

¹Katedra i Klinika Hipertensjologii, Angiologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
²Oddział Kardiologii Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Koninie

Porównanie zaleceń brytyjskich (NICE 2011) z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego z 2011 roku

Comparison between British (NICE) and Polish (PTNT) guidelines regarding management of hypertension in adults

Summary

The first NICE hypertension guidelines were issued in 2004 and updated in June 2006 and 2011. The new, simple document lists key priorities, provides a care pathway, and encompasses different ways to measure and diagnose hypertension, assess risk and target-organ damage, use lifestyle and drug interventions, and educate patients. The 2011 guidelines are the first in the world to formally recommend ambulatory blood-pressure monitoring (ABPM) as a “key priority” in diagnosis of hypertension. Polish hypertension guidelines recommend individualization of antihypertensive treatment and encourage to use definite antihypertensive agents.

key words: hypertension, The Guideline of National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE 2011), The Guideline of Polish Society of Hypertension (PTNT 2011), management of hypertension in adults
Arterial Hypertension 2011, vol. 15, no 6, pages 329–334.

W maju 2011 roku zostały ogłoszone zalecenia leczenia nadciśnienia tętniczego Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (PTNT). W ciągu 3 lat, które upłynęły od ogłoszenia poprzednich zaleceń PTNT, opublikowano nowe wytyczne *European Society of Hypertension (Reappraisal of European guidelines on hypertension*

management: a European Society of Hypertension Task Force document) oraz wyniki wielu ważnych badań, w których oceniano skuteczność terapii hipotensyjnej oraz jej wpływ na częstość zdarzeń sercowo-naczyniowych. Te fakty skłoniły polskich ekspertów do uaktualnienia zaleceń PTNT. Jednocześnie polskie wytyczne prezentują w kilku punktach oryginalne podejście do szczegółowych zagadnień leczenia nadciśnienia tętniczego.

Kilka miesięcy później ukazały się wytyczne dotyczące diagnostyki i leczenia nadciśnienia tętniczego — wytyczne Narodowego Instytutu Doskonałości Klinicznej (NICE, *National Institute for Clinical Excellence*) prezentujące punkt widzenia brytyjskich ekspertów hipertensjologów skupionych w *British Hypertension Society* (BHS). Kolejne edycje zaleceń NICE-BHS były znane z szybkiego wprowadzania nowości w podejściu do leczenia nadciśnienia tętniczego wynikających z aktualnych badań klinicznych lub metaanaliz. Na przykład, w 2006 roku jako jedyne europejskie zdecydowały się na całkowite usunięcie β -adrenolityków spośród I-rzutowych grup leków hipotensyjnych. Interesujące może być porównanie obu aktualnych dokumentów PTNT i NICE-BHS ze względu na duże różnice w wielu kwestiach, szczególnie dotyczących terapii hipotensyjnej.

Adres do korespondencji: dr n. med. Katarzyna Kostka-Jeziorny
Katedra i Klinika Hipertensjologii, Angiologii i Chorób Wewnętrznych
Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Długa 1/2; 61–848 Poznań
e-mail: katarzynakostka@o2.pl



Copyright © 2011 Via Medica, ISSN 1428–5851

Rozpoznawanie nadciśnienia tętniczego

Zasadniczą zmianą w wytycznych NICE jest wprowadzenie całodobowego monitorowania ciśnienia tętniczego (ABPM, *ambulatory blood pressure*

monitoring) jako procedury niezbędnej do potwierdzenia nadciśnienia tętniczego. Stopień 1. można rozpoznać, gdy pomiary gabinetowe ciśnienia tętniczego wynoszą $\geq 140/90$ mm Hg, a średnia wartość ciśnienia tętniczego w ciągu dnia w ABPM wynosi $\geq 135/85$ mm Hg lub średnia wartość pomiarów domowych (HBPM, *home blood pressure measurement*) wynosi $\geq 135/85$ mm Hg. Drugi stopień nadciśnienia tętniczego rozpoznaje się, gdy wartości kliniczne ciśnienia tętniczego wynoszą $\geq 160/100$ mm Hg i średnia wartość ciśnienia tętniczego z dnia w ABPM lub pomiarów domowych wynosi $\geq 150/95$ mm Hg. Jeśli w klinicznych pomiarach wartość ciśnienia tętniczego skurczowego (SBP, *systolic blood pressure*) wynosi ≥ 180 mm Hg, a ciśnienia tętniczego rozkurczowego (DBP, *diastolic blood pressure*) ≥ 110 mm Hg, zgodnie z wytycznymi NICE należy rozpoznać ciężkie nadciśnienie.

