

## FIZJOTERAPIA ZGODNA Z ZASADAMI EVIDENCE-BASED PRACTICE OMÓWIENIA MIĘDZYNARODOWYCH WYTYCZNYCH PRAKTYKI

# OMÓWIENIE WYTYCZNYCH KOMITETU DORADCZEGO DS. WYTYCZNYCH I PROTOKOŁÓW (GPAC) KOLUMBII BRYTYJSKIEJ DOTYCZĄCYCH POSTĘPOWANIA W NADCIŚNIENIU TĘTNICZYM

### Dokument źródłowy:

*Hypertension – Diagnosis and Management. Guidelines and Protocols Advisory Committee. British Columbia Guidelines, 2020. Dostępne na: <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/bc-guidelines/htn-full-guideline.pdf>*

Rok publikacji: 2020

### Autor omówienia:

**dr n. med. Daniel Karaszewski**

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Klinika Kardiochirurgii

## PROBLEMATYKA I ADRESACI WYTYCZNYCH

Nadciśnienie tętnicze to termin medyczny określający wysokie ciśnienie krwi, w którym ciśnienie w tętnicach jest wyższe, niż być powinno. Oczywiście jest, że ciśnienie krwi wzrasta i spada w ciągu dnia. Jednakże, gdy ciśnienie krwi stale pozostaje wyższe, niż normalne ciśnienie uważa się, że osoba ma nadciśnienie. Uważa się, że normalne ciśnienie krwi jest mniejsze lub równoważne 135/85 mm Hg, ale może się to różnić w zależności od czynników indywidualnych.

Nadciśnienie tętnicze jest modyfikowalnym czynnikiem ryzyka chorób układu krążenia / sercowo-naczyniowych (cardiovascular disease, CVD) i ważnym problemem zdrowia publicznego. Jednym z głównych problemów, które dotyczą postępowania w nadciśnieniu tętniczym jest potrzeba stałej oceny (kontroli) parametrów przy użyciu skutecznych metod.

### Cel wytycznych

Wytyczne mają na celu zrozumienie problemu klinicznego i nakreślenie jednego lub więcej preferowanych podejść do badania i zarządzania problemem.

Głównymi odbiorcami wytycznych są pracownicy medyczni.

### Seria wydawnicza i źródło finansowania:

Opracowanie wytycznych w serii opracowań wytycznych praktyki publikowanych w ramach projektu *PRO-EBP Platforma promowania i upowszechniania praktyki zawodowej opartej na wiedzy naukowej PRO-EBP / A platform for the promotion and dissemination of professional practice based on scientific evidence*, dofinansowanego z Programu Społeczna Odpowiedzialność Nauki Ministra Edukacji i Nauki, umowa nr SONP/SP/461408/2020

Opracowanie w wolnym dostępie, opublikowane na <https://pro-ebp.awf-bp.edu.pl/>

## TYP DOKUMENTU, METODY JEGO OPRACOWANIA

Wytyczne praktyki klinicznej zostały opracowane przez Komitet Doradczy ds. Wytycznych i Protokołów w imieniu Komisji ds. Świadczeń Medycznych Kolumbii Brytyjskiej, Kanada. Wytyczne nie mają na celu zastąpienia porady lub profesjonalnej oceny pracownika służby zdrowia ani nie mają stanowić jedyne podejścia do zarządzania problemem klinicznym.

Omawiane wytyczne oparto na dowodach naukowych aktualnych na dzień publikacji tych wytycznych. Zadaniem Komitetu Doradczego ds. Wytycznych i Protokołów (GPAC) jest wsparcie dotyczące korzystania z usług medycznych wysokiej jakości oraz odpowiednia opieka nad pacjentem. Wytyczne praktyki klinicznej GPAC są oparte na ogólnodostępnych dowodach dotyczących typowych sytuacji medycznych ze szczególnym uwzględnieniem warunków obowiązujących w Kolumbii Brytyjskiej.

