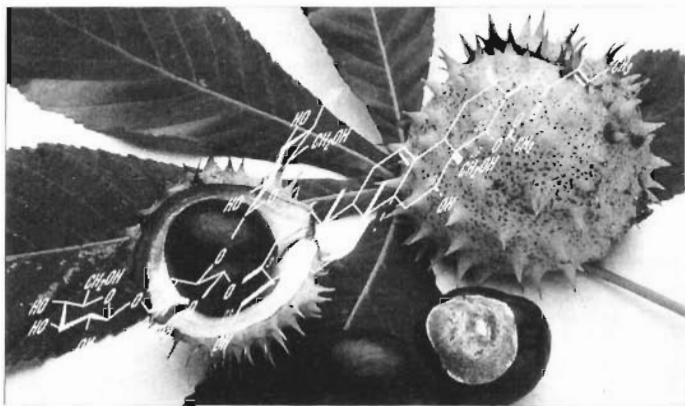


Phytotherapie in der Praxis

Von G. Vogel, M. Gaisbauer und W. Winkler (†)
Geleitwort von W. Forth

1990, 186 Seiten, 18 Abbildungen,
71 Wirkstoff-Formeln, gebunden,
DM 59,— ISBN 3-7691-0207-X



Die Phytotherapie hat in den letzten Jahren — zumal im Bewußtsein der Patienten — ständig an Gewicht und Bedeutung gewonnen. Dieses Kompendium der Phytotherapie entspricht den Bedürfnissen der Arztpraxis. Der Präparateteil wurde nach Indikationsgebieten geordnet und berücksichtigt nahezu ausschließlich Fertigarzneimittel, daneben Teemischungen.



Deutscher Ärzte-Verlag

Postfach 40 02 65 · 5000 Köln 40
Telefon (022 34) 7011-316

Bestellcoupon

Ja, ich bestelle aus der Deutscher Ärzte-Verlag GmbH,
Postfach 40 02 65, 5000 Köln 40, durch die Buchhandlung

___ Expl. *Vogel, Phytotherapie* je DM 59,—

Name, Vorname

PLZ, Ort

Straße

Datum, Unterschrift

Irrtümer und Preisänderung vorbehalten.

DÄ 31/32-90

Perspektiven in der Behandlung des arteriellen Hochdrucks

Neue Wirkmechanismen in der Hochdruck-Therapie müssen sich messen mit den bisher verfügbaren. „Hier wird man sich sehr schwer tun, weil wir schon eine Reihe sehr guter Wirkstoffe in den letzten zehn bis fünfzehn Jahren bekommen haben“, gab der Düsseldorfer Pharmakologe Professor Ulrich Borchard bei der Münchener Herz-Kreislauf-Diskussion zu bedenken. Diese schon zum 14. Mal von dem Münchener Pharmaunternehmen MSD Sharp & Dohme initiierte Veranstaltung zog anlässlich des diesjährigen Internisten-Kongresses in Wiesbaden Bilanz über den Stand der Hochdruck-Therapie. Die Forschung konzentriert sich zur Zeit auf Wirkstoffe, die gezielt in das Renin-, Serotonin- oder Prostaglandin-System eingreifen. Nach Meinung von Professor Borchard wird das Ende des Jahrzehnts geprägt sein von den Antagonisten des Adenosins.

Die Medikamente, die heute in der ersten Stufe der Empfehlungen der Hochdruckliga stehen — Diuretika, Beta-Blocker, Kalzium-Antagonisten und ACE-Hemmer — sind alle hoch wirksam. Wenn mit einem Therapeutikum ein Kausalmechanismus nicht angesprochen werden kann, sollte erst ein anderes der ersten Reihe ausprobiert werden, bevor man kombiniert. „Es ist nicht sinnvoll, ein nichtwirksames Präparat mit einem anderen zu kombinieren“, betonte Professor Borchard. Wechselt man dagegen auf eine andere Monotherapie, hat man eine realistische Erfolgchance von 70 bis 90 Prozent.

Verbesserungen innerhalb der verfügbaren Substanzgruppen werden auch in Zukunft zu erwarten sein. Aber schon heute kann man unter sehr wirksamen Präparaten gezielt auswählen: Nach Meinung von Professor Borchard

sollten bei den Beta-Blockern die Substanzen mit der höchsten Beta-Selektivität und einer weitgehend fehlenden Kumulation bevorzugt werden. Bei den Kalzium-Antagonisten sollte man vor allem auf die hohe Selektivität für die glatte Gefäßmuskulatur und eine lange Halbwertszeit achten. Unter den ACE-Hemmern werden sich vor allem die Substanzen mit langen Halbwertszeiten wie Enalapril und Lisinopril durchsetzen, so Professor Borchard, die bei Einmalgabe 24 Stunden wirksam sind. Auch der Aspekt der verbesserten Lebensqualität, der gerade für diese Substanzgruppe nachgewiesen werden konnte, wird eine immer größere Rolle bei der Differentialtherapie der Hypertonie spielen.

Immer interessanter werden die organprotektiven Mechanismen. Die ACE-Hemmer haben hier ein besonderes Plus. Es zeichne sich bereits jetzt ab, daß ACE-Hemmer beim diabetischen Hypertoniker, der häufig unter einer Nephropathie leidet, zum Mittel der ersten Wahl werden. Die protektive Wirkung dieser Substanzgruppe bei einer fortschreitenden Niereninsuffizienz wird sicherlich in Zukunft die differentialtherapeutischen Maßnahmen verbessern helfen.

Die Medikamente der neunziger Jahre werden sicherlich auch darauf „abgeklopft“ werden, inwieweit sie in der Lage sind, die Hypertrophie der glatten Gefäßmuskulatur zu beeinflussen, also die Gefäße wieder dehnbar zu machen. Denn man weiß inzwischen, daß auch die glatte Muskulatur an den Gefäßen ähnlich wie im Myokard durch den ständig erhöhten Druck hypertrophiert. Möglicherweise liegt in diesen strukturellen Gefäßveränderungen ein ganz neuer Ansatz zur Pathogenese der Hypertonie. bl-ki

Thiaziddiuretika und Betarezeptorenblocker gelten für viele Fachleute als Mittel der ersten Wahl zur Behandlung einer Hypertonie, obwohl das derzeit gültige Therapieschema der Deutschen Hochdruckliga auf der ersten Stufe ACE-Hemmer und Kalziumantagonisten als gleichwertige Medikamentengruppen empfiehlt. Einen Vergleich über die antihypertensive Wirksamkeit, Verträglichkeit und Nebenwirkungsrate des Kalziumantagonisten Verapamil (Isopтин®, Knoll AG) mit dem Thiaziddiuretikum Hydrochlorothiazid lieferte eine Langzeitstudie, die im Mittelpunkt eines Symposiums stand, das Anfang Mai am Rande der 3. Nationalen Blutdruck-Konferenz in Heidelberg stattfand. Organisator der Veranstaltung war die Kybermed

VERDI-Studie: Verapamil versus Hydrochlorothiazid

GmbH, Emsdetten, industrieller Sponsor die Knoll AG, Ludwigshafen.

Die „VERDI“- (Verapamil versus Diuretikum)-Studie, bereits 1989 veröffentlicht, hatte eine Laufzeit von 48 Wochen und war als randomisierte, multizentrische (zehn Kliniken, zehn Praxen) Doppelblindstudie angelegt. Für 369 Patienten mit leichter bis mittelschwerer Hypertonie (95–120 mm Hg diastolisch) wurde als Endpunkt eine Blutdrucksenkung unter 90 mm Hg festgelegt, die durch mehrmalige Messung mit einem automatischen Blutdruckmeßgerät zu bestätigen war. Wie Prof. Dr. Th. Phillipp von der Abteilung für

Nieren- und Hochdruckkranke der Universitätsklinik Essen erläuterte, wurde die Behandlung mit 12,5 mg Hydrochlorothiazid oder 120 mg Verapamil in Retardzubereitung täglich eingeleitet. Bei Nichterreichen des Endpunktes nach vier Wochen wurden die Dosen verdoppelt, nach sechs Wochen vervierfacht.

