

Komentarz

The commentary

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Narkiewicz

Katedra Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Poszukiwanie skutecznych metod leczenia nadciśnienia tętniczego, a przede wszystkim zastosowanie ich w codziennej praktyce klinicznej, pozostaje jednym z największych wyzwań medycyny. Rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego, które pozostaje najważniejszą przyczyną przedwczesnych zgonów na świecie, alarmująco wzrasta. W 2000 roku nadciśnienie rozpoznawano u około 972 mln osób na świecie; szacuje się, że w 2025 roku liczba ta zwiększy się do ponad 1,5 mld [1]. Między rokiem 2011 a 2025 liczba chorych na nadciśnienie tętnicze w Polsce ma wzrosnąć z 10 do 14 mln [2]. Nadciśnienie tętnicze wciąż pozostaje nierozpoznane u blisko 1/3 Polaków, a blisko 10% pacjentów, mimo że wie o swoim podwyższonym ciśnieniu, nadal nie jest leczonych.

Już w opublikowanej przed 20 laty metaanalizie Mosera i wsp. [3] wykazano, że w przypadku adekwatnego obniżenia ciśnienia tętniczego względne ryzyko wystą-

pienia niewydolności serca może być zredukowane o ponad 50%, udaru i przerostu lewej komory mięśnia sercowego — o 30–40%, natomiast zawału serca — o około 20%. Dlatego też niepokoi fakt, że mimo stałej poprawy kontroli ciśnienia tętniczego w Polsce (z 12% w roku 2007 do 27% w roku 2011) u ponad połowy leczonych chorych nie są uzyskiwane cele terapeutyczne.

Najważniejszym sposobem poprawy kontroli ciśnienia w naszym kraju wydaje się częstsze sięganie po preparaty złożone. W swoim artykule Pani docent Marzena Chrostowska w sposób szczegółowy omówiła przesłanki patofizjologiczne, najważniejsze badania i korzyści wynikające ze stosowania leków złożonych. Po lekturze tej pracy nie mamy najmniejszych wątpliwości, że skuteczność monoterapii jest bardzo ograniczona. Stosując jeden lek, powoduje się zahamowanie zwykle tylko jednego z kilku mechanizmów presyjnych. Wzajemne powiązanie

mechanizmów regulujących układ krążenia powoduje, że zahamowanie jednego z mechanizmów wywołuje wtórne zmiany kompensacyjne, które przeciwdziałają długookresowemu obniżeniu ciśnienia tętniczego. Podwojenie dawki leku nie podwaja, niestety, jego efektu hipotensyjnego, często natomiast nasila działania niepożądane stosowanego preparatu.

Wyniki dużych prób klinicznych sugerują, że maksymalnie 50% pacjentów z niepowikłanym nadciśnieniem tętniczym 1. stopnia osiąga docelowe wartości ciśnienia, stosując jeden lek hipotensyjny. Odsetek ten jest tak niski u chorych z nadciśnieniem 2. i 3. stopnia, że w tej grupie monoterapię uznaje się za błąd w sztuce lekarskiej. Korzyści z optymalnego skojarzenia leków hipotensyjnych wynikają z wykorzystania różnych mechanizmów ich działania. Stosowanie preparatów złożonych prowadzi do zwiększenia skuteczności terapii, uproszczenia schematu leczenia i poprawy przestrzegania

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Narkiewicz
Katedra Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii
Gdański Uniwersytet Medyczny
ul. Dębinki 7c, 80–952 Gdańsk
e-mail: knark@gumed.edu.pl

zaleceń terapeutycznych. Zastosowanie preparatów złożonych minimalizuje ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych.

Należy podkreślić, że jesteśmy świadkami ewolucji poglądów dotyczących wykorzystania tych preparatów w leczeniu nadciśnienia tętniczego. Dotychczas preparaty złożone były zarezerwowane do rozpoczynania terapii hipotensyjnej u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym 2. i 3. stopnia, co uwzględnia algorytm postępowania zaproponowany w zaleceniach Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (PTNT) z 2015 roku. U chorych z nadciśnieniem 1. stopnia sięgnięcie po preparat złożony sugerowano jako drugi krok w przypadku niedostatecznej

skuteczności monoterapii w dawce podstawowej. Wiele wskazuje na to, że dogmat ten ulegnie zmianie w kolejnych zaleceniach. Mamy coraz więcej dowodów — omówionych przez Panią Docent Chrostowską — na to, że terapia skojarzona lekami w dawkach mniejszych niż standardowe dostępnych w dwuskładnikowym leku złożonym staje się alternatywą także przy rozpoczynaniu terapii chorych z nadciśnieniem tętniczym 1. stopnia.

Podsumowując, korzystnych efektów terapii preparatami złożonymi możemy się spodziewać *de facto* u wszystkich chorych. Najlepszą kontrolę ciśnienia tętniczego obserwuje się w krajach, w których podstawą terapii nadciśnienia tętniczego są właśnie preparaty złożone.

Niestety, Polska, z 10% chorych leczonych takimi preparatami, wypada źle na tle innych krajów europejskich. Preparaty te stosujemy zdecydowanie zbyt rzadko, a rezerwy w tym zakresie są bardzo duże. Pamiętajmy, że coraz szerszy wachlarz preparatów złożonych umożliwia indywidualizację terapii.

PIŚMIENNICTWO

1. Lawes C.M., Vander H.S., Rodgers A. Global burden of blood pressure-related disease, 2001. *Lancet* 2008; 371: 1513–1518.
2. Bandosz P., O'Flaherty M., Drygas W. i wsp. Decline in mortality from coronary heart disease in Poland after socio-economic transformation: modelling study. *BMJ* 2012; 344: d8136.
3. Moser M., Hebert P.R. Prevention of disease progression, left ventricular hypertrophy and congestive heart failure in hypertension treatment trials. *J. Am. Coll. Cardiol.* 1996; 27: 1214–1218.