Według wytycznych PTNT podstawą rozpoznania nadciśnienia tętniczego nadal pozostaje prawidłowo wykonany pośredni pomiar ciśnienia tętniczego, a nadciśnienie tętnicze można rozpoznać, jeśli:

- średnie wartości ciśnienia tętniczego (wyliczone co najmniej z 2 pomiarów dokonanych podczas co najmniej 2 różnych wizyt) wynoszą ≥ 140 mm Hg dla SBP i/lub 90 mm Hg DBP;

- średnie wartości ciśnienia tętniczego (wyliczone z 2 pomiarów dokonanych podczas jednej wizyty) wynoszą ≥ 180 mm Hg dla SBP i/lub 110 mm Hg dla DBP, po wykluczeniu czynników podwyższających wartości ciśnienia, na przykład: lęku, bólu, spożycia alkoholu;

- na podstawie wiarygodnych danych z wywiadów lub dokumentacji pacjenta (wartości ciśnienia tętniczego lub fakt zażywania leków hipotensyjnych).

Badanie ABPM, które według wytycznych NICE stanowi niezbędną procedurę potwierdzającą nadciśnienie, jest zalecane przez polskich ekspertów w szczególnych sytuacjach klinicznych. Stosowanie ABPM jest zalecane w następujących sytuacjach klinicznych:

- znaczne wahania ciśnienia tętniczego w pomiarach gabinetowych (> 20 mm Hg) lub różnice między pomiarami domowymi a gabinetowymi;

- nadciśnienie tętnicze odporne na leczenie (brak normalizacji ciśnienia tętniczego przy stosowaniu 3 leków w pełnych dawkach, w tym diuretyku);

- ocena objawów sugerujących hipotonię lub dysfunkcję układu autonomicznego (zawroty głowy, upadki, zasłabnięcia, utrata przytomności);

- nadciśnienie tętnicze u kobiet w ciąży;

- cukrzyca typu 1 i 2.

Za prawidłowe ciśnienie tętnicze oznaczone za pomocą ABPM należy uznać wartości średnie poni-

żej 135/85 mm Hg w ciągu dnia i 120/70 mm Hg w nocy oraz poniżej 130/80 mm Hg w ciągu doby. W celu uzyskania wiarygodnych wyników, zarówno zalecenia polskich, jak i brytyjskich ekspertów zalecają korzystanie z aparatów posiadających walidację.

Badania laboratoryjne

Wytyczne NICE u wszystkich pacjentów z nadciśnieniem tętniczym zalecają wykonanie: badania ogólnego moczu, badania na obecność białka w moczu, oznaczenia wskaźnika albumina-kreatynina, glukozy w surowicy, elektrolitów, kreatyniny, szacowanego współczynnika przesączania kłębuszkowego (eGFR, *estimated glomerular filtration rate*), cholesterolu całkowitego i cholesterolu frakcji HDL w surowicy. Do badań pierwszorazowych należą także badanie dna oka oraz 12-odprowadzeniowe EKG.

Według polskich ekspertów w badaniach podstawowych powinny się znaleźć: morfologia, stężenie glukozy na czczo, stężenie potasu, pełny profil lipidowy, stężenie kreatyniny i eGFR na podstawie wzoru MDRD, stężenie kwasu moczowego, badanie ogólne moczu, elektrokardiogram. Różnicą pomiędzy zaleceniami jest obecność pełnego profilu lipidowego, morfologii oraz stężenia kwasu moczowego. Natomiast ocena albuminurii, badanie dna oka znajdują miejsce w badaniach rozszerzonych. Ponadto do badań rozszerzonych wytyczne PTNT zaliczają: echokardiograficzne badanie serca, USG tętnic szyjnych, ocenę dobowego wydalania sodu i potasu w moczu, ocenę dna oka, wykonanie doustnego testu obciążenia glukozą (OGTT, *oral glucose tolerance test*), ABPM, diagnostykę przesiewową w kierunku zespołu bezdechu obturacyjnego (Skala Senności Epworth) oraz badanie wskaźnika kostka–ramię (ABI, *ankle-brachial index*) i prędkości fali tętna (PWV, *pulse wave velocity*).

