

## KARDIOLOGIA

# Farmakoterapia chorób serca

Wywiad z prof. dr. hab. n. med. Rafałem Dąbrowskim z Narodowego Instytutu Kardiologii w Aninie

**| Książka „Farmakoterapia chorób serca w POZ” stara się odpowiedzieć na nurtujące każdego lekarza rodzinnego pytania dotyczące doboru leków w schorzeniach sercowo-naczyniowych. Co sprawia największą trudność?**

Najważniejsza i jednocześnie najtrudniejsza jest prawidłowa diagnoza, czyli właściwa ocena stanu klinicznego i problemów pacjenta z uwzględnieniem masy ciała, parametrów wątrobowych, nerkowych, morfologii krwi i wyników innych badań – echokardiograficznego czy EKG. Dopiero po uzyskaniu tych danych możemy się zbliżyć do rozpoznania i celu leczenia. W innej sytuacji, kiedy diagnoza okazuje się błędna, niewłaściwe leczenie może doprowadzić do wystąpienia działań niepożądanych zamiast do poprawy stanu zdrowia pacjenta. Prawidłowe rozpoznanie warunkuje właściwą farmakoterapię. Dlaczego ważny jest stan nerek i wątroby? Ponieważ w sytuacji zaburzeń funkcjonowania tych narządów może dojść do potencjalnie niebezpiecznych działań niepożądanych leków i tym samym niespodziewanych interakcji między nimi, a ostatecznie – do pogorszenia stanu zdrowia chorego. Dlatego niezbędna jest wyobraźnia kliniczna. Należy przewidywać działanie zaleconych leków u danego pacjenta i określić z góry prawdopodobne interakcje między nimi.

**| Jakie leki powodują najwięcej problemów?**

Chyba leki przeciwzkrzepowe, zarówno starszej generacji (antagoniści witaminy K), jak i nowszej (leki niebędące antagonistami witaminy K – NOAC), oraz leki przeciwplatekcyjne. Przy ich stosowaniu wymagana jest naprawdę dobra znajomość zasad leczenia chorób i zdolność określenia, jak zaordynowane leki będą działać. Należy wyważyć korzyści z ich stosowania, zachowując jak najniższe ryzyko krwawienia. Inne leki, które mogą sprawić trudności, to leki antyarytmiczne. Ich stosowanie powinno być zarezerwowane dla specjalistów. Problemem może być także ustalenie odpowiednich dawek  $\beta$ -blokerów oraz leków na nadciśnienie tętnicze, ale w tym przypadku pole manewru jest większe.

**| Z jakiego powodu leki przeciwkrzepliwe sprawiają problemy?**

Właśnie ze względu na trudność ustalenia optymalnej dawki i ryzyka krwawień. Dlatego warto posiłkować się dostępnymi skalami, które określają to ryzyko, i starać się je zredukować poprzez odpowiedni dobór leków oraz ich dawek. Chodzi o jak najlepsze ustalenie celów leczenia i jego skuteczność, a równocześnie o jak najmniejsze ryzyko krwawień. Wymaga to wnikliwego spoj-

”

Niezbędna jest wyobraźnia kliniczna. Należy przewidywać działanie zaleconych leków u danego pacjenta i określić z góry prawdopodobne interakcje między nimi



rzenia na stan chorego, na wyniki jego badań oraz możliwe zagrożenia.

**| Którzy pacjenci są najbardziej zagrożeni krwawieniami?**

Osoby starsze i z wieloma schorzeniami współistniejącymi. Chodzi o choroby nerek, choroby nowotworowe, powikłania neurologiczne i inne. Z jednej strony leczymy więc schorzenia kardio-

logiczne, z drugiej strony musimy dostosować leczenie do innych chorób towarzyszących, aby pacjentowi nie zaszkodzić.

**| Wspominał pan o lekach hipotensyjnych. Kiedy stosować monoterapię, kiedy leki dwu- czy trójskładnikowe?**

Monoterapia jest zalecana w sytuacji nadciśnienia tętniczego pierwszego stopnia u osób z niskim



# przynosi największą korzyść

Rozmawiała Marta Koblańska



”

Przy prawidłowych wynikach badań biochemicznych, w tym kreatyniny i elektrolitów, nie ma specjalnych ograniczeń zaleconego leczenia. Martwimy się dopiero wówczas, kiedy wyniki badań są nieprawidłowe

działań niepożądanych. Leki złożone pozwalają na lepszą kontrolę nadciśnienia poprzez działanie na jego kilka możliwych mechanizmów, a ich składniki w pewnym stopniu wzajemnie niwelują swoje działania niepożądane.