Członkowie komitetu, to zbilansowany zespół interdyscyplinarny składający się ze specjalistów z odpowiednią wiedzą merytoryczną i bogatym doświadczeniem klinicznym w zakresie; medycyny klinicznej, medycyny akademickiej i medycyny badawczej.

Członkowie komisji zostali zobowiązani do wypełnienia deklaracji konfliktu interesów w celu ujawnienia wszelkich rzeczywistych i potencjalnych konfliktów interesów.

## SPOSÓB KORZYSTANIA Z OMÓWIENIA

Wytyczne praktyki klinicznej nie mają na celu zastąpienia oceny klinicznej przy podejmowaniu decyzji o doborze odpowiednich interwencji medycznych dla pacjentów. Wytyczne zostały opisane w zwięzłym dokumencie, do którego pracownicy medyczni oraz pacjenci mogą się odwoływać.

Niniejsze wytyczne poza głównym priorytetem, jakim jest zagwarantowanie pacjentom najbardziej efektywnej interwencji medycznej, uwzględniają również względy ekonomiczne wynikające z zalecanej procedury.

Omówienie nie odbiega przekazem od dokumentu źródłowego. Zwrócono w nim uwagę na aspekty szczególnie istotne w implementacji i popularyzacji korzystania z nowoczesnych wytycznych, w tym zwłaszcza dotyczących formułowania rekomendacji – ich siły, kierunku i pewności, a także zasadniczego znaczenia opierania rekomendacji na dowodach z najbardziej adekwatnych i wiarygodnych badań oraz uwzględniania kontekstu, preferencji pacjentów i podejmowania wspólnych decyzji oraz pracy w zespole terapeutycznym, wraz z pacjentem, tak jak to uczynili Autorzy omawianych wytycznych.

## KRYTERIA FORMUŁOWANIA WYTYCZNYCH

Proces przeglądu dowodów stosowany w opracowywaniu wytycznych GPAC jest prowadzony w odniesieniu do: *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM) poziomy dowodów* (marzec 2011 r. – [www.cebm.net](http://www.cebm.net)).

Szczególny nacisk kładzie się na wysokiej jakości przeglądy systematyczne. Inne rodzaje dowodów (w zależności od zagadnienia) są uporządkowane od najbardziej pożądanego do najmniej pożądanego.

Grupy robocze dokonują weryfikacji dostępnych przeglądów systematycznych i opierają zalecenia na tych badaniach. W przypadkach, gdy przeglądy systematyczne nie są dostępne, zalecenia oparte są na pierwotnych poszukiwaniach dowodów w tym indywidualne randomizowane badania kontrolowane przez grupę roboczą.

## Piramida poziomu dowodów



## TREŚĆ WYTYCZNYCH

### Podsumowanie rekomendacji

#### Podsumowanie rekomendacji Komitetu Doradczego ds. Wytycznych i Protokołów (GPAC) Kolumbii Brytyjskiej dotyczących postępowania w nadciśnieniu tętnicznym.

Rekomendacja	Charakterystyka
Kiedy wykonywać pomiary BP?	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Rejestruj ciśnienie krwi u wszystkich dorosłych podczas każdej wizyty.</li> <li>» Korzystaj z automatycznego elektronicznego urządzenia mierzącego ciśnienie krwi (AOBP) podczas wykonywania pomiaru.</li> </ul>
Kiedy ciśnienie krwi jest uważane za podwyższone?	<ul style="list-style-type: none"> <li>» <math>\leq 135/85</math> zmierzone za pomocą AOBP jest pożądanym odczytem BP dla osoby dorosłej bez chorób współistniejących, cukrzycy, przewlekłej choroby nerek lub uszkodzenia innych narządów.</li> <li>» Na pożądaną wartość ciśnienia krwi wpływa wiek, obecność uszkodzenia narządów, poziom ryzyka CVD i/lub obecność innych czynników ryzyka CVD.</li> <li>» Jeśli w jakimkolwiek momencie rozkurczowe BP jest <math>&gt;130</math> lub BP jest <math>&gt;180/110</math> z dodatkowymi objawami, należy zlecić leczenie.</li> </ul>

