

Konrad Szosland

Klinika Endokrynologii i Chorób Metabolicznych, Instytut–Centrum Zdrowia Matki Polki, Łódź

Przypadek kliniczny 15

Właściwy dobór leku w farmakoterapii nadciśnienia tętniczego — wpływ na zwiększenie przestrzegania zaleceń lekarskich (*compliance, adherence, concordance*)

Nadciśnienie Tętnicze w Praktyce 2015, tom 1, nr 2, strony: 140–142

Wstęp

Pacjent lat 58, mężczyzna, z zawodu organista. Wzrost 175 cm, waga 95 kg, indeks masy ciała (BMI, *body mass index*) 31 kg/m². Podczas wszystkich wizyt lekarskich pacjentowi towarzyszy żona, co jest cenne ze względu na zaburzenia pamięci chorego.

Badania

Pacjent uprzednio nieleczony, przed 5 miesiącami, podczas wizyty u matki w innym rejonie Polski, poczuł się źle, zaobserwował trudności z ubieraniem się, ogoleniem, z komunikacją z otoczeniem. W drugiej dobie objawów przybyła siostra pacjenta, która wezwała pogotowie ratunkowe. Zdecydowano o przewiezieniu chorego do szpitala (Oddział Neurologiczny), gdzie rozpoznano udar mózgu z niedowładem lewostronnym; zwłaszcza w zakresie lewej kończyny górnej, z zaburzeniami czucia i pamięci.

Przy przyjęciu stwierdzono ciśnienie tętnicze (BP, *blood pressure*) 190/110 mm Hg. W badaniach dodatkowych stwierdzono hipercholesterolemię: cholesterol całkowity 290 mg/dl, cholesterol frakcji HDL (*high density lipoprotein* — lipoproteiny o dużej gę-

stości) 35 mg/dl, trójglicerydy 190 mg/dl. Stwierdzono również hiperglikemię 350 mg/dl. Parametry czynności nerek prawidłowe: kreatynina 0,85 mg/dl, mocznik 38 mg/dl.

Pacjent w przeszłości nie miał wykonywanych badań laboratoryjnych, ale przy okazji badań okresowych wielokrotnie stwierdzono podwyższone wartości BP. Jednak nigdy nie podjął leczenia hipotensyjnego, uzasadniając to tym, że podwyższone ciśnienie było spowodowane zdenerwowaniem związanym z wizytą lekarską, i uważał, że to „nadciśnienie białego fartucha”.

Z Oddziału Neurologicznego pacjent został wypisany z rozpoznaniami: udaru niedokrwienego (z zespołem zaniebdywania lewostronnego), nadciśnienia tętniczego, cukrzycy typu 2 i hipercholesterolemii. Zalecono leki: Diaprel MR 60 mg, Metformax 3 × 500 mg, Prestarium 10 mg, Rosutrox 20 mg, Acard 75 mg.

Następnie pacjent przebywał w Oddziale Rehabilitacyjnym. Jak wynika z dokumentacji, podczas pobytu utrzymywało się dobre wyrównanie glikemii z pojedynczymi wartościami przekraczającymi wartości referencyjne (jak się okazało było tak w sytuacjach, kiedy chory wbrew zaleceniom spożywał słodkocze i słodkie owoce). Wystąpiły jednak nieoptymalne wartości BP, dlatego do dotychczasowego leczenia dołączono Tertensif SR.

Pacjent z Oddziału Rehabilitacji został wypisany z rozpoznaniami jak powyżej. W epikryzie odnotowano poprawę koordynacji i kontroli lewej połowy

Adres do korespondencji: dr n. med. Konrad Szosland, spec. chorób wewnętrznych, spec. diabetolog
Klinika Endokrynologii i Chorób Metabolicznych, Instytut–Centrum Zdrowia Matki Polki
ul. Rzgowska 281/289, 93–338 Łódź
e-mail: konrad.szosland@szosland.org

 Copyright © 2015 Via Medica, ISSN 1428–5851

ciała, ale utrzymujące się łagodne zaburzenia pamięci i poznawcze, potwierdzone w ocenie psychologicznej. Podtrzymano zalecenie samokontroli BP i okresowej kontroli glikemii.

Podczas pierwszej wizyty w Poradni stwierdzono BP 150/80 mm Hg, w samokontroli wartości ciśnienia oscyływały w granicach od 130/60 mm Hg do 145/90 mm Hg. Stąd zdecydowano o dołączeniu do terapii amlodypiny 5 mg.

Pacjent planował powrót do pracy i w związku z dobrym stanem uzyskał na to zgodę.

Podczas kolejnej wizyty stwierdzono BP 145/90 mm Hg, ale w dzienniku samokontroli zarejestrowane były zwwyżki ciśnienia do 160/100 mm Hg i wartości poniżej 120/70 mm Hg. Żona pacjenta przyznała, że kilkakrotnie zdarzyło jej się odkryć, że mążzonek podekscytowany powrotem do obowiązków zawodowych pomijał przyjmowanie przygotowanych przez nią leków.

W badaniach laboratoryjnych potwierdzono prawidłową czynność nerek: mocznik 35 mg/dl, kreatynina 0,9 mg/dl, wyrównanie glikemii HbA1c 7,2%. Ponadto zaobserwowano poprawę profilu lipidowego: cholesterol całkowity 210 mg/dl, HDL 40 mg/dl, trójglicerydy 130 mg/dl.

