθενούς.

Η διαμόρφωση των κατευθυντήριων οδηγιών δεν είναι στατική αλλά δυναμική και συνεχής διαδικασία, με αποτέλεσμα την ανάγκη αναπροσαρμογής και επαναδιατύπωσής τους, κάθε τόσο, μόλις υπάρξουν σημαντικές νέες πληροφορίες. Είναι χαρακτηριστικό το ότι τα δύο τελευταία χρόνια οι σημαντικότερες επιστημονικές εταιρείες υπέρτασης δημοσίευσαν νέες οδηγίες για την αντιμετώπιση της υπέρτασης^{9,10,12-14} (πίν. 1). Η σχεδόν ταυτόχρονη διατύπωση των νέων οδηγιών δεν είναι τυχαία, αλλά οφείλεται στη δημοσίευση σημαντικών νέων πληροφοριών που επιβάλλουν τροποποίηση της προτεινόμενης τακτικής για την αντιμετώπιση της υπέρτασης. Όπως φαίνεται από το χρονοδιάγραμμα των δημοσιεύσεων στον πίνακα 1, η δημοσίευση της μελέτης ALLHAT¹⁵ αποτέλεσε τον καθοριστικό παράγοντα που ενεργοποίησε τη διαδικασία επαναδιατύπωσης των κατευθυντήριων οδηγιών για την υπέρταση. Η ALLHAT είναι η μεγαλύτερη μέχρι σήμερα μελέτη παρέμβασης στην υπέρταση. Χρηματοδοτήθηκε από το Εθνικό Ινστιτούτο των ΗΠΑ NHLBI (National Heart Lung and Blood Institute) και περιέλαβε 42.418 υπερτασικά άτομα με μέση παρακολούθηση 5 χρόνια.¹⁵ Η επίδραση των αποτελεσμάτων της ALLHAT στη διαμόρφωση της στρατηγικής για την αντιμετώπιση της υπέρτασης φαίνεται και από τις 204 δημοσιεύσεις που αναφέρονται στη μελέτη στο PubMed μέχρι το Δεκέμβριο του 2004. Το κύριο εύρημα της μελέτης ήταν η απουσία διαφοράς μεταξύ των κύριων γραμμών αντιυπερτασικής φαρμακοθεραπείας ως προς την πρωτογενή πρόληψη στεφανιαίων επεισοδίων. Η μεγάλη στατιστική ισχύς της μελέτης απέκλεισε την πιθανότητα διαφοράς μεταξύ των φαρμάκων >10% ως προς την καρδιαγγειακή προστασία.¹⁵

Μια επιπρόσθετη πληροφορία που επηρέασε σημαντικά τη διαμόρφωση των νέων κατευθυντήριων οδηγιών για την υπέρταση προέρχεται από μετα-ανάλυση 61 μελετών με δεδομένα από 1.000.000 άτομα, που διερεύνησε τη σχέση μεταξύ αρτηριακής πίεσης και καρδιαγγειακού κινδύνου.⁷ Η μετα-ανάλυση έδειξε ότι για κάθε 20 mmHg αύξηση της συστολικής πίεσης ή, αντίστοιχα, 10 mmHg διαστολικής, διπλασιάζεται ο κίνδυνος για έμφραγμα μυοκαρδίου ή αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Το εντυπωσιακότερο εύρημα της μελέτης είναι το ότι η σχέση αυτή πίεσης και κινδύνου παραμένει και σε επίπεδα πίεσης χαμηλότερα των 140/90 mmHg μέ-

χρι τα 120/80 mmHg.⁷ Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνονται και από πρόσφατη δημοσίευση της μελέτης Framingham Heart Study, που έδειξε ότι άτομα με αρτηριακή πίεση 130-139/85-89 mmHg διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για καρδιαγγειακή νόσο από αυτά με χαμηλότερες τιμές πίεσης.¹⁶

Το κύριο πρόβλημα σχετικά με τις κατευθυντήριες οδηγίες προκύπτει μετά από τη δημοσίευσή τους και αφορά στη δυνατότητα διάδοσης και αξιοποίησής τους σε ευρεία κλίμακα στην πράξη. Δυστυχώς, υπάρχουν ενδείξεις ότι οι προηγούμενες κατευθυντήριες οδηγίες έχουν επηρεάσει ελάχιστα την τακτική που εφαρμόζουν οι γιατροί στην πράξη.¹⁷ Φαίνεται ότι ένας από τους κύριους λόγους είναι η μεγάλη έκταση και η πολυπλοκότητα των κειμένων των οδηγιών (30 ή και περισσότερες σελίδες), που, τελικά, είναι ακατάλληλες για τη μεγάλη μάζα των γιατρών, εκτός από αυτούς με ειδικό ενδιαφέρον στο αντικείμενο. Γι' αυτόν το λόγο, το 2003, οι Αμερικανικές και οι Ευρωπαϊκές οδηγίες δημοσιεύθηκαν σε δύο εκδόσεις: μια συνοπτική και πρακτική έκδοση για τους μη ειδικούς γιατρούς (8-10 σελίδες, *practice guidelines*)^{18,19} και μια αναλυτική και περισσότερο επιστημονική και εκπαιδευτική, όπου παρουσιάζονται όλες οι ενδείξεις από τις μελέτες που υποστηρίζουν τις οδηγίες (*educational guidelines*).^{9,10} Η Διεθνής Εταιρεία Υπέρτασης-Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας δημοσίευσε μόνο πρακτικές κατευθυντήριες οδηγίες.¹³

Αυτός είναι ο δεύτερος λόγος μετά από την ανάγκη προσαρμογής σε νέα σημαντικά δεδομένα, για τον οποίο η Ελληνική Εταιρεία Μελέτης της Υπέρτασης προχώρησε στη σύνταξη νέων κατευθυντήριων οδηγιών. Οι νέες οδηγίες έχουν χαρακτηριστικά «πρακτικών» κατευθύνσεων και, όπως θα αναμενόταν, είναι περισσότερο συμβατές με τις Ευρωπαϊκές¹⁰ από ό,τι με τις Αμερικανικές οδηγίες.⁹ Έμφαση έχει δοθεί στις ειδικές συνθήκες και τα συγκεκριμένα προβλήματα που ισχύουν σε εθνικό επίπεδο. Η επιτυχία των οδηγιών θα κριθεί από το κατά

Πίνακας 1. Δημοσίευση νέων κατευθυντήριων οδηγιών αντιμετώπισης της υπέρτασης.

| Έτος | Μήνας | Δημοσίευση |
|------|------------|--|
| 2002 | Δεκέμβριος | Μελέτη ALLHAT ¹⁵ |
| 2003 | Μάιος | Αμερικανικές οδηγίες (JNC-7) ⁹ |
| 2003 | Ιούνιος | Ευρωπαϊκές οδηγίες (ESH-ESC) ¹⁰ |
| 2003 | Νοέμβριος | Διεθνείς οδηγίες (ISH-WHO) ¹³ |
| 2004 | Ιανουάριος | Καναδέζικες οδηγίες (CSH) ¹⁴ |
| 2004 | Μάρτιος | Βρετανικές οδηγίες (BHS) ¹² |

πόσο θα επηρεάσουν την τακτική που εφαρμόζουν οι γιατροί στην αντιμετώπιση της υπέρτασης στην πράξη.

Γ.Σ. Στεργίου

Κέντρο Υπέρτασης,

Γ' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών,

Νοσοκομείο «Σωτηρία»

