

Ewa Świerblewska

Katedra i Klinika
Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii
AM w Gdańsku

Stabilna choroba wieńcowa

Pacjent, w wieku 55 lat, zgłosił się na wizytę kontrolną do poradni kardiologicznej. Od kilku lat leczył się z powodu nadciśnienia tętniczego. Dotychczas przyjmował peryndopryl w dawce 5 mg/dobę. Sporadycznie wykonywane pomiary ciśnienia tętniczego przez chorego w domu wykazywały złą kontrolę ciśnienia tętniczego, wynosiło ono około 160–180/90–100 mm Hg. Ponadto pacjenta zaniepokoiła obniżona tolerancja wysiłku w ostatnich miesiącach. Przy wejściu na drugie piętro miał zadyszkę oraz uczucie braku tchu w piersiach. Dolegliwości te ustępowały po kilku minutach odpoczynku. Powyższe dolegliwości chory częściowo wiązał ze znacznym wzrostem masy ciała w ostatnim czasie. W ciągu ostatniego roku przybrał 15 kg; obecna masa ciała wynosiła 119 kg, wzrost — 183 cm, BMI — 35,5; obwód pasa — 109 cm.

Od kilku lat pacjent przyjmował okresowo leki blokujące pompę protonową z powodu rozpoznanej przepukliny rozworu przełykowego i dolegliwości gastrycznych z nią związanych.

Od 6 lat chory nie palił tytoniu, wcześniej, od 16. roku życia, palił półtorej paczki papierosów dziennie. Kilka razy w tygodniu pił alkohol, jego zdaniem — w umiarkowanych ilościach (0,5–0,75 litra piwa co drugi dzień). W ostatnich tygodniach pacjent ograniczył ilość spożywanego alkoholu z powodu bólów w prawym podżebrzu, które wiązał z wypijaniem alkoholem. W rodzinie ojciec chorował na nadciśnienie tętnicze, cukrzycę i zmarł

z powodu niewydolności serca w wieku 65 lat, natomiast brat chorował na nadciśnienie tętnicze.

Chory nic nie wiedział na temat zaburzeń lipidowych, jak też nie znał wartości glikemii na czczo.

BADANIE PRZEDMIOTOWE

Chory otyły, ciśnienie tętnicze wynoszące 160/100 mm Hg, akcja serca — około 90 uderzeń/min, miarowa.

Z odchyleń w badaniu przedmiotowym — nad tętnicami szyjnymi cichy szmer po stronie lewej.

Poza tym nad polami płucnymi szmer pęcherzykowy prawidłowy, tony serca ciche, prawidłowo akcentowane, bez dodatkowych szmerów, wątroba niepowiększona, nieznaczne obrzęki na podudziach kończyn dolnych, obecne tętno na tętnicach grzbietowych stopy.

W wykonanym EKG w trakcie wizyty: rytm zatokowy, miarowy, około 65 uderzeń/min; oś pośrednia serca; przebieg pobudzeń bez istotnych zmian.

