

**Jerzy Głuszek**

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Kaliszu

# Problem nadciśnienia tętniczego w praktyce lekarza POZ

**C**horoby układu krążenia są najczęstszą przyczyną zgonów w naszym kraju. Jednym z najważniejszych czynników prowadzących do schorzeń sercowo-naczyniowych jest nadciśnienie tętnicze. Według ostatnich badań epidemiologicznych nadciśnienie tętnicze dotyczy 32% dorosłych Polaków. Nielezione lub leczone nieskutecznie nadciśnienie jest przyczyną bardzo wielu groźnych powikłań sercowo-naczyniowych, z których najważniejsze to udary mózgu, zawał i niewydolność serca. Nadciśnienie tętnicze stanowi także coraz częstszą przyczynę przewlekłej niewydolności nerek, która kończy się dializoterapią. Choroba ta sprzyja również rozwojowi miażdżycy kończyn dolnych i upośledzeniu zdolności poznawczych i ostatecznie otępieniu. Leczenie nadciśnienia tętniczego w naszym kraju jest nadal zbyt mało efektywne i do normalizacji wartości ciśnienia dochodzi zaledwie u 26% chorych. W przodujących pod tym względem krajach, np. w Kanadzie, normalizację ciśnienia (to znaczy obniżenie ciśnienia poniżej wartości 140/90 mm Hg) uzyskuje się u prawie 70% chorych. Przyczyny tego zjawiska są złożone i zależne zarówno od źle współpracującego pacjenta, opornego na terapię nadciśnienia, jak i od inercji lekarza. Olbrzymia większość chorych z nadciśnieniem tętniczym leczy się u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i to od

jego wiedzy, doświadczenia i sumienności zależy, czy ten stan będzie można poprawić. Tylko część chorych z podejrzeniem nadciśnienia wtórnego lub z nadciśnieniem źle reagującym na leki trafi do specjalisty kardiologa, hipertensjologa czy do szpitala. Z tego względu lekarz POZ musi znać podstawowe zasady terapii tego schorzenia, a także wiedzieć, na jakich zasadach trzeba się opierać przy kierowaniu chorych do leczenia specjalistycznego.

Istotne znaczenie ma rozpoznanie nadciśnienia. Nie można zdiagnozować nadciśnienia na podstawie jednego pomiaru ciśnienia. Dopiero średnia z dwukrotnego pomiaru ciśnienia dokonana w dwóch różnych dniach równa lub wyższa niż 140/90 mm Hg upoważnia nas do rozpoznania tego schorzenia. Odsetek osób z przypadkowym jednorazowym wzrostem ciśnienia jest stosunkowo duży, o czym świadczą np. wyniki badania NATPOL 2002, w których na podstawie jednorazowego pomiaru nadciśnienie stwierdzono u 36,4% dorosłych Polaków, a na podstawie kolejnych pomiarów podczas oddzielnych wizyt odsetek ten spadł do 29,4%. Jednorazowe badanie ciśnienia jest wystarczające dla rozpoznania i wdrożenia terapii nadciśnienia wówczas, kiedy stwierdza się wartości ciśnienia skurczowego równe lub wyższe niż 180 mm Hg. Wartości ciśnienia już powyżej 120/80 mm Hg charakteryzują się zwiększonym ryzykiem

sercowo-naczyniowym i w piśmiennictwie przypadki z takimi wartościami zalicza się do stanu przednadcisnieniowego. Klasyfikację nadciśnienia przedstawiono w tabeli 1. U części chorych wysokie wartości ciśnienia stwierdza się tylko w gabinecie lekarskim, natomiast w domu lub 24-godzinnym pomiarze automatycznym (w Holterze ciśnieniowym, czyli ABPM) wartości ciśnienia są poniżej 135/85 mm Hg. Sytuację taką nazywamy nadciśnieniem „białego fartucha” i nie wymaga ono terapii. Natomiast prawidłowe wartości ciśnienia u lekarza, ale podwyższone w pomiarach wykonanych przez samego chorego (równe lub wyższe niż 135/85 mm Hg) nakazują rozpoznanie nadciśnienia ukrytego i nieleczone prowadzą do takich samych powikłań, jak nadciśnienie stwierdzone w gabinecie lekarskim. Nadciśnienie ukryte trzeba również podejrzewać u chorych, u których w badaniu ABPM ciśnienie w godzinach nocnych przekracza wartości prawidłowe, to jest 120/70 mm Hg. Taka sytuacja występuje zwykle u chorych z nadciśnieniem wtórnym, zwłaszcza wywołanym obturacyjnym bezdechem sennym. Podwyższone wartości ciśnienia w nocy istotnie korelują ze zwiększonym ryzykiem sercowo-naczyniowym, a chorzy obarczeni takim profilem nadciśnienia są w piśmiennictwie nazywani *nondippers*. Po rozpoznaniu nadciśnienia tętniczego wskazane jest wykonanie badań laboratoryjnych. Według