Jak zdiagnozować nadciśnienie?	<ul style="list-style-type: none"> <li>» W przypadku wykrycia podwyższonego ciśnienia krwi zaplanuj kolejną wizytę w gabinecie.</li> <li>» Jeśli BP jest ponownie podwyższone – oceń uszkodzenie narządów docelowych i ryzyko CVD: wywiad rodzinny, badanie fizykalne, badanie moczu, krew, FBG lub A1c, lipidy, EKG i ocena ryzyka CVD.</li> <li>» W przypadku podejrzenia nadciśnienia „białego fartucha” lub nietypowych wahań odczytów ciśnienia krwi w gabinecie, należy rozważyć ambulatoryjne lub domowe monitorowanie ciśnienia krwi.</li> </ul>
Wskazania do konsultacji ze specjalistą	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Nagły wzrost nadciśnienia; nagły początek u osób starszych; nieprawidłowe nocne różnice BP; oznaki lub objawy sugerujące wtórnych przyczyn nadciśnienia; a jeśli ciśnienie krwi jest trudne do kontrolowania, różnica między ramionami przekracza 15 mm Hg.</li> </ul>
Kiedy wprowadzić zmianę zachowań zdrowotnych?	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Zalecany dla wszystkich pacjentów z nadciśnieniem.</li> <li>» Obejmuje: zaprzestanie palenia, zwiększenie aktywności fizycznej, uzyskanie lub utrzymanie zdrowego składu ciała, jedzenie dobrze zbilansowana dieta, umiarkowane spożycie alkoholu i monitorowanie spożycia sodu.</li> </ul>
Kiedy rozpocząć leczenie przeciwnadciśnieniowe?	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Rozpocznij postępowanie farmaceutyczne w kontekście ogólnego ryzyka sercowo-naczyniowego pacjenta (np. nie tylko na jego BP) oraz w połączeniu ze zmianą zachowań zdrowotnych. Zaangażuj pacjenta do wyznaczenia celów w kierunku osiągnięcia pożądaných poziomów BP.</li> <li>» Postępowanie farmakologiczne można rozważyć, jeśli: 1) średnie BP wynosi &gt;135/85 i występuje uszkodzenie narządu docelowego lub ryzyko CVD &gt;15%; 2) średnie BP wynosi &gt;135/85 z chorobami współistniejącymi 1+; 3) średnie ciśnienie krwi ≥160/100; lub pożądané BP nie zostało osiągnięte poprzez zmianę stylu życia.</li> </ul>
Jaki lek przeciwnadciśnieniowy zastosować podczas leczenia bez konkretnego wskazania?	<ul style="list-style-type: none"> <li>» Przepisując lek, weź pod uwagę koszt leku, wszelkie potencjalne skutki uboczne i wszelkie przeciwwskazania</li> <li>» Rozważyc monoterapię lekiem pierwszego rzutu: diuretykiem tiazydowym w małej dawce, blokerem kanału wapniowego, ACE-I lub ARB.</li> <li>» Jeśli pożądané BP nie jest osiągané za pomocą standardowej dawki monoterapii, należy zastosować terapię skojarzoną, dodając jeden lub więcej leków pierwszego rzutu.</li> </ul>

## SZCZEGÓŁOWE REKOMENDACJE

### Definicje

Podwyższone ciśnienie krwi mierzone automatycznie przy użyciu urządzenia elektronicznego w gabinecie (AOBP) definiuje się jako średnie skurczowe ciśnienie krwi (SBP) >135 mm Hg lub średnie rozkurczowe ciśnienie krwi (DBP) >85 mm Hg lub oba te parametry przy zastosowaniu najlepszej dostępnej techniki.