Zalecono modyfikację leczenia polegającą na zastąpieniu dotychczasowych leków hipotensyjnych preparatem Triplixam = 10 mg perindoprilu + 2,5 mg indapamidu + 5 mg amlodypiny.

Podczas wizyty kontrolnej stwierdzono dobre samopoczucie pacjenta, BP 130/80 mm Hg, a w dzienniku samokontroli wartości ciśnienia w optymalnych granicach.

Komentarz

Wartości BP stwierdzone u pacjenta upoważniają do rozpoznania nadciśnienia tętniczego III stopnia, a współistniejąca cukrzyca i otyłość, a także zaburzenia lipidowe pozwalałyby na zakwalifikowanie chorego do grupy najwyższego ryzyka. Jednak klasyfikacja ta nie ma już zastosowania wobec tego, że w dramatyczny sposób choroba układu krążenia ujawniła się w postaci udaru.

Pacjent właśnie ze względu na przebyty udar wymagał natychmiastowego włączenia farmakoterapii. Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (PTNT) dążenie do docelowych wartości BP poniżej 140/90 powinno następować powoli. U pacjenta włączano kolejne leki według schematu zalecanego przez PTNT: inhibitor konwertazy angiotensyny (perindopril), następnie lek moczopędny tiazydopodobny (indapamid) i kolejno

bloker kanału wapniowego (amlodypina) [1]. Stosując to skojarzenie leków w optymalnych dawkach uzyskano suboptymalne wyrównanie BP. Mogło się nasunąć podejrzenie, że jest to przypadek opornego nadciśnienia tętniczego. Według definicji: oporne nadciśnienie tętnicze to wartość BP \geq 140/90 mm Hg przy stosowaniu 3 leków (w tym diuretyku), właściwie skojarzonych w pełnych dawkach [2]. Jednak wywiad wskazywał, że właściwym problemem mogą być zjawiska *noncompliance* i *nonadherence*, czyli braku przestrzegania zaleceń lekarskich dotyczących farmakoterapii i braku systematyczności w przyjmowaniu leków.

Jednym z bardzo istotnych czynników decydujących o przestrzeganiu zaleceń dotyczących farmakoterapii jest ich prostota. Dużo łatwiej jest systematycznie przyjmować jedną tabletkę w ciągu doby niż — tak jak w tym przypadku — trzy. W pracach badawczych potwierdzono, że stosowanie kilku preparatów przeciwnadciśnieniowych pogarsza systematyczność leczenia [3]. Kolejnym czynnikiem jest indywidualizacja terapii, tak aby przystawała do trybu życia pacjenta. Dużo bardziej właściwe jest w miarę możliwości dostosowanie dawkowania leku do trybu życia pacjenta, a nie narzucanie mu sposobu przyjmowania leków w schemacie utrudniającym funkcjonowanie w życiu codziennym. Takie elastyczne dostosowanie pory podawania leków jest możliwe dzięki przyjmowaniu jednej tabletki leku skojarzonego.

Na podstawie metaanalizy wykazano, że korzyści farmakoterapii obniżającej BP bezpośrednio zależą od przestrzegania zaleceń farmakoterapii i systematyczności leczenia [4].

Zaobserwowano, że przestrzeganie zaleceń dotyczących farmakoterapii (*adherence*) jest lepsze u pacjentów, którzy podporządkowują się już zaleceniem dotyczącym postępowania niefarmakologicznego i modyfikacji stylu życia [5]. W omawianym przypadku pacjent ignorował wcześniejsze informacje dotyczące nadciśnienia tętniczego i wobec braku poczucia choroby nie stosował się do nich. U pacjenta występują zaburzenia pamięci i poznawcze, a to stanowi dodatkową przesłankę uzasadniającą zastosowanie preparatu złożonego — osobie opiekującej się chorym łatwiej jest dopilnować przyjęcia jednej tabletki niż dwóch czy trzech.

Triplixam występuje w zróżnicowanych dawkach pozwalających na wybór właściwy dla każdego pacjenta wymagającego terapii lekami hipotensyjnymi z trzech grup terapeutycznych: inhibitorem konwertazy angiotensyny, tiazydopodobnym lekiem moczopędnym i blokerem kanału wapniowego. Stanowi optymalny wybór u wszyst-

kich pacjentów, u których tryb życia, obowiązki zawodowe bądź stan zdrowia i zaburzenia pamięci utrudniają przestrzeganie regularnego przyjmowania kilku preparatów.

Piśmiennictwo

1. Aktualne zalecenia PTNT. Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym — 2011 rok.
2. Modolo R., de Faria A.P., Sabbatini A.R., Barbaro N.R., Ritter A.M., Moreno H. Refractory and resistant hypertension: characteristics and differences observed in a specialized clinic.

3. *J. Am. Soc. Hypertens.* 2015; 9: 397–402. doi: 10.1016/j.jash.2015.03.005.

4. Hedna K., Hakkarainen K.M., Gyllensten H. i wsp. Adherence to Antihypertensive Therapy and Elevated Blood Pressure: Should We Consider the Use of Multiple Medications? *PLoS One.* 2015; 10: e0137451. doi: 10.1371/journal.pone.0137451.

5. Corrao G., Rea F., Ghirardi A., Soranna D., Merlino L., Mancina G2. Adherence With Antihypertensive Drug Therapy and the Risk of Heart Failure in Clinical Practice. *Hypertension* 2015; 66: 742–749. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.115.05463.

6. Aronson J.K. Compliance, concordance, adherence. *Br. J. Clin. Pharmacol.* 2007; 63: 383–384.