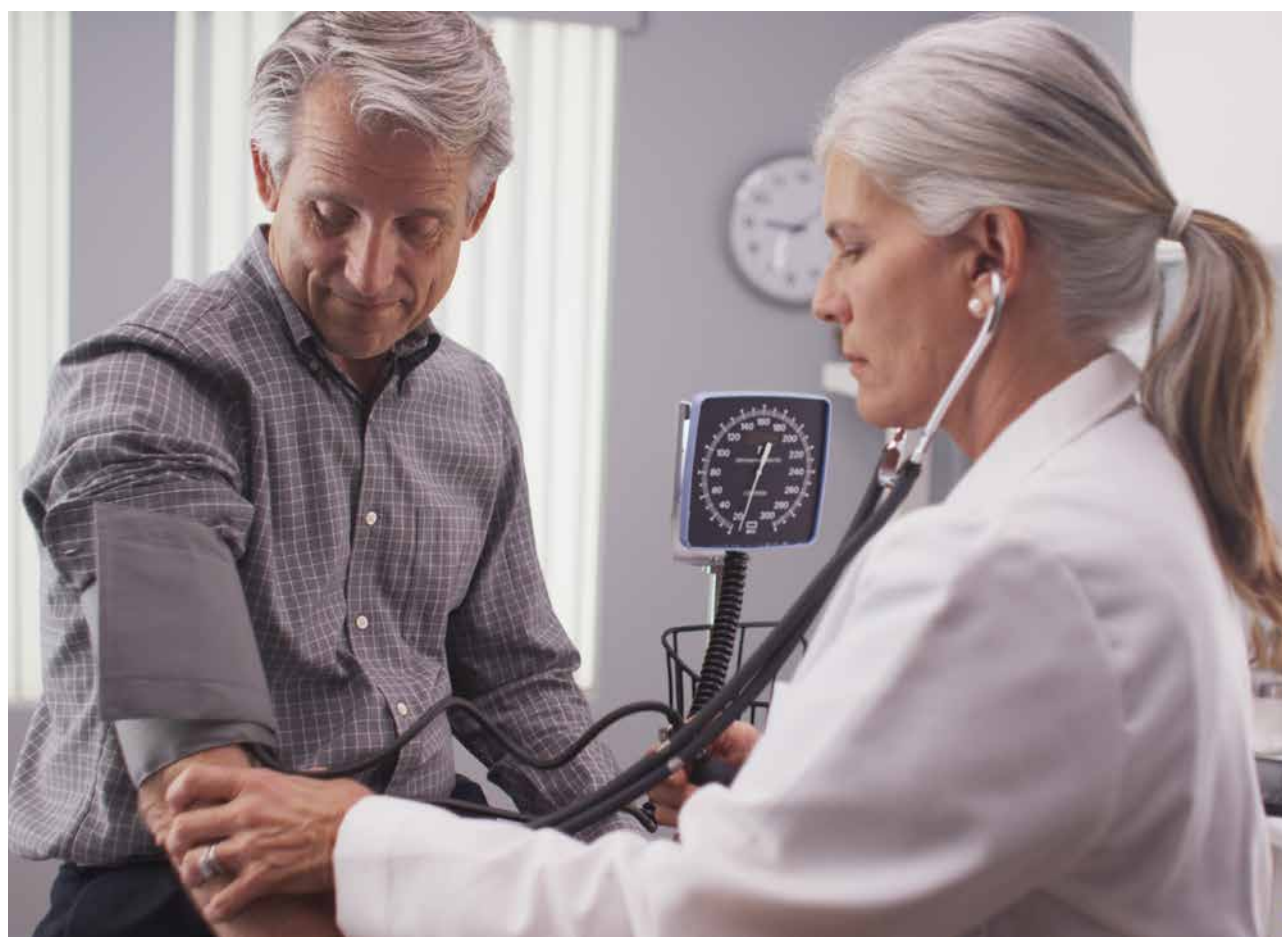


## KARDIOLOGIA

Iwona Kazimierska

# Leczenie nadciśnienia tętniczego i hipercholesterolemii w dobie pandemii. Kiedy wizyta, kiedy teleporada?

W trakcie teleporady można równie skutecznie inicjować i modyfikować terapię nadciśnienia tętniczego oraz hipercholesterolemii jak podczas wizyty gabinetowej. W jaki sposób należy to robić, omawiają na przykładach czworga pacjentów prof. dr hab. n. med. Aleksander Prejbisz i dr hab. n. med. Piotr Dobrowolski.