**Nadciśnienie białego fartucha** odnosi się do nieleczzonego stanu, w którym ciśnienie krwi jest podwyższone w gabinecie, ale jest prawidłowe, gdy mierzone jest za pomocą ambulatoryjnego monitorowania ciśnienia krwi (ABPM), domowego pomiaru ciśnienia krwi (HBPM) lub obu tych metod.

**Nadciśnienie maskowane** odnosi się do nieleczonych pacjentów, u których ciśnienie tętnicze w gabinecie jest prawidłowe, ale podwyższone przy pomiarze HBPM lub ABPM.

## Klasyfikacja nadciśnienia

AOBP				135-154* 85-94			skurczowe rozkurczowe
	Niskie normalne	Normalne	Wysokie normalne	I stopień	II stopień	III stopień	
	Nadciśnienie						
MOBP	<120 <80	120-129 80-84	130-139 85-89	140-159 90-99	160-179 100-109	≥180 ≥110	skurczowe rozkurczowe

\* – zwalidowane poziomy AOBP dla innych klasyfikacji były na czas opracowania wytycznych niedostępne, a zatem wymienione są tylko wcześniej opublikowane poziomy MOBP.

## Wykrywanie i diagnostyka

1. Podczas pomiaru ciśnienia krwi w gabinecie, u pacjentów z regularnym tętnem zaleca się stosowanie automatycznego urządzenia elektronicznego do pomiaru ciśnienia krwi w gabinecie (AOBP). **[silne zalecenie, mocne dowody]**
2. Nadciśnienie tętnicze rozpoznaje się u dorosłych, gdy odczyt automatyczny ciśnienia krwi w gabinecie wynosi  $\geq 135/85$  na ramieniu z wyższym BP. **[silne zalecenie, mocne dowody]** W przypadku stosowania ręcznego urządzenia do pomiaru ciśnienia krwi w gabinecie (MOBP) rozpoznaje się nadciśnienie na poziomie  $\geq 140/90$ . **[silne zalecenie, mocne dowody]**
3. Rozważ 24-godzinne ambulatoryjne monitorowanie ciśnienia krwi lub standaryzowane domowe monitorowanie ciśnienia krwi, aby potwierdzić rozpoznanie nadciśnienia u wszystkich pacjentów. **[silne zalecenie, mocne dowody]**

## Postępowanie

1. Pożądaną wartość ciśnienia krwi należy określić u każdego dorosłego pacjenta. Osiągnięcie automatycznego odczytu ciśnienia tętniczego  $\leq 135/85$  wiąże się z największym zmniejszeniem ryzyka u dorosłych bez chorób współistniejących. **[silne zalecenie, mocne dowody]**
2. Zmiana zachowań zdrowotnych jest zalecana jako pierwszy krok dla osób ze średnim nadciśnieniem krwi 135-154/85-94 (AOBP), niskim ryzykiem chorób sercowo-naczyniowych i bez chorób współistniejących. **[silne zalecenie, mocne dowody]**
3. Rozpocznij leczenie farmaceutyczne w kontekście ogólnego ryzyka sercowo-naczyniowego pacjenta. **[silne zalecenie, mocne dowody]**

## Badania przesiewowe

Przesiewowe badanie ciśnienia krwi powinno być rejestrowane jak najdokładniej u wszystkich dorosłych podczas każdej wizyty. Podczas wizyt poproś o pozwolenie na sprawdzenie BP u wszystkich dorosłych. Poinformuj pacjentów, że mogą być wrażliwi na zaciskanie mankieta na ramieniu.

## Definicje

Podwyższone ciśnienie krwi mierzone automatycznie przy użyciu urządzenia elektronicznego w gabinecie (AOBP) definiuje się jako średnie skurczowe ciśnienie krwi (SBP)  $>135$  mm Hg lub średnie rozkurczowe ciśnienie krwi (DBP)  $>85$  mm Hg lub oba te parametry przy zastosowaniu najlepszej dostępnej techniki.

