

Pytania egzaminacyjne – zasady leczenia pozahipotensyjnego u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym (część I)

Marta Sołtysiak, Karolina Mollin, Agata Smolarczyk, Łukasz Kwiatkowski, Jacek Drozdowski

Oddział Chorób Wewnętrznych i Hipertensjologii, COPERNICUS PL, Gdańsk

Pomimo trwającej pandemii COVID-19 choroby sercowo-naczyniowe (CVD, *cardiovascular disease*) niezmiennie stanowią główną przyczynę zgonów w Polsce i na świecie. Globalne ryzyko CVD jest wypadkową stopnia nadciśnienia tętniczego i współwystępowania innych, tak zwanych klasycznych oraz nieklasycznych czynników ryzyka CVD, które należy wcześniej identyfikować i skutecznie kontrolować. Naturalne jest więc, że w strategię tę wpisuje się także leczenie pozahipotensyjne. Zapraszamy do lektury pierwszej części pytań wraz z komentarzami.

Zespół redagujący

Pytanie 1

Wskaż poprawne odpowiedzi odnośnie postępowania w hiperurykemii:

- A. Optymalne docelowe stężenie kwasu moczowego w surowicy pacjenta z nadciśnieniem tętniczym i dyslipidemią to < 5 mg/dl
- B. Optymalne docelowe stężenie kwasu moczowego w surowicy pacjenta z nadciśnieniem tętniczym i dyslipidemią wynosi pomiędzy 5 a 6 mg/dl
- C. U pacjentów z bezobjawową hiperurykemią, nadciśnieniem tętniczym i dyslipidemią nie ma wskazań do wdrożenia leczenia inhibitorem oksydazy ksantynowej
- D. Lekiem pierwszego rzutu w leczeniu hiperurykemii jest allopurinol
- E. A + D

Pytanie 2

Prewencja cukrzycy typu 2 — wskaż poprawne stwierdzenie:

- A. Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego (PTD) badanie przesiewowe w kierunku cukrzycy należy wykonać u wszystkich osób powyżej 45. rż.
- B. U 35-letniego otyłego pacjenta z nieprawidłową tolerancją glukozy zaleca się wdrożenie metforminy
- C. Wybierając lek hipotensyjny u pacjenta z zespołem metabolicznym, należy uwzględnić ryzyko rozwoju cukrzycy
- D. Prawidłowe są odpowiedzi to A, B i C

Pytanie 3

Leczenie przeciwplatek u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym — wskaż niepoprawne stwierdzenie:

- A. U pacjenta z nadciśnieniem tętniczym i wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym wskazane jest stosowanie kwasu acetylosalicylowego (ASA) w prewencji pierwotnej
- B. U pacjenta z przewlekłym zespołem wieńcowym i dużym ryzykiem sercowo-naczyniowym dopuszczalne jest stosowanie tikagrelolu w prewencji pierwszorzędowej
- C. Aktualna strategia leczenia przeciwzakrzepowego u pacjenta z grupy bardzo dużego ryzyka powikłań niedokrwiennych stwarza możliwość zastosowania podwójnej terapii przeciwzakrzepowej (DAT) z zastosowaniem leku przeciwplatekowego i rywaroksabanu
- D. Wszystkie odpowiedzi są nieprawidłowe

Odpowiedzi z komentarzem

Pytanie 1

Prawidłowa odpowiedź: E

W 2018 r. *European Society of Cardiology* i *European Society of Hypertension* (ESH/ESC) uznały hiperurykemię (HU) za nowy, istotny czynnik ryzyka sercowo-naczyniowego, ugruntowując tym samym wcześniejsze obserwacje kliniczne. Coraz więcej dowodów wskazuje na kluczową rolę hamowania oksydazy ksantynowej w uszkodzeniu naczyń, procesach zapalnych, przewlekłej niewydolności serca. Aktualne wytyczne, między innymi Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (PTNT) z 2019 r. i *Konsensus ekspertów dotyczący diagnozowania i leczenia pacjentów z hiperurykemią (HU) oraz wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym* wskazują na optymalne docelowe stężenie kwasu moczowego na poziomie < 5 mg/dl u pacjentów obciążonych wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym (obejmującym ≥ 2 z następujących czynników: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, dyslipidemia, niedawny udar mózgu lub zawał serca, przewlekła choroba nerek). Lekiem pierwszego rzutu w HU jest allopurinol, a jego potwierdzony klinicznie, korzystny wpływ na układ sercowo-naczyniowy wynika z silnego potencjału obniżającego stężenie kwasu moczowego i istotnego działania antyoksydacyjnego.

