

Komentarz

The commentary

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Narkiewicz

Katedra Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

W swoim artykule Pan Docent Szymański podsumowuje najważniejsze przesłanki przemawiające za stosowaniem w praktyce klinicznej stałego połączenia dwóch nowoczesnych leków hipotensyjnych (perindoprilu i amlodipiny) z atorwastatyną, która jest najczęściej stosowanym na świecie lekiem hipolipemizującym.

Dyslipidemia i nadciśnienie tętnicze to dwa najbardziej rozpowszechnione czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego w Polsce. Nie ma wątpliwości, że jesteśmy świadkami wielu sukcesów zarówno lipidologii, jak i hipertensjologii. Poznajemy kolejne nowe mechanizmy odpowiedzialne za występowanie zaburzeń lipidowych i wzrost ciśnienia tętniczego, dysponujemy coraz doskonalszymi metodami diagnostycznymi i terapeutycznymi, a zalecenia opierają się na licznych randomizowanych badaniach klinicznych z „twardymi” punktami końcowymi. Niestety, oprócz niewątpliwych blasków kardiologii prewencyjnej jest wie-

Tabela 1. Najczęstsze formy nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych (na podstawie [1])

Nierealizowanie recept
Nierozpoczęcie leczenia
Opóźnianie rozpoczęcia leczenia
Nieświadome pomijanie pojedynczych dawek leku
Świadome pomijanie pojedynczych dawek leku
Systematyczna zmiana częstości dawkowania leku
Okresowe przyjmowanie zmniejszonej/zwiększonej liczby dawek leku
„Wakacje od leków”
Przedwczesne kończenie terapii
Przerwanie leczenia przewlekłego

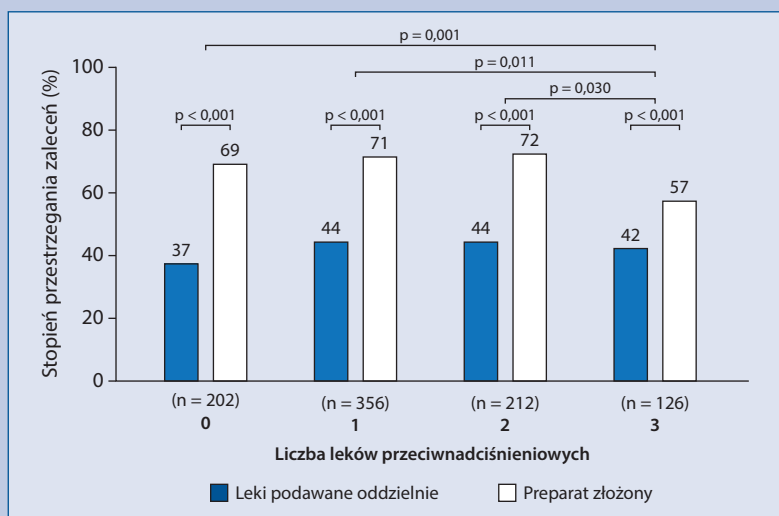
le cieni i wyzwiań. Wyniki badania NATPOL jednoznacznie wskazują, że kontrola hiperlipidemii i nadciśnienia tętniczego w naszym kraju pozostaje daleko niezadowolająca. Wynika to zarówno z inercji terapeutycznej, jak i nieprzestrzegania zaleceń lekarskich (tab. 1) [1].

W zaleceniach dotyczących nadciśnienia tętniczego jednoznacznie podkreślono, że skuteczność monoterapii jest ograniczona. 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 jeszcze niższy u chorych z nadciśnieniem 2. i 3. stopnia. Stosowanie preparatów złożonych prowadzi do zwiększenia skuteczności terapii, uproszczenia schematu leczenia i poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych (ryc. 1) [2]. Wykorzystanie preparatów złożonych minimalizuje również ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych. Złożone preparaty hipotensyjne nie tylko są preferowane w zaleceniach towarzystw naukowych, ale także

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



Rycina 1. Zamiana leków na gotowe połączenie zwiększa stopień przestrzegania zaleceń przez chorego nawet w przypadku politerapii (opracowano na podstawie [2]); n — liczba pacjentów

znajdują uznanie wśród lekarzy praktyków, którzy coraz chętniej wybierają taki sposób terapii.