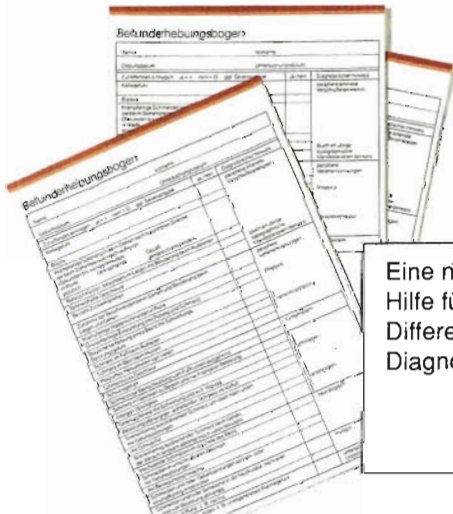
Für Patienten, bei denen die Monotherapie nach acht Wochen keinen Erfolg zeigte, wurde eine Kombinationstherapie aus Hydrochlorothiazid (25 mg) und Verapamil (240 mg) eingeleitet, deren Dosen gegebenenfalls nochmals verdoppelt wurden. Therapieversager waren solche Patienten, die auch nach zwei Wo-

chen auf der höchsten Dosisstufe das Endziel nicht erreicht hatten. Weitere Gründe für einen Therapieabbruch waren außer organisatorischen Gründen ein Anstieg des diastolischen Blutdruckes auf über 120 mm Hg sowie schwere Nebenwirkungen.

In der Monotherapie erreichten 42 von 169 Patienten (25 Prozent) unter Hydrochlorothiazid und 73 von 163 Patienten unter Verapamil (45 Prozent) den Zielblutdruck. Dabei erwies sich Verapamil in allen Dosisstufen als signifikant wirksamer als Hydrochlorothiazid. Die Gesamterfolgsrate unter Mono- und Kombinationstherapie war mit rund sechzig Prozent in beiden Gruppen nahezu identisch, da sich in der Kombinationstherapie bei Addition von Verapamil zu Hydro-

Rentschler

Der Rat



Eine nützliche Hilfe für die Differentialdiagnose



Die Tat



Das komplette* Programm bei peripheren DBS - immer unter Festbetrag

* Rentylin Retardtabletten
Injektionslösung
Infusionslösungszusatzkonzentrat

Rentylin® 600, Rentylin® Infusionslösungszusatzkonzentrat **Zusammensetzung:** 1 Retardtablette enthält 600 mg Pentoxifyllin; 1 Ampulle (15ml) enthält 300 mg Pentoxifyllin. **Indikationen:** Rentylin® 600: Periphere arterielle Durchblutungsstörungen; insbesondere Claudicatio intermittens mit erhaltener Durchblutungsreserve. Rentylin® Infusionslösungszusatzkonzentrat: Initial oder adjuvantiv zur oralen Therapie bei peripheren arteriellen Durchblutungsstörungen (Claudicatio intermittens) mit erhaltener Durchblutungsreserve. Bei akuten arteriellen Durchblutungsstörungen des Auges. **Kontraindikationen:** Frischer Herzinfarkt, Massenblutungen, schwere Koronar-, Zerebralsklerose, Rhythmusstörungen und Schwangerschaft. Bei Netzhautblutungen Therapie absetzen. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich gastrointestinale Beschwerden, Schwindel, Kopfschmerz, vereinzelt Juckreiz der Haut. Rentylin® Infusionslösungszusatzkonzentrat: Der nach höheren Dosen auftretende Flush kann durch sehr langsame Injektion oder Dosisreduzierung vermieden werden. Initial einschleichende Dosierung bei Hypotonie und Kreislaufunfähigkeit (vorübergehend Blutdrucksenkung mit Kollapsneigung, vereinzelt Stenokardien!). **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Rentylin® 600 kann die Wirkung von Antihypertensiva verstärken. Die parenterale Rentylin®-Therapie kann die Wirkung von Antihypertensiva und von Glibenclamid verstärken. **Handelsformen und Preise:** Rentylin® 600: OP mit 20 Retardtabletten (N1) DM 19,33, OP mit 50 Retardtabletten (N2) DM 41,86, OP mit 100 Retardtabletten (N3) DM 75,09; Rentylin® Infusionslösungszusatzkonzentrat: OP mit 10 Ampullen zu 15 ml DM 64,88; Anstaltspackungen. Weitere Handelsformen: Rentylin® 400 Retardtabletten, Rentylin® Injektionslösung 100. (Stand 6/1990).