zaleceń ekspertów Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego z badań laboratoryjnych należy wykonać morfologię krwi, analizę moczu, oznaczenie stężenia kreatyniny, glukozy, elektrolitów, kwasu moczowego w surowicy oraz oznaczyć pełen lipidogram. Konieczne jest również wykonanie elektrokardiogramu. Inne badania laboratoryjne i obrazowe są w gestii specjalisty.

Celem leczenia nadciśnienia tętniczego jest nie tylko normalizacja wartości ciśnienia, lecz także obniżenie globalnego ryzyka sercowo-naczyniowego. U większości chorych dąży się do spadku wartości ciśnienia poniżej 140/90 mm Hg, jedynie u osób starszych, powyżej 80. roku życia, ciśnienie skurczowe obniża się poniżej 150 mm Hg. U chorych z nadciśnieniem i cukrzycą dąży się do spadku ciśnienia poniżej 140/85 mm Hg, a u chorych z uszkodzeniem nerek do wartości 130/80 mm Hg.

Bardzo ważną rolę w terapii nadciśnienia odgrywa ustalenie globalnego ryzyka sercowo-naczyniowego chorych. Zależy ono nie tylko od wielkości nadciśnienia tętniczego, lecz także od współistniejących czynników ryzyka wieńcowego, subklinicznych uszkodzeń narządowych i wreszcie od chorób współistniejących. Tabela 2 przedstawia ogólne ryzyko sercowo-naczyniowe.

Przy ocenie globalnego ryzyka sercowego poza wielkością nadciśnienia bierze się pod uwagę m.in. płeć,

**Tabela 1.** Diagnostyka i klasyfikacja nadciśnienia tętniczego w pomiarach gabinetowych

	Ciśnienie skurczowe [mm Hg]	Ciśnienie rozkurczowe [mm Hg]
<b>Ciśnienie optymalne</b>	< 120	< 80
<b>Ciśnienie prawidłowe</b>	120–129	80–84
<b>Ciśnienie prawidłowe wysokie</b>	130–139	85–89
<b>Nadciśnienie 1. stopnia</b>	140–159	90–99
<b>Nadciśnienie 2. stopnia</b>	160–179	100–109
<b>Nadciśnienie 3. stopnia</b>	> 180	> 110

**Tabela 2.** Stratyfikacja globalnego ryzyka w celu ilościowej oceny rokowania

Czynniki ryzyka	Ciśnienie tętnicze 130–139/ 85–89 mm Hg	Nadciśnienie tętnicze		
		stopień 1.	stopień 2.	stopień 3.
bez czynników ryzyka	przeciętne	niskie	umiarkowane	wysokie
1 lub 2 czynniki ryzyka	niskie	umiarkowane	umiarkowane	wysokie
3 lub więcej czynników ryzyka	umiarkowane	umiarkowane	wysokie	wysokie
cukrzyca, przewlekła choroba nerek 3. stopnia, subkliniczne uszkodzenia narządowe	wysokie	wysokie	wysokie	bardzo wysokie
choroba układu sercowo-naczyniowego lub przewlekła choroba nerek 4.–5. stopnia	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie	bardzo wysokie

wiek chorego, nałóg palenia papierosów, wskaźnik masy ciała (*body mass index* – BMI), stan gospodarki lipidowej oraz stężenie glukozy we krwi. Wśród narządowych uszkodzeń subklinicznych uwagę zwraca się na przerost lewej komory serca, stan naczyń krwionośnych (grubość błony środkowej i wewnętrznej tętnicy szyjnej ocenianej ultrasonograficznie) oraz wielkość przesączania kłębuszkowego i ewentualną obecność mikroalbuminurii.