ZALECENIA

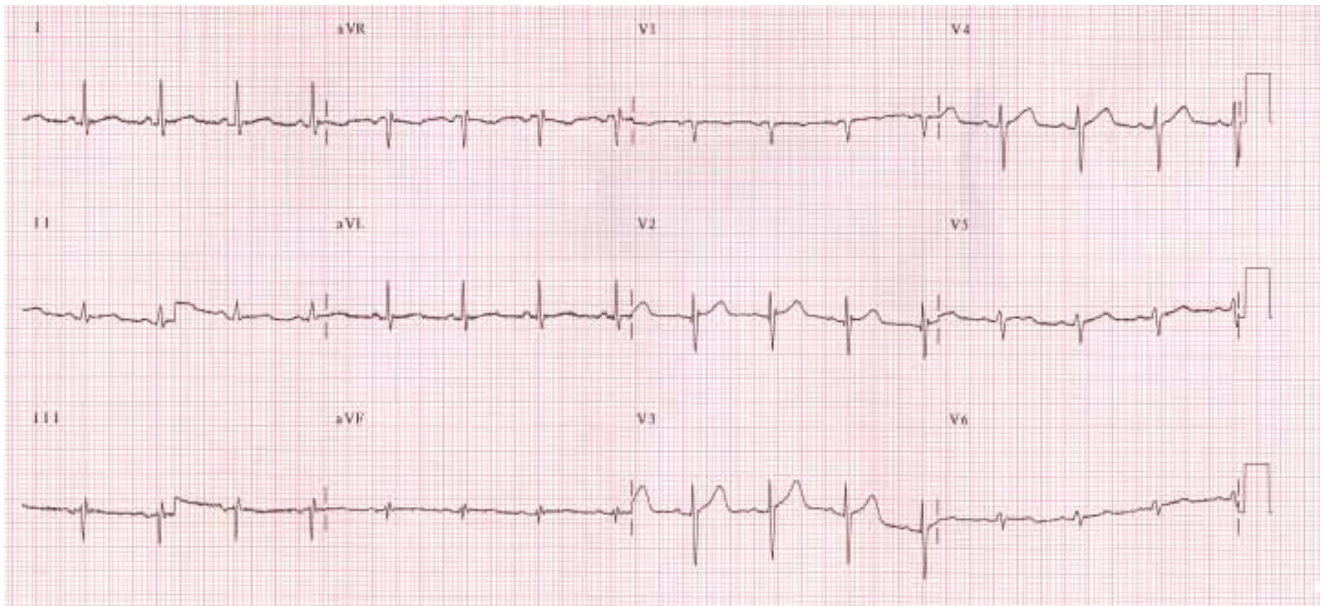
Zalecono choremu przyjmowanie następujących leków:

- peryndopryl w dawce 10 mg (rano);
- indapamid w dawce 1,5 mg (rano);
- bisoprolol w dawce 5 mg (rano);
- kwas acetylosalicylowy w dawce 75 mg (raz dziennie).

Zalecono wykonanie następujących badań:

Adres do korespondencji:
Ewa Świerblewska
Katedra i Klinika
Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii
AM w Gdańsku
e-mail: ewaswierblewska@wp.pl

Copyright © 2007 Via Medica
ISSN 1733-2346



Rycina 1. Elektrokardiogram spoczynkowy pacjenta

- badania biochemiczne, w tym pełny lipidogram, glikemia na czczo;
- badanie echokardiograficzne serca, badanie dna oka, ultrasonografia jamy brzusznej, ultrasonografia tętnic domózgowych.

Ponadto zalecono choremu codzienne pomiary ciśnienia tętniczego oraz prowadzenie dzienniczka samokontroli.

Dodatkowo chory otrzymał materiały edukacyjne na temat diety z ograniczoną zawartością kalorii, został poinformowany o konieczności redukcji masy ciała, ograniczenia spożywanego alkoholu i ograniczenia soli w diecie.

■ Wizyta kontrolna po miesiącu

Kontrolne ciśnienie tętnicze podczas wizyty wyniosło 148/90 mm Hg, akcja serca — 56 uderzeń/min, masa ciała — 117 kg.

Pacjent podczas wizyty kontrolnej zgłaszał nieco lepsze samopoczucie, poprawę tolerancji wysiłku; uczucie zatykania w pierśsiach występowało nadal, ale po większych wysiłkach. Ciśnienie tętnicze w pomiarach domowych wynosiło 140–160/80–90 mm Hg, akcja serca — 52–56 uderzeń/min.

Badanie echokardiograficzne serca: poszerzony lewy przedsionek (46 mm). Poza tym wielkość jam serca w normie (lewa komora — 51/29 mm). Lewa komora z niewielkim przerostem (przegroda — 13 mm, ściana tylna — 12 mm) z hipokinezą ściany dolnej: segmentu podstawnego ściany tylnej oraz segmentu środkowego przegrody międzykomorowej. W napływie mitralnym cechy upośledzenia relaksacji lewej komory. Frakcja wyrzutowa — 55%.

Badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej: poza podwyższoną echogenicznością, jak w stłuszczeniu wątroby, bez istotnych odchyleń.

