

Postępowanie w nadciśnieniu tętniczym w różnych stanach klinicznych

Vademecum nadciśnienia tętniczego



TRIPLIXAM[®]
perindoprilum argininum + indapamidum + amlodipinum



Trzy składniki i tylko jedna tabletką...

peryndopryl	indapamid	amlodypina	peryndopryl	indapamid	amlodypina
5	1,25	5	10	2,5	5
5	1,25	10	10	2,5	10



NT z towarzyszącym zespołem metabolicznym

NT z towarzyszącą cukrzycą

Odrębności postępowania

- Istotne zmiany stylu życia – szczególnie zmniejszenie masy ciała i zwiększenia aktywności fizycznej
- Chorzy charakteryzują się dużym ryzykiem rozwoju cukrzycy
- Wybór leku – należy uwzględnić wpływ na metabolizm glukozy
- Nierzadko NT ukryte – podwyższone RR w nocy i brak jego spadku nocy, a także hipotonię ortostatyczną.
- Należy wykonać całodobową rejestrację RR i pomiary RR po pionizacji
- Modyfikacja innych czynników ryzyka s-n (kontrola glikemii i stężenia cholesterolu LDL)

Rozpoczęcie leczenia NT

≥ 140/90 mmHg (do 80. r.ż.)

≥ 160/90 mmHg (> 80. r.ż.)

≥ 140/90 mmHg

130–139/85–89 mmHg
(u chorych z białkomoczem)

Wartości docelowe

< 140/80 mmHg,
następnie < 130/80 mmHg (do 65. r.ż.)

< 140/80 mmHg (65.–80. r.ż.)

< 150/80 mmHg (> 80. r.ż.)

< 130/80 mmHg (do 65. r.ż.)

< 140/80 mmHg (65.–80. r.ż.)

< 150/80 mmHg (> 80. r.ż.)

Wartości niezalecane

< 120/70 mmHg (< 65. r.ż.)

< 130/70 mmHg (≥ 65. r.ż.)

Rozkurczowe RR < 65 mmHg (u chorych z izolowanym nadciśnieniem skurczowym)

< 120/70 mmHg (< 65. r.ż.)

< 130/70 mmHg (≥ 65. r.ż.)

Rozkurczowe RR < 65 mmHg (u chorych z izolowanym nadciśnieniem skurczowym)

Leki I wyboru

ACE-I / sartan

ACE-I

(preferowane: peryndopryl, ramipryl) / sartan

Leki II wyboru

dihydropirydynowy/niedihydropirydynowy antagonistą wapnia

dihydropirydynowy antagonistą wapnia / diuretyk tiazydopodobny/tiazydowy (preferowany: indapamid)

Zalecane skojarzenia leków

- ACE-I /sartan + antagonistą wapnia lub diuretyk tiazydopodobny, ewentualnie w postaci preparatu złożonego trójlekowego

- ACE-I/sartan + antagonistą wapnia lub diuretyk tiazydopodobny
- Uwaga: nie łączyć ACE-I z sartanem

Leczenie uzupełniające

—

statyny

kwas acetylosalicylowy (prewencja wtórna)

Odrębności postępowania

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Leczenie hipotensyjne u osób po 65. r.ż. zmniejsza liczbę udarów mózgu, a także ryzyko rozwoju niewydolności serca i zgonu z przyczyn s-n • Wskazana jest ocena RR po 1 jednej minucie i po 3 minutach pionizacji • U chorych z zespołem kruchości decyzja o rozpoczęciu leczenia NT powinna być podejmowana rozważnie | <ul style="list-style-type: none"> • Definiowane jako podwyższone RR skurczowe przy prawidłowych wartościach rozkurczowego RR • Dominująca postać NT w wieku podeszłym • Wynika ze zmniejszenia elastyczności aorty i dużych tętnic |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Rozpoczynanie leczenie NT

≥ 140/90 mmHg (do 80. r.ż.)
 ≥ 160/90 mmHg (> 80. r.ż.)

≥ 140/90 mmHg (do 80. r.ż.)
 ≥ 160/90 mmHg (> 80. r.ż.)