Nadciśnienie białego fartucha odnosi się do nieleczzonego stanu, w którym ciśnienie krwi jest podwyższone w gabinecie, ale jest prawidłowe, gdy mierzone jest za pomocą ambulatoryjnego monitorowania ciśnienia krwi (ABPM), domowego pomiaru ciśnienia krwi (HBPM) lub obu tych metod.

Nadciśnienie maskowane odnosi się do nieleczonych pacjentów, u których ciśnienie tętnicze w gabinecie jest prawidłowe, ale podwyższone przy pomiarze HBPM lub ABPM.

## Ocena ciśnienia krwi

- » Zalecane jest stosowanie automatycznych urządzeń elektronicznych do pomiaru ciśnienia krwi w gabinecie, zamiast ręcznej techniki pomiaru ciśnienia krwi. Używanie zautomatyzowanego pomiaru ciśnienia krwi w gabinecie ogranicza błędy i pozwala uniknąć przeszacowania wartości ciśnienia krwi (biała powłoka nadciśnienia), niedoszacowania wartości ciśnienia krwi (nadciśnienie zamaskowane), ogranicza unikanie

wartości progowych (gdzie odczyt ciśnienia krwi jest dostosowywany w celu uniknięcia wartości progowych, które pociągają za sobą postawienie diagnozy) i preferencje cyfr (zaokrąglając ich zapis ciśnienia krwi do najbliższej końcowej cyfry zera).

- » W przypadku niektórych pacjentów (np. osób starszych) należy uwzględnić ocenę hipotonii ortostatycznej.
- » Upewnij się, że pacjent nie spożywał kofeiny ani nie palił w ciągu ostatnich 30 minut. Zmierz ciśnienie krwi na obu ramionach, gdy pacjent siedzi spokojnie odpoczywa przez co najmniej 5 minut przed pomiarem. Wybierz ramię z wyższym odczytem ciśnienia krwi do dalszych pomiarów. Jeśli średni AOBP przy użyciu ramienia z wyższym odczytem przekracza próg dla diagnozy nadciśnienia, przejdź do badań i pracy w celu oceny ryzyka uszkodzenia narządu docelowego i choroby sercowo-naczyniowej (CVD). **Jeśli nadal używasz ręcznej techniki, zmierz ciśnienie krwi jeszcze trzy razy, używając ramienia z wyższym odczytem, a następnie odrzuć pierwszy odczyt i uśrednij dwa ostatnie.**
- » Rozważ całodobowe monitorowanie ciśnienia tętniczego w warunkach ambulatoryjnych lub domowych u pacjentów z pomiarami granicznymi lub zmiennymi, ze znacznym lękiem lub zespołem białego fartucha.

### Wywiad chorobowy

Przeprowadź wywiad dotyczący pacjenta oraz jego rodziny, aby zidentyfikować czynniki ryzyka.

### Czynniki ryzyka

- » Modyfikowalne: palenie; wysokie spożycie alkoholu; niski poziom aktywności fizycznej/siedzący tryb życia; niezdrowe odżywianie (takie jak wysokie spożycie sodu i niskie spożycie warzyw i owoców); skład ciała (np. duża masa ciała, wysoki wskaźnik masy ciała, obwód talii); niedobór snu; czynniki psychologiczne (np. poziom stresu).
- » Niemodyfikowalne: wiek; historia rodzinna; pochodzenie etniczne (np. afrykańskie, karaibskie, południowoazjatyckie, w tym wschodnioindyjskie, pakistańskie, Bangladeszu, Sri Lanki)
- » Leki na receptę (np. niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ), steroidy, leki zmniejszające przekrwienie, doustne środki antykoncepcyjne); inne (np. alkohol, używki, sól).

### Wskazania do wtórnej przyczyny nadciśnienia

- » Ciężkie lub odporne nadciśnienie;
- » Gwałtowny wzrost wartości poprzednio stabilnych;
- » Wiek <30 lat bez historii rodzinnej;
- » Brak nocnego spadku ciśnienia krwi podczas 24-godzinnego ambulatoryjnego okresu monitorowania ciśnienia krwi.