1. ΣΤΕΡΓΙΟΥ Γ, ΑΧΕΙΜΑΣΤΟΣ Α, ΒΑΡΣΑΜΗΣ Ε, ΒΛΑΧΑΚΟΣ Δ, ΕΛΙΣΑΦ Μ, ΚΑΡΑΤΖΑΣ Ν ΚΑΙ ΣΥΝ. Πρακτικές κατευθυντήριες οδηγίες για την υπέρταση 2005. Ελληνική Εταιρεία Μελέτης της Υπέρτασης. *Αρχ Ελλην Ιατρ* 2005, 22:14–25
2. ΜΟΥΝΤΟΚΑΛΑΚΗΣ Θ, ΑΧΕΙΜΑΣΤΟΣ Α, ΒΑΡΣΑΜΗΣ Ε, ΖΑΜΠΟΥΛΗΣ Χ, ΚΑΡΑΤΖΑΣ Ν, ΠΑΠΑΔΟΓΙΑΝΝΗΣ Δ ΚΑΙ ΣΥΝ. Συστάσεις για τη διάγνωση και τη θεραπεία της υπέρτασης από τον κλινικό γιατρό. Πρόγραμμα «Υγεία για τον Πολίτη». Οδηγίες Ορθής Κλινικής Πράξης και Φαρμακοθεραπείας. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 2001
3. ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗΣ. Κατευθυντήριες γραμμές για τη διάγνωση και την αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης στην Ελλάδα. Αθήνα, 2004
4. SACKETT DL, ROSENBERG WM, GRAY JA, HAYNES RB, RICHARDSON WS. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. *Br Med J* 1996, 312:71–72
5. REILLY BM. The essence of evidence-based medicine. *Br Med J* 2004, 329:991–992
6. ΜΟΥΝΤΟΚΑΛΑΚΗΣ ΘΔ. Ιατρική βασισμένη σε ενδείξεις και η ελευθερία του γιατρού. *Ιατρική* 1998, 73:111–113
7. PROSPECTIVE STUDIES COLLABORATION. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet* 2002, 360:1903–1913
8. BLOOD PRESSURE LOWERING TREATMENT TRIALISTS. Effects of different blood-pressure-lowering regimens on major cardiovascular events: results of prospectively-designed overviews of randomised trials. *Lancet* 2003, 362:1527–1535
9. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension* 2003, 42:1206–1252
10. 2003 EUROPEAN SOCIETY OF HYPERTENSION – EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY. Guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens* 2003, 21:1011–1015
11. STERGIOU GS, SALGAMI E. New European, American and International guidelines for hypertension management: Agreement and disagreement. *Exp Rev Cardiovasc Ther* 2004, 2:359–368
12. WILLIAMS B, POULTER NR, BROWN MJ, DAVIS M, McINNES GT, POTTER JF ET AL. British Hypertension Society guidelines for hypertension management 2004 (BHS-IV): Summary. *Br Med J* 2004, 328:634–640
13. 2003 WORLD HEALTH ORGANIZATION – INTERNATIONAL SOCIETY OF HYPERTENSION. Statement on management of hypertension. *J Hypertens* 2003, 21:1983–1992
14. THE 2004 CANADIAN HYPERTENSION EDUCATION PROGRAM RECOMMENDATIONS FOR THE MANAGEMENT OF HYPERTENSION. Canadian hypertension education program, evidence-based recommendations task force. *Can J Cardiol* 2004, 20:31–59
15. THE ALLHAT OFFICERS AND COORDINATORS FOR THE ALLHAT COLLABORATIVE RESEARCH GROUP. Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic. The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT). *JAMA* 2002, 288:2981–2997
16. VASAN RS, LARSON MG, LEIP EP, EVANS JC, O'DONNELL CJ, KANNEL WB ET AL. Impact of high-normal blood pressure on the risk of cardiovascular disease. *N Engl J Med* 2001, 345:1291–1297
17. KNIGHT EL, GLYNN RJ, LEVIN R, GANZ DA, AVORN J. Failure of evidence-based medicine in the treatment of hypertension in older patients. *J Gen Intern Med* 2000, 15:702–709
18. CHOBANIAN AV, BAKRIS GL, BLACK HR, CUSHMAN WC, GREEN LA, IZZO JL Jr ET AL. The seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: The JNC 7 report. *JAMA* 2003, 289:2560–2572
19. CIFKOVA R, ERDINE S, FAGARD R, FARSANG C, HEAGERTY AM, KIWOSKI W ET AL. Practice guidelines for primary care physicians: 2003 European Society of Hypertension–European Society of Cardiology hypertension guidelines. *J Hypertens* 2003, 21:1779–1786