

Niektoré intenzívne sledované témy súčasnej kardiológie – časť 2.

Kongres Európskej kardiologickej spoločnosti (EKS), Amsterdam, Holandsko, 31. august – 4. september 2013

doc. MUDr. Marian Sninčák, CSc., mim. prof.

Centrum pre výskum, diagnostiku a liečbu hypertenzie

Klinika geriatrickej a ošetrovateľstva UPJŠ LF a VOÚG sv. Lukáša v Košiciach, n. o.

Zlatý alebo starý štandard? Nové pohľady na prevenciu kardiovaskulárnych ochorení

V priebehu sympózia odzneli tri prezentácie, ktoré hodnotili a posudzovali súčasnú a možnú úlohu kyseliny acetylosalicylovej (ASA) pri prevencii kardiovaskulárnych ochorení (KVO). Prvá prednáška predstavila prehľad nazhromaždených údajov o úlohe ASA v sekundárnej prevencii kardiovaskulárnych príhod pozdĺž celého kardiovaskulárneho rizikového kontinua.

Pohľad zozadu na budúcnosť: kardiovaskulárna prevencia s kyselinou acetylosalicylovou v čase

V priebehu posledných 115 rokov sa ASA stala predmetom extenzívneho výskumu a bádania. Bola skúšaná starostlivejšie ako všetky ďalšie protidoštičkové látky v liečbe akútnych kardiovaskulárnych (KV) chorôb, ako napr. akútneho koronárneho syndrómu (v rokoch 1985 – 1991), akútneho infarktu myokardu (ISIS-2 Collaborative Group, 1988) a ischemickej cievnnej mozgovej príhody/TIA (SALT Collaborative group, 1991). ASA potvrdila efektivitu v prevencii následných koronárnych i cerebrovaskulárnych príhod a bola vyskúšaná v početných štúdiách primárnej prevencie KVO, kde potvrdila účinnosť u vysokorizikových KV pacientov (ATT Collaboration, 2009). V posledných rokoch boli vyvinuté novšie antitrombocytárne látky (p. o. a vnútrožilové), ktoré boli inkorporované do terapeutického armamentária akútnych a subakútnych KV príhod. Po tomto všetkom vývoji a progresii je otázkou, či už prichádza doba, kedy treba vziať do úvahy zmenenú úlohu ASA pri KV ochoreniach, alebo či ASA je ešte stále kľúčovou v prevencii a liečbe KVO. Podľa súčasných dôkazov je stále základným kameňom pri prevencii a liečbe KVO. To, či ASA môže byť nahradená inými liekmi pri akútnej liečbe alebo dlhodobej prevencii KVO musí byť adresované prospektívnemu výskumu na posúdenie účinnosti, bezpečnosti a celkové zhodnotenie indexu cena/prínos (H. Bueno, Madrid, Španielsko).

V druhej prednáške na tomto sympóziu bola poskytnutá aktuálna analýza dôkazov pre a proti o úlohe ASA v primárnej prevencii KVO.

ASA v primárnej prevencii kardiovaskulárnych ochorení

Účinnosť ASA v primárnej prevencii akútneho infarktu myokardu (AIM) bola sledovaná v šiestich širokoškálových štúdiách s vyše 95 000 jednotlivcami (celkovo 660 000 osoborokov). Sumárne tieto štúdie dokázali vysoko významnú redukciu výskytu AIM, ale údaje o cievnych mozgových príhodách a vaskulárnej mortalite zostali nepresvedčivé (Anti-thrombotic Trialists' s (ATT) Collaboration, 2009). Okrem toho, absolútne riziko osôb randomizovaných v primárne preventívnych štúdiách bolo také nízke, že nie je možné získať spoľahlivý odhad pomeru benefit/riziko v primárnej prevencii u jedincov s miernym rizikom. Najčastejším nežiaducim účinkom spojeným s antitrombocytárnou liečbou je krvácanie. Pretože riziko krvácania je v tesnom vzťahu k ischemickému riziku, veľký benefit ASA proti nefatálnym IM (risk ratio 0,77; 95 %, CI 0,67–0,89) môže byť zatienený rizikom krvácania. ASA je teda efektívna v primárnej prevencii IM, ale je tiež spojená s krvácaním, a toto musí byť zvažo-

Via pract., 2014, 11(1): 35–38

vané oproti bazálnemu riziku kardiovaskulárnych príhod. Primerané a prezieravé používanie ASA musí byť založené na individuálnom klinickom posúdení, v snahe vyhnúť sa predčasnej morbidite (Freek WA Verheugt, Amsterdam, Holandsko).

