

Bogusław Derlaga

Centrum Szybkiej Diagnostyki Kardiologicznej w Tarnowie

Przypadek kliniczny 2

Opis przypadku, w którym zastosowano leczenie potrójnym lekiem złożonym: perindopril z arginina + indapamid + amlodypina u pacjenta chorego na nadciśnienie tętnicze

Nadciśnienie Tętnicze w Praktyce 2015, tom 1 nr 2, strony: 111–113

Wstęp

Pacjent lat 68, mężczyzna, emeryt, wcześniej wykonywał zawód operatora sprzętu ciężkiego.

Wizyta nr 1, 17.06.2015 r.

Pacjent dotychczas leczony przez lekarza POZ, kierowany do kardiologa z powodu wysokich wartości ciśnienia tętniczego (BP, *blood pressure*), mimo stosowanego leczenia farmakologicznego

Wywiad

Nadciśnienie tętnicze pierwotne od około 15 lat (10 lat temu przeprowadzono diagnostykę szpitalną wykluczającą wtórne przyczyny nadciśnienia). Maksymalne wartości BP: 230/110 mm Hg. Wywiad rodzinny nadciśnienia. Poza tym rozpoznana hiperlipidemia. Pali około 20 papierosów na dobę.

Powodem zgłoszenia się do gabinetu kardiologicznego były wysokie wartości BP (maks. 230/120 mm Hg) z towarzyszącymi bólami i zawrotami głowy oraz uczuciem dyskomfortu w klatce piersiowej. Stosowane były leki doraźnie (Captopril 25 mg pod język) z krótkotrwałym efektem. Pacjent skarżył się na wielość stosowanych leków,

stwierdził również, że nie zawsze pamiętał zażyć leki zalecone wieczorem.

W wykonanych badaniach laboratoryjnych z odstępstw od normy stwierdzono podwyższone wartości cholesterolu całkowitego — 7,19 mmol/l, cholesterolu frakcji LDL (*low density lipoprotein* — lipoproteiny o małej gęstości) — 4,81 mmol/l, cholesterolu frakcji HDL (*high density lipoprotein* — lipoproteiny o dużej gęstości) — 1,27 mmol/l, trójglicerydy 2,48 mg%. W przepływach tętnic szyjnych blaszka miażdżycowa w tętnicy szyjnej lewej wewnętrznej (zwężenie maks. 30%). W badaniu echokardiograficznym nie stwierdzono zaburzeń kurczliwości [frakcja wyrzutowa (EF, *ejection fraction*) — 62%], zaobserwowano jednak istotny przerost ścian lewej komory.

Pacjent systematycznie zażywał wymienione leki:
 — Metocard 50 mg 2 × 1 tabletki,
 — Captopril 25 mg 1 tabletki w razie skoku BP,
 — Simvagen 20 mg 1 tabletki wieczorem,
 — Tialorid mite 1 × rano,
 — Polpril 5 mg 2 × 1 tabletki,
 — Lacipil 4 mg 1 tabletki wieczorem.

Badanie przedmiotowe

Waga 85 kg, wzrost 172 cm, ciśnienie tętnicze (BP, *blood pressure*) 185/115 mm Hg, akcja serca miarowa, nad polami płucnymi szmer pęcherzykowy prawidłowy, symetryczny. Brzuch miękki, bez cech powiększenia wątroby. W badaniu EKG — oś serca pośrednia, rytm zatokowy o częstotliwości 85/min. Cechy przerostu lewej komory mięśnia sercowego.

Adres do korespondencji: lek. Bogusław Derlaga
 Centrum Szybkiej Diagnostyki Kardiologicznej
 ul. Lwowska 178, Tarnów
 tel. 603781670

 Copyright © 2015 Via Medica, ISSN 1428–5851

Rozpoznano:

- nadciśnienie tętnicze III stopnia [skurczowe (SBP, *systolic blood pressure*) > 180 lub rozkurczowe (DBP, *diastolic blood pressure*) > 110] ze współistniejącymi powikłaniami narządowymi (przerost lewej komory w badaniu echo serca, blaszka miażdżycowa w lewej tętnicy szyjnej wewnętrznej), co daje bardzo wysokie ryzyko sercowo—naczyniowe dodane;
- hiperlipidemię mieszaną;
- nikotynizm;
- nadwagę [indeks masy ciała (BMI, *body mass index*) 28,73 kg/m²].

Zalecono przestrzeganie diety z ograniczeniem soli, zaprzestanie palenia papierosów, wzrost aktywności fizycznej, redukcję wagi ciała, systematyczne pomiary BP w warunkach domowych oraz zmianę leczenia farmakologicznego. Pacjenta poinformowano również o konieczności bardzo systematycznego leczenia farmakologicznego według zaleceń:

- Metocard ZK 95 mg 1 tabletko rano;
- Triplixam 10 mg + 2,5 mg + 10 mg 1 tabletko rano;
- Roswera 20 mg 1 tabletko wieczorem.

Zalecono również wykonanie 24-godzinnego pomiaru BP za 4 tygodnie oraz w razie utrzymywania się wysokich wartości ciśnienia — natychmiastową rewizytę kardiologiczną. Zlecono również badania ALAT, ASPAT, lipidogramu i CPK za 2 miesiące.

Wizyta nr 2, 14.07.2015 r.