#### | Czy leki wieloskładnikowe można stosować także w innych wskazaniach?

Wciąż otwarta jest kwestia *polypill* – połączenia kilku leków, statyny i małej dawki kwasu acetylosalicylowego w jednej tabletkę. Wyobraźmy sobie osobę palącą papierosy, z dyslipidemią, granicznie podwyższonymi wartościami ciśnienia tętniczego, spoczynkową tachykardią powyżej 80/min. Jest to osoba z wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym, jednak często nieuwważająca się za chorą. Co robić? Żeby nie czekać u niej na zawał serca, można podać tabletkę zawierającą małą dawkę β-blokera, inhibitora konwertazy, statyny i kwasu acetylosalicylowego. Spowoduje to normalizację ciśnienia i spowolnienie procesów miażdżycowych oraz zmniejszy ryzyko ostrego zespołu wieńcowego czy udaru, odsuwając te problemy na parę lat. Czy takie działanie w prewencji pierwotnej zdarzeń sercowo-naczyniowych ma sens? Wyniki badań i zdrowy rozsądek wskazują, że tak. Szczególnie że niektórym osobom, jeszcze nie pacjentom, niełatwo jest zmienić styl życia – stosować odpowiednią dietę, zwiększyć aktywność ruchową, nie palić.

#### | Czy można mierzyć odpowiedź na leczenie?

Tak, w przypadku leków przeciwkrzepliwych będących antagonistami witaminy K poprzez pomiar stopnia krzepliwości krwi za pomocą wskaźnika INR. Częstość pomiarów zależy od trudności w ustaleniu właściwej dawki. Jeśli dawka jest dobrze dobrana i wskaźnik INR mieści się w granicach 2–3, można go mierzyć raz w miesiącu. Jeśli dochodzi do częstych wahań, wskazane są pomiary nawet raz w tygodniu. Należy dążyć do wyrównania krzepliwości zgodnie z założonym celem leczenia. Jeżeli podczas stosowania antagonistów witaminy K lub NOAC występują

nieznaczne krwawienia np. z nosa czy dziąseł, można leczenie utrzymać. W innej sytuacji należy zmienić leki lub dawki. Podczas stosowania leków hipotensyjnych oczywiście zalecane są pomiary ciśnienia, najlepiej wykonywane przez pacjenta w warunkach domowych. W przypadku leczenia arytmii należy rozważyć wykonywanie holterowskiego badania EKG – od 24-godzinnego do np. 7-dniowego, w zależności od celów diagnostycznych. Można też mierzyć skuteczność leczenia za pomocą badań biochemicznych – w dyslipidemiach, czy za pomocą biomarkerów – np. w niewydolności serca.

#### | Jak sprawdzić, czy przepisana terapia nie szkodzi, ale pomaga?

Najważniejsze są właśnie badania biochemiczne, w tym ocena funkcji nerek, czyli przesączania kłębuszkowego. Przy niskim przesączaniu kłębuszkowym należy zadbać o to, aby przepisane leki dalej nie szkodziły, czyli nie zaleca się antagonistów aldosteronu czy inhibitorów konwertazy lub sartanów w zbyt dużych dawkach. Przy prawidłowych wynikach badań biochemicznych, w tym kreatyniny i elektrolitów, nie ma specjalnych ograniczeń zaleconego leczenia. Martwimy się dopiero wówczas, kiedy wyniki badań są nieprawidłowe. Przy ordynacji leków kardiologicznych obserwuje się też częstość akcji serca, by nie była zbyt wolna czy zbyt szybka. Dbamy o to, aby nie dopuścić do przedawkowania leków hipotensyjnych, bo to może zaszkodzić pacjentowi. Przy stosowaniu diuretyków, szczególnie pętlowych i antagonistów aldosteronu, należy badać poziom potasu i sodu. Przykłady można by mnożyć. Zwracanie uwagi na to wszystko jest ważne, bo leczenie trwa przecież miesiące i lata.

#### | Jakich głównie są problemy przy przepisywaniu terapii?

Wiek oraz postępująca niewydolność narządowa, dlatego należy dbać o to, by pacjent przyjmował płyny, oraz nie dopuszczać do pogłębiania się zaburzeń funkcji narządów. Warto brać pod uwagę tolerancję leczenia, bo od tego zależy jego skuteczność. Dlatego tak ważna jest współpraca z pacjentem i niezmiennianie bez potrzeby leków oraz ich dawek – dobra skuteczność i brak działań niepożądanych oznaczają, że terapia działa i pacjent ją akceptuje. Dlatego często nie ma sensu jej modyfikować. Leczenie farmakologiczne jest ważną częścią procesów terapeutycznych, ponieważ często działa bezpośrednio na przyczynę choroby, a to jest najważniejsze. ■

”

Należy wyważyć korzyści z zastosowania leków przeciwzakrzepowych, zachowując jak najniższe ryzyko krwawienia

ryzykiem sercowo-naczyniowym i u osób w podeszłym wieku, a także u osób po 80. roku życia z nadciśnieniem tętniczym drugiego stopnia, u których to leczenie musi być w większym stopniu dostosowywane indywidualnie. W przypadku wyższych stopni nadciśnienia należy rozważyć leki złożone, szczególnie u chorych młodszych, jednak z uwzględnieniem ich potencjalnie niekorzystnego wpływu na funkcję nerek i innych