Pytanie 2

Prawidłowa odpowiedź: D

Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego (PTD) badanie przesiewowe w kierunku cukrzycy należy przeprowadzić u wszystkich osób powyżej 45. roku życia co 3 lata oraz corocznie, bez względu na wiek, u osób obarczonych czynnikiem ryzyka rozwoju cukrzycy typu 2. Systematyczna aktywność fizyczna, odpowiednia dieta oraz redukcja masy ciała pozwalają na znaczne zmniejszenie ryzyka rozwoju cukrzycy typu 2, także u osób ze stwierdzonym stanem przedcukrzycowym (*prediabetes*). U pacjentów z PTD zaleca stosowanie metforminy w prewencji cukrzycy typu 2, szczególnie u chorych < 60 . roku życia z otyłością w stopniu II lub III oraz u kobiet z przebytą cukrzycą ciążową.

W leczeniu nadciśnienia tętniczego u pacjentów z zespołem metabolicznym preferuje się leki złożone (SPC, *single pill combination*) zawierające bloker układu renina–angiotensyna–aldosteron (RAA) w połączeniu z blokerem kanału wapniowego lub diuretykiem tiazydopodobnym, a wybór leku powinien uwzględniać ryzyko rozwoju cukrzycy.

Pytanie 3

Prawidłowa odpowiedź: A

W 2019 r. *European Society of Cardiology* (ESC) wprowadziło pojęcie przewlekłego zespołu wieńcowego (CCS, *chronic coronary syndrome*) i uporządkowało dotychczasowe zalecenia dotyczące leczenia choroby niedokrwiennej serca. Całkowicie ograniczono stosowanie kwasu acetylosalicylowego w prewencji pierwotnej u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym, niezależnie od stratyfikacji ryzyka sercowo-naczyniowego. Wachlarz optymalnej farmakoprotekcji naczyniowej uzupełniono o leki przeciwkrzepliwe (rywaroksaban) — u chorych z grupy wysokiego ryzyka niedokrwiennego i małego ryzyka powikłań krwotocznych. W 2020 r. roku Amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków (FDA, *Food and Drug Administration*) poszerzyła wskazania do stosowania tikagreloru także u chorych z grupy dużego ryzyka z rozpoznanym CCS w pierwszorzędowej prewencji zawału serca.

Piśmiennictwo

1. Tykarski A, Filipiak KJ, Januszewicz A, et al. Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym — 2019. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego. *Nadciś Tętn Prakt.* 2019; 5(1): 1–86.
2. Domienik-Karłowicz J, Barylski M, Filipiak K. Allopurinol — szczególne miejsce na tle wiedzy o wpływie hiperurykemii na ryzyko sercowo-naczyniowe. *Choroby Serca i Naczyń.* 2022; 18(4): 191–199, doi: 10.5603/chsin.2021.0016.
3. Diabetology C. 2018 Guidelines on the management of diabetic patients. A position of Diabetes Poland. *Clin Diab.* 2018; 7(1): 1–90, doi: 10.5603/dk.2018.0001.
4. Orchard TJ, Temprosa M, Goldberg R, et al. Diabetes Prevention Program Research Group. The effect of metformin and intensive lifestyle intervention on the metabolic syndrome: the Diabetes Prevention Program randomized trial. *Ann Intern Med.* 2005; 142(8): 611–619, doi: 10.7326/0003-4819-142-8-200504190-00009, indexed in Pubmed: 15838067.
5. Knuuti J, Wijins W, Saraste A, et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. *Eur Heart J.* 2020 Jan 14;41(3):407–477; 41(3): 407–477, doi: 10.1093/eurheartj/ehz425, indexed in Pubmed: 31504439.
6. Wood S. FDA Extends ticagrelor indication to high risk CAD primary prevention. *TCTMD.* 2020; 06. <https://www.tctmd.com/news/fda-extends-ticagrelor-indication-high-risk-cad-primary-prevention>.
7. Grajek S. Przewlekła terapia przeciwplatek w 2020 roku – spojrzenie klinicysty. *Kardiol Pol.* 2020; 78(Suppl 6): 95–117.
8. Nolan CJ, Ruderman NB, Kahn SE, et al. Insulin resistance as a physiological defense against metabolic stress: implications for the management of subsets of type 2 diabetes. *Diabetes.* 2015; 64(3): 673–686, doi: 10.2337/db14-0694, indexed in Pubmed: 25713189.
9. Czupryniak L, Szymańska-Garbacz E, Szczepanek-Parulska E, et al. Insulinooporność w pytaniach i odpowiedziach. Insulinooporność jako pseudochoroba — powszechny problem w gabinecie diabetologa i endokrynologa. *Med Prakt.* 2022; 1: 88–100.
10. Mach F, Baigent C, Catapano AL, et al. ESC Scientific Document Group. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J.* 2020; 41(1): 111–188, doi: 10.1093/eurheartj/ehz455, indexed in Pubmed: 31504418.
11. Filipiak K. Nowe europejskie wytyczne dotyczące dyslipidemii 2019 — krytyczne spojrzenie eksperta. Subiektywne wskazanie dziesięciu najważniejszych zmian. *Lekarz POZ.* 2019; 5(5): 357–366.