

Maria Węsierska

Zakład Diagnostyki Chorób Serca, Kliniczne Centrum Kardiologii w Gdańsku

Przypadek kliniczny 1

Opis przypadku pacjenta z nadciśnieniem tętniczym

Nadciśnienie Tętnicze w Praktyce 2015, tom 1, nr 2, strony: 109–110

Wstęp

Pacjent lat 43, mężczyzna. Leczy się z powodu nadciśnienia tętniczego od 30. roku życia. W ciągu ostatnich kilku lat wartości ciśnienia tętniczego (BP, *blood pressure*) były źle kontrolowane, stosowano różne leki, często je zmieniano. Ciśnienie tętnicze mierzone na obu kończynach górnych to 200/110 mm Hg, mimo przyjmowania 2–3 leków hipotensyjnych. Dodatkowo doraźnie podawano Captopril. W badaniach echo serca zaobserwowano cechy przerostu lewej komory. Stwierdzono zaburzenia lipidowe — podwyższony poziom cholesterolu całkowitego, cholesterolu frakcji LDL (*low density lipoprotein* — lipoproteiny o małej gęstości) oraz głównie trójglicerydów. Bóle kręgosłupa lędźwiowego nasiliły się w ubiegłym roku. W tym czasie nastąpił wzrost ciężaru ciała o 15 kilogramów do 117 kilogramów. Wywiad rodzinny — ojciec i matka mają nadciśnienie tętnicze. Ojciec choruje na cukrzycę typu 2.

Pacjent pracuje jako właściciel firmy, przedsiębiorca. Praca ta jest związana z pozycją siedzącą oraz stresem. Nie pali papierosów, nigdy nie palił. Nie nadużywa alkoholu.

Leczenie

Leczenie farmakologiczne nadciśnienia tętniczego w ciągu lat zmieniano wielokrotnie — stosowano Enarenal 2 × 10 mg oraz Betaloc ZOK 50 mg. Na-

stępnie zmieniono Enarenal na Ramipril 10 mg. Kolejno próba leczenia przy utrzymaniu Betalocu ZOK 50 mg — Lozap 50 mg, Tertensif SR oraz Amlopin 5 mg. Z powodu zaburzeń lipidowych podawano Simvastatynę 20 mg, następnie Lipanthyl 267M. Współpraca z pacjentem określona jako dobra, chory regularnie przyjmował zalecane leki. Dodatkowo, szczególnie w godzinach wieczornych, wymagał doraźnego przyjmowania Captoprilu.

Obecnie stosowane leczenie obejmuje dietę niskokaloryczną, z dużą ilością warzyw i owoców, ograniczenie tłuszczów zwierzęcych oraz węglowodanów prostych. Zalecono gimnastykę oraz pływanie i spacer. Aktywność fizyczna co najmniej 30 minut dziennie, w czasie weekendu dłużej.


Zalecenia farmakologiczne:

- Triplixam 1 × dziennie tabletką 10 mg + 2,5 mg + 5 mg,
- Nedal 5 mg rano,
- Lipanthyl Supra 160 wieczorem.

Pacjent prowadzi pomiary domowe BP, które — podobnie jak pomiary gabinetowe — są obecnie prawidłowe. Zrezygnowano z całodobowego pomiaru BP, ponieważ w przeszłości pacjent źle znosił badanie, tym bardziej, że kolejne pomiary w nocy nie pozwalały na spokojny sen. Stosowanie się pacjenta do zaleceń określono jako bardzo dobre. W EKG miarowy rytm zatokowy około 64/minutę. Oś pośrednia. Przebieg pobudzeń prawidłowy. Badanie echo serca wykazuje dobrą kurczliwość całkowitą i odcinkową lewej komory. Bez cech wady zastawkowej. Prawidłowe wymiary jam serca. Przerost lewej komory, grubość przegrody międzykomorowej 14 mm. W badaniu EKG wykonanym metodą Holtera rytm zatokowy wynosił 44–96/minutę, z zachowanym rytmem dobowym częstości. Pojedyncze pobudzenia