Fot. iStockphoto

## Przypadek 1

Pacjentka 66-letnia, u której pół roku temu rozpoznano nadciśnienie tętnicze (NT), bez innych chorób przewlekłych.

Chora zgłasza się na telewizytę. Ostatni pomiar domowy, jaki robiła, pokazał ciśnienie 160/100 mm Hg. Nie pamięta nazwy przyjmowanego leku (mówi, że na „p”), podobnie jak dawki. Twierdzi, że miała pobieraną miesiąc wcześniej krew – „pan doktor ma wyniki”.

– Bardzo ważne jest, by chory był przygotowany do teleporady. Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego stworzyło poradnik, jak przygotować się do telewizyty. Jest on dostępny w postaci formularza na stronie [www.ptnt.pl](http://www.ptnt.pl). Można go wydrukować lub wypełnić elektronicznie przed planowaną teleporadą. Zachęcamy zarówno lekarzy i pacjentów do korzystania z poradnika – mówi prof. Aleksander Prejbisz. Duże znaczenie ma to, by pacjent systematycznie tydzień przed poradą – zarówno gabinetową, jak i zdalną – mierzył ciśnienie i zapisywał wyniki. Powinien to robić dwa razy dziennie po dwa razy. – Z kolei lekarz podczas teleporady powinien

zapytać pacjenta o podstawowe dolegliwości kardiologiczne, a jeśli chory wcześniej je odczuwał, czy zaszła zmiana, czy pojawiły się nowe. Należy zapytać pacjenta, jakie leki przyjmuje, i zweryfikować informacje z dokumentacją. Kolejne pytania powinny dotyczyć tego, kiedy ostatnio były wykonywane badania podstawowe, czy pacjent przyjmuje systematycznie leki i czy ma jakiegokolwiek wątpliwości dotyczące terapii – radzi prof. Aleksander Prejbisz. Telekonsultacja powinna być zaplanowana co najmniej tydzień wcześniej. – Gdyby chora, której przypadek omawiamy, wykonywała systematycznie pomiary ciśnienia w tygodniu poprzedzającym wizytę – dwa razy po dwa razy, czyli dwa pomiary rano i dwa wieczorem, okazałoby się, że nie ma ciśnienia 160/100 mm Hg, ale 135–145/85–95 mm Hg, a więc nadal podwyższone, ale już nie tak istotnie. Dzięki dokumentacji udało się ustalić, że ten tajemniczy lek na „p” to peryndopryl w dawce 10 mg/dobę. Chora po 2 miesiącach od rozpoczęcia leczenia miała oceniane stężenie sodu, potasu i kreatyniny w osoczu, wyniki były prawidłowe – komentuje prof. Aleksander Prejbisz.

”

Zastąpienie schematu kilkulekowego jedną tabletką preparatu złożonego poprawia stosowanie się pacjenta do zaleceń, a przez to zwiększa skuteczność leczenia hipotensyjnego

– Tej chorej lekarz przede wszystkim powinien zalecić modyfikację leczenia, ponieważ do tej pory nie udało się u niej uzyskać docelowych wartości ciśnienia. Wystarczy preparat jednoskładnikowy zamienić na dwuskładnikowy. Podczas teleporady zawsze przypominamy pacjentowi o konieczności modyfikacji stylu życia i systematycznej terapii. Ponieważ leczenie u naszej chorej zostało zmodyfikowane, należy zalecić wizytę kontrolną po 6–8 tygodniach, w formie teleporady lub stacjonarnie – podsumowuje ekspert.

## Zasady terapii hipotensyjnej nie zmieniły się w czasie pandemii

Obowiązują wytyczne ESC/ESH z 2018 r. i wytyczne PTNT z 2019 r. Leki hamujące układ renina–angiotensyna stanowią podstawę terapii nadciśnienia tętniczego. – Przede wszystkim ze względu na skuteczność hipotensyjną, ale również udowodnioną redukcję ryzyka zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych, działanie kardio- i nefroprotekcyjne, zmniejszenie częstości udarów mózgu. Wiemy to doskonale chociażby z badania EUROPA

z peryndoprylem – wyjaśnia prof. Aleksander Prejbisz.