Záverečná prednáška priniesla pútavé najnovšie údaje ohľadom potenciálnej roly ASA v prevencii kolorektálneho karcinómu. Dokonca po 115 rokoch skúseností s ASA sa zdá, že sa ešte stále máme čo učiť!

Prevencia kolorektálneho karcinómu v kardiovaskulárnych štúdiách s ASA. Existuje biologicky plauzibilný mechanizmus? Zmení to profil benefit/riziko?

Nízke dávky ASA selektívnou inhibíciou cyklooxygenázy (COX-1) tlmia doštičkovú tromboxánovú (TX) produkciu. K acetylácii doštičkovej COX-1, inhibícii produkcie TXB2 a redukcii aterotrombotických príhod dochádza pri nasycovaní nízkymi dávkami (75 – 100 mg denne). Je to kompatibilné s 24-hodinovým dávkovacím intervalom, napriek 15 – 20-minútovému polčasu látky počas ireverzibilnej inaktivácie. Posledné

Tabuľka 1. Definícia artériovej hypertenzie podľa hodnôt v mm Hg pri rozličných podmienkach vyšetrení

Kategória	Systolický TK		Diastolický TK
TK v ambulancii (v nemocnici)	≥ 140	a/alebo	≥ 90
Ambulantný TK			
denný	≥ 135	a/alebo	≥ 85
nočný	≥ 120	a/alebo	≥ 70
24 hod	≥ 130	a/alebo	≥ 80
Domáce meranie TK	≥ 135	a/alebo	≥ 85

Tabuľka 2. Cieľové hodnoty tlaku krvi pri artériovej hypertenzii

sTK < 140 mm Hg odporúčané/uvážané bez ohľadu na KV riziko
– nízke/mierne riziko
– DM
– diabetické/nediabetické chronické ochorenie obličiek
– pacienti s ICHS, predchádzajúcou cievnou mozgovou príhodou alebo TIA
dTK < 90 mm Hg (< 85 mm Hg pri DM) odporúčané
s – systolický; d – diastolický

kompletné analýzy dlhodob sledovaných osôb v štúdiách ASA v primárnej a sekundárnej prevencii KVO naznačili celkovú redukciu incidencie karcinómu, ku ktorej došlo počas 5 rokov, s premietnutím do redukcie mortality na karcinóm pri dlhodobom horizonte (Rothwell a spol., 2011; 2012). Najpresvedčivejší dôkaz chemopreventívneho efektu ASA je v prípade kolorektálneho karcinómu. Je to podporované konzistentnými výsledkami veľkého počtu observačných štúdií, placebo kontrolovaných štúdií u pacientov so sporadickými kolorektálnymi adenómami a post-hoc analýzami 51 kardiovaskulárnych štúdií (Rothwell a spol. 2011; Flossmann spol., 2007; Algra a spol., 2012). Chemopreventívny účinok ASA proti kolorektálnemu karcinómu zahŕňa nasledujúce: zdá sa, že k významnému benefitu dochádza (Thun a spol., 2012) pri denných dávkach nižších ako 75 mg; účinok je teda dosiahnutý nízkymi nasycovacími dávkami; 16-krát vyššie dávky už nie sú účinné; chemoterapia je detekovaná s alternovaním dávky 100 mg denne u zdravých žien, atď. (Carlo Patrono, Rim, Taliansko).

S veľkým záujmom sa očakávali najmä dve sympóziá, ktorých hlavnou témou boli **nové odporúčania EHS/EKS 2013 pre hypertenziu, ďalej o niektorých horúcich témach a o problematike artériovej hypertenzie (AH) špeciálnych populácií**. Prednášky reprezentovali významní odborníci i niektorí samotní riešitelia a tvorcovia odporúčaní (J. Redon, Valencia, Španielsko; J. Fagard, Leuven, Belgicko; R. Cifková, Praha, Česká republika; S. Erik Kjeldsen, Nórsko; G. Mancía, Miláno, Taliansko a ďalší). Z prezentácií vyberáme:

Nové aspekty v diagnostike

V historickej perspektíve máme k dispozícii už štvrté európske odporúčania v manažmente artériovej hypertenzie (2003, 2007, Reappraisal 2009 a 2013, ktoré boli zverejnené v renomovaných časopisoch *J Hypertension*. 2013;31:1281-1357 (1), ďalej *Eur Heart J* dňa 14. júna 2013 (2), a nakoