

Iwona Tołkacz-Mil

ZOZ MSW, Koszalin

## Przypadek kliniczny 12

# Pacjentka z nadciśnieniem tętniczym niekontrolowanym na dwóch lekach hipotensyjnych

*Nadciśnienie Tętniczne w Praktyce 2015, tom 1, nr 2, strony: 135–137*

## Wstęp

Pacjentka, lat 64, emerytowana nauczycielka, chorująca na jaskrę z otwartym kątem przesączania, stabilną chorobę niedokrwienną serca, hiperlipidemię mieszaną i nadciśnienie tętnicze (od 20 lat), została skierowana została do Poradni Kardiologicznej z powodu znacznych wahań ciśnienia tętniczego (BP, *blood pressure*) od około pół roku z koniecznością wielokrotnego korzystania z pomocy lekarskiej Pogotowia Ratunkowego i SOR.

Ciśnienie tętnicze w warunkach ambulatoryjnych mierzyła prawidłowo: po odpoczynku, przed przyjęciem leków, dwukrotnie w odstępach około 2 minut, aparatem automatycznym naramiennym z walidacją, z dostosowanym mankietem do obwodu ramienia. W dzienniczku pomiarów ambulatoryjnych zanotowała wartości poranne BP: 152/96, 140/90, 155/92 mm Hg, w ciągu dnia spadki 90/60, 110/65, 105/62 mm Hg z towarzyszącymi zawrotami głowy, w godzinach wieczornych 130/80, 135/82, 142/86 mm Hg. Często w godzinach nocnych występowały bóle głowy z towarzyszącym wysokim BP 180/100, 175/96 mm Hg.

Przez wiele lat wartości BP, według pacjentki, były prawidłowe i wynosiły poniżej 140/90 mm Hg, skoiki ciśnienia były związane z sytuacjami stresowymi

i występowały sporadycznie, szybko ustępowały po przyjęciu doraźnie 12,5 mg kaptoprilu.

Ponadto pacjentka zgłosiła, iż z powodu bólu stawów od kilku miesięcy przyjmuje niesteroidowe leki przeciwzapalne (najczęściej wieczorem), a z powodu dużych wahań ciśnienia często samodzielnie modyfikuje terapię hipotensyjną, pomijając leki przy niskich wartościach i przyjmując dodatkowo kaptopril 12,5 mg przy wartościach ciśnienia przekraczających 150/90 mm Hg.

Pacjentka nie spożywa alkoholu i nie pali tytoniu. Od kilku tygodni zaprzestała picia kawy, bardzo ograniczyła spożycie soli. Nie podejmowała regularnej aktywności fizycznej. Choroby towarzyszące leczyła regularnie, korzystając z opieki poradni kardiologicznej i okulistycznej. Nie występowały dławica wysiłkowa, kołatania serca lub duszności. Nykturia 1–2 razy od kilku miesięcy, wcześniej niewystępująca.

## Badanie przedmiotowe

Prawidłowa masę ciała: wzrost 164 cm, waga 63 kg [indeks masy ciała (BMI, *body mass indeks*) 23,5 kg/m<sup>2</sup>]. Obwód talii 79 cm. Skóra bez wykwitów patologicznych. Akcja serca miarowa 62/min, tony serca głośnie, dźwięczne, z cichym szmerem skurczowym 2/6 w skali Levine'a w polu aortalnym, bez szmerów nad tętnicami szyjnymi, nad polami płucnymi szmer pęcherzykowy prawidłowy symetryczny, bez cech zastój. Ciśnienie tętnicze w gabinecie lekarskim (średnia z dwóch pomiarów) wynosiło 164/92 mm Hg, równe na obu ramionach. Jama brzuszna w badaniu palpacyjnym miękka, niebolesna, bez oporów patologicznych, wątroba niemacalna, bez szmerów naczyniowych nad aortą brzuszną i w polach osłuchiwania tętnic ner-

Adres do korespondencji: Iwona Tołkacz-Mil, specjalista chorób wewnętrznych, hipertensjolog  
ZOZ MSW, ul. Szpitalna 2, 75–720 Koszalin  
tel. 606 510 767  
e-mail: i.tolkacz-mil@wp.pl

 Copyright © 2015 Via Medica, ISSN 1428–5851

kowych. Obrzęki ciastowate podudzi, symetryczne, mierne do połowy podudzi. Tętno na tętnicach obwodowych kończyn dolnych symetryczne, prawidłowe. Stawy kończyn górnych i dolnych bez odczynu zapalnego, nieznacznie zmniejszone, słabo bolesne przy ruchach czynnych z nieznacznym ograniczeniem ruchomości. Nie stwierdzono niedowładów.