### Wskazania do konsultacji

- » Stan nagły – DBP >130 lub BP >180/110 z objawami;
- » Nagły początek u osób starszych;
- » Nieprawidłowe różnice w nocnym BP – skrajny nocny spadek BP (>20%), nie/niewielki nocny spadek BP (<10%) lub wzrost nocnego BP;
- » Oznaki lub objawy sugerujące wtórne przyczyny nadciśnienia tętniczego;
- » Oporne nadciśnienie tętnicze – nieosiągnięcie pożądanego ciśnienia tętniczego pomimo znacznego wysiłku terapeutycznego;
- » Ponad 15 mm Hg różnicy między ramionami.

### Zalecenia

Po potwierdzeniu diagnozy przeprowadź skoncentrowaną na pacjencie dyskusję, aby uzgodnić pożądane odczyty ciśnienia krwi i zindywidualizowany plan leczenia. Przekonaj pacjenta do zmiany stylu życia w celu obniżenia ciśnienia tętniczego i do świadomego postępowania dotyczącego leczenia farmakologicznego. Dyskusja powinna uwzględniać wszelkie potencjalne korzyści i szkody.

### Profilaktyka

Rekomenduj zmiany zachowań zdrowotnych dla wszystkich pacjentów z nadciśnieniem. Wykazano, że korzyści płynące ze zdrowych zachowań, takich jak zaprzestanie palenia, zmniejszenie spożycia alkoholu, zwiększenie aktywności fizycznej, uzyskanie lub utrzymanie zdrowego składu ciała, stosowanie dobrze zbilansowanej diety

i monitorowanie spożycia sodu, przynoszą wyraźne korzyści w przypadku ciśnienia wysokiego normalnego oraz u pacjentów z nadciśnieniem II stopnia.

Modyfikacja zachowania zdrowotnego jest zalecana jako interwencja pierwszego rzutu u osób w grupie wysokiej normy (125/75-134/84 mm Hg) oraz osób z nadciśnieniem w I i II stopniu zaawansowania z <15% 10-letnim ryzykiem CVD.

### Klasyfikacja nadciśnienia

Interwencja	Skurczowe ciśnienie krwi (mmHg)	Rozkurczowe ciśnienie krwi (mmHg)	Zakres
Dieta	- 11,4	- 5,5	
Kontrola wagi	- 6	- 4,8	BMI <25 kg / m <sup>2</sup> ; WC ≤102/88 cm (kaukasy mężczyźni/kobiety), ≤90/80 cm (Azjaci/kobiety)
Zmniejszenie spożycia soli/sodu	- 5,4	- 2,8	<2000 mg sodu
Zmniejszenie spożycia alkoholu	- 3,4	- 3,4	≤2 drinki/dzień
Aktywność fizyczna	- 3,1	- 1,8	30-40 minut 4-7 dni w tygodniu
Zaprzestanie palenia	-	-	Środowisko wolne od dymu
Terapie relaksacyjne	- 3,7	- 3,5	-
Łączone interwencje	- 5,5	- 4,5	-

\* – zwalidowane poziomy AOBP dla innych klasyfikacji były na czas opracowania wytycznych niedostępne, a zatem wymienione są tylko wcześniej opublikowane poziomy MOBP.

### Stała opieka nad pacjentem

Wdrażaj strategie samoleczenia, aby pomóc pacjentowi w zarządzaniu swoim ciśnieniem krwi, w tym mierzenie swojego ciśnienia w domu, zobowiązanie się do zdrowych zachowań i odpowiedniego stosowania leków. Przynajmniej raz w roku należy dokonać przeglądu leków pacjenta, zachowań związanych ze zmianą stylu życia, czynników ryzyka i zbadać pod kątem uszkodzeń narządów docelowych.

