

Komentarz

Commentary

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Narkiewicz

Katedra Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Jedynymi niezmiennymi, w stosunku do roku 2013 [1], elementami najnowszych zaleceń europejskich [2], są definicja i klasyfikacja nadciśnienia tętniczego. W każdym innym aspekcie, zarówno diagnostycznym, jak i terapeutycznym, pojawiły się istotne zmiany wpływające na codzienną praktykę kliniczną. Po pierwsze, w tabeli stratyfikacji ryzyka sercowo-naczyniowego u chorych z nadciśnieniem tętniczym uwzględniono hiperurykemię, czynniki psychologiczne i socjoekonomiczne oraz tachykardię (rytm serca w spoczynku > 80/min). Po drugie, autorzy zaleceń podkreślają coraz większą rolę pomiarów pozagabinetowych. Po trzecie, wprowadzenie niższego docelowego ciśnienia tętniczego doprowadziło do zmiany strategii leczenia. Standardem — na każdym etapie terapii — w odniesieniu do zdecydowanej większości chorych (także z nadciśnieniem 1. stopnia) stało się leczenie skojarzone. W zaleceniach rekomenduje się złasz-

cza połączenia jednotabletkowe (SPC, *single-pill combination*). Zmianom tym jest poświęcony artykuł Pani Doktor Anny Szyndler, która szczególną uwagę poświęca połączeniu leków hamujących układ renina-angiotensyna-aldosteron z antagonistami wapnia.

Należy pamiętać, że całkowite lub częściowe nieprzestrzeganie zaleceń dotyczy nawet 50% chorych. Co trzeci chory zaprzestaje leczenia w pierwszych 6 miesiącach terapii, a co drugi — w pierwszym roku. W badaniu ADVANCE (*Action in Diabetes and Vascular Disease — Preterax and Diamicron MR Controlled Evaluation*) wykazano 10-krotny wzrost ryzyka zgonu w przypadku całkowitego zaniechania leczenia hipotensyjnego. Analizy innych badań wskazują, że całkowite odstawienie leków na 3 miesiące zwiększa liczbę zdarzeń sercowo-naczyniowych o blisko 40%.

Najważniejsze korzyści ze stosowania terapii skojarzonej obejmują lepszą i szybszą kontrolę ciś-

nienia oraz mniejszą zmienność odpowiedzi na leczenie, na które — w przypadku SPC — odpowiadają prawie wszyscy chorzy. Taka forma terapii jest bezpieczna i dobrze tolerowana, zapewniając lepszą ochronę sercowo-naczyniową.

W najnowszych rekomendacjach podkreśla się, że SPC poprawiają przestrzeganie zaleceń o 50–90%. Szybka poprawa kontroli ciśnienia tętniczego działa motywująco na chorego, obniżając ryzyko dyskontynuacji leczenia o 33%. Zwraca się uwagę, że rozpoczynanie leczenia od SPC zmniejsza ryzyko inercji terapeutycznej ze strony lekarzy, którzy są wówczas dużo bardziej skłonni do intensyfikacji dalszego leczenia.

O skali zmian dotyczących strategii leczenia świadczy porównanie zaleceń z lat 2013 i 2018 (tab. 1). O ile w roku 2013 zarówno terapia skojarzona, jak i preferowanie SPC miały niski poziom rekomendacji (klasa IIb — „można rozważyć”), o tyle w najnowszych zaleceniach nie

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

Tabela 1. Najważniejsze zmiany dotyczące strategii leczenia — porównanie zaleceń z lat 2013 i 2018 (na podstawie [1, 2])

	Rok 2013	Rok 2018
Rekomendacja dla leczenia skojarzonego w nadciśnieniu 1. stopnia	Nie	Tak (klasa I)
Rekomendacja dla leczenia skojarzonego w nadciśnieniu 2.–3. stopnia	Słaba (klasa IIb)	Mocna (klasa I)
Rekomendacja dotycząca preferowania SPC	Słaba (klasa IIb)	Mocna (klasa I)
Szacunkowy odsetek chorych, u których rekomenduje się rozpoczęcie terapii od leczenia skojarzonego	43%	85% (preferowane SPC)

pozostawiono wątpliwości; w obu przypadkach jest to najwyższa klasa I — „należy”. Autorzy najnowszych zaleceń są głęboko przekonani, że ich wprowadzenie do codziennej praktyki klinicznej może przynieść radykalną poprawę kontroli ciśnienia tętniczego i prowadzić do lepszej prewencji

chorób układu sercowo-naczyniowego.

PIŚMIENNICTWO

1. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, et al. Task Force Members. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of
2. Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. ESC Scientific Document Group. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J.* 2018; 39(33): 3021–3104, doi: 10.1093/eurheartj/ehy339, indexed in Pubmed: 30165516.

Cardiology (ESC). *J Hypertens.* 2013; 31(7): 1281–1357, doi: 10.1097/01.hjh.0000431740.32696.cc, indexed in Pubmed: 23817082.