Zasady wdrażania leczenia hipotensyjnego

Zgodnie z zaleceniami NICE i PTNT z 2011 roku zasady wdrażania terapii hipotensyjnej są podobne, lecz ujęte w inny sposób. Wytyczne kładą nacisk na postępowanie nefarmakologiczne. Postępowanie nefarmakologiczne polegające na zmianie stylu życia powinno stanowić nieodzowny element terapii nadciśnienia tętniczego i zostać wdrożone u wszystkich chorych (zalecenia dietyczne, wysilek fizyczny, ograniczenie podaży soli kuchennej, zaniechanie palenia, odpowiednia podaż alkoholu). Dołączenie leczenia farma-

kologicznego nie zwalnia pacjenta i lekarza od dalszego przestrzegania zasad tej terapii. Brytyjscy eksperci nie zalecają suplementacji wapnia, magnezu czy potasu w celu redukcji wartości ciśnienia tętniczego.

Wytyczne NICE zalecają niezwłoczne wdrożenie terapii hipotensyjnej u osób z nadciśnieniem 2. i 3. stopnia. Również rozpoczęcie leczenia przeciwnadciśnieniowego oferuje się pacjentom poniżej 80. roku życia z 1. stopniem nadciśnienia, u których stwierdza się uszkodzenia narządowe, chorobę sercowo-naczyniową, chorobę nerek, cukrzycę i jeśli 10-letnie ryzyko sercowo-naczyniowe wynosi 20% lub więcej. U pacjentów poniżej 40. roku życia z nadciśnieniem 1. stopnia bez cech uszkodzeń narządowych, choroby sercowo-naczyniowej, choroby nerek czy cukrzycy eksperci brytyjscy zalecają konsultację specjalisty w celu poszukiwania wtórnych przyczyn nadciśnienia.

Polscy eksperci zalecają wdrożenie leczenia farmakologicznego w przypadku stwierdzenia nadciśnienia 2. lub 3. stopnia (ciśnienie tętnicze \geq 160 i/lub 100 mm Hg) potwierdzonego kilkoma pomiarami, a pełną ocenę profilu ryzyka należy przeprowadzić w następnej kolejności. Przy niższych wartościach ciśnienia należy wdrożyć postępowanie niefarmakologiczne, a decyzja o rozpoczęciu leczenia farmakologicznego powinna zostać podjęta po dokonaniu pełnej stratyfikacji ryzyka pacjenta i ocenie efektów postępowania niefarmakologicznego. W odróżnieniu od lat poprzednich, aktualne zalecenia nie sugerują konieczności rutynowego wdrażania farmakoterapii hipotensyjnej u pacjentów z ciśnieniem wysokim prawidłowym (130–139/85–89 mm Hg) i towarzyszącym zespołem metabolicznym, cukrzycą i/lub chorobami układu sercowo-naczyniowego (choroba niedokrwienności serca, przebyty zawał serca lub udar).

Wartości docelowe

Ekspert brytyjski u osób poniżej 80. roku życia za wartości docelowe ciśnienia tętniczego przyjmuje mniej niż 140/90 mm Hg w pomiarach klinicznych i ciśnienie tętnicze mniejsze niż 135/85 mm Hg w ABPM (dzień) lub w pomiarach domowych. U pacjentów powyżej 80. roku życia wartość docelowa ciśnienia tętniczego w pomiarach klinicznych wynosi poniżej 150/90 mm Hg, a w ABPM i pomiarach domowych poniżej 145/85 mm Hg.

Polscy eksperci podkreślają, że optymalne zmniejszenie globalnego ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych uzyskuje się poprzez obniżenie ciśnienia tętniczego do wartości poniżej 140/90 mm Hg u większości pacjentów z nadciśnieniem tętniczym, w tym u chorych z towarzyszącą cukrzycą, chorobą niedokrwienności serca, przebyłym zawałem serca lub

udar. Ta istotna zmiana u pacjentów z wysokim wyjściowym ryzykiem sercowo-naczyniowym jest związana między innymi z faktem ujawnienia się w wielu dużych badaniach klinicznych zjawiska krzywej J, czyli relatywnie wyższego ryzyka sercowo-naczyniowego przy osiągnięciu zbyt niskich docelowych wartości ciśnienia podczas terapii hipotensyjnej. Obniżanie ciśnienia tętniczego poniżej 130/80 mm Hg u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym, w tym także z towarzyszącą nefropatią, jest obecnie dyskusyjne. U pacjentów po 80. roku życia, tak jak w wytycznych NICE, zaleca się ostrożniejsze obniżanie ciśnienia skurczowego do wartości poniżej 150 mm Hg.