### Kontrowersje

Odczyty ciśnienia krwi w populacji z cukrzycą: Dla pacjentów z cukrzycą osiągnięcie pożądanego odczytu MOBP <130/80 jest zalecane przez *Hypertension Canada*, *American College of Cardiology*, *European Society of Hypertension* oraz *Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines*. Pożyczany poziom MOBP <130/80 został określony przez te grupy po przeglądzie kilku ostatnich badań klinicznych, które potwierdzają niższe poziomy BP ze zmniejszeniem ryzyka wystąpienia mikronaczyniowych punktów końcowych cukrzycy, udaru mózgu i poważnych incydentów sercowo-naczyniowych.

Przewlekła choroba nerek: Dla osób, u których zdiagnozowano przewlekłą chorobę nerek, zalecany jest odczyt ciśnienia krwi AOBP <135/85 jako pożądaný poziom. Chociaż istnieją różnice w zalecanych docelowych wartościach BP dla tej populacji między *American College of Cardiology* and of *Hypertension Canada* a *European Society of Hypertension*, prezentowane zalecenia są zgodne z tym ostatnim, ponieważ obecne dowody nie wykazały poprawy wyników klinicznych dla docelowych BP <125/75 w porównaniu do <135/85.

Dorośli starsi: Dla dorosłych w wieku 60 lat i powyżej zaleca się odczyt ciśnienia krwi AOBP <145/85. Wykazano, że leczenie osób starszych w wieku <145/85 znacznie zmniejsza śmiertelność, udar mózgu i incydenty sercowe. Docelowe BP niższe niż <145/85 może być korzystne dla niektórych (takich jak osoby z wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym), jednak wyniki kliniczne różnią się w zależności od badań.

## KOMENTARZ EKSPERCKI

Wytyczne Komitetu Doradczego ds. Wytycznych i Protokołów (GPAC) Kolumbii Brytyjskiej dotyczące postępowania w nadciśnieniu tętniczym, to najnowsze rekomendacje opublikowane w 2020 r. Przygotowano je zgodnie ze standardem formułowania wytycznych w wielodyscyplinarnym zespole ekspertów, w oparciu o najlepsze dowody z aktualnych i rzetelnych badań naukowych (*Oxford Centre for Evidence-Based Medicine* – OCEBM), a szczególnie nacisk położono na wysokiej jakości przeglądy systematyczne.

Forma przedstawienia omawianych wytycznych wyróżnia się na tle innych zaleceń swoją zwięzłością treści i jej ścisłym odniesieniem do konkretnych zagadnień. Odmienny jest również sposób pokazania poziomu dowodów, które w wytycznych GPAC nie są wyraźnie określone, a są wymienione w zaleceniach.

W kontekście wykonania kompletnej procedury postępowania przy nadciśnieniu tętniczym z uwzględnieniem ewentualnych skutków zastosowania omówione wytyczne wnoszą istotny element, który poza względami czysto medycznymi obejmuje również analizę korzyści ekonomicznych wynikających z przeprowadzonej procedury.

Wzrost częstości występowania nadciśnienia tętniczego jest problemem złożonym. Według danych *Non-Communicable Disease Risk Factor Collaboration* (NCD-RisC) z 2015 r. nadciśnienie tętnicze występowało u 38,1% mężczyzn i 30,06% kobiet. Biorąc pod uwagę powyższe liczby, musimy mieć świadomość, że problem dotyczy bardzo dużej grupy osób. Powinniśmy również zdawać sobie sprawę z tego, że dane mogą być niedoszacowane. Trudno jest bowiem przeprowadzić badania przesiewowe wśród całej populacji, a przypadki zdiagnozowane, to w większości osoby, które w pewnej części mają już objawy chorób powiązanych z nadciśnieniem tętniczym lub mają objawy kliniczne klasyczne dla nadciśnienia. Pewną grupę zdiagnozowanych przypadków stanowią także osoby, które zostają określone dość przypadkowo, przy okazji diagnozowania innych chorób niezwiązanych bezpośrednio z nadciśnieniem tętniczym.