Adres do korespondencji: Maria Węsierska, specjalista kardiolog
specjalista chorób wewnętrznych
ul. Goska 9, 81–574 Gdynia
tel. 604981041

e-mail: mwersierska@gumed.edu.pl

 Copyright © 2015 Via Medica, ISSN 1428–5851

dotatkowe nadkomorowe. Nie stwierdzono pauz i zaburzeń przewodzenia. Wykonano próbę wysiłkową na bieżni. Czas trwania wysiłku 10'14". Obciążenie 12,0 MET. Wysiłek przerwano po osiągnięciu 75% limitu tętna, bez stenokardii i bez zmian ST. Dobra tolerancja wysiłku. Reakcja tensyjna prawidłowa. W badaniach biochemicznych poziom glukozy 101 mg%, filtracja kłębuszkowa (GFR, *glomerular filtration rate*) > 60 ml/min, kreatynina 0,94 mg%, kwas moczowy 7,2 mg%, ALAT 45 U/i, ASPAT 29 U/l, cholesterol całkowity 190 mg%, cholesterol frakcji HDL (*high density lipoprotein* — lipoproteiny o dużej gęstości) 32 mg%, cholesterol frakcji LDL 96 mg%, trójglicerydy 250 mg%.

Badanie podmiotowe

Obecnie pacjent nie zgłasza skarg. Dobrze toleruje wysiłek. Neguje stenokardię. Okresowo występują bóle kręgosłupa okolicy lędźwiowej. Leki przyjmuje regularnie.

Badanie przedmiotowe

Stan ogólny dobry. Budowa ciała prawidłowa, waga 103 kilogramy, wzrost 172 cm, indeks masy ciała (BMI, *body mass index*) 34,82 kg/m². Skóra prawidłowo ucieplona, bez wykwitów. Czaszka niebolesna na opukiwanie. Gałki oczne osadzone i ruchome prawidłowo. Żrenice okrągłe równe, prawidłowo reagują na światło. Szyja symetryczna, tarczycza niepowiększona. Granice płuc i serca prawidłowe. Płuca: szmer pęcherzykowy. Serce: czynność miarowa około 68/minutę, szmerów nie stwierdza się. Ciśnienie tętnicze mierzone na obu kończynach górnych: 140/85 mm Hg. Tętno na tętnicach obwodowych dobrze wyczuwalne. Brzuch miękki, niebolesny, ob-

jawy otrzewnowe ujemne. Wątroba wyczuwalna pod prawym łukiem żebrowym. Śledziona niepowiększona. Objaw Golfhamma obustronnie ujemny. Układu kostno-stawowy bez zniekształceń. Ograniczenie ruchomości kręgosłupa lędźwiowego.

Komentarz

W stosowanym leczeniu dużą uwagę poświęcono postępowaniu niefarmakologicznemu. Uzyskanie zmniejszenia wagi ciała o 14 kilogramów spowodowało lepszą kontrolę BP oraz ustąpienie dolegliwości bólowych ze strony kręgosłupa, rezygnację z przyjmowania leków niesteroidowych przeciwzapalnych, a także przyniosło zachętę do dalszego stosowania diety. Schemat leczenia farmakologicznego starano się uprościć, aby uzyskać dobrą współpracę z pacjentem. Jednocześnie należało uwzględnić leki przebadane w badaniach klinicznych i powodujące obniżenie ryzyka sercowo-naczyniowego. Wartości BP podczas wcześniejszej terapii wskazywały na konieczność stosowania kilku leków, stąd wybór leku złożonego. Stabilny stan kliniczny oraz prosty schemat leczenia przyniosły zadowolenie chorego ze stosowanego leczenia. W dalszym postępowaniu należy położyć nacisk na monitorowanie zaburzeń metabolicznych, zaburzeń lipidowych oraz likwidację otyłości. Skuteczne leczenie pozwoli uniknąć powikłań narządowych nadciśnienia i konsekwencji zaburzeń metabolicznych, co wpływa na rokowanie odległe chorego. Jest to szczególnie ważne u osób, u których choroba zaczęła się w młodym wieku. Nie należy nigdy pomijać postępowania niefarmakologicznego, ponieważ może to być przyczyną niepowodzenia farmakoterapii.