

Pytania egzaminacyjne – przykłady

Anna Szyndler

Klinika Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk

Szanowni Państwo,

poniżej przedstawiamy Państwu kolejny zestaw przykładowych pytań, które mogłyby pojawić się podczas Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego z hipertensjologii. Każde z pytań uzupełniono krótkim komentarzem i wskazaniem źródła, w którym znajdziecie Państwo rozwinięcie tematu.

Miłej lektury.

Pytanie 1

W czasie wizyty lekarskiej w ramach medycyny pracy u 32-letniego palącego pacjenta z nadwagą (BMI — 27,4 kg/m²) stwierdzono średnie wartości ciśnienia 158/94 mm Hg oraz średnią akcję serca — 94/min. W wywiadzie potwierdzono również obciążenie rodzinne nadciśnieniem tętniczym (NT). Którą z zaproponowanych strategii należy zastosować:

1. U pacjentów z NT I stopnia należy potwierdzić NT w pomiarach poza gabinetem lekarskim.
2. Z uwagi na bardzo obciążający wywiad pacjenta należy rozpocząć farmakoterapię NT.
3. Należy ocenić ryzyko sercowo-naczyniowe pacjenta według skali SCORE.
4. Należy zalecić pacjentowi wdrożenie zasad zdrowego stylu życia (postępowanie nefarmakologiczne).
5. Farmakoterapię należy wdrożyć po potwierdzeniu NT (druga wizyta, pomiary poza gabinetem lekarskim) oraz zgodnie z oceną ryzyka sercowo-naczyniowego.
6. U opisanego pacjenta farmakoterapię należy rozpocząć od stosowania jednego leku hipotensyjnego.

Prawidłowe są odpowiedzi:

- A. 1, 2, 3
- B. 1, 3, 4
- C. 1, 4, 5
- D. 2, 3, 6
- E. 4, 5, 6

Adres do korespondencji: Dr n. med. Anna Szyndler, Klinika Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii, Gdański Uniwersytet Medyczny, ul Dębinki 7c, 80-952 Gdańsk; e-mail: anna.szyndler@gumed.edu.pl

Pytanie 2

Proszę wskazać twierdzenia odnoszące się do przedstawionego poniżej podsumowania i wykresu wartości ciśnienia z całodobowego ambulatoryjnego monitorowania ciśnienia tętniczego u otyłego pacjenta z opornym nadciśnieniem tętniczym.

Średnia z 24 godz.	SBP 152	DBP 95 mm Hg	AS 114 u/min
Średnia z okresu 6–22	SBP 153	DBP 98 mm Hg	AS 117 u/min
Średnia z okresu 22–6	SBP 151	DBP 88 mm Hg	AS 106 u/min

1. Brak prawidłowego profilu dobowego ciśnienia (*non-dipper*)
2. Prawidłowy profil ciśnienia tętniczego
3. Odwrócony profil ciśnienia tętniczego (*reverse-dipper*)
4. W przypadkach braku nocnego spadku ciśnienia tętniczego, po wykluczeniu przyczyn zewnętrznych, wskazana jest diagnostyka wtórnych postaci nadciśnienia tętniczego
5. W pierwszej kolejności w tym przypadku należy rozważyć diagnostykę zaburzeń oddychania o charakterze obturacyjnym
6. Przedstawiony profil ciśnienia tętniczego charakterystyczny jest dla maskowanego nadciśnienia tętniczego

Prawidłowe są odpowiedzi:

- A. 1, 4, 5
- B. 3, 4, 5
- C. 1, 4, 6
- D. 2, 5, 6
- E. 3, 4, 6

Pytanie 3

Na kolejną wizytę kontrolną zgłasza się mężczyzna 84-letni, z nowo rozpoznanym, niepokwintanym izolowanym skurczowym nadciśnieniem tętniczym (ISH) w I stopniu (wartości ciśnienia w gabinecie lekarskim śr. 157/69 mm Hg). Wskaż odpowiednie postępowanie w przedstawionej sytuacji:

- A. Cele terapeutyczne u osób > 80. rż. z izolowanym ISH nie różnią się od obowiązujących w młodszych grupach wiekowych.
- B. Należy jak najszybciej dążyć do osiągnięcia celu terapeutycznego (SBP < 130 mm Hg) z uwagi na wykazane korzyści z leczenia nadciśnienia tętniczego w podeszłym wieku.
- C. Nadciśnienie tętnicze I stopnia nie wymaga leczenia u osób powyżej 80. rż.
- D. Z uwagi na wielochorobowość (w tym choroba wieńcowa oraz niewydolność serca) lekami pierwszego wyboru u osób w wieku bardzo podeszłym są β -adrenolityki.
- E. W terapii hipotensyjnej ISH należy dążyć do osiągnięcia celu terapeutycznego SBP < 140 mm Hg oraz DBP < 65 mm Hg.

