

Komentarz

The commentary

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Narkiewicz

Katedra Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Nadciśnienie tętnicze i dyslipidemia są dwoma najczęściej występującymi czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego w Polsce. Wyniki randomizowanych badań klinicznych jednoznacznie udokumentowały, że terapia hipotensyjna i hipolipemizująca poprawia rokowanie chorych. Niestety, skuteczność leczenia nadciśnienia tętniczego, a zwłaszcza dyslipidemii, pozostawia wiele do życzenia. Za główne przyczyny tego stanu rzeczy uważa się inercję terapeutyczną lekarzy i złą współpracę ze strony chorych, która może przyjmować różne formy, począwszy od nierozpoczynania leczenia (mimo otrzymania zaleceń i recepty), poprzez samowolne modyfikowanie schematu terapii (pomijanie pojedynczych dawek, zmianę częstości i pory przyjmowania leku, zmniejszanie lub zwiększanie dawki leku), po dłuższe przerwy w leczeniu („wakacje” od leków), a na zaprzestaniu terapii skończywszy. Skala tego problemu może sięgać

nawet połowy chorych rozpoczynających terapię hipotensyjną i leczenie statynami.

Uzyskanie dobrej współpracy jest szczególnie trudne u młodszych, bezobjawowych chorych, którzy dopiero rozpoczynają leczenie. Do innych „grup ryzyka” złej współpracy należą pacjenci z mnogimi chorobami współistniejącymi oraz osoby w podeszłym wieku, zwłaszcza z zaburzeniami funkcji poznawczych. Prawdopodobieństwo braku przestrzegania zaleceń zwiększa się w przypadku złożonych schematów terapeutycznych.

We wszystkich zaleceniach dotyczących prewencji i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego podkreśla się przydatność leków złożonych. Do niedawna ten sposób leczenia (łączenie w jednej tabletkę preparatów działających na różne mechanizmy) był zarezerwowany dla leczenia samego nadciśnienia tętniczego. Ponieważ etiopatogeneza chorób układu sercowo-naczyniowego jest wielo-

czynnikowa, to taka powinna być również terapia. Wprowadzenie preparatów złożonych, łączących leczenie hipotensyjne z hipolipemizującym, otwiera nowy rozdział prewencji chorób układu krążenia.

Doktor Anna Szyndler w swoim artykule omawia najważniejsze przesłanki epidemiologiczne, patofizjologiczne oraz kliniczne stosowania tego rodzaju preparatów. Podkreśla najważniejsze korzyści z zastosowania nowego połączenia najskuteczniejszej na rynku statyny (rozuwastatyny) z walsartanem — doskonale przebadanym przedstawicielem antagonistów receptora angiotensyny, klasy leków hipotensyjnych o najlepszej tolerancji leczenia. Należy szczególnie podkreślić jeden aspekt stosowania tego połączenia. Monitorowanie stopnia współpracy w zakresie leczenia hipotensyjnego jest niezwykle trudne ze względu na dużą zmienność ciśnienia tętniczego. Dzięki możliwości monitorowania lipidogramu jest to dużo łatwiejsze

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

w przypadku stosowania statyny. Stosując omawiany lek złożony, możemy być pewni, że obniżenie

stężenia cholesterolu frakcji LDL (*low-density lipoprotein*) świadczy pośrednio o zastosowaniu sartanu,

poprawie kontroli ciśnienia tętniczego i lepszej protekcji sercowo-naczyniowej.