Po potwierdzeniu występowania nadciśnienia tętniczego należy pouczyć chorego o koniecznej dla niego zmianie stylu życia, czyli tym, co inaczej nazywamy terapią niefarmakologiczną. Obejmuje ona ograniczenie soli kuchennej w pokarmach do 3–5 g na dobę. Dorosła osoba w naszym kraju spożywa przeciętnie 12–14 g soli na dobę. Kolejnym ważnym elementem terapii niefarmakologicznej jest utrata nadmiernej masy ciała. Nadciśnienie tętnicze dotyczy zwykle osób z nadwagą lub otyłością. U bardzo otyłych osób młodych i w średnim wieku, u których ponawiane próby odchudzania nie przyniosły żadnego rezultatu, należy wraz z chorym rozważyć wykonanie zabiegu bariatrycznego. Zabiegi te polegają na zmniejszeniu objętości żołądka, co powoduje znaczne ograniczenie apetytu i utratę zbędnych kilogramów. Liczne obserwacje wskazują, że taki sposób postępowania prowadzi do znacznego zmniejszenia wartości ciśnienia i ograniczenia lub nawet odstawienia leków hipotensyjnych. Wzmocniona aktywność fizyczna jest kolejnym elementem zmiany stylu życia chorego z nadciśnieniem tętniczym. Wskazane aktywności to bieganie, jazda rowerem i pływanie. Osobom starszym zaleca się przynajmniej 5 razy w tygodniu dość szybki 45-minutowy marsz. Postępowanie takie zmniejsza napięcie układu współczulnego, rozładowuje stres i nie tylko obniża ciśnienie tętnicze, lecz także zmniejsza progresję procesu miażdżycowego. Wszystkich chorych z nadciśnieniem tętniczym nakłania się do porzucenia nałogu palenia papierosów. W czasie palenia tytoniu dochodzi do przejściowego wzrostu ciśnienia tętniczego. Ponadto palenie papierosów u chorego z nadciśnieniem tętniczym bardzo przyspiesza proces miażdżycowy, prowadząc do zawałów serca, udarów mózgu i chromania przestankowego u młodych jeszcze osób. Nałogowe picie dobrej kawy nie stwarza takiego zagrożenia jak palenie papierosów. Wieloletnie obserwacje tysięcy ludzi wykazały, że u osób codziennie pijących dobrą kawę dochodzi zwykle do wytworzenia tolerancji kofeiny i nie rozwija się nadciśnienie tętnicze. Natomiast u osób obarczo-

nych czynnikami ryzyka wieńcowego (wysokim stężeniem cholesterolu, niedokrwieniem serca, wysokim nadciśnieniem) sporadyczne wypicie dobrej kawy prowadzi do dalszego wzrostu ciśnienia tętniczego, często przyspieszającego udar mózgu lub zawał serca.

U chorych z nadciśnieniem tętniczym łagodnym i nieobciążonych innymi czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego zaleca się tylko leczenie niefarmakologiczne. Dopiero brak skuteczności takiego postępowania (lub zaniechanie wdrożenia tych zaleceń) jest wskazaniem do podjęcia terapii farmakologicznej.

W terapii farmakologicznej lekarz ma do dyspozycji 5 podstawowych grup leków o zbliżonym efekcie hipotensyjnym. Należą do nich: leki moczopędne, beta-blokery (beta-adrenolityki), antagoniści wapnia, inhibitory konwertazy angiotensyny i sartany. Najczęstszymi objawami niepożądanymi są: hipokalia po stosowaniu leków diuretycznych, obrzęki kończyn dolnych po dihydropirydynowych antagonistach wapnia i kaszel po inhibitorach konwertazy angiotensyny. W niepowikłanym, łagodnym lub umiarkowanym nadciśnieniu tętniczym zaczyna się zwykle od podania jednego leku hipotensyjnego w stosunkowo niedużej dawce. Wybór leku hipotensyjnego zależy do lekarza, jego wiedzy i doświadczenia. U osób młodych terapię rozpoczyna się zwykle beta-blokerem (częściej u kobiet) lub inhibitorem konwertazy angiotensyny. Ten ostatni lek jest przeciwwskazany u kobiet w ciąży, gdyż może prowadzić do nieodwracalnych uszkodzeń płodu. U osób starszych zwykle wybiera się diuretyki i leki z grupy antagonistów wapnia. Na drugim miejscu zaleca się inhibitory konwertazy angiotensyny lub sartany. Leki beta-adrenolityczne są raczej przeciwwskazane u osób starszych, gdyż, jak wykazują badania, rzadziej zapobiegają udarowi mózgu. Identycznie leczy się izolowane nadciśnienie skurczowe (ciśnienie rozkurczowe jest prawidłowe). Ciśnienie takie występuje zwykle w starszym wieku. Do niedawna brakowało przekonujących danych, czy i jak leczyć chorych z nadciśnieniem tętniczym w wieku 80 i więcej lat. Wyniki badania HYVET pokazały, że terapia indapamidem i inhibitorem konwertazy zmniejsza częstość niewydolności serca, liczbę udarów mózgu oraz redukuje śmiertelność. W wielu sytuacjach klinicznych preferowane są poszczególne leki hipotensyjne. U chorych z przerostem lewej komory serca (spowodowanym np. nadciśnieniem tętniczym) wskazane jest podanie inhibitorów konwertazy angiotensyny

lub sartanów. W chorobie niedokrwiennej serca współistniejącej z nadciśnieniem chętnie podaje się beta-blokery, leki z grupy antagonistów wapnia, inhibitory konwertazy angiotensyny (perindopril, ramipril, zofenopril), sartany (telmisartan, walsartan) lub – po zawale serca – dodatkowo zaleca się stosowanie antagonistów aldosteronu. W nadciśnieniu tętniczym powikłanym niewydolnością serca preferowane są diuretyki, beta-blokery w małych dawkach (karwedilol, bisoprolol, metoprolol XR/CR, nebiwolol), inhibitory konwertazy angiotensyny i sartany (kandesartan, walsartan). U chorych z migotaniem przedsionków wybiera się beta-blokery lub leki z grupy niedihydropiryminyowych antagonistów wapnia w celu zwolnienia szybkiej, niemiarowej czynności serca. Tachykardie u chorego z nadciśnieniem tętniczym leczy się beta-blokerami. Leki te są również preferowane u chorych z nadciśnieniem tętniczym prowadzącym do rozwarstwienia aorty. Chorego z nadciśnieniem tętniczym po przebytych udarach chętnie leczy się indapamidem, sartanem lub inhibitorem konwertazy angiotensyny. W nadciśnieniu powikłanym chromaniem przestankowym terapia polega na podawaniu inhibitorów konwertazy angiotensyny lub dihydropiryminyowego antagonisty wapnia.

W badaniach epidemiologicznych otyłość (BMI > 30) stwierdzono w naszym kraju u 25,9% mężczyzn i 26,1% kobiet. Otyłość znacznie częściej występuje u chorych z nadciśnieniem tętniczym. Chorych z otyłością i nadciśnieniem tętniczym, a zwłaszcza z zespołem metabolicznym prowadzi się, podając inhibitory konwertazy angiotensyny, sartany lub leki z grupy antagonistów wapnia. Podobnie leczy się chorych z nadciśnieniem i współistniejącą cukrzycą. Dodatkowo u chorych z opornym nadciśnieniem chętnie stosuje się indapamid. W dnie moczanowej lekiem z wyboru jest losartan. Takich chorych można także leczyć antagonistą wapnia lub inhibitorem konwertazy angiotensyny. Pojawienie się białkomoczu lub mikroalbuminurii u chorych z nadciśnieniem tętniczym świadczy o uszkodzeniu nerek. Inhibitory konwertazy angiotensyny lub sartany mogą zmniejszyć lub nawet zlikwidować białkomocz. Utrzymujące się u takich chorych nadciśnienie tętnicze można dodatkowo opanować, podając leki z grupy antagonistów wapnia. Nadciśnienie tętnicze u chorych z przewlekłą niewydolnością nerek leczy się inhibitorami konwertazy angiotensyny lub sartanami. Trzeba pamiętać, że terapię rozpoczyna się małymi dawkami tych leków oraz że po rozpoczęciu takiej terapii

