



Przewodnik Pacjenta

www.szpitaljp2.krakow.pl

Numer 5 (41) Maj 2016

Dr n. med. Urszula Czubek
Oddział Kliniczny Choroby Wieńcowej i Niewydolności
Serca z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru
Kardiologicznego

- NADCIŚNIENIE TĘTNICZE WAŻNY, A NIEDOCENIANY PROBLEM SPOŁECZNY



Dr n. med. Urszula Czubek, kardiolog,
hipertensjolog.

Jedną z najważniejszych chorób o znaczeniu społecznym, wpływających w sposób znaczny na chorobowość i ryzyko zgonu pacjentów jest nadciśnienie tętnicze. Już w latach 60. ubiegłego wieku dzięki pierwszym ogromnym jak na te czasy badaniom epidemiologicznym było ono zidentyfikowane jako istotny czynnik ryzyka rozwoju choroby wieńcowej, zawału serca.

NADCIŚNIENIE TĘTNICZE - CZY TO JEST PROBLEM? TAK!

Choroby układu sercowo-naczyniowego są najczęstszą przyczyną śmierci Polaków, w 2012 roku stanowiły 41% wszystkich zgonów. Problem dotyczy zarówno mężczyzn jak i kobiet, przyczyną ponad połowy zgonu Polek były choroby układu krążenia. Polacy żyją ok. 7 lat krócej w porównaniu do mieszkańców Europy Zachodniej. Z przeprowadzonych badań i analiz wynika, że największy potencjał w zrównoważeniu długości życia Polaków z innymi Europejczykami tkwi właśnie w chorobach układu sercowo-naczyniowego, lepszej diagnostyce, leczeniu, a przede wszystkim prewencji chorób sercowo-naczyniowych. Nadciśnienie tętnicze odgrywa tutaj decydującą rolę. Istnieje ścisły związek nadciśnienia tętniczego z ryzykiem poważnych incydentów i zgonów sercowo-naczyniowych. Stanowi to problem o charakterze społecznym.

Nadciśnienie tętnicze z uwagi na duże rozpowszechnienie, sięgające 32.5% populacji dorosłych Polaków (badanie NATPOL 2011) jest problemem społecznym, bowiem co trzeci dorosły Polak ma podwyższone wartości ciśnienia tętniczego. Ponadto, wśród pacjentów w wieku 60-79 lat odsetek ten przekracza już 2/3 populacji! Ilu Polaków co roku umiera z powodu nadciśnienia tętniczego, przynajmniej nieprawidłowo lezonego, pozostaje tajemnicą.

Ze względu na często bezobjawowy charakter schorzenia notuje się niezadowalającą, niską wykrywalność (około 67%) nadciśnienia tętniczego. W związku z tym niezbędnym elementem badania podczas



każdej wizyty lekarskiej jest pomiar ciśnienia tętniczego wraz z informacją o konieczności systematycznej kontroli ciśnienia. Niezwykle pożytecznym byłoby rozpowszechnienie umiejętności pomiaru ciśnienia tętniczego przez nie tylko osoby z rozpoznaną chorobą nadciśnieniową, ale osoby zdrowe, z prawidłowymi wartościami pomiarów.

Osiągnięcie właściwych wartości ciśnienia tętniczego zależy zarówno od stosowanych leków i postępowania lekarza, ważna jest również świadomość pacjenta i jego współpraca w procesie leczenia. Niestety nadal w Polsce notujemy niską skuteczność leczenia wynoszącą około 12%. A zwiększenie ryzyka związane z podwyższonym ciśnieniem tętniczym ma charakter ciągły i rozpoczyna się już od wartości ciśnienia uznawanych za prawidłowe.

CZY MAM JUŻ NADCIŚNIENIE TĘTNICZE?