Badanie dna oka: angiopatia nadciśnieniowa II stopnia (wyraźny objaw Guna).

Badanie ultrasonograficzne tętnic domózgowych: w opuszcze lewej tętnicy szyjnej wspólnej i początkowym odcinku lewej tętnicy szyjnej wewnętrznej stwierdzono blaszki miażdżycowe powodujące zwężenie światła naczyń do 30%. Poza tym w badanych naczyniach zaobserwowano przyścienne zmiany miażdżycowe, niepowodujące jednak istotnych zmian hemodynamicznych.

W tętnicach kręgowych stwierdzono przepływ dogłowy.

■ **Badania biochemiczne**

Stężenie cholesterolu całkowitego — 179 mg%, cholesterolu frakcji HDL — 51 mg%, cholesterolu frakcji LDL — 95 mg%, triglicerydów — 163 mg%, glukozy na czczo — 114 mg%, kreatyniny — 0,9 mg%, K — 4,8 mmol/l, Na — 140 mmol/l; Alat, Aspat, CK, Falk, kwas moczowy — w normie; GGTP — 72 j./l (N do 56 mg%).

Zmodyfikowano leczenie farmakologiczne: — włączono simwastatynę w dawce 20 mg (wieczorem);

— amlodypinę w dawce 5 mg (rano).

Pozostałe leki utrzymano jak dotychczas.

Zalecono wykonanie próby wysiłkowej na lekach oraz, w najbliższym czasie, krzywej obciążenia glukozą.

■ **Wizyta kontrolna po 3 tygodniach:**

- samopoczucie pacjenta bez zmian;
- ciśnienie tętnicze podczas wizyty — 138/86 mm Hg, akcja serca — 52 uderzenia/min;
- pomiary domowe chorego: 130–135/80 mm Hg, akcja serca — 52–60 uderzeń/min;
- masa ciała — 117 kg.

■ **Wynik próby wysiłkowej (wykonanej na lekach)**

W 6. minucie wysiłku przy obciążeniu 6 MET wystąpiło istotne obniżenie odcinka ST nad ścianą dolno-boczną z uczuciem dławienia zamostkowego. W trakcie próby nastąpiła reakcja hipertensyjna ze wzrostem ciśnienia tętniczego do 190/100 mm Hg. Próba była dodatnia klinicznie i elektrokardiograficznie.

Leczenie farmakologiczne uzupełniono o trimetazydynę MR w dawce 70 mg/dobę, dawkę simwastatyny zwiększono do 40 mg, wieczorem. Zalecono doraźne przyjmowanie krótkodziałającej nitrogliceryny.

Chorego zgłoszono do ośrodka referencyjnego, gdzie w trybie zwykłym wykonano koronarografię.

W wykonanym po 3 miesiącach **badaniu koronarograficznym** wykazano drożny pień lewej tętnicy wieńcowej, gałąź przednią zstępującą na granicy segmentu proksymalnego i środkowego, na krótkim odcinku zwężoną w 70%, gałąź okalającą bez istotnych zmian, prawą tętnicę wieńcową w segmencie środkowym, na krótkim odcinku zwężoną w 90%.

W trakcie badania wykonano plastykę prawej tętnicy wieńcowej z implantacją stentu. Ponadto chorego zakwalifikowano do kolejnej elektywnej koronaroplastyki gałęzi przedniej zstępującej w ciągu 3 miesięcy.

W trakcie hospitalizacji w klinice kardiologii badania biochemiczne wyniosły: stężenie cholesterolu całkowitego — 136 mg%, cholesterolu frakcji LDL — 59 mg%, cholesterolu frakcji HDL — 49 mg%, triglicerydów — 158 mg%.

Krzywa obciążenia glukozą: glikemia na czczo — 108 mg%, po 2 godzinach — 178 mg%.

Rozpoznano nieprawidłową tolerancję węglowodanów. Pozostałe wyniki były w normie.