chlorothiazid größere Responderraten ergaben als bei der Zugabe von Hydrochlorothiazid zu Verapamil.

Wie B. Bürkle, Medizinische Poliklinik der Universität München, berichtete, ergab die EKG-Auswertung für Verapamil eine signifikante Reduktion der Herzfrequenz.

Prof. Dr. A. Distler vom Berliner Universitätsklinikum Steglitz glaubt, daß sich trotz der vorgelegten Daten aus der VERDI-Studie keine unmittelbaren Konsequenzen für die Therapieempfehlungen ergeben werden, da für Kalziumantagonisten entsprechende Daten über Morbidität und Mortalität weiterhin fehlen. Die Studiengruppe bezweifelt jedoch, ob die Gleichstellung von Diuretika, Betablockern, ACE-Hemmern und Kalziumantagonisten angesichts der erzielten Ergebnisse weiterhin berechtigt sei. Eine weitere große Untersuchung (HANE-Studie mit Hydrochlorothiazid, Atenolol, Nitrendipin und Enalapril), die bereits ange laufen ist, soll mehr Klarheit schaffen. Michael Simm

Obstruktiv bedingter pulmonaler Notfall

Effektive Trias: Beta₂-Mimetika, Theophyllin und Kortikosteroide

Ein länger andauernder Asthmaanfall mit starker Luftnot und schwerab hustbarem Sekret verlangt immer sofortiges therapeutisches Eingreifen. „Theophyllin ist unverzichtbar in der Akuttherapie“, betonte Privatdozent Michael Schmidt, Würzburg, bei einem Workshop, der Ende April von dem Pharmaunternehmen Cassella-Riedel auf Sylt veranstaltet wurde.

Lebensbedrohend sind vor allem der akute Sekretverhalt und die respiratorische Insuffizienz, die durch Funktionsverlust des Lungenparenchyms und/oder Versagen der Atempumpe droht. Der Abfall des Sauerstoffs im peripheren Blut führt zur Hypoxämie, der Anstieg des PCO₂ zur Hyperkapnie. In der Akuttherapie haben sich vor allem drei Substanzgruppen bewährt, die sich in ihrer Wirkung gegenseitig ergänzen:

Theophyllin, Beta₂-Mimetika und Kortikosteroide.

Die Bronchospasmyse ist nur eine der Wirkungen von Theophyllin, vielleicht sogar die geringste, erklärte Privatdozent Schmidt. Wichtiger ist die Ökonomisierung der Atemmuskelpumpe: Durch die verbesserte Zwerchfellspannung benötigen die Patienten weniger Kraft zum Atmen. Darüber hinaus wird die mukoziliäre Clearance beschleunigt zur verbesserten Sekretelimination. Theophyllin senkt die pulmonale Hypertonie und hat einen anti-ödematösen Einfluß. Möglicherweise beeinflusst die Substanz auch direkt die Pathogenese des Asthmas. Nach Meinung von Privatdozent Schmidt ist Theophyllin nicht nur eine symptomatisch wirksame Substanz, sondern ein Therapeutikum, das in den Entzündungsmechanismus selbst eingreift.