Wartości docelowe

< 140/80 mmHg (65.– 80. r.ż.)
 < 150/80 mmHg (> 80. r.ż.)

< 140/80 mmHg (65.–80. r.ż.)
 < 150/80 mmHg (> 80. r.ż.)

Wartości niezalecane

< 130/70 mmHg
 Rozkurczowe RR < 65 mmHg
 (u chorych z izolowanym nadciśnieniem skurczowym)

Rozkurczowe RR < 65 mmHg

Leki I wyboru

dihdropirydynowy antagonistą wapnia / diuretyk tiazydopodobny/tiazydowy (u osób po 80. r.ż. preferowanym lekiem I rzutu jest indapamid)

dihdropirydynowy antagonistą wapnia / diuretyk tiazydopodobny/tiazydowy

Leki II wyboru

ACE-I/sartan (u osób po 80. r.ż. – ACE-I)

ACE-I/sartan

Zalecane skojarzenia leków

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • ACE-I/sartan + dihydroprydynowy antagonistą wapnia / diuretyk tiazydopodobny/tiazydowy • U osób po 80. r.ż. preferowanym preparatem złożonym jest skojarzenie indapamidu z ACE-I • Preferowane preparaty złożone w niepowikłanym NT – dihydroprydynowy antagonistą wapnia + diuretyk tiazydopodobny • W przypadku powikłań sercowych – preparat złożony zawierający ACE-I • Przebyty incydent wieńcowy w wywiadzie – ACE-I + β-adrenolityk) | <ul style="list-style-type: none"> • ACE-I/sartan + dihydroprydynowy antagonistą wapnia / diuretyk tiazydopodobny |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Odrębności postępowania

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Skuteczna terapia NT zmniejsza ryzyko udaru mózgu bardziej niż choroby wieńcowej • Antagoniści wapnia zmniejszają ryzyko udaru mózgu bardziej niż inne grupy leków hipotensyjnych • Wskazane jest wykonywanie próby ortostatycznej u chorych po przebyłym udarze mózgu podczas każdej wizyty • Jedna z metaanaliz wskazuje na możliwe zmniejszenie ryzyka rozwoju otępienia i zaburzeń funkcji poznawczych o 9% w wyniku leczenia hipotensyjnego • Wartości docelowe RR powinny być osiągnięte po ok. 2 tygodniach od zdarzenia pod warunkiem dobrej tolerancji | <ul style="list-style-type: none"> • Ochrona przed progresją przewlekłej choroby nerek wymaga ścisłej kontroli RR i możliwie największego obniżenia białkomoczu • Szczególnie ważne jest ograniczenie soli w diecie • ACE-I/sartany skuteczniej niż inne leki hipotensyjne z innych grup zmniejszają białkomoczu i opóźniają progresję dysfunkcji nerek • U chorych z przewlekłą chorobą nerek (PChN) leczenie ACE-I/sartanami należy rozpoczynać od małych dawek, następnie ostrożnie zwiększać do średnich dawek, kontrolując eGFR i kaliemię • Dopuszczalne zmniejszenie eGFR w ciągu 4–12 tygodni stosowania tych leków to 10–20% wartości wyjściowej • Wybór i dawka leku moczopędnego powinny zależeć od eGFR – diuretyków tiazydowych/tiazydopodobnych. Nie należy stosować u chorych z eGFR < 30 ml/min/1,73m². U tych chorych należy zalecać diuretyki pętlowe |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Rozpocznienie leczenia NT

Nie zdefiniowano

Nie zdefiniowano

Wartości docelowe

< 130/80 mmHg (do 65. r.ż.) – osiągnięte powoli pod warunkiem dobrej tolerancji
< 140/90 mmHg (≥ 65. r.ż.)

< 140/80 mmHg, następnie < 130/80 mmHg (do 65. r.ż.)
< 140/80 mmHg (65.–80. r.ż.)
< 150/80 mmHg (> 80. r.ż.)