przesączanie kłębuszkowe przejściowo zmniejsza się o 30% wartości wyjściowej i że może się też nieco zmniejszyć stężenie hemoglobiny. Nie rozpoczyna się również terapii tymi lekami u chorych z przesączaniem kłębuszkowym niższym niż 30 ml/min. Chorych przewodnionych z niewydolnością nerek leczy się diuretykami pętlowymi. W astmie oskrzelowej nadciśnienie tętnicze dobrze reaguje na sartany i leki z grupy dihydropiryminyowych pochodnych antagonistów wapnia. Beta-blokery, zwłaszcza nieselektywne, mogą zaostrzać napady astmy, z kolei diuretyki zagęszczają wydzielinę w oskrzelach, którą choremu trudniej odkrztusić. W jaskrze zaleca się stosowanie beta-blokerów. Łuszczycy u chorego z nadciśnieniem tętniczym często zaostrza się po podaniu leków beta-adrenolitycznych. Lekarz POZ często staje wobec problemu terapii nadciśnienia u chorego oczekującego na zabieg chirurgiczny. W okresie przedoperacyjnym wartości docelowe ciśnienia mogą się mieścić w zakresie 140–160/90–100 mm Hg, możemy bowiem oczekiwać dodatkowego wpływu hipotensyjnego anestetyków stosowanych do znieczulenia. Jeśli stan chorego na to pozwala, na kilka dni przed operacją dobrze jest odstawić leki moczopędne. Podawanie leków beta-adrenolitycznych kontynuuje się na czas operacji u chorych z niewydolnością krążenia lub po zawale serca. Do lekarza POZ często zwracają się też chorzy z zaburzeniami potencji. Nadciśnienie tętnicze, a dodatkowo niektóre leki mogą te dolegliwości chorego pogłębić. Największe korzyści tacy chorzy odnoszą z terapii inhibitorami konwertazy, sartanami oraz nebiwololem. Oddzielnego omówienia wymaga nadciśnienie tętnicze w ciąży. Nadciśnienie takie może już istnieć przed ciążą i może się pojawić w okolicy 20.–30. tygodnia ciąży (nadciśnienie indukowane ciążą). Najbezpieczniejszym lekiem obniżającym ciśnienie tętnicze jest w tej sytuacji metyldopa (na polskim rynku Dopegyt). W drugim trymestrze ciąży, jeśli nie osiągnięte zostanie normalizacji ciśnienia tętniczego, można dołączyć metoprolol, labetalol, względnie nitrendypinę SR lub werapamil. Wartości ciśnienia wynoszące 170/110 mm Hg lub więcej są wskazaniem do hospitalizacji. Bezwzględnie przeciwwskazane są w ciąży inhibitory konwertazy angiotensyny, sartany, antagoniści aldosteronu oraz diltiazem. Brak satysfakcjonującej poprawy jest wskazaniem albo do zwiększenia dawki do tej pory stosowanego leku, albo – lepiej – do dołączenia drugiego leku. Obecnie uważa się, że ciśnienie skurczowe wyższe o 20 mm Hg od ciśnienia prawidłowego jest

wskazaniem do rozpoczęcia terapii równocześnie dwoma lekami hipotensyjnymi w małych dawkach. Przekonują o tym liczne badania, które pokazują, że aby uzyskać normalizację umiarkowanego lub ciężkiego nadciśnienia tętniczego, należy równocześnie stosować dwa lub więcej leków hipotensyjnych. Dla przykładu, w badaniu HOT tylko u 33% chorych osiągnięto docelowe wartości ciśnienia za pomocą monoterapii, w badaniu LIFE 60% chorych wymagało leczenia skojarzonego. Z drugiej strony im większa ilość tabletek, tym gorsza współpraca chorego z lekarzem. Według Gatleya i wsp. tylko 60% chorych regularnie stosuje przepisaną jedną tabletkę dziennie zgodnie z zaleceniem lekarskim. Trzy tabletki dziennie regularnie stosuje 45% chorych, a 8 tabletek – tylko 25% pacjentów. W tej sytuacji idealnym wyjściem jest zaproponowanie choremu leku złożonego, który zawiera dwie czynne substancje składowe. Słuszność takiego postępowania potwierdzają wyniki badania STRATHE. W badaniu tym autorzy porównali monoterapię sekwencyjną oraz terapię stopniowaną z terapią od początku opartą na preparacie złożonym. Odsetek chorych ze znormalizowanym ciśnieniem tętniczym bez efektów niepożądanych był największy w grupie preparatu złożonego. Propozycja ta znalazła swoje miejsce w wytycznych ESH/ESC, które zalecają: „u pacjentów z grupy większego ryzyka (a więc np. w podeszłym wieku) należy dążyć do szybszego osiągnięcia docelowego ciśnienia tętniczego, a to skłania do zastosowania od początku leczenia skojarzonego. Preparaty złożone pozwalają na uproszczenie schematów terapeutycznych, co może zwiększyć odsetek pacjentów przestrzegających zaleceń leczniczych”.