KOMENTARZ

Opisany powyżej chory to typowy pacjent z codziennej praktyki lekarskiej, zgłaszający się do poradni kardiologicznej: otyły mężczyzna, spełniający kryteria rozpoznania zespołu metabolicznego (obwód pasa > 94 cm), ze złą kontrolą nadciśnienia tętniczego i zaburzeniami tolerancji węglowodanów. Wywiad, jaki uzyskano u tego pacjenta, jest typowy dla dolegliwości dławicowych w stabilnej chorobie wieńcowej. Wykazane zaburzenia kurczliwości w echokardiografii serca potwierdzają naszą diagnozę.

Leczenie stabilnej choroby wieńcowej należy zawsze prowadzić dwutorowo: optymalną terapią farmakologiczną musi zawsze iść w parze z modyfikacją tych czynników ryzyka, które podlegają zmianom.



Optymalna terapia farmakologiczna musi zawsze iść w parze z modyfikacją tych czynników ryzyka, które podlegają zmianom

European Society of Cardiology (ESC) w celu poprawy rokowania chorych z dławicą piersiową zaleca: **kwasy acetylosalicylowe** w dawce 75 mg/dobę u wszystkich chorych bez przeciwwskazań; **statynę, inhibitory konwertazy angiotensyny**, gdy istnieją dodatkowe wskazania, takie jak: nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca, cukrzyca, przebyte zawały serca, bezobjawowa dysfunkcja lewej komory, **lek β -adrenolityczny**, gdy istnieją dodatkowe wskazania: niewydolność serca, przebyte zawały. Wyniki dotychczasowych badań pozwalają umiejscowić β -adrenolityki u chorych ze stabilną chorobą wieńcową, bez przebytego zawału serca czy też niewydolności serca, w grupie leków stosowanych w celu ograniczenia objawów dławicowych. Leki metaboliczne, takie jak trimetazydyna, w świetle ostatnich zaleceń ESC mają swoją ugruntowaną pozycję jako leki dołączane do dotychczasowej terapii. Analizując leczenie farmakologiczne u opisywanego chorego, należy zwrócić uwagę na wybór inhibitora konwertazy angiotensyny. Nowe wytyczne podkreślają konieczność wyboru preparatów o udowodnionej, w badaniach randomizowanych, skuteczności w poprawie rokowania (perindopryl — badanie EUROPA, ramipryl — badanie HOPE). Stosowane leki powinny być dawkowane w maksymalnych, dobrze tolerowanych dawkach. Z uwagi na akcję serca

(52–56 uderzeń/min) u powyższego chorego nie było możliwe zwiększenie dawki β -adrenolityku. Dlatego też u chorego do terapii podstawowej dołączono w następnym etapie lek metaboliczny. Opóźnienie włączenia statyny było podyktowane zgłaszanymi dolegliwościami bólowymi w okolicy prawego podżebrza, szczególnie po alkoholu, spożywanym przez pacjenta w nadmiernych ilościach (konieczność oznaczenia wyjściowych transaminaz). Mimo prawidłowego wyjściowego stężenia cholesterolu całkowitego (179 mg%) oraz cholesterolu frakcji LDL (95 mg%), omawiany chory z uwagi na swoje czynniki ryzyka (zespół metaboliczny — otyłość, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia tolerancji węglowodanów; potwierdzona miażdżycza naczyń obwodowych) odniesie korzyści ze stosowania statyny w dużej dawce — w tym wypadku simwastatyny w dawce 40 mg/dobę. Kwalifikując pacjentów ze stabilną chorobą wieńcową do leczenia rewaskularyzacyjnego, należy pamiętać, że leczenie to poprawia jedynie komfort życia, a efekt ten jest osiągany przy dużym nakładzie finansowym. W przypadku zarówno leczenia zachowawczego, jak i leczenia rewaskularyzacyjnego nie wykazano jednoznacznych korzyści dotyczących rokowania. Tak więc optymalne leczenie farmakologiczne nadal pozostaje pierwszoplanowym celem terapii pacjenta ze stabilną chorobą wieńcową.



Stosowane leki powinny być dawkowane w maksymalnych, dobrze tolerowanych dawkach