Wartości niezalecane

< 120/70 mmHg (< 65. r.ż.)
< 130/70 mmHg (≥ 65. r.ż.)
Rozkurczowe RR < 65 mmHg (u chorych z izolowanym nadciśnieniem skurczowym)

< 120/70 mmHg (< 65. r.ż.)
< 130/70 mmHg (≥ 65. r.ż.)
Rozkurczowe RR < 65 mmHg (u chorych z izolowanym nadciśnieniem skurczowym)

Leki I wyboru

sartan, diuretyk tiazydopodobny/tiazydowy (preferowany indapamid)

ACE-I/sartan

Leki II wyboru

ACE-I

diuretyk pętlowy

Zalecane skojarzenia leków

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Terapia oparta na sartanie lub diuretyku tiazydopodobnym (indapamid) z możliwością dołączenia ACE-I | <ul style="list-style-type: none"> • ACE-I z antagonistą wapnia skuteczniej niż ACE-I z diuretykiem tiazydowym zapobiega podwojeniu stężenia kreatyniny i rozwojowi PChN |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

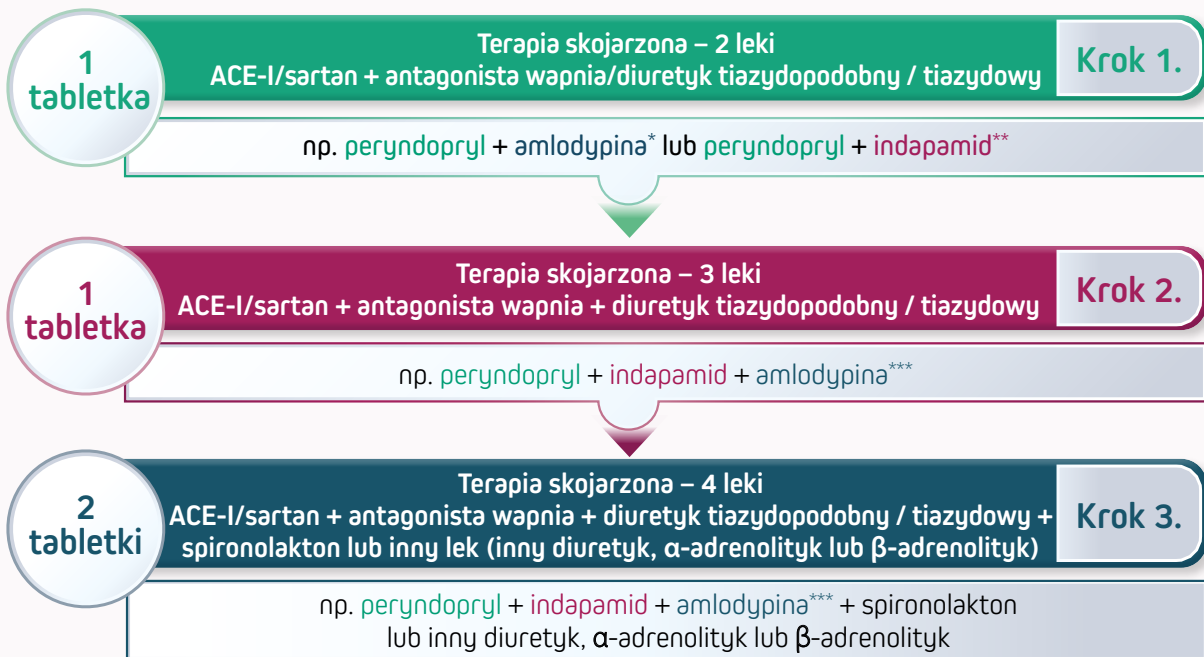
Leczenie uzupełniające

- Leczenie hipolipemizujące, przeciwplatekcyjne, przeciwkrzepliwie oraz leczenie chirurgiczne zwężenia tętnic szyjnych

—

Schemat leczenia hipotensyjnego. Podstawowa strategia terapii niepowikłanego nadciśnienia tętniczego