#### Badania laboratoryjne:

- stężenie hemoglobiny 14,2 mg%;
- glikemia na czczo 94 mg;
- kreatynina 1,0 mg%, eGFR 56 ml/mn;
- cholesterol całkowity 222 mg%, cholesterol frakcji HDL 36 mg%, cholesterol frakcji LDL 154 mg%, Tg 157 mg%;
- sód 140 mmol/l, potas 4,95 mmol/l;
- kwas moczowy 5,4 mg%;
- w badaniu ogólnym moczu: ciężar właściwy 1,025 g/l, pH 6,5, cukier -/-, białko -/-, osad: leukocyty 2–3 wpw, erytrocyty 1–2 wpw, nabłonki pojedyncze;
- stosunek albumin do kreatyniny w porannej próbce moczu 38 mg/g.

#### Badania obrazowe:

- EKG — rytm zatokowy miarowy 62/min, oś pośrednia. Załamek R w aVL 12 mm. Zespoły repolaryzacji komór w granicach normy.
- USG — jama lewej komory nieposzerzona z cechami koncentrycznego przerostu, ściana tylna 13 mm, przegroda międzykomorowa 13 mm, bez odcinkowych zaburzeń kurczliwości, z frakcją wyrzutową lewej komory (LVEF, *left ventricular ejection fraction*) 68%. Lewy przedsionek szerokości 41 mm w projekcji przymostkowej w osi długiej, pojedyncze zwapnienia na brzegach płatków aortalnych z małego stopnia niedomykalnością zastawki aortalnej.

Przed wizytą pacjentka miała zalecone leczenie farmakologiczne:

- Accupro 10 2 × 1 tabletki;
- Amlopin 5 1 tabletki rano;
- Acard 75 1 tabletki wieczorem;
- Atorvox 20 1 tabletki wieczorem;
- DicloDuo 75 1 tabletki rano lub wieczorem;
- Captopril 12,5 mg doraźnie.

Poza dołączeniem niesteroidowego leku przeciwzapalnego leczenie nie było modyfikowane od około 3 lat

#### Postępowanie

W czasie wizyty przeprowadzono edukację o konieczności zaprzestania stosowania niesteroidowego leku przeciwzapalnego oraz zalecono w poradni reumatologicznej diagnostykę dolegliwości związanych z układem ruchu. W terapii przeciwbólowej zaproponowano lek złożony zawierający tramadol

i paracetamol. Intensyfikowano leczenie hipotensyjne, zalecając lek złożony Triplixam zamiast Accupro i Amlopinu. Z uwagi na nieosiągnięty cel terapeutyczny w leczeniu hiperlipidemii mieszanej zwiększono dawkę Atorvox do 40 mg. Zalecono dalsze pomiary ambulatoryjne BP oraz całodobowe (ABPM, *ambulatory blood pressure monitoring*) za 3 tygodnie w celu wykluczenia hipotonii przy współistniejącej jaskrze. Ponadto zalecono kontrolę lipidogramu.

Terapia po modyfikacji:

- Triplixam 5/1,25/5 1 tabletki rano;
- Acard 75 1 tabletki wieczorem;
- Atorvox 40 1 tabletki wieczorem;
- Zaldiar 37,5/325 1–2 tabletki/dobę w razie potrzeby;
- Captopril 12,5 mg doraźnie.

#### Wizyta kontrolna

Na wizytę kontrolną pacjentka zgłosiła się po miesiącu. Jej samopoczucie było znacznie lepsze. Od momentu modyfikacji terapii leki przyjmowała systematycznie, nie pomijając żadnych dawek. Nie korzystała z pomocy Pogotowia Ratunkowego i SOR z uwagi na brak epizodów hipotonii z zawrotami głowy w ciągu dnia oraz wysokich wartości BP w nocy. Ustały obrzęki obwodowe i nykturia. W pomiarach ambulatoryjnych wartości BP wynosiły: poranne 140/89, 136/84, 138/85 mm Hg, po południu 128/76, 130/70, 120/72 mm Hg, wieczorem 136/80, 134/78 mm Hg, w nocy pacjentka nie mierzyła ciśnień, gdyż nie miała wybudzeń spowodowanych bólami głowy. Zmniejszyły się dolegliwości bólowe stawów po zaleconych przez reumatologa zabiegach fizykoterapeutycznych i gimnastyce — rozpoznano chorobę zwyrodnieniową stawów, utrzymano zalecone leczenie przeciwbólowe. W czasie wizyty kontrolnej w pomiarze gabinetowym (średnia z dwóch pomiarów) BP wynosiło 138/88 mm Hg. W kontrolnym lipidogramie stwierdzono zadowalające wyrównanie zaburzeń lipidowych: cholesterol całkowity 190 mg%, cholesterol frakcji HDL (*high density lipoprotein* — lipoproteiny o dużej gęstości) 40 mg%, LDL (*low density lipoprotein* — lipoproteiny o małej gęstości) 90 mg%, Tg 145 mg%.

