

## Komentarz



### **dr hab. n. med. Marzena Chrostowska**

Klinika Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Powikłania sercowo-naczyniowe to najczęstsza przyczyna zgonów we współczesnym świecie. Nadciśnienie tętnicze od wielu lat zajmuje niechlubne pierwsze miejsce na liście czynników ryzyka prowadzących do zgonu. Częstość występowania nadciśnienia stale się zwiększa; szacuje się, że w roku 2025 będzie dotyczyło 1,5 mld osób.

W Polsce na nadciśnienie tętnicze choruje około 10,5 mln dorosłych osób. Niestety, ciągle niezadawalająca jest kontrola ciśnienia tętniczego. Choć w ostatniej dekadzie liczba osób leczonych skutecznie się podwoiła, to nadal docelowe wartości ciśnienia tętniczego osiąga około 26% chorych na nadciśnienie tętnicze. Polska nie odbiega pod tym względem od swoich sąsiadów; podobną kontrolę ciśnienia tętniczego na poziomie

24,5% obserwowano w badaniu BP-CARE przeprowadzonym w krajach środkowej i wschodniej Europy.

Przyczyn niezadawalającej kontroli ciśnienia tętniczego jest wiele. Należą do nich między innymi brak dobrej współpracy lekarza z pacjentem, nieprzyjmowanie lub niewłaściwe przyjmowanie leków hipotensyjnych, brak modyfikacji stylu życia czy też skomplikowane lub niewłaściwe schematy terapeutyczne.

W przedstawionym, w niniejszym numerze „Folia Cardiologica”, badaniu ALMONDS (*Are ALL pills equal within the Major hypotensive Drug classes?*) badacze postawili sobie za cel identyfikację postaw polskich lekarzy wobec nowych leków stosowanych w terapii nadciśnienia tętniczego. W badaniu ankietowym wzięło udział 784 lekarzy – specjalistów kardiologii, chorób wewnętrznych, medycyny rodzinnej i diabetologii. Oceniano preferencje terapeutyczne lekarzy pracujących zarówno w lecznictwie zamkniętym, jak i w otwartym oraz zróżnicowanie preferencji terapeutycznych zależnie od specjalizacji.

Wykazano, że w praktyce lekarze najczęściej opierają się na wytycznych Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (PTNT), w drugiej kolejności natomiast na zaleceniach *European Society of Hypertension* (ESH) i *European Society of Cardiology* (ESC), z wyjątkiem kardiologów, którzy częściej w leczeniu pacjentów z nadciśnieniem tętniczym stosują zalecenia ESH/ESC. To dowód na to, że tworzenie zaleceń przez narodowe towarzystwa ma sens, a zalecenia te, przynajmniej w Polsce, są akceptowane i szeroko stosowane. Optymizmem napawa znajomość celów terapii hipotensyjnej, tj. że pierwszoplanowym celem powinno być obniżenie globalnego ryzyka sercowo-naczyniowego, zaś redukcja ciśnienia tętniczego do wartości prawidłowych lub zbliżonych do prawidłowych to klucz do osiągnięcia podstawowego celu.

Autorzy pracy zaprezentowali interesujące podejście do tematu leczenia farmakologicznego. Jako że monoterapia ma coraz mniejsze znaczenie we współczesnej hipertensjologii, zaproponowali oni ocenę częstości stosowania preferowanych połączeń dwulekowych. W terapii pacjentów z nadciśnieniem tętniczym i współistniejącymi innymi chorobami, takimi jak cukrzyca, choroba wieńcowa, niewydolność serca, przewlekła obturacyjna choroba płuc, zaproponowano cztery kombinacje połączeń dwulekowych. Zadano również pytanie o preferowane połączenia dwulekowe stosowane u pacjentów w podeszłym wieku czy młodych kobiet. Natomiast w terapii opornego nadciśnienia tętniczego do wyboru były kombinacje połączeń czterech leków hipotensyjnych z różnych grup.