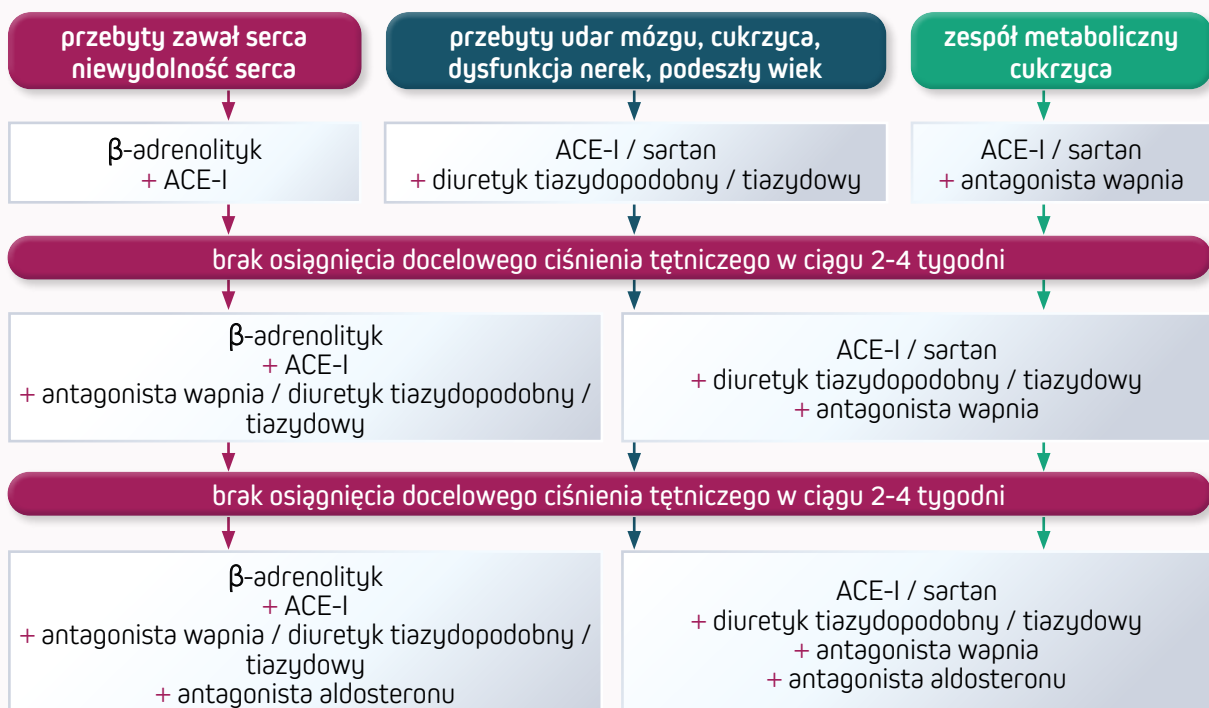
Postępowanie zalecane także u większości chorych z powikłaniami narządowymi, cukrzycą, po udarze i z chorobą tętnic obwodowych