Profesor przypomina najnowsze dane pokazujące, że stosowanie leków hamujących układ renina–angiotensyna może być korzystne u chorych, u których dojdzie do rozwoju COVID-19. To dodatkowa ich wartość, poza znanymi już wcześniej. Do leku hamującego układ renina–angiotensyna należy dodać antagonistę wapnia albo diuretyk. Blokery kanału wapniowego charakteryzuje skuteczność hipotensyjna, neutralność metaboliczna i zmniejszanie ryzyka sercowo-naczyniowego. – *Jeśli zastosujemy połączenie peryndoprylu z amlodypiną, to dodatkowo zmniejszymy prawdopodobieństwo wystąpienia obrzęków i zmienności ciśnienia tętniczego. U chorych, którzy mają zaburzenia metaboliczne lub cukrzycę, połączenie peryndoprylu z indapamidem zapewnia ogromne korzyści dzięki wspomnianej neutralności metabolicznej oraz wysoce skutecznemu działaniu kardio- i nefroprotekcijnemu, łącznie ze zmniejszeniem śmiertelności całkowitej* – mówi prof. Aleksander Prejbisz. Decydując się na dołączenie diuretyku do leku hamującego układ renina–angiotensyna, zgodnie z wytycznymi PTNT należy wybrać diuretyk tiazydowy lub tiazydopodobny. Lek moczopędny jest niezbędny u dużej części chorych na nadciśnienie tętnicze. – *Wielu z nich ma bowiem zwiększoną wolemę, wysoką podaż sodu, otyłość lub zespół metaboliczny, a więc leczenie diuretykiem będzie u nich konieczne do osiągnięcia docelowych wartości ciśnienia tętniczego* – tłumaczy prof. Aleksander Prejbisz.



Fot. Archiwum/Tomasz Pikula

prof. Aleksander Prejbisz: *U chorych, którzy mają zaburzenia metaboliczne lub cukrzycę, połączenie peryndoprylu z indapamidem zapewnia ogromne korzyści dzięki neutralności metabolicznej oraz wysoce skutecznemu działaniu kardio- i nefroprotekcijnemu, łącznie ze zmniejszeniem śmiertelności całkowitej*

## Przypadek 2

Pacjentka 64-letnia ma nadciśnienie tętnicze od 5 lat, mimo to nie stosowała dotąd leczenia hipotensyjnego. Zdiagnozowano u niej hipercholesterolemię (wyjściowe stężenie cholesterolu LDL 145 mg/dl), z powodu której jest leczona statyną, oraz cukrzycę typu 2 – od 3 lat przyjmuje metforminę i gliklazyd. Wyniki pomiarów domowych ciśnienia tętniczego to 135–160/85–100 mm Hg, pomiar kliniczny – 152/98 mm Hg. Kobieta choruje również na otyłość – BMI 31 kg/m<sup>2</sup>, obwód talii 98 cm.

– *Ze względu na cukrzycę typu 2 chora należy do grupy wysokiego lub nawet bardzo wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego. Analizując dostępne wyniki pomiarów ciśnienia, trzeba podjąć jednoznaczną decyzję, czy kobieta ma nadciśnienie tętnicze, czy go nie ma. „Za” może przemawiać niezdrowy styl życia – duże nasilenie stresu związanego z pracą nawet po 10–11 godzin na dobę, brak aktywności fizycznej, niezdrowa dieta, sen trwający zaledwie 5–6 godzin. To wszystko może się przekładać na wysokie ciśnienie tętnicze* – komentuje prof. Piotr Dobrowolski.

Podczas teleporady chora otrzymała zalecenie pomiarów ciśnienia tętniczego dwa razy (rano i wieczorem) po dwa razy. Pokazały one, że jednak ma nadciśnienie tętnicze. Zatem trzeba u niej jak najszybciej rozpocząć leczenie hipotensyjne.