Odpowiedzi z komentarzem

Pytanie 1

Prawidłowa odpowiedź: C

Rozpoznanie nadciśnienia tętniczego wymaga przeprowadzenia co najmniej dwóch pomiarów ciśnienia tętniczego w czasie dwóch kolejnych wizyt lekarskich, których średnie przekraczać będą 140 i/lub 90 mm Hg ciśnienia odpowiednio skurczowego i rozkurczowego [1]. Dodatkowo wytyczne u pacjentów z NT 1. stopnia zalecają potwierdzenie rozpoznania za pomocą pomiarów wykonanych poza gabinetem lekarskim w czasie monitorowania całodobowego lub pomiarów wykonywanych samodzielnie przez pacjenta w warunkach domowych. Postępowanie takie ma na celu identyfikację pacjentów z nadciśnieniem białego fartucha (do 25% pacjentów) oraz nadciśnieniem tętniczym maskowanym (10–20%). Jednakże do podejmowania decyzji dotyczących rozpoznania, ustalania progów rozpoczęcia leczenia oraz wartości docelowych nadal stosuje się wartości ciśnienia z pomiarów wykonanych w gabinecie lekarskim [2].

Dostępne dane wskazują, iż podstawą do rozpoczęcia terapii hipotensyjnej powinny być przede wszystkim wartości ciśnienia, a nie poziom globalnego ryzyka sercowo-naczyniowego. Rozpoczęcie leczenia u pacjentów z grupy niskiego bądź umiarkowanego ryzyka zapobiega lub może opóźnić ich przejście do kategorii wysokiego ryzyka związanego z powstawaniem powikłań choroby.

Zmiany stylu życia (leczenie niefarmakologiczne) stanowią podstawowy i pierwszy sposób leczenia nadciśnienia tętniczego. Postępowanie takie powinno zostać zalecone u pacjentów z podejrzeniem NT oraz u pacjentów z wysokim prawidłowym ciśnieniem tętniczym stwierdzonym podczas pierwszej wizyty lekarskiej. U pacjentów z NT 1. stopnia decyzja o podjęciu farmakoterapii powinna zostać podjęta po pełnej stratyfikacji ryzyka sercowo-naczyniowego.

Ocena ryzyka sercowo-naczyniowego według skali SCORE powinna być dokonywana u pacjentów > 40. rż., bez towarzyszącej choroby sercowo-naczyniowej i cukrzycy. W młodszych grupach wiekowych należy oceniać ryzyko według schematu zaproponowanego w wytycznych na podstawie obecności innych, klasycznych i nieklasycznych, czynników ryzyka, subklinicznych uszkodzeń narządowych, powikłań sercowo-naczyniowych i przewlekłej choroby nerek (PChN). W młodszych grupach wiekowych można również wykorzystywać ocenę ryzyka względnego.

Intensywność oraz czas włączenia farmakoterapii zależy od oceny całkowitego ryzyka sercowo-naczyniowego — u pacjentów w stadium 1. NT farmakoterapię można rozpocząć po 3–6-miesięcznej próbie leczenia niefarmakologicznego.

Według obowiązujących wytycznych monoterapię można rozważać jedynie u młodych pacjentów z niskim ryzykiem sercowo-naczyniowym. U przedstawionego pacjenta występowały trzy czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego (palenie tytoniu, nadwaga, płęć męska) w 1. stopniu NT, dlatego też jego ryzyko można ocenić na umiarkowane, a leczenie należy rozpocząć od terapii złożonej.