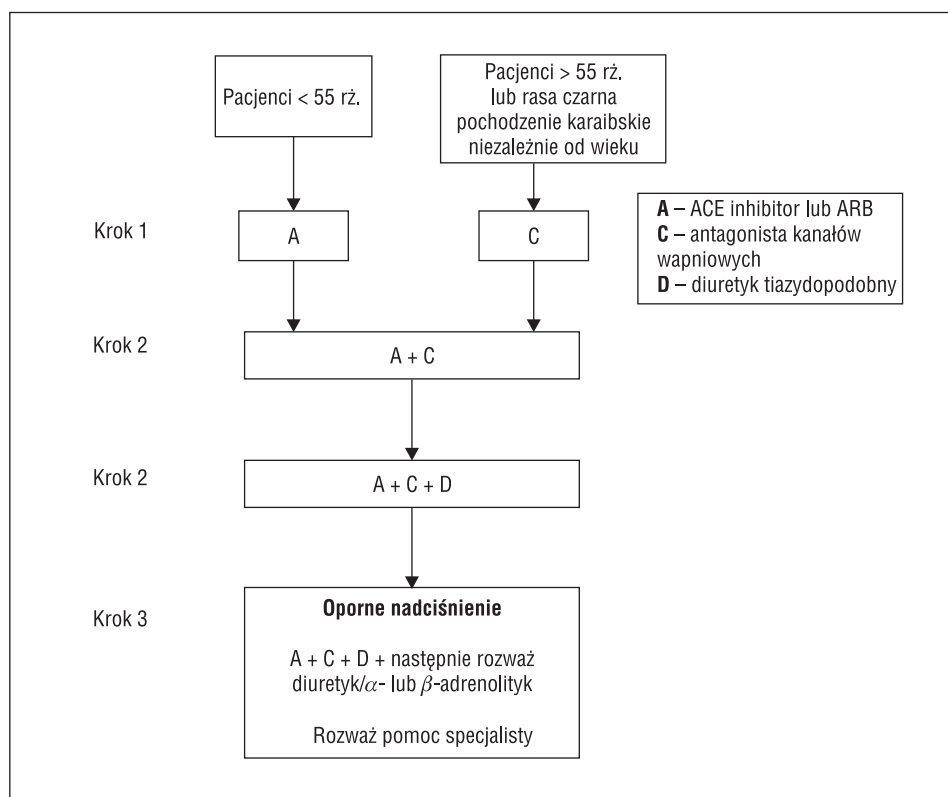
Dla przypomnienia, wartość docelowa dla wszystkich pacjentów z nadciśnieniem do wartości ciśnienia tętniczego poniżej 140/90 mm Hg jest istotną zmianą w porównaniu z wytycznymi PTNT z 2008 roku, które u chorych z cukrzycą, niewydolnością nerek i wysokim globalnym ryzykiem sercowo-naczyniowym zalecały obniżenie ciśnienia tętniczego poniżej 130/80 mm Hg, a w przypadku białkomoczu ($>$ 1 g/d.) poniżej 125/75 mm Hg.

Wybór terapii hipotensyjnej

Autorzy wytycznych NICE zaproponowali podejście do farmakoterapii nadciśnienia w postaci algorytmu opartego na wieku pacjenta oraz pochodzenia rasowego. U osób poniżej 55. roku życia lekiem I rzutu powinien być inhibitor enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I, *angiotensin-converting enzyme inhibitors*)/sartan (A), a u osób powyżej 55. roku życia antagonistą wapnia (C). U pacjentów rasy czarnej lub pochodzenia karaibskiego lekiem I rzutu powinien być antagonistą wapnia. W drugim kroku postępowania należy rozważyć połączenia ACE-I z antagonistą wapnia (A+C) (ryc. 1).

Kolejnym dodawanym lekiem w przypadku braku kontroli ciśnienia powinien być diuretyk tiazydopodobny, tj. chlortalidon (12,5–25 mg/d.) lub indapamid (1,5 mg SR/d. lub 2,5 mg/d.). Wytyczne nie zalecają włączania hydrochlorotiazydu i bendroflumetiazydu, ale w przypadku dobrej kontroli ciśnienia tętniczego pozwalają na kontynuację terapii. Lek moczopędny można rozważyć jako element terapii hipotensyjnej u chorych z obrzękami, objawami niewydolności serca czy wysokim ryzykiem rozwoju niewydolności serca.