Pacjent zgłosił się na badanie kontrolne po 4-tygodniowym stosowaniu leczenia farmakologicznego. Przedstawił pomiary ciśnień w warunkach domowych, które nie przekraczały wartości 150/90 mm Hg. Pacjent podawał, że szczególnie w dni upalne czuł się osłabiony, wówczas BP nie przekraczało wartości 115/70 mm Hg. Po 3 tygodniach leczenia zauważył niewielkie obrzęki wokół kostek kończyn dolnych. Podawał, że w poprzednich latach w trakcie upałów również pojawiały się podobne obrzęki, chociaż były mniejsze. Nie wykonał badania 24-godzinnego pomiaru BP. Poinformował, że zmniejszył liczbę wypalanych papierosów do 10–15/dobę. Od czasu ostatniej wizyty nie stosował Captoprilu.

W badaniu fizykalnym: waga 85,5 kg, BP 125/85 mm Hg, akcja serca miarowa, nad polami płucnymi szmer pęcherzykowy prawidłowy, symetryczny. Brzuch miękki, bez cech powiększenia wątroby. Małe/umiarkowane obrzęki wokół kostek przechodzące na okolicę przed piszczelową kończyn dolnych.

EKG. Oś serca pośrednia. Rytm zatokowy o częstotści 73/min. Cechy przerostu lewej komory mięśnia sercowego.

Zalecono przestrzeganie diety z ograniczeniem soli, zaprzestanie palenia papierosów, wzrost aktywności fizycznej, redukcję wagi ciała, systematyczne pomiary BP w warunkach domowych oraz zdecydowano o zmianie dawki Triplixamu. Zatem nowy schemat leczenia farmakologicznego to:

- Triplixam 10 mg + 2,5 mg + 5 mg 1 tabletko rano;
- Metocard ZK 95 mg 1 tabletko rano;
- Roswera 20 mg 1 tabletko wieczorem.

Zalecono również badania ALAT, ASPAT, lipidogramu i CPK za 4 tygodnie.

Wizyta nr 3, 13.08.2015 r.

Pacjent zgłosił się na badanie kontrolne po 8-tygodniowym stosowaniu leczenia farmakologicznego. Przedstawił pomiary ciśnień w warunkach domowych, które nie przekraczały wartości 140/90 mm Hg. Poza epizodycznymi (nieodczuwanymi przez pacjenta) przypadkami nie zanotował również niskich wartości BP. Obrzęki wokół kostek utrzymywały się, ale miały mniejsze nasilenie niż poprzednio. Nie zwiększył aktywności fizycznej (powodem wg pacjenta były upalne dni), nie zredukował wagi ciała, nadal pali około 10 papierosów na dobę. Twierdzi, że leki stosuje systematycznie. Nie stosował od czasu ostatniej wizyty Captoprilu. Nie wykonał dotychczas zaleconego badania lipidogramu.

W badaniu fizykalnym: waga 84,5 kg, BP 138/75 mm Hg, akcja serca miarowa, nad polami płucnymi szmer pęcherzykowy prawidłowy, symetryczny. Brzuch miękki, bez cech powiększenia wątroby. Małe obrzęki wokół kostek kończyn dolnych.

EKG. Oś serca pośrednia. Rytm zatokowy o częstotści 68/min. Cechy przerostu lewej komory mięśnia sercowego.

Zalecono przestrzeganie diety z ograniczeniem soli, zaprzestanie palenia papierosów, wzrost aktywności fizycznej, redukcję wagi ciała, systematyczne pomiary BP w warunkach domowych. Podtrzymano schemat leczenia farmakologicznego:

- Triplixam 10 mg + 2,5 mg + 5 mg 1 tabletko rano;
- Metocard ZK 95 mg 1 tabletko rano;
- Roswera 20 mg 1 tabletko wieczorem.

Zalecono również dostarczenie wyników planowanych w najbliższym czasie badań ALAT, ASPAT, lipidogramu i CPK. Poinformowano pacjenta, że wskazane jest wykonanie kontrolnego badania echokardiograficznego i badania przepływów w tętnicach szyjnych za 12 miesięcy.

Zalecono kontrolę kardiologiczną za 2 miesiące.

Komentarz

U pacjenta z ciężkim nadciśnieniem tętniczym i współistniejącymi powikłaniami narządowymi (przerost mięśnia lewej komory, blaszka miażdżycowa w tętnicy szyjnej wewnętrznej lewej), z hiperlipidemią i nadwagą, palacza papierosów, wcześniej leczonego wieloma lekami nadciśnieniowymi również w dwóch dawkach w ciągu doby, zastosowanie preparatu złożonego Triplixam (perindopril + indapamid + amlodypina) pozwoliło na szybką normalizację wartości BP przy dobrej tolerancji leku i zdecydowanej poprawie współpracy z pacjentem dotyczącej systematycznego zażywania leków. Nie uzyskano jednak zadawalających efektów postępowania nefarmako-

logicznego: brak redukcji nadwagi, niezaprzestanie palenia papierosów, brak kontroli leczenia statyną.

Piśmiennictwo

1. Gaciong Z. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego 2015: krytyczne spojrzenie od wewnątrz. *Med. Prakt.* 2015; 7–8: 14–25.
2. Prejbisz A., Januszewicz W., Januszewicz A. Nadciśnienie tętnicze — postępy 2014. *Med. Prakt.* 2015; *Kardiologia* 2015; 2: 27–34.
3. Mancia G., Fagard R., Narkiewicz K. i wsp. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J. Hypertens.* 2013; 31: 1281–1357.