Im Akutfall verbessert Theophyllin die Lungenfunktion und verkleinert das Residualvolumen – die Lungenüberblähung nimmt ab, die dynamischen Volumina nehmen zu, der Atemwegwiderstand nimmt ab.

In der Würzburger Universitätsklinik hat man das Theophyllin-Präparat Solosin® als 15minütige Kurzinfusion getestet. Wie Privatdozent Schmidt erläuterte, wirkt die Gabe von 2 Ampullen Solosin® (416 mg Theophyllin) offensichtlich sowohl positiv auf das Lungenparenchym als auch auf die Atempumpe. Der PO₂ stieg an bis 13 mmHg, der PCO₂ fiel um -4 ab. Diese Werte zeigen, daß der Anstieg des PO₂ nicht allein durch die verbesserte Ventilation zu erklären ist, sondern es muß auch die Perfusion beeinflusst werden, also eine Verbesserung der Ventilations-Perfusions-Inhomogenität.

Theophyllin verstärkt auch die Wirkung der Beta₂-Mimetika. Das ist ein Effekt, der besonders auch bei chronischer Therapie genutzt wird. Damit können die Dosen bei beiden Substanzen verringert und gleichzeitig deren Effekte gesteigert werden.

Beta₂-Mimetika sind die potentesten Bronchodilatoren. Patienten im pulmonalen Notfall haben jedoch schon meist so viel Beta₂-Mimetika inhaliert, daß alle Beta₂-Rezeptoren blockiert sind und sie auf eine Therapie nicht mehr ansprechen.

Nur Kortikosteroide können die Down-Regulation der Beta₂-Rezeptoren schnell beheben. Die entzündungshemmende und antiallergische Wirkung dieser Substanzen spielt im Notfall keine Rolle, weil man keine Zeit hat, diese langsam einsetzenden Effekte abzuwarten.

Sozusagen als „Kochrezept“ faßte Privatdozent Schmidt die Notfalltherapie zusammen:

- Beta₂-Mimetikum-Gabe subkutan.
- Theophyllin in schnell applizierbarer Form: Tropfen, intramuskulär oder als Infusion. Bei der Infusion ist ein Zeitraum von 15 Minuten die Untergrenze. Schnellere Gabe oder Bolus bringen keinen besseren Effekt, sondern nur das Risiko von Extrasystolen.
- Intravenöse Gabe von 250 mg Kortikosteroide. Eine höhere Dosis steigert die Wirkung nicht.
- Sedierende Substanzen sind ungünstig, weil sie die Atemmuskulatur lähmen können und den Patienten eventuell beatmungspflichtig machen.
- Weil dynamische Anfälle und Status asthmaticus nicht sofort unterschieden werden können, sollten die Patienten mindestens zwei Stunden beobachtet werden. Tritt innerhalb einer halben Stunde keine Besserung ein, müssen die Patienten in der Klinik behandelt werden.

Gabriele Blaeser-Kiel

Der neue Katalog ist da!*

* mit Preisliste und wichtigen Tips für EDV-Einsteiger Jetzt anfordern!

Organisation von A-Z für jede Arztpraxis

MED + ORG Praxis-Organisations-GmbH Postfach 34 30, Tel. 0 77 20/50 16 + 17 7730 Villingen-Schwenningen



KLINIK WOLLMARSHÖHE

Privates Krankenhaus für Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Chefarzt Dr. Roman Dries

7981 Bodnegg/Ravensburg, Telefon 07520/2020

hega-vital
Der Traum Ihrer Füße

Der Bequemschuh aus Dänemark.

Echter Nullabsatz, leicht, individuelle Formung des Fußbettes, eingelaufene Sohle und viel Platz im Vorfußbereich = traumhaft bequem und urgesund = hega-vital. Gratisprospekt!

H. Gabler · Töngesgasse 33
6000 Frankfurt/M. 1 · Telefon (0 69) 28 14 72



SONDERPREISE von Gr. 22 bis Gr. 49