Za stosowaniem perindoprilu i amlodipiny — zarówno w monoterapii, jak i terapii skojarzonej — stoi ogromny bagaż badań klinicznych. To właśnie te leki wybrano do zastosowania w „ramieniu hipotensyjnym” badania ASCOT (*Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial*) [3], w którym udokumentowano przewagę połączenia antagonisty wapnia/inhibitor konwertazy angiotensyny nad połączeniem diuretyk/beta-adrenolityk. W „ramieniu hipolipemizującym” tego samego badania udokumentowano korzyści wynikające z zastosowania atorwastatyny w prewencji pierwotnej u chorych z nadciśnieniem tętniczym [4]. Dalsze szczegółowe analizy badania ASCOT wykazały, że jednoczesne stosowanie nowoczesnego leczenia hipotensyjnego

i hipolipemizującego daje efekt synergistyczny [5]. To właśnie te analizy, otwierające nowe horyzonty kardiologii prewencyjnej, legły u podstawy wprowadzenia omawianego połączenia złożonego do praktyki klinicznej.

Wymiernym potwierdzeniem przestrzegania zaleceń lekarskich w zakresie przyjmowania statyn jest obniżenie stężenia cholesterolu frakcji LDL (*low-density lipoprotein*). Obiektywna ocena przyjmowania leków hipotensyjnych jest znacznie trudniejsza. Zastosowanie nowego trójlekowego preparatu złożonego może to zadanie ułatwić. Poprawa profilu lipidowego staje się pośrednim dowodem wskazującym na przyjmowanie leków hipotensyjnych i lepszą kontrolę ciśnienia tętniczego.

Podsumowując, pojawienie się preparatu złożonego z atorwastatyny, amlodipiny i perindoprilu jest *de facto* wprowadzeniem po raz pierw-

szym koncepcji *polypill* do praktyki klinicznej. U chorych z grupy wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego istnieje wiele przesłanek przemawiających za wyborem tego połączenia. Umożliwia ono jednoczesne leczenie nadciśnienia tętniczego oraz dyslipidemii, prowadzi do poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych, a konsekwencji w sposób optymalny chroni chorych przed zdarzeniami sercowo-naczyniowymi.

PIŚMIENNICTWO

1. Polskiego pacjenta portret własny — raport o przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych przez polskich pacjentów. Fundacja na rzecz Wspierania Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny, Warszawa 2015.
2. Wang T.D., Chen Y.H., Huang C.H., Chen W.J., Chen M.F. Bidirectional adherence changes and associated factors in patients switched from free combinations to equivalent single-pill combinations of antihypertensive drugs. *Hypertension* 2014; 63: 958–967.
3. Dahlöf B., Sever P.S., Poulter N.R. i wsp.; ASCOT Investigators. Prevention of cardiovascular events with an antihypertensive regimen of amlodipine adding perindopril as required versus atenolol adding bendroflumethiazide as required, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial—Blood Pressure Lowering Arm (ASCOT-BPLA): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 2005; 366: 895–906.
4. Sever P.S., Dahlöf B., Poulter N.R. i wsp.; ASCOT Investigators. Prevention of coronary and stroke events with atorvastatin in hypertensive patients who have average or lower-than-average cholesterol concentrations, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial—Lipid Lowering Arm (ASCOT-LLA): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 2003; 361: 1149–1158.
5. Sever P., Dahlöf B., Poulter N. i wsp.; ASCOT Steering Committee Members. Potential synergy between lipid-lowering and blood-pressure-lowering in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial. *Eur. Heart J.* 2006; 27: 2982–2988.