W przypadku nadciśnienia opornego wytyczne NICE wskazują na możliwość dołączenia spironolaktonu, diuretyku tiazydowego w dużej dawce, α -adrenolityka lub β -adrenolityka. Wybór między spironolaktonem a tiazydem w dużej dawce autorzy wytycznych uzależniają od stopnia kaleмии.



Rycina 1. Algorytm postępowania w nadciśnieniu tętniczym według NICE z 2011 roku

Figure 1. Algorithm of antihypertensive drug treatment according to The Guideline of NICE 2011

W przypadku stężenia potasu mniejszego niż 4,5 mmol/l zaleca się spironolakton, a większego niż 4,5 tiazyd.

Autorzy wytycznych NICE zdecydowanie nie zalecają rozpoczynania terapii hipotensyjnej od β -adrenolityka, jednak dopuszczają ich stosowanie u młodych osób, zwłaszcza przy nietolerancji ACE-I/antagonisty receptora angiotensyny (ARB, *angiotensin receptor blocker*), u kobiet w wieku rozrodczym oraz u pacjentów ze zwiększoną aktywnością układu współczulnego.

Autorzy wytycznych PTNT z 2011 roku zalecają w niepowikłanym nadciśnieniu tętniczym rozpoczynanie terapii hipotensyjnej od preparatów z pięciu głównych grup leków hipotensyjnych, tak zwanych leków I rzutu, które mają udowodniony korzystny wpływ na redukcję śmiertelności sercowo-naczyniowej i/lub ryzyka incydentów sercowo-naczyniowych. Są to: diuretyki tiazydowe, β -adrenolityki, antagoniści wapnia, ACE-I oraz leki blokujące receptor AT1 dla angiotensyny II, zwane potocznie sartanami. Opublikowane w ostatnich latach wyniki dużych badań klinicznych i metaanaliz w nadciśnieniu tętniczym, a także przesłanki patofizjologiczne sugerują brak efektu klasy w niektórych grupach leków I rzutu, co zostało zasygnalizowane w omówieniu po-

szczególnych grup leków. Z grupy leków tiazydopodobnych autorzy wytycznych PTNT zalecają stosowanie indapamidu, z β -adrenolitykiem — preparatów o działaniu wazodylatacyjnym (karwedilol, nebivolol), a z grupy antagonistów wapnia — preparatów dihydropirydynowych.

Ponadto w wyborze odpowiedniego leku I rzutu zwraca się uwagę na indywidualizację terapii. Wybór leku powinien uwzględniać: czynniki konstytucjonalne (wiek, płeć, rasa, masa ciała), obecność innych czynników ryzyka sercowo-naczyniowego i uszkodzeń narządowych, obecność powikłań sercowo-naczyniowych i nerkowych, innych chorób współtowarzyszących, interakcję z innymi lekami, całodobową skuteczność hipotensyjną, profil działań niepożądanych, koszty leku (jednak nigdy kosztem obniżenia skuteczności i tolerancji leku) oraz doświadczenia pacjenta związane z terapią określoną grupą leków.

Preferowane są konkretne grupy leków, a nawet konkretne preparaty I i II wyboru w zależności od wskazań dodatkowych. Na przykład u pacjentów z izolowanym nadciśnieniem skurczowym powinno się rozważyć włączenie jako leków I rzutu diuretyku tiazydopodobnego, dihydropirydynowego antagoniści wapnia, a drugiego rzutu: ACE-I lub sartanu.

W przypadku zaburzeń potencji lekiem I rzutu powinien być ACE-I lub sartan, a lekiem II rzutu — nebiwolol (tab. I).

W zależności od stopnia nadciśnienia tętniczego polscy eksperci zalecają, jako leczenie I rzutu, monoterapię lub leczenie skojarzone. Większość pacjentów z nadciśnieniem tętniczym wymaga do osiągnięcia dobrej kontroli ciśnienia dwóch leków hipotensyjnych. Dlatego w nadciśnieniu tętniczym 2. i 3. stopnia leczenie rozpoczyna się od dwóch leków hi-

potensyjnych z możliwością zwiększenia jednego lub obu leków do dawki maksymalnej.

