

## Komentarz

### The commentary

**prof. dr hab. n. med. Krzysztof Narkiewicz**

Katedra Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Opisy 2 przypadków, przygotowane przez Pana Doktora Barylskiego, ilustrują wiele ważnych aspektów leczenia nadciśnienia tętniczego oraz chorób współistniejących. Autor przedstawia najważniejsze badania kliniczne oraz przesłanki patofizjologiczne, które zadecydowały o silnej pozycji kandesartanu w leczeniu nadciśnienia tętniczego i niewydolności serca.

Pierwszy przypadek obrazuje przydatność kandesartanu w leczeniu nadciśnienia tętniczego. W zaleceniach dotyczących nadciśnienia — zarówno polskich, jak i międzynarodowych — podkreślono, że sartany są grupą leków pierwszego rzutu o doskonałej tolerancji. Zwrócono uwagę, że to jedyna grupa leków hipotensyjnych, w odniesieniu do której zwiększenie dawki leku nie wiąże się ze wzrostem ryzyka wystąpienia działań niepożądanych. Należy jednak podkreślić, że w obrębie sartanów istnieją znamienne różnice dotyczące wytrzymałości terapeutycznej, która jest lepsza w przypadku nowych

sartanów (takich jak kandesartan) w porównaniu z losartanem [1]. Kandesartan szczególnie wyróżnia się trwałością blokady receptora AT<sub>1</sub>, czego konsekwencjami są silny efekt hipotensyjny oraz wysoki wskaźnik *trough-to-peak* (T/P) zapewniający całodobową kontrolę ciśnienia tętniczego. We wcześniejszych badaniach wykazano bardzo korzystny wpływ kandesartanu u chorych z przerostem lewej komory serca. Autorzy najnowszych publikacji wskazują, że stopień regresji powikłań sercowo-naczyniowych nadciśnienia tętniczego koreluje z obniżeniem ciśnienia centralnego w trakcie terapii hipotensyjnej kandesartanem [2]. Warto także — w kontekście pierwszego przypadku klinicznego — pamiętać, że kandesartan jest jedynym lekiem hamującym układ renina–angiotensyna o udokumentowanej redukcji częstości incydentów migrenowych bólów głowy [3, 4]. Uzyskanie dobrej kontroli ciśnienia tętniczego w tym przypadku było możliwe dzięki za-

stosowaniu złożonego preparatu hipotensyjnego, co prowadzi do zwiększenia skuteczności terapii, uproszczenia schematu leczenia i poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych. Wykorzystanie preparatów złożonych minimalizuje także ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych. Zastosowany w tym przypadku preparat złożony (sartan + diuretyk) w najnowszych zaleceniach Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (PTNT) zaliczono do podstawowych połączeń dwulekowych wykorzystywanych w leczeniu nadciśnienia.

Nadciśnienie tętnicze jest jedną z najważniejszych przyczyn niewydolności serca, co ilustruje drugi przypadek. Ścisły związek nadciśnienia z niewydolnością serca można wytłumaczyć aktywacją układu współczulnego i układu renina–angiotensyna, retencją sodu, procesem zapalnym oraz upośledzeniem funkcji śródbłonna naczyniowego. Leki hamujące układ renina–angio-

---

**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

tensyna–aldosteron wykazują korzystny wpływ na wszystkie z wyżej wymienionych patomechanizmów. Należy podkreślić, że w leczeniu niewydolności serca sartany (kandesartan i walsartan) są najlepszą alternatywą w przypadku nietolerancji inhibitorów konwertazy angiotensyny. Dlatego też zastosowanie kandesartanu w omawianym przypadku było bardzo dobrym wyborem terapeutycznym.

Warto pamiętać, że skuteczne leczenie nadciśnienia redukuje ryzyko rozwoju niewydolności serca aż o połowę. Potencjalne korzyści terapii hipotensyjnej — w kontekście narastającej epidemii dysfunkcji lewej komory u osób w podeszłym wieku — są zatem nie do przecenienia.

#### PIŚMIENNICTWO

1. Mancia G., Parodi A., Merlino L., Corrao G. Heterogeneity in antihypertensive treatment discontinuation between drugs

belonging to the same class. *J. Hypertens.* 2011; 29: 1012–1018.

2. Shimizu M., Hoshida S., Ishikawa J. i wsp. correlation of central blood pressure to hypertensive target organ damages during antihypertensive treatment: the J-TOP study. *Am. J. Hypertens.* 2015; 28: 980–986.
3. Tronvik E., Stovner L.J., Helde G., Sand T., Bovim G. Prophylactic treatment of migraine with an angiotensin II receptor blocker: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003; 289: 65–69.
4. Pringsheim T., Davenport W., Mackie G. i wsp.; Canadian Headache Society Prophylactic Guidelines Development Group. Canadian Headache Society guideline for migraine prophylaxis. *Can. J. Neurol. Sci.* 2012; 39 (2 suppl. 2): S1–59.