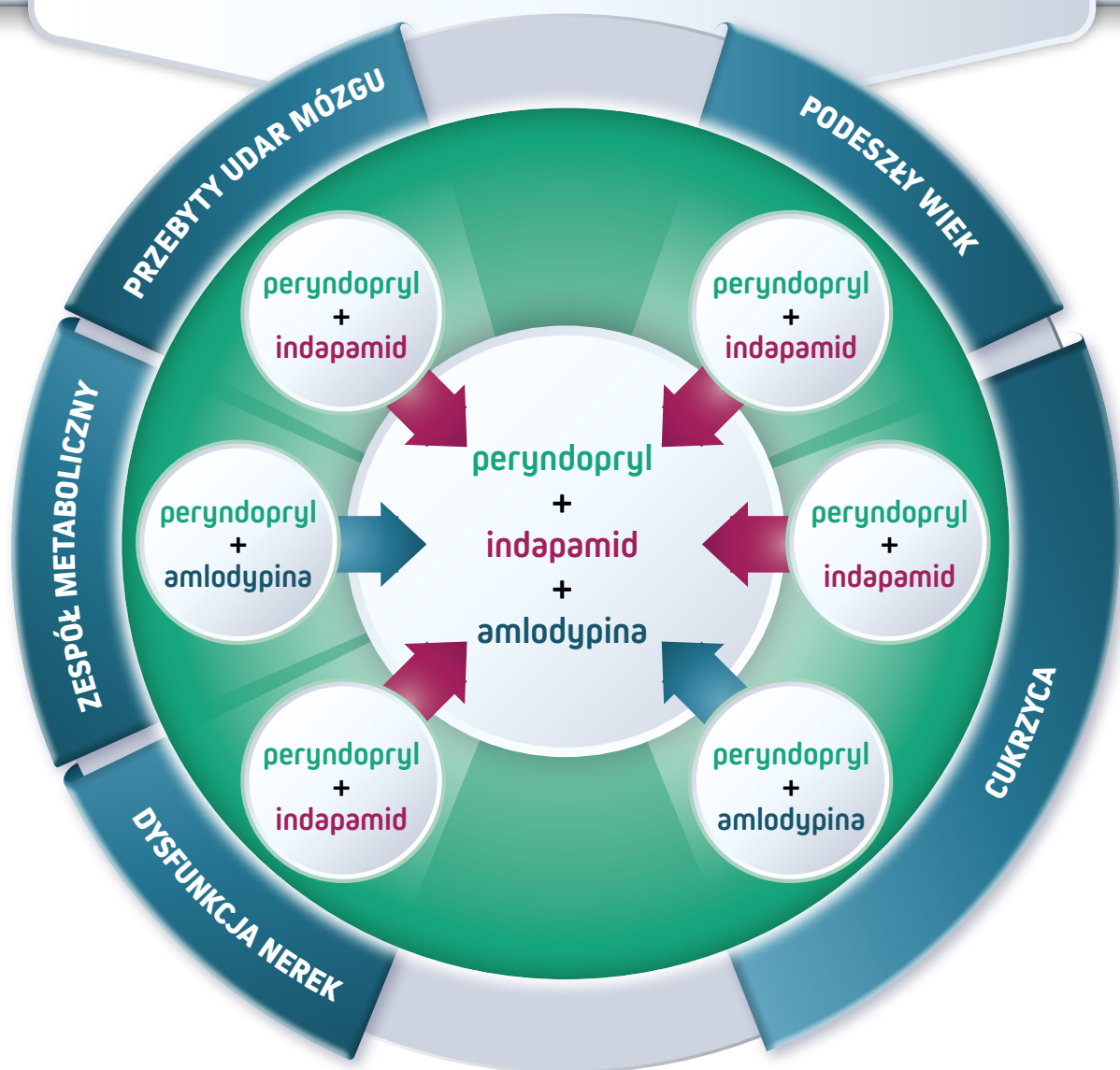
β-adrenolityki

Rozważ na każdym etapie leczenia w przypadku wskazania do stosowania (np. niewydolność serca, dławica, migotanie przedsionków, pacjenci po zawale serca, młodsze kobiety lub kobiety planujące ciążę).

Postępowanie w wybranych sytuacjach klinicznych



Przykładowe możliwości zastosowania preparatów złożonych w terapii nadciśnienia tętniczego w zależności od wskazań dodatkowych według wytycznych PTNT 2019 na przykładzie preparatów opartych na peryndoprylu, indapamidzie lub amlodypinie



* Co-Prestarium stosowanie produktu jest wskazane jako leczenie substytucyjne w terapii nadciśnienia tętniczego samoistnego i (lub) stabilnej choroby wieńcowej u pacjentów, którzy już stosują peryndopryl i amlodypinę w takich samych dawkach.

** Noliprel Bi-Forte jest wskazany w leczeniu nadciśnienia tętniczego samoistnego u pacjentów, u których osiągnięto odpowiednią kontrolę ciśnienia za pomocą peryndoprylu i indapamid u podawanych w oddzielnych preparatach w dawkach takich jak w produkcie Noliprel Bi-Forte.

*** Triplixam jest wskazany w leczeniu substytucyjnym nadciśnienia tętniczego samoistnego, u pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia podczas stosowania peryndoprylu i indapamid u podawanych w oddzielnych preparatach oraz amlodypiny w oddzielnym preparacie, w takich samych dawkach jak w produkcie leczniczym Triplixam.