O istotnej poprawie współpracy chorego stosującego leki złożone z lekarzem świadczą także wyniki metaanalizy Gupty i wsp., którzy stwierdzili znacznie większą wytrzymałość terapeutyczną i rzadsze występowanie działań niepożądanych. Leki hipotensyjne pierwszego wyboru (przedstawione powyżej) można kojarzyć, z wyjątkiem łącznego podawania inhibitorów konwertazy angiotensyny i sartanów. Połączenie werapamilu z beta-blokerem może prowadzić do znacznej bradykardii. Beta-blokery z diuretykami mogą z kolei prowadzić do insulinooporności i sprzyjać rozwinięciu się lub pogłębieniu cukrzycy. W uzasadnionych przypadkach nadciśnienia opornego lekarz specjalista może jednak taką terapię zalecić.

Po wprowadzeniu nowego leku hipotensyjnego należy po miesiącu skontrolować wartości ciśnienia

w gabinecie lekarskim. Dużym ułatwieniem dla lekarza będzie przegląd wartości ciśnień zmierzonych w domu przez samego pacjenta. Utrzymujące się ponad normę wartości ciśnień będą przemawiały za intensyfikacją terapii hipotensyjnej. Brak reakcji lekarza na taką sytuację (inercja lekarza) jest naganny. Duże wahania ciśnienia „od wizyty do wizyty” lekarskiej są niezależnym czynnikiem ryzyka sercowo-naczyniowego. Stosowanie antagonistów wapnia oraz diuretyków zmniejsza te wahania ciśnienia, natomiast leki beta-adrenolityczne zwykle sprzyjają dużym różnicom ciśnień w trakcie poszczególnych wizyt lekarskich.

Ważnym zagadnieniem jest to, jakich chorych z nadciśnieniem tętniczym lekarz POZ powinien kierować do specjalisty bądź do szpitala. Wskazania do hospitalizacji to: podejrzenie nadciśnienia wtórnego, nadciśnienie oporne na terapię oraz tzw. stany nagłe nadciśnienia tętniczego. Nadciśnienie tętnicze wtórne można podejrzewać, jeśli stwierdza się nawracającą hipokaliemię niezwiązaną z podawaniem leków diuretycznych lub też znaczna hipokaliemia utrzymuje się po lekach diuretycznych pomimo doustnej suplementacji tym jonem. Słyszalny szmer nad tętnicą nerkową u chorego z nadciśnieniem tętniczym nasuwa podejrzenie zwężenia tej tętnicy. Krytyczne zwężenie tętnicy nerkowej prowadzi do nadciśnienia opornego na terapię. U osób otyłych, a zwłaszcza u pacjentów z zespołem metabolicznym i grubą szyją, należy wykluczyć najczęstszą przyczynę opornego na terapię nadciśnienia tętniczego, jaką jest obturacyjny bezdech senny. Podwyższone ciśnienie tętnicze skurczowe przy prawidłowym ciśnieniu rozkurczowym, zwłaszcza u osób młodych, może nasuwać podejrzenie nadczynności tarczycy. Terapia narządu (nadnercza, tarczycy, nerki), który jest odpowiedzialny za nadciśnienie, może spowodować ustąpienie lub przynajmniej zmniejszenie nadciśnienia. O nadciśnieniu opornym na terapię mówi się, jeśli co najmniej miesięczna terapia trzema lekami hipotensyjnymi (w tym diuretykiem) w pełnych dawkach nie spowoduje normalizacji ciśnienia. Dokładna analiza terapii takich chorych bardzo często wykazuje, że nie biorą oni wszystkich przepisanych leków, mimo że deklarują pełną współpracę z lekarzem. Obok odpowiedniego zmotywowania chorych do zastosowania się do przepisanej terapii dobrze jest prosić ich, aby na kolejne wizyty lekarskie przynosili opakowania przyjmowanych leków. Wówczas często okazuje się, że w opakowaniach zostaje wiele niezużytych leków. Tylko nieliczni chorzy wymagają specjalnego postępowania terapeu-