Postawienie diagnozy nadciśnienia tętniczego wymaga stwierdzenia podwyższonego ciśnienia tętniczego do wartości co najmniej 140/90 mmHg w dwóch kolejnych pomiarach, podczas dwóch oddzielnych wizyt lekarskich. Ponieważ ryzyko sercowo-naczyniowe wiąże się zarówno z podwyższeniem ciśnienia skurczowego – to jest pierwsza wartość stwierdzana w czasie pomiaru, jak i rozkurczowego – druga wartość wyświetlana na ciśnieniomierzu, do rozpoznania i klasyfikacji stopnia nadciśnienia wystarczy wzrost tylko jednego z nich. Wartości pomiarów ciśnienia w granicach 130-139/85-89 mmHg pozwalają na stwierdzenia tzw. wysokiego prawidłowego ciśnienia tętniczego.



NADCIŚNIENIE PIERWOTNE CZY WTÓRNE?

U większości chorych (90-95%) nadciśnienie tętnicze ma charakter pierwotny o złożonej etiopatogenezie wykluczającej możliwość eliminacji czynnika przyczynowego. Zaledwie około 5 % chorych ma nadciśnienie tętnicze wtórne, zależne od chorób innych narządów, gdzie wyleczenie tych schorzeń powoduje z reguły normalizację ciśnienia tętniczego. Stąd u części pacjentów, szczególnie młodszych lub wykazujących pogorszenie skuteczności leczenia nadciśnienia, należy dążyć do wykrycia wtórnych postaci nadciśnienia z uwagi na możliwość usunięcia przyczyny nadciśnienia i uzyskania trwałego wyleczenia.

KIEDY LECZYĆ NADCIŚNIENIE TĘTNICZE?

Decyzje dotyczące leczenia nadciśnienia tętniczego, intensywności postępowania terapeutycznego wg wytycznych Polskiego Towarzy-

stwa Nadciśnienia Tętniczego (PTNT) z 2015 roku powinny opierać się na ocenie ogólnego ryzyka sercowo-naczyniowego chorego.

A jeśli to możliwe, na podstawie identyfikacji innych pojedynczych czynników ryzyka miażdżycy, często towarzyszących nadciśnieniu takich jak obecność chorób sercowo-naczyniowych w najbliższej rodzinie, dyslipidemie, czyli nieprawidłowości dotyczące cholesterolu całkowitego, frakcji LDL i HDL i trójglicerydów oraz podwyższonego stężenia białka C-reaktywnego w krwi, czy otyłości brzusznej i palenia tytoniu.

Czasami decyzja o podjęciu leczenia zależy od obecności uszkodzeń narządowych takich jak przerost lewej komory serca, pogrubienie kompleksu intima-media tętnicy szyjnej czy wystąpienie białka w moczu (mikroalbuminurii). Jeszcze ważniejsza jest obecność zależnych od nadciśnienia chorób sercowo-naczyniowych takich jak zawał serca, niewydolność serca, udar mózgu czy niewydolności nerek oraz cukrzycy.

JAKI JEST CEL LECZENIA NADCIŚNIENIA TĘTNICZEGO?

Najważniejszym celem leczenia chorego na nadciśnienie tętnicze jest zmniejszenie jego ryzyka zgonu i powikłań sercowo-naczyniowych. Aby to osiągnąć należy skutecznie obniżyć ciśnienie tętnicze oraz kontrolować współistniejące czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego i dążyć do regresji uszkodzeń narządowych.

Celem stosowanego leczenia hipotensyjnego jest obniżenie ciśnienia tętniczego do wartości poniżej 140/90 mm Hg, a w przypadku cukrzycy lub niewydolności nerek – do wartości poniżej 130/80 mm Hg. U pacjentów w wieku podeszłym należy unikać nadmiernego obniżenia ciśnienia rozkurczowego poniżej 60 mm Hg.