W badaniu ALMONDS dowiedziono, że – zgodnie z sugestią zawartą w polskich, ale nie w europejskich, wytycznych w odniesieniu do leków hipotensyjnych – lekarze nie uważają za właściwe opierać na tak zwanym efekcie klasy. Określone preparaty powinny być dobierane indywidualnie zależnie od chorób współistniejących i dowodów pochodzących z dużych prób klinicznych na ich skuteczność i bezpieczeństwo. Co więcej, gdy istnieją wskazania, lekarze są otwarci na nowe leki hipotensyjne szczególnie zalecane w wytycznych, takie jak wazodylatacyjne beta-adrenolityki, nowe pochodne dihydropirydynowe antagonistów wapnia czy diuretyki pętlowe. Z leków blokujących układ renina-angiotensyna częściej wybierano połączenia z inhibitorem konwertazy angiotensyny (ACE, *angiotensyn-converting enzyme*) niż z blokerem receptora AT<sub>1</sub> dla angiotensyny II (sartan). Wiązało się to zapewne z opublikowanymi w ostatnich latach metaanalizami, w których była mowa o przewadze inhibitora ACE nad sartanami w prewencji powikłań i zgonów sercowo-naczyniowych u pacjentów z grupy wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego, co znalazło swoje odzwierciedlenie w wytycznych PTNT. Zaś spośród inhibitorów ACE wybierano te, w odniesieniu do których jednocześnie udowodnione

były skuteczność i bezpieczeństwo, w określonych stanach klinicznych, w dużych badaniach klinicznych oraz można je było stosować raz na dobę.

W badaniu wykazano, że najczęściej wybieranymi połączeniami lekowymi były te, które w określonych sytuacjach klinicznych szczególnie rekomendowano w wytycznych. W sytuacjach, w odniesieniu do których zalecenia były mniej sprecyzowane, na przykład w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc, wybory nie były już tak jednoznaczne i prawidłowe. Czy to sygnał o potrzebie uszczegóławiania zaleceń? Wydaje się, że to nie jest najlepszy kierunek, ponieważ nie sposób w wytycznych opisać i przewidzieć wszystkie sytuacje kliniczne. Wytyczne, jak sama nazwa wskazuje, powinny wskazywać drogę terapeutyczną, a nie stanowić „przepis na leczenie”. Tym niemniej jeśli ponad 70% lekarzy, podejmując decyzje terapeutyczne, czyni to na podstawie wytycznych polskich lub europejskich, badania, takie jak ALMONDS, są nie do przecenienia, zwłaszcza dla twórców przyszłych rekomendacji. Mogą ułatwić odpowiedź na pytanie, jak poprawić i ulepszyć wytyczne, na jakie zagadnienia położyć większy nacisk.

### Piśmiennictwo

1. Cheng J., Zhang W., Zhang X. i wsp. Effect of angiotensin-converting enzyme inhibitors and angiotensin II receptor blockers on all-cause mortality, cardiovascular deaths, and cardiovascular events in patients with diabetes mellitus: a meta-analysis. *JAMA Intern. Med.* 2014; 174: 773–185.
2. Grassi G., Cifková R., Laurent S. i wsp. Blood pressure control and cardiovascular risk profile in hypertensive patients from central and eastern European countries: results of the BP-CARE study. *Eur. Heart J.* 2011; 32: 218–225.
3. Mancia G., Fagard R., Narkiewicz K. i wsp. 2013 Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur. Heart J.* 2013; 28: 1462–536.
4. Tykarski A., Narkiewicz K., Gaciong Z. i wsp. Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym – 2015 rok. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego. *Kardiol. Pol.* 2015; 73: 676–700.
5. Zdrojewski T., Rutkowski M., Bandosz P. i wsp. Prevalence and control of cardiovascular risk factors in Poland. Assumptions and objectives of the NATPOL 2011 Survey. *Kardiol. Pol.* 2013; 71: 381–392.