tycznego, jakim jest denerwacja tętnic nerkowych lub stymulacja baroreceptorów szyjnych. Lekarz POZ zobowiązany jest także do natychmiastowego wysłania chorego do szpitala z tzw. wskazań nagłych. Wskazania te to nadciśnienie tętnicze prowadzące do obrzęku płuc, ostry zespół wieńcowy, nadciśnienie powikłane ostrym udarem mózgu, encefalopatia nadciśnieniowa oraz rozwarstwienie aorty spowodowane wysokim nadciśnieniem tętniczym. Warto pamiętać, że jeszcze przed wysłaniem chorego do szpitala należy wdrożyć szybką terapię hipotensyjną u chorego z rozwarstwieniem aorty czy obrzękiem płuc, natomiast obniżanie ciśnienia poniżej 220/120 mm Hg w pierwszych godzinach udaru niedokrwinnego może znacznie pogorszyć stan chorego.

Bardzo wielu chorych z nadciśnieniem tętniczym charakteryzuje się nieprawidłowym profilem lipidowym. Wysokie stężenie cholesterolu u chorego z nadciśnieniem tętniczym znacznie przyspiesza rozwój zmian miażdżycowych. Chorzy z wysokim i niejednokrotnie umiarkowanym ryzykiem sercowo-naczyniowym powinni obok leczenia hipotensyjnego otrzymywać statyny w myśl zasady „im niższe stężenie cholesterolu LDL, tym lepiej”. Natomiast wskazania do podawania aspiryny zostały

ostatnio ograniczone do chorych z dużym ryzykiem sercowo-naczyniowym i pod warunkiem, że udało się znormalizować wartości ciśnienia tętniczego. Poprawić *compliance*, czyli współpracę chorego z lekarzem, może odpowiednia edukacja chorego. Bardzo wiele obowiązków pozostawia lekarzowi rodzinnemu niewiele czasu na dłuższą rozmowę z chorym. Wspierać lekarza rodzinnego winna pielęgniarka i dietetyk. Powtarzane spotkania takiego zespołu pozwolą nauczyć chorego, jak przygotować posiłki niezawierające nadmiaru soli kuchennej, jak unikać leków zwiększających ciśnienie tętnicze (niesteroidowe leki przeciwzapalne, leki poprawiające drożność nosa), zmotywować go do zwiększenia aktywności fizycznej, samodzielnego wykonywania pomiarów ciśnienia i regularnego stosowania preparatów hipotensyjnych. Przestrzeganie powyższych zasad poprawi skuteczność terapii nadciśnienia tętniczego, zmniejszy liczbę powikłań i wydłuży życie chorych z nadciśnieniem tętniczym.

#### Adres do korespondencji:

prof. dr hab. Jerzy Głuszek  
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa  
im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego w Kaliszu  
ul. Nowy Świat 4  
62-800 Kalisz

# OSTRE ZESPOŁY WIEŃCOWE MOŻLIWOŚCI DIAGNOSTYCZNE I TERAPEUTYCZNE

POD REDAKCJĄ ROBERTA J. GILA I DARIUSZA DUDKA



Format: B5  
Liczba stron: 452  
Oprawa twarda  
Wydawnictwo Termedia  
ISBN: 978-83-7988-004-1  
Rok wydania: 2015

**CENA: 130 zł**  
(w tym VAT 5%) + koszty wysyłki

Książka to nieocenione źródło wiedzy dla wszystkich, którzy diagnozują i leczą pacjentów z ACS. Dzięki pracy grona uznanych ekspertów książka stanowi unikalną nie tylko w skali kraju pozycję dotyczącą: epidemiologii i patofizjologii ACS, roli i znaczenia nieinwazyjnych metod diagnostycznych w ACS, techniki inwazyjnej diagnostyki i terapii ACS, prewencji wtórnej kolejnych incydentów sercowo-naczyniowych, farmakoterapii i rehabilitacji chorych po wypisie ze szpitala oraz organizacji leczenia ACS w Polsce.

**W celu uatrakcyjnienia książki włączono do niej rozdział przedstawiający postępowanie w wybranych sytuacjach klinicznych – na płycie DVD umieszczone zostały zabiegi szkoleniowe, wybrane spośród tysięcy koronarografii oraz pierwotnych angioplastyk wieńcowych.**