– *Od 2018 r. o docelowych wartościach ciśnienia tętniczego decyduje wiek. Pacjentka mieści się w przedziale 18–65 lat, zatem należy jej obniżyć ciśnienie skurczowe do 120–129 mm Hg, natomiast rozkurczowe do 70–79 mm Hg. Wkrótce kobieta przekroczy granicę wiekową 65 lat, wtedy cel tera-*



Fot. iStockphoto

*peutyczny będzie nieco mniej ambitny – ciśnienie skurczowe 130–139 mm Hg, rozkurczowe nadal 70–79 mm Hg* – wyjaśnia prof. Piotr Dobrowolski. Poza nadciśnieniem tętniczym pacjentka ma jeszcze podwyższone stężenie cholesterolu LDL i choruje na cukrzycę. W wytycznych dotyczących postępowania w zaburzeniach lipidowych ESC/EAS 2019 chorych klasyfikuje się do określonych grup ryzyka sercowo-naczyniowego. Od grupy ryzyka uzależniony jest cel terapeutyczny w leczeniu zaburzeń gospodarki lipidowej. Ponieważ pacjentka choruje na nadciśnienie tętnicze i cukrzycę, ma co najmniej wysokie ryzyko sercowo-naczyniowe. W takiej sytuacji cel terapeutyczny to stężenie cholesterolu LDL poniżej 70 mg/dl. Biorąc pod uwagę występujące u niej dodatkowe obciążenia, można jednak uznać, że należy do grupy bardzo wysokiego ryzyka. W przypadku takich chorych wartość docelowa cholesterolu LDL powinna wynieść poniżej 55 mg/dl. Wspomniane wytyczne mówią również, że cholesterol LDL należy obniżyć o więcej niż 50 proc. wartości wyjściowej.

– *Badanie opublikowane w „Journal of the American College of Cardiology” w 2017 r. pokazało, że im wyższe stężenie cholesterolu LDL, tym więcej łożysk naczyniowych jest objętych zmianami miażdżycowymi. Chora, której przypadek omawiamy, miała wyjściowo stężenie cholesterolu LDL 145 mg/dl. Przy takiej wartości obserwujemy nasilenie zmian miażdżycowych w dwóch–trzech łożyskach naczyniowych, a nawet więcej. Dlatego tak ważna jest istotna redukcja stężenia cholesterolu LDL, ale również osiągnięcie docelowych wartości ciśnienia tętniczego* – komentuje prof. Piotr Dobrowolski. Jak zatem należy leczyć tę chorą? Z badań wiadomo, że ponad 90 proc. chorych na nadciśnienie tętnicze wymaga rozpoczęcia terapii hipotensyjnej od dwóch leków. – *Tak zrobiliśmy i w tym przypadku, inicjując terapię peryndoprylem z amlodypiną. Nie możemy zapomnieć o bardzo wysokim stężeniu cholesterolu LDL u tej pacjentki, dlatego zastosowanie statyny jest niezbędne. Słuszność takiego postępowania potwierdzają wyniki badania ASCOT-LLA, wskazujące na mniejszą częstość występowania zawału serca i udaru mózgu, jeśli do*



Najnowsze dane pokazują, że stosowanie leków hamujących układ renina–angiotensyna może być korzystne u chorych, u których dojdzie do rozwoju COVID-19. To dodatkowa ich wartość, poza znanymi już wcześniej. Do leku hamującego układ renina–angiotensyna należy dodać antagonistę wapnia albo diuretyk. Blokery kanału wapniowego charakteryzuje skuteczność hipotensyjna, neutralność metaboliczna i zmniejszanie ryzyka sercowo-naczyniowego

*terapii hipotensyjnej została dołączona atorwastatyna* – mówi prof. Piotr Dobrowolski.

– *Pacjenci często pytają, czy po dołączeniu do leczenia hipotensyjnego leku hipolipemizującego istniejące zmiany miażdżycowe się cofną. Niestety, tak się nie stanie, ale możemy w ten sposób zapobiec ich progresji, co przełoży się na lepsze rokowanie i spowolnienie rozwoju jawnej klinicznie choroby sercowo-naczyniowej* – dodaje ekspert.

Wytyczne PTNT zalecają, by u takich chorych, jak pacjentka opisana w przypadku 2, zastosować połączenie leku hamującego układ renina–angiotensyna (peryndopryl) z antagonistą wapnia (amlodypina) i statyną (atorwastatyna). Dla chorych, którzy mają niższe wartości ciśnienia tętniczego, można wybrać preparat złożony zawierający inhibitor konwertazy angiotensyny i statynę.