Skuteczne obniżenie wartości ciśnienia tętniczego do prawidłowych wartości u pacjentów z nadciśnieniem wiąże się z redukcją ryzyka incydentów mózgowych o 30-40%, co odpowiada ryzyku stwierdzanemu u osób z prawidłowym ciśnieniem, natomiast redukcja ryzyka incydentów wieńcowych jest o ok. 30% niższa.

mgr piel. Dorota Gałązka
Wojewódzki Ośrodek Domowego Leczenia Tlenem,
Konsultacyjna Przychodnia Specjalistyczna Chorób Płuc
Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II

DOMOWE LECZENIE TLENEM (DLT) W POLSCE



mgr piel. Dorota Gałązka

W Polsce domowe leczenie tlenem zainicjowano w 1986 roku, jest ono procedurą leczniczą kontraktowaną przez NFZ, finansowanie dotyczy stacjonarnych koncentratorów tlenu. Domowe leczenie tlenem jest jednym z najskuteczniejszych sposobów postępowania w zaawansowanym okresie przewlekłych chorób płuc przebiegających z niewydolnością oddychania. Korzystne efekty domowego leczenia tlenem zostały udowodnione u chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP).

Odpowiednia ilość tlenu dostarczana do wszystkich komórek organizmu jest niezbędnym warunkiem jego prawidłowego funkcjonowania. W przebiegu niektórych przewlekłych chorób układu oddechowego dochodzi do niewydolności oddechowej, charakteryzującej się stałym obniżeniem ciśnienia parcjalnego tlenu we krwi tętniczej, a co za tym idzie – przewlekłym niedotlenieniem tkanek. W większości przewlekłych chorób układu oddechowego nie istnieje

leczenie przyczynowe. Jediną metodą terapeutyczną pozwalającą na prawidłowe utlenowanie organizmu jest leczenie tlenem. Jest to bardzo skuteczna metoda leczenia, gdyż jak wykazano w grupie chorych na POChP, poprawia ona rokowania.

Skuteczność tlenoterapii zależy od liczby godzin jej stosowania w ciągu doby. Wykazano, że przeżycie w grupie chorych oddychających tlenem przez 12 godzin na dobę nie różniło się od przeżycia w grupie osób nie korzystających z tlenoterapii. Istotną poprawę przeżycia stwierdzono dopiero u pacjentów oddychających tlenem przez 15 godzin na dobę. Jeszcze lepsze przeżycie uzyskano u chorych oddychających tlenem około 18 godzin w ciągu doby. Wyniki tych badań pozwoliły na sformułowanie zaleceń dotyczących przewlekłej tlenoterapii, zgodnie z którymi powinna być ona stosowana przez co najmniej 15 godzin w ciągu doby.

CELE DOMOWEGO LECZENIA TLENEM

Celem DLT jest:

- przedłużenie życia chorego,
- zmniejszenie częstości infekcji dróg oddechowych,
- zmniejszenie częstości hospitalizacji z powodu zaostrzeń choroby,
- poprawa jakości życia, tolerancji wysiłku, zwiększenie aktywności chorego,
- uzyskanie pO₂ w badaniu gazometrycznym powyżej 60 mm Hg.

Gdy u chorych leczonych optymalnie nie osiąga się zamierzonego celu zmniejszenia hipoksemii lub wówczas gdy przy stosowanych przepływach tlenu następuje retencja CO₂ i rozwija się kwasica, do dotychczasowego DLT dołącza się nieinwazyjne/inwazyjne metody wspomagania wentylacji.

W czasie tlenoterapii istotna jest również, dostosowana do dobowej aktywności chorego regulacja przepływu tlenu zapewniająca:

- Zwiększenie przepływu tlenu o 1 l/min w czasie snu lub wysiłku



Podczas leczenia tlenem chorego obowiązuje całkowity zakaz palenia papierosów.

• Funkcjonowanie tlenoterapii w czasie snu

Kwalifikowaniem, a następnie kompleksową opieką nad chorymi leczonymi w ramach DLT zajmują się lekarze specjaliści pracujący w zespołach poradniowych domowego leczenia tlenem. W poradniach tych przyjmowani są pacjenci na podstawie skierowania otrzymanego od lekarza rodzinnego, pulmonologa lub po wypisaniu z oddziału szpitalnego.

Zespół domowego leczenia tlenem składa się z lekarza ze specjalizacją z chorób płuc lub chorób wewnętrznych oraz pielęgniarki.