Pytanie 2

Prawidłowa odpowiedź: A

U osób zdrowych wartości ciśnienia tętniczego obniżają się w okresie spoczynku nocnego. Przyjmuje się, że prawidłowy spadek ciśnienia tętniczego w nocy wynosi > 10% średniej wartości z dnia zarówno dla wartości skurczowych, jak i rozkurczowych ciśnienia. Brak spadku

ciśnienia tętniczego w okresie spoczynku znacznie zwiększa ryzyko sercowo-naczyniowe pacjentów, a w niektórych przypadkach może być wskazaniem do chronoterapii nadciśnienia tętniczego. W takich sytuacjach zawsze należy wykluczyć zewnętrzne przyczyny podwyższonego ciśnienia tętniczego w nocy, takie jak praca zmianowa, słaba tolerancja aparatu do całodobowego monitorowania itp., oraz przeprowadzić diagnostykę zaburzeń oddychania w czasie snu (OBS) [3].

O opornym nadciśnieniu tętniczym mówi się w przypadku pacjentów przyjmujących trzy leki hipotensyjne, w tym diuretyk, w pełnych dawkach, którzy nie osiągają docelowych wartości ciśnienia tętniczego. Wśród przyczyn braku uzyskiwania celów wymienia się najczęściej pseudooporność wynikającą z nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, nieodpowiednich dawek leków hipotensyjnych, występowania zjawiska białego fartucha, nieodpowiedniej techniki pomiaru itp. W przypadku potwierdzenia rzeczywistej oporności na leczenie (kilka procent pacjentów) należy wykluczyć najczęstsze przyczyny utrzymujących się wysokich wartości ciśnienia, w tym między innymi przyjmowanie substancji podwyższających ciśnienie tętnicze (NLPZ, lukrecja, narkotyki), obecność przyczyn wtórnych nadciśnienia, nieadekwatną terapię (zbyt małe dawki leków moczopędnych) lub powikłania narządowe. Wśród najczęstszych przyczyn opornego nadciśnienia tętniczego, szczególnie gdy towarzyszy mu brak spadku nocnego ciśnienia tętniczego, wymienia się zaburzenia oddychania w czasie snu o charakterze obturacyjnym oraz inne wtórne postaci nadciśnienia (hiperaldosteronizm pierwotny, przewlekła choroba nerek itp.).

Pytanie 3

Prawidłowa odpowiedź: C

Zgodnie z wytycznymi PTNT 2019 u pacjentów > 80. rż. leczenie hipotensyjne należy włączyć w 2. i 3. stopniu nadciśnienia tętniczego [8].

Cel terapeutyczny u osób w wieku bardzo podeszłym należy osiągać stopniowo i powoli z uwagi na wielochorobowość, większe ryzyko działań niepożądanych leków oraz polipragmazję u pacjentów starszych.

Celem terapeutycznym dla osób w wieku bardzo podeszłym (> 80. rż.) jest wartość ciśnienia skurczowego < 150 mm Hg.

W przypadku ISH w wieku podeszłym i bardzo podeszłym obowiązują kryteria rozpoczęcia terapii i docelowe oraz niezalecane wartości SBP odpowiednie do wieku.

Preferowanymi grupami leków hipotensyjnych u osób w wieku podeszłym są diuretyki tiazydowe/tiazydopochodne oraz antagoniści wapnia.

Piśmiennictwo

1. Tykarski A, Filipiak K, Januszewicz A. Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym — 2019 rok. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego. *Nadciśnienie Tętnicze w Praktyce*. 2019; 5(1): 86.
2. Stergiou GS, Palatini P, Parati G, et al. European Society of Hypertension Council and the European Society of Hypertension Working Group on Blood Pressure Monitoring and Cardiovascular Variability. 2021 European Society of Hypertension practice guidelines for office and out-of-office blood pressure measurement. *J Hypertens*. 2021 [Epub ahead of print], doi: [10.1097/HJH.0000000000002843](https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000002843), indexed in Pubmed: [33710173](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33710173/).
3. Stergiou GS, Asayama K, Thijs L, et al. International Database on HOme blood pressure in relation to Cardiovascular Outcome (IDHOCO) Investigators, International Database of Home blood pressure in relation to Cardiovascular Outcome Investigators, IDHOCO Investigators. The International Database of HOme blood pressure in relation to Cardiovascular Outcome (IDHOCO): moving from baseline characteristics to research perspectives. *Hypertens Res*. 2012; 35(11): 1072–1079, doi: [10.1038/hr.2012.97](https://doi.org/10.1038/hr.2012.97), indexed in Pubmed: [22763485](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22763485/).