W ABPM średnia z doby wynosiła 132/76 mm Hg, z dnia 136/77 mm Hg, z nocy 124/71 mm Hg, spadek nocny ciśnienia wyniósł 9,8%. Z uwagi na współtowarzyszącą jaskrę, celem uniknięcia pogorszenia przebiegu tej choroby, przy nieznacznym niewyrównaniu ciśnienia w ABPM, nie intensyfikowano farmakologicznego leczenia hipotensyjnego, ale zalecono włączenie systematycznego wysiłku fizycznego pod postacią 30–45-minutowych spacerów 3–5 razy w tygodniu oraz dalsze pomiary BP.

W czasie wizyty kontrolnej po kolejnym miesiącu wartości BP w pomiarach domowych wynosiły 132/80, 128/78, 136/80 mm Hg, pomiar gabinetowy (średnia z dwóch pomiarów) 138/84 mm Hg. Pacjentka podejmowała systematyczny wysiłek fizyczny (nordic walking) 3–4 razy w tygodniu, bóle stawowe były sporadyczne, nie występowała hipotonia dzienna ani nocne wzrosty ciśnienia. Leczenie farmakologiczne i zalecenia dotyczące stylu życia kontynuowano.

## Komentarz

Zastosowanie w terapii hipotensyjnej preparatu złożonego z perindoprilu, amlodypiny i indapamidu pozwoliło poprawić skuteczność wcześniejszej terapii dwulekowej w postaci dwóch tabletek. Uniemożliwiło to pacjentce samodzielne modyfikowanie terapii i przyczyniło się do wyeliminowania wahań ciśnienia tętniczego związanego z opuszczaniem dawek leków (poprawa *compliance* i *adherence*).

Dołączenie leku moczopędnego w terapii nadciśnienia tętniczego II/III stopnia jest zgodne z zaleceniami towarzystw naukowych hipertensjologicznych i kardiologicznych w zakresie stosowania leku z tej grupy jako trzeciego w terapii wielolekowej. Ponadto zastosowanie takiego leku moczopędnego w terapii nadciśnienia z towarzyszącą retencją płynów (obrzęki po niesteroidowych lekach przeciwzapalnych) modyfikuje w tym przypadku patofizjologiczny mechanizm oporności na leczenie hipotensyjne.

Zastosowanie preparatu złożonego w godzinach porannych, którego szczyt działania hipotensyjnego składowych nie pokrywa się w ciągu doby, pozwala

wyeliminować epizody hipotonii polekowej, które mogłyby się przyczynić do pogorszenia przebiegu choroby towarzyszącej — jaskry. Przyjmowanie preparatu złożonego z perindoprilu, amlodypiny i indapamidu z uwagi na korzystny profil metaboliczny nie nasiliło zaburzeń lipidowych. Ponadto z uwagi na znaczną rozpiętość dawek preparatu Triplixam istnieje duża możliwość intensyfikacji terapii w przyszłości.

Korzyści dla pacjenta:

- zastosowanie nowoczesnego preparatu złożonego z perindoprilu, amlodypiny i indapamidu, czyli substancji o udowodnionej skuteczności poszczególnych składowych w redukcji ryzyka sercowo-naczyniowego u pacjentki z wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym, daje poprawę rokowania;
- właściwa kontrola ciśnienia tętniczego osiągnięta w krótkim czasie;
- brak niekorzystnego wpływu na choroby współistniejące: jaskrę oraz zaburzenia lipidowe;
- przyjmowanie leku Triplixam w postaci 1 tabletki to komfort dla pacjenta i skutkuje poprawą przestrzegania zaleceń lekarskich.

## Piśmiennictwo

1. Chrostowska M., Narkiewicz K., Czy w nowoczesnej terapii nadciśnienia tętniczego są potrzebne preparaty złożone z trzech leków hipotensyjnych? *Choroby Serca i Naczyń*. 2014; 11; 317–329.
2. Tykarski A., Narkiewicz K. i wsp., Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym — 2015. Wytyczne PTNT. *Nadciśnienie Tętnicze* 2015; 1: 4–22.
3. Szymański F.M. 10 powodów, dla których warto wybierać preparat złożony zawierający perindopril, indapamid i amlodypinę w jednej tabletki. *Folia Cardiologica* 2015; 10: 1–8.