## Statyny w dobie pandemii COVID-19

Wiele badań pokazało, że statyny poprawiają przeżycie osób zakażonych SARS-CoV-2. W badaniu retrospektywnym z udziałem dużej grupy pacjentów – ponad 13,9 tys. osób, ponad 1,2 tys. przyjmujących statyny – hospitalizowanych z powodu COVID-19, udowodniono, że chorzy otrzymujący statynę mieli lepsze przeżycie. Wskaźnik śmiertelności przy stosowaniu statyn wyniósł 5,2 proc. vs 9,4 proc. w grupie niestosującej statynę. ▶

# KARDIOLOGIA

► Jak zauważa prof. Dobrowolski, to zapewne nie tylko efekt obniżenia stężenia cholesterolu, lecz także plejotropowego działania statyn.

– W metaanalizie siedmiu badań z udziałem bez mała 3 tys. pacjentów wykazano, że chorzy przyjmujący statynę mieli zdecydowanie łagodniejszy przebieg infekcji SARS-CoV-2 i zdecydowanie rzadziej umierali z jej powodu. Pamiętajmy, że podczas teleporady możemy włączyć pacjentowi leczenie statyną, znając czynniki ryzyka związane z wysokim stężeniem cholesterolu LDL – komentuje prof. Piotr Dobrowolski.

## Przypadek 3

U 54-letniego chorego nadciśnienie tętnicze zostało wykryte przed 3 laty. Mimo kilkukrotnej modyfikacji terapii nie udało się u niego uzyskać kontroli ciśnienia. Z powodu zaburzeń lipidowych przyjmuje statynę, a ze względu na insulinooporność – metforminę. Kilka razy na skutek wzrostu ciśnienia chory trafiał na szpitalny oddział ratunkowy.

Obecnie przyjmuje rano 80 mg telmisartanu i 40 mg atorwastatyny, a wieczorem 10 mg amlodypiny i 1 g metforminy. Takie leczenie nie spowodowało skutecznej kontroli nadciśnienia tętniczego – w pomiarach domowych uzyskuje 130–150/90–100 mm Hg, w pomiarze klinicznym – 148/97 mm Hg.

Chory ma otyłość brzuszna (obwód talii 110 cm). Obecnie glikemia jest prawidłowa, podobnie jak lipidogram.

Pacjent należy do grupy wiekowej, dla której cel terapeutyczny w nadciśnieniu tętniczym to wartości 120–129/70–79 mm Hg. Skoro leczenie dwoma lekami hipotensyjnymi nie przyniosło efektów, czy należy mu zalecić trzy leki przeciwnadciśnieniowe?