Do podstawowych połączeń dwulekowych wykorzystywanych w leczeniu nadciśnienia tętniczego, dobrze tolerowanych, skutecznych hipotensyjnie i redukujących ryzyko sercowo-naczyniowe, należą:

- ACE-I + antagonistą wapnia,
- ACE-I + diuretyk tiazydowy/tiazydopodobny,
- ARB + diuretyk tiazydowy,
- ARB + antagonistą wapnia.

Tabela I. Preferowane grupy leków pierwszego (I) i drugiego (II) wyboru w zależności od wskazań dodatkowych według PTNT z 2011 roku

Table I. Preferred first/second choice of antihypertensive treatment depending on the additional indication

Stan kliniczny	Leki preferowane w I i w II rzucie								
	DT	BB	ACa (dhp)	ACa (n-dhp)	ACEI	ARB	AA	DP	MD
Przerost lewej komory serca					I	I			
Przebyty zawał serca		I			I	II ^{X1}	II		
Niewydolność serca	II	I ²			I	II ^{X3}	II	II	
Choroba niedokrwienna serca		I	II	II	I ⁴	II ^{X5}			
Migotanie przedsionków utrwalone		I		I					
Tachyarytmie		I							
Przebyty udar	I				II	I			
Zespół metaboliczny			II	II	I	I			
Cukrzyca	II ⁶		II		I	I			
Dna moczanowa						I ⁷			
Nadciśnienie u osób w podeszłym wieku	I		I		II	II			
Nadciśnienie u osób po 80. rż.	I ⁸				II				
Izolowane nadciśnienie skurczowe	I		I		II	II			
Albuminuria/białkomoc			II	II	I	I			
Przewlekła choroba nerek/cukrzycowa/ /niecukrzycowa choroba nerek					I	I			
Niewydolność nerek					I	I		II	
Ciąża		II ⁹	II ¹⁰	II ¹¹					I
Zaburzenia potencji		II ¹²			I	I			
Astma oskrzelowa/ /przewlekła obturacyjna choroba płuc			I			I			
Jaskra		I							

I — lek pierwszego wyboru

II — lek drugiego wyboru w terapii skojarzonej

X — przy nietolerancji ACEI

1 — preferowany telmisartan i walsartan

2 — tylko karwedilol, bisoprolol, metoprolol XR/CR, nebiwolol

3 — preferowany kandesartan i walsartan

4 — preferowany perindopril i ramipril

5 — preferowany telmisartan

6 — preferowany indapamid

7 — tylko losartan

8 — tylko indapamid

9 — preferowany labetalol (trudno dostępny w Polsce), z innych BB tylko metoprolol

10 — tylko nifedipina (preferowana o przedłużonym uwalnianiu)

11 — tylko werapamil

12 — tylko nebiwolol

DT — diuretyki; BB — β -adrenolityki; ACa (dhp) — antagoniści wapnia dihydropirydynowi; ACa (n-dhp) — antagoniści wapnia niedihydropirydynowi; ACEI — inhibitory konwertazy angiotensyny;

ARB — leki blokujące receptor angiotensyny; AA — antagoniści aldosteronu; DP — diuretyki pętlowe; MD — metyldopa

Autorzy obu dokumentów nie zalecają połączenia ACE-I i sartanu ze względu na zwiększone ryzyko działań niepożądanych ze strony nerek, przy braku dodatkowych korzyści.

W wytycznych PTNT z 2011 roku polscy eksperci wprowadzają nowy termin — chronoterapia nadciśnienia tętniczego. Chronoterapia to metoda dostosowania czasu działania i pory podania leków hipotensyjnych odpowiednio do stwierdzanych nieprawidłowości w dobowym rytmie ciśnienia tętniczego. Wyniki badań opartych na ABPM wskazują, że dodatkowe ryzyko sercowo-naczyniowe jest związane u wielu pacjentów z brakiem nocnego spadku ciśnienia (*non-dipping*) lub nadmiernym porannym wzrostem ciśnienia (*morning surge*). W takich sytuacjach można rozważyć modyfikację pory podawania leków hipotensyjnych. Wieczorne dawkowanie sartanów lub ACEI wiąże się z poprawą dobowego profilu ciśnienia, zmniejszeniem mikroalbuminurii oraz okazało się bezpieczne w dużych badaniach klinicznych (HOPE — ramipril, Syst-Eur — nitrendipina). Ten sposób dawkowania powinien być oparty na analizie ABPM (*non-dipping*). Autorzy zwracają jednak uwagę, że dawkowanie wieczorne leków hipotensyjnych jest przeciwwskazane u chorych z jaskrą.