WSKAZANIA I WARUNKI KWALIFIKACJI DO DOMOWEGO LECZENIA TLENEM

Domowe leczenie tlenem stosuje się w przewlekłych nienowotworowych chorobach płuc, w których dochodzi do przewlekłej niewydolności oddychania, są to:

- przewlekła obturacyjna choroba płuc (pochp),
- rozedma płuc,
- astma oskrzelowa,
- choroby śródmiąższowe płuc, w tym włóknienie na różnym podłożu,
- rozstrzenie oskrzeli,
- mukowiscydoza,
- zaawansowane zmiany marskie, pozapalne i pogruźlicze.

Podstawowym kryterium kwalifikacji do DLT jest wartość pO_2 w gazometrii tętniczej, przy czym muszą być spełnione określone wymagania dotyczące warunków przeprowadzenia badania, a są nimi:

- stan stacjonarny choroby, który doprowadził do przewlekłej niewydolności oddechowej,
- optymalne dotychczasowe leczenie choroby,
- wykonanie badania w spoczynku, w pozycji siedzącej w warunkach szpitala lub ambulatoryjnie,
- utrwalona hipoksemia w czasie oddychania powietrzem atmosferycznym – wynik pO_2 w gazometrii poniżej określonej wartości musi być powtarzalny w kolejnych kontrolnych badaniach.

Przy kwalifikacji, a następnie podczas leczenia tlenem, chorego obowiązuje całkowity zakaz palenia papierosów.

Kryteria gazometryczne rozpoczęcia DLT przedstawiają się następująco:

- pO_2 mniejsze lub równe 55 mm Hg z powtarzalnym wynikiem po miesiącu
- pO_2 w przedziale 56 – 60 mm Hg co najmniej przy występowaniu jednego z czynników jak: radiologiczne cechy nadciśnienia płucnego, elektrokardiologiczne cechy przerostu prawej komory serca, wartość hematokrytu równa lub większa niż 55% z powtarzalnym wynikiem gazometrii po upływie 3 miesięcy

Możliwa jest również warunkowa kwalifikacja do DLT w przypadku, gdy badanie wykonuje się u chorego z utrzymującą się hipoksemią, którą źle toleruje, a opuszczającego szpital po zastrzeżeniu choroby. I tutaj obowiązuje jednak powtórne zbadanie gazometrii w celu ostatecznej kwalifikacji po upływie 3 miesięcy w warunkach poradni DLT.

Stosując przewlekle tlen co najmniej 15 godzin na dobę w ramach domowej terapii tlenem uzyskuje się między innymi:

- zmniejszenie ciśnienia w tętnicy płucnej i stabilizację nadciśnienia

płucnego

- poprawę utlenowania serca, a w związku z tym pośrednio poprawę utlenowania tkanek całego organizmu
- poprawę ogólnego komfortu życia, a przede wszystkim wydłużenie czasu życia u chorych na POChP

KONTROLA PACJENTA OBJĘTEGO DOMOWYM LECZENIEM TLENEM

Chory w trakcie leczenia tlenem znajduje się pod stałą opieką ośrodka domowego leczenia tlenem, gdzie podlega okresowym badaniom, jest to:

- co najmniej raz na kwartał wizyta pielęgniarki w domu chorego (podczas wizyty oceniany jest: stan ogólny chorego, pomiar saturacji krwi pulsoksymetrem, a także sprawdzenie sprawności aparatu poprzez ocenę stężenia produkowanego tlenu oraz sprawdzenie przestrzegania zalecanego czasu trwania tlenoterapii poprzez sprawdzenie stanu licznika, kontroli podlega również respektowanie zakazu palenia tytoniu za pomocą tzw. smokolizera
- co najmniej raz na kwartał badanie lekarskie w poradni z oznaczeniem gazometrii w dniu wizyty
- co 6 miesięcy kontrola koncentratora tlenu przez odpowiedniego serwisanta, co zapewnia okresowy, niezbędny przegląd techniczny urządzenia z wymianą filtrów powietrza i przeciwbakteryjnych

Zakres kontrolnych badań poza podstawową gazometrią obejmuje również:

- spirometrię (raz na 6 miesięcy),
- morfologię (raz na 3 miesiące),
- ekg (raz na 6 miesięcy),
- badanie rtg klatki piersiowej (raz na 12 miesięcy).