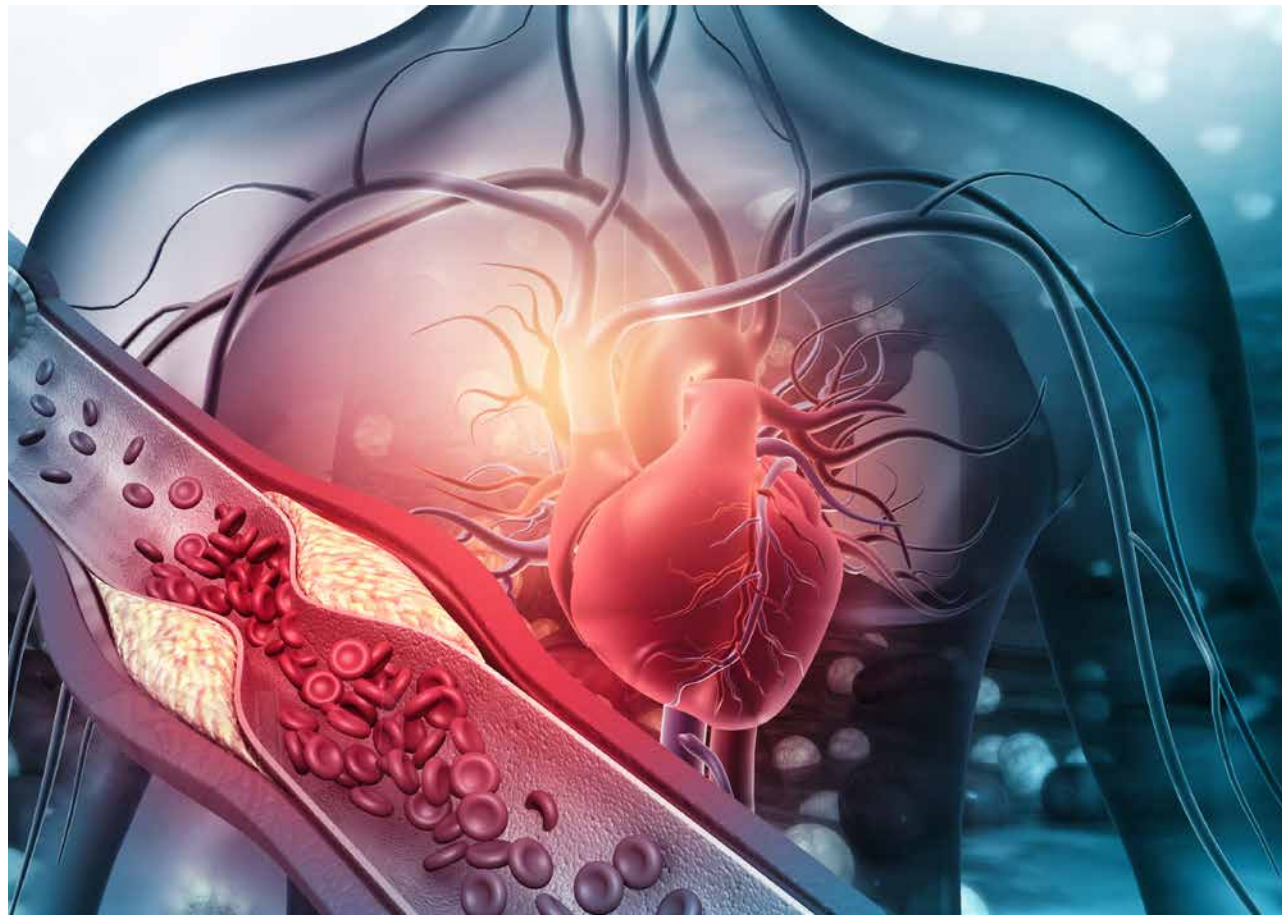
– Z badania Pol-Fokus wiadomo, że ponad 50 proc. chorych potrzebuje trzech i więcej leków hipotensyjnych do obniżenia ciśnienia tętniczego. Od wprowadzenia w 2018 r. niższych docelowych wartości ten odsetek jest jeszcze wyższy – przypomina prof. Piotr Dobrowolski.

## Dołączenie trzeciego leku zamiast zwiększania dawek dwóch

Sytuacja pandemii nie zwalnia lekarza z obowiązku intensyfikacji terapii, jeśli jest to konieczne. Aktualne wytyczne dają tylko 3 miesiące na osiągnięcie celu terapeutycznego.

– U chorego, którego przypadek rozpatrujemy, powinniśmy jak najszybciej przejść do kroku drugiego terapii hipotensyjnej i dołączyć trzeci lek. Badanie PIANIST pokazało, że trójlekowe połączenie: inhibitor konwertazy angiotensyny + diuretyk tiazydopodobny + antagonistę wapnia, czyli peryndopryl + indapamid + amlodypina, docelowo w preparacie złożonym, znacznie szybciej pozwala osiągnąć zalecane wartości ciśnienia niż leczenie polegające na zwiększaniu dawek dwóch leków hipotensyjnych – mówi prof. Piotr Dobrowolski.

Z optymalizacji terapii chory odnosi ogromne korzyści: zmniejszenie ryzyka zdarzeń sercowo-naczyniowych, udaru mózgu, zawału serca, progresji niewydolności nerek. Do tego zastąpienie schematu kilkulekowego jedną tabletką preparatu złożonego poprawia stosowanie się pacjenta do zaleceń, a przez to zwiększa skuteczność leczenia hipotensyjnego.



Fot. iStockphoto

– Gdyby chory otrzymał od początku terapii leki długo i silnie działające, najlepiej w postaci preparatu złożonego, szybciej osiągnięto by u niego docelowe wartości ciśnienia tętniczego, bez krętej drogi prowadzącej do tego celu – komentuje ekspert.