Pomimo zdecydowanych różnic pomiędzy wytycznymi NICE i PTNT w wyborze terapii hipotensyjnej I rzutu, autorzy obu dokumentów zalecają kombinację ACE-I + antagonisty wapnia + diuretyk tiazydopodobny, jeżeli pacjent wymaga terapii trzema lekami. W wielu badaniach klinicznych z zastosowaniem antagonisty wapnia w połączeniu z ACE-I (STRONG, ASCOT, ACCOMPLISH) i ACE-I z diuretykiem tiazydopodobnym (HYVET, ADVANCE, STRATHE) wykazano skuteczność hipotensyjną, korzystny wpływ na zdarzenia sercowo-naczyniowo oraz optymalną tolerancję terapii.

Autorzy obu wytycznych zalecają stosowanie leków długodziałających. Polscy eksperci podkreślają, że korzyści z leczenia wynikają w głównej mierze z faktu obniżenia ciśnienia tętniczego, dlatego szczególnie w monoterapii są preferowane leki o wysokim wskaźniku T/P (*trough/peak*), które zapewniają lepszą kontrolę ciśnienia tętniczego przez całą dobę i pozwalają na dawkowanie raz na dobę jednej tabletki, co poprawia współpracę z chorym (*compliance*).

Podsumowanie

Zalecenia NICE charakteryzują się praktycznym podejściem i prostymi schematami diagno-

styki i leczenia. Wytyczne polskich ekspertów zdecydowanie zwracają uwagę na indywidualizację terapii. Do zaleceń PTNT wprowadzają zasady chronoterapii nadciśnienia. Ponadto nowością w polskich wytycznych jest preferowanie konkretnych preparatów (a nie klas leków). Wśród β -adrenolityków zaleca się preparaty wazodylatoryjne (karwedilol, nebiwolol), z diuretyków — szczególnie indapamid, a z grupy antagonistów wapnia — preparaty dihydropirydynowe.

Oba dokumenty podkreślają znaczenie skojarzonego leczenia farmakologicznego oraz pełnego wykorzystania metod nefarmakologicznych.

Streszczenie

Pierwsze wytyczne NICE dotyczące postępowania w nadciśnieniu tętniczym zostały wydane w roku 2004, zaktualizowane w 2006 i 2011 roku. Nowy, prosty dokument wymienia wskazówki dotyczące rozpoznawania nadciśnienia, sposobów mierzenia ciśnienia, oceny ryzyka i narządowych uszkodzenia oraz edukacji pacjentów. Wytyczne NICE są pierwszymi na świecie, które oficjalnie zalecają ambulatoryjne monitorowanie ciśnienia krwi (ABPM) jako badanie niezbędne w diagnostyce nadciśnienia tętniczego.

Wytyczne PTNT rekomendują indywidualizację terapii hipotensyjnej i zalecają stosowanie konkretnych preparatów, a nie całych klas leków przeciwnadciśnieniowych.

słowa kluczowe: nadciśnienie, wytyczne NICE 2011, wytyczne PTNT 2011, postępowanie w nadciśnieniu tętniczym u dorosłych

Nadciśnienie Tętnicze 2011, tom 15, nr 6, strony 329–334.

Opracowano na podstawie

1. Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym — 2011 rok. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego. Zespół redagujący: Krystyna Widecka, Tomasz Grodzicki, Krzysztof Narkiewicz, Andrzej Tykarski, Joanna Dziwura. Zespół ekspertów: Marcin Adamczak, Marzena Chrostowska, Danuta Czarnecka, Grzegorz Dzida, Krzysztof J. Filipiak, Zbigniew Gaciong, Jerzy Gąsowski, Jerzy Głuszek, Barbara Gryglewska, Andrzej Januszewicz, Kalina Kawecka-Jaszcz, Jacek Manitus, Anna Posadzy-Małaczyńska, Tomasz Tomasiak, Adam Windak, Beata Wożakowska-Kapłon, Tomasz Zdrojewski. *Nadciśnienie Tętnicze 2011; 15: 55–82.*

2. Krause T., Lovibond K., Caulfield M., McCormack T., Williams B. on behalf of the Guideline Development Group. Management of hypertension: summary of NICE guidance. *BMJ 2011; 343: d4891.*