W poradni DLT chory uzyskuje szczegółowe informacje dotyczące zasad leczenia tlenem, sposobu obsługi i konserwacji koncentratora tlenu. Tutaj też otrzymuje nieodpłatnie koncentrator do użytkowania, po podpisaniu oświadczenia przez chorego oraz jego żyłanta. W przypadku śmierci chorego aparat powraca do poradni.

Tlenoterapia w warunkach domowych możliwa jest w ramach refundacji przez NFZ w przypadku pacjentów posiadających ubezpieczenie zdrowotne.

Użytkowanie koncentratora tlenu jest dożywotnie lub do momentu trwałej poprawy wartości pO_2 w gazometrii.

Możliwe jest użytkowanie urządzenia po podpisaniu umowy z firmą oferującą komercyjne usługi tlenoterapii w warunkach domowych, albo też po zakupie przez chorego za własne środki odpowiedniego urządzenia.

PODSUMOWANIE

Domowe leczenie tlenem jest standardowym elementem postępowania terapeutycznego u chorych na przewlekłą niewydolność oddechową, spowodowaną nienowotworowymi chorobami układu oddechowego. Sukcesem w warunkach Polski jest to, że wprowadzo-



no jednolity system kwalifikacji i nadzoru nad chorymi otrzymującymi leczenie tlenem, a także nad ośrodkami prowadzącymi DLT. Niepowodzeniem jest ciągle za mała liczba osób korzystających z takiego leczenia, przy znacznie większej liczbie chorych spełniających warunki niezbędne do uzyskania kwalifikacji. Wiąże się to z niewystarczającymi środkami, które są niezbędne do pokrycia kosztów zakupu, serwisu urządzeń dostarczających tlen w ramach refundacji przez NFZ lub dzierżawy od firm specjalizujących się w DLT.



Koncentrator tlenu

NIZP-PZH: w Polsce odsetek chorych na cukrzycę sięga 8 proc.

W ciągu ostatnich 30 lat liczba chorych na cukrzycę wzrosła na świecie czterokrotnie. W Polsce odsetek chorych w dorosłej populacji wynosi 8 proc. i jest wyższy niż europejska średnia (7,3 proc.) – mówili eksperci w środę podczas konferencji w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego - PZH w Warszawie.

„Nareszcie wiemy, ilu jest w Polsce chorych na cukrzycę. Z jednej strony to wielki sukces, z drugiej - powinniśmy to wiedzieć od 20-30 lat” – mówił o raporcie dotyczącym cukrzycy w Polsce prof. Tomasz Zdrojewski z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, który reprezentuje także komitet zdrowia publicznego Polskiej Akademii Nauk.

Raport opiera się na trzech źródłach – danych Narodowego Funduszu Zdrowia, ogólnopolskim badaniu NATPOL z 2011 r. oraz analizie RECEPTOMETR, która objęła dane ze sprzedaży leków i pasków diagnostycznych w prawie 600 aptekach. Na podstawie tych danych liczbę osób, u których cukrzyca została wykryta, obliczono na 2,13 miliona.

Natomiast badanie NATPOL przeprowadzono na reprezentatywnej grupie Polaków, dwukrotnie badając poziom glukozy we krwi na czczo (gdy przekracza 126 mg/dl może świadczyć o cukrzycy). Pozwoliło to określić całkowitą liczbę chorych na 2,73 miliona (stan na rok 2013) – przy czym 26 proc. z tej liczby (około 500 tysięcy) nie zdaje sobie sprawy ze swojej choroby i nie podjęło żadnego leczenia.