Analizując omawiane przeze mnie wytyczne nie trudno dostrzec dość prozaiczną trudność, którą jest sam sposób dokonywania pomiarów ciśnienia. Od wielu lat zasady dokonywania pomiarów są raczej wyraźnie określone, a pomimo to autorzy uwypuklają ten problem. Z mojego doświadczenia zawodowego przychyliam się do tej obserwacji. Niejednokrotnie doświadczyłem sytuacji, w której to personel medyczny popełniał błędy techniczne oraz metodologiczne podczas dokonywania pomiarów ciśnienia. W takiej sytuacji trudno się dziwić pacjentom, którzy nie są związani zawodowo z tematyką medyczną. Na pewno mnogość i różnorodność aparatów pomiarowych może stanowić pewną barierę w wystarczającym zrozumieniu tematyki.

Pamiętajmy również o tym, że nadciśnienie tętnicze nosi znamiona tzw. „cichego zabójcy” i podobnie jak w przypadku cukrzycy, nadciśnienie tętnicze w wielu przypadkach nie daje o sobie znać do momentu, w którym następstwa chorobowe przyjmują już charakter wtórny i często niestety nieodwracalny. Najczęstszym powikłaniem i zarazem najbardziej niebezpiecznym dla zdrowia, są powikłania z układu sercowo-naczyniowego. Począwszy od zwykle mało dostrzegalnych drobnych zaburzeń hemodynamicznych, po poważne stany chorobowe w postaci, chociażby tętniaków rozwarstwionych dużych arterii tętniczych.

Oceniając całokształt zagadnienia obejmującego kwestie nadciśnienia tętniczego, nie ma żadnych wątpliwości, że stałe aktualizowanie wiedzy medycznej w oparciu o najnowsze badania naukowe, jest podstawą, na której dopiero możemy zbudować skuteczne procedury dotyczące eliminowania skutków chorobowych oraz prowadzenia skutecznej prewencji pierwotnej i wtórnej. Niniejsze wytyczne doskonale i precyzyjnie przedstawiają problematykę, a także dają nam gotowe rozwiązania.

**Warto zastanowić się nad tym, jaką rolę w omawianym procesie mógłby spełniać fizjoterapeuta.** Czy fizjoterapeuta może być skutecznym ogniwem w walce z nadciśnieniem tętniczym? Odpowiadając na to pytanie, trzeba uwzględnić dwa zagadnienia. Pierwsze zagadnienie to bezdyskusyjna rola aktywności fizycznej jako formy przeciwdziałania i leczenia nadciśnienia tętniczego. To zadanie jest niejako przypisane z automatu fizjoterapeucie ze względu na charakterystykę tego zawodu. Pozornie rzecz oczywista, ale niestety bardzo często tylko w teorii, bo w praktyce próżno jest szukać odpowiedniej obsady fizjoterapeutów w placówkach dedykowanych dla pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. Bardzo często oddziały nadciśnienia tętniczego nie mają w ogóle w swojej kadrze fizjoterapeutów. W tej sytuacji mamy do czynienia z przypisaniem fizjoterapeucie tzw. „martwej roli”. Natomiast wywołane przeze mnie drugie zagadnienie dotyczy problemu szeroko przedstawionego w omawianych wytycznych,



a dokładnie dotyczy kwestii wprowadzenia przesiewowego pomiaru ciśnienia przy okazji obecności pacjenta w placówkach medycznych o różnym profilu. Bez wątplenia takie podejście przyczyniłoby się znacząco do wczesnego wykrywania nieprawidłowych wartości ciśnienia tętniczego. I o ile w pierwszym zagadnieniu jedyną przeszkodą są braki kadrowe, o tyle w drugim zagadnieniu mamy już do czynienia z całkowitym przeorganizowaniem przyjętych procedur w oparciu o zmiany w samym sposobie postrzegania problemu, jakim jest nadciśnienie tętnicze.

Podsumowując, chciałbym podkreślić, że rola fizjoterapeuty w procesie postępowania z nadciśnieniem tętniczym, powinna poszerzyć swoje spektrum w porównaniu ze stanem obecnym.