Profesor Piotr Dobrowolski zaproponował następujący schemat leczenia pacjenta z przypadku 3: rano docelowo złożony lek hipotensyjny (oparty na trzech lekach hipotensyjnych) oraz atorwastatyna 40 mg, wieczorem – metformina 1 g.

## Przypadek 4

U 55-letniej chorej nadciśnienie tętnicze zostało wykryte 2 lata temu. Wypróbowano kilka schematów leczenia, ale nie doprowadziły one do kontroli ciśnienia. Kobieta nie miesiączkuje od 2 lat, nie przyjmuje hormonalnej terapii zastępczej. Ma okresowe zwyczajki ciśnienia, którym towarzyszą kołatanie serca i niepokój. Objawy najczęściej występują wieczorem lub w nocy.

Aktualny schemat leczenia, dość skomplikowany i złożony, jest następujący: rano – walsartan 80 mg i nitrendypina 10 mg, wieczorem – nitrendypina 10 mg i doksazosyna 1 mg.

W pomiarach domowych pacjentka ma ciśnienie tętnicze 110–200/70–110 mm Hg, w pomiarach klinicznych 151/96 mm Hg, podwyższone tętno – 92 uderzenia na minutę. Pacjentka ma otyłość brzuszna. W badaniach laboratoryjnych glukoza na czczo 115 mg/dl.

– Zaburzenia lękowe z somatyzacją, obok niestosowania się do zaleceń leczenia nadciśnienia tętniczego, to jeden z najczęstszych czynników związanych z rozwojem przełomu nadciśnieniowego, zwyczajami ciśnienia tętniczego i wizytami chorych w gabinetach lekarskich i na szpitalnych oddziałach ratunkowych – przypomina prof. Aleksander Prejbisz.

Wzrost ciśnienia tętniczego jest jednym z najczęstszych objawów somatyzacyjnych. Doświadczający ich chorzy dodatkowo zgłaszają uczucie

kołatania serca, potliwość, duszność, dolegliwości gastryczne.

– Towarzystwa naukowe w wytycznych dotyczących postępowania w nadciśnieniu tętniczym nie pomijają zastosowania  $\beta$ -adrenolityków. PTNT wskazuje, by sięgać po klasyczne wysoce selektywne  $\beta_1$ -adrenolityki, gdy konieczne jest zmniejszenie częstości rytmu serca. Wysoka częstość rytmu serca jest czynnikiem ryzyka sercowo-naczyniowego, ale chodzi również o działanie objawowe.  $\beta$ -adrenolityki znoszą poczucie kołatania serca, co u naszej chorej, która może mieć objawy somatyzacyjne, jest bardzo ważne – wyjaśnia prof. Aleksander Prejbisz.

Połączenie bisoprololu z peryndoprylem, a więc wysoce selektywnego  $\beta_1$ -adrenolityku z inhibitorem konwertazy, zapewnia dużą skuteczność hipotensyjną.

– W zaburzeniach lękowych lekami pierwszego wyboru są selektywne inhibitory zwrotnego wychwyty serotoniny (SSRI), ale należy pamiętać, że ich efekt rozwija się dopiero po 3–4 tygodniach. Włączenie  $\beta$ -adrenolityku może pomóc chorym z zaburzeniami lękowymi, znosząc objawy związane z kołataniami serca, tachykardią, napadawymi dolegliwościami związanymi z przyspieszoną czynnością akcji serca. Dlatego opisaną chorożką warto zaproponować modyfikację terapii polegającą na skojarzeniu bisoprololu z peryndoprylem. Oprócz tego escitalopram (SSRI), również rano, w leczeniu długoterminowym. Doraźnie, w momentach napadów silnego lęku, pacjentka może przyjmować alprazolam (benzodiazepina) – podsumowuje prof. Aleksander Prejbisz. ■



Fot. Archiwum prywatne

prof. Piotr Dobrowolski:  
W metaanalizie siedmiu badań z udziałem bez mała 3 tys. pacjentów wykazano, że chorzy przyjmujący statynę mieli zdecydowanie łagodniejszy przebieg infekcji SARS-CoV-2 i zdecydowanie rzadziej umierali z jej powodu

Artykuł przygotowany przy współpracy z Servier Polska