Jak podkreślił profesor Zdrojewski, Polska „dogania” pod względem liczby chorych na cukrzycę bogate kraje Zachodu. Jednak najwyższy odsetek chorych na cukrzycę mają kraje takie jak Samoa (około 35 proc.), a najwięcej chorych – Chiny (92,4 miliona) oraz Indie (50 milionów). W porównaniu z rokiem 1980 odsetek chorych wzrósł na świecie dwukrotnie (z 4,3 do 9 proc. w przypadku mężczyzn, z 5 do 7,9 proc. u kobiet), a ich liczba – aż czterokrotnie (ze 108 do 422 milionów). Koszty leczenia – w cenach stałych – do roku 2030 wzrosną dwukrotnie.

Wzrost liczby chorych na cukrzycę w skali świata wynika zarówno ze starzenia się populacji, jak i coraz większego ryzyka choroby wynikającego ze stylu życia (którego następstwami są nadwaga i otyłość) a także coraz wcześniejszego początku choroby. Liczbę chorych zwiększa także to, że dzięki odpowiedniemu leczeniu żyją coraz dłużej. Cukrzycę ma aż 20 proc. Polaków po 70. roku życia.

Coraz rzadszym zjawiskiem jest związana z głodem niedowaga, natomiast nadwaga i otyłość upowszechniły się nawet w ubogich krajach. Odsetek chorych na cukrzycę w dorosłej populacji Afryki (7,1 proc.) zbliżył się do regionu europejskiego (7,3 proc.), a regionalnie najwyższy jest w przypadku krajów wschodniej części Morza Śródziemnego (13,7 proc.).

„Cukrzyca jest przyczyną cierpienia i może prowadzić do chorób układu krążenia, ślepoty i niewydolności nerek, amputacji kończyn i utraty życia” – mówiła dyrektor biura WHO w Polsce dr Paulina Karwowska.

W regionie europejskim żyją 64 miliony osób chorych na cukrzycę (33 miliony kobiet i 31 milionów mężczyzn). Choroba odpowiada za 9 proc. całkowitych wydatków na zdrowie (w roku 2015 było to około 156 miliardów USD). Według danych WHO cukrzyca jest drugą pod względem liczby powodowanych zgonów chorobą przewlekłą (po nadciśnieniu). Jeśli jednak doliczyć zgony związane z otyłością, wysuwa się na prowadzenie. Wykrywana jest najczęściej dopiero po 5-12 latach od pierwszych objawów, takich jak wzrost poziomu glukozy we krwi – a im dłużej pozostaje niewykryta, tym większe ryzyko powikłań.

Główne czynniki ryzyka to nadwaga, otyłość, niezdrowa dieta i mała aktywność fizyczna. „Szacuje się, że około 20 proc. zachorowań można by uniknąć” – mówiła dr Karwowska. Podczas eksperymentu przeprowadzonego na Barbados (gdzie cukrzyca występuje u 19 proc. dorosłych) udało się dzięki diecie i aktywności fizycznej uzyskać znaczące wyniki – średni spadek wagi w ciągu 8 tygodni wyniósł 10 kilogramów. Niektóre kraje w walce z otyłością i cukrzycą posuwają się do radykalnych kroków – rząd Meksyku w roku 2014 wysoko opodatkował bardzo popularne w tym kraju słodzone napoje.

Nasze chore na cukrzycę dzieci mają dostęp do lepszego leczenia niż na przykład dzieci z Ohio – mówił dr Daniel Witkowski z Instytutu Matki i Dziecka. Dużym postępem okazało się wprowadzenie pomp insulinowych. Wymagają jedna one dobrej współpracy ze strony chorego – zaznaczył. (PAP)

Przedruk za pozwoleniem portalu: naukawpolsce.pap, z dnia 14.04.2016 / Zdrowie



Otyłość i cukrzyca często idą w parze

Wydawca: Krakowski Szpital Specjalistyczny
im. Jana Pawła II

Redakcja: Biuro Marketingu i Edukacji
e-mail: promocja@szpitalj2.krakow.pl

Druk: Drukarnia Kraków, maj 2016

Nakład: 2,5 tys. egz.

Fotografie: 123rf.com, arch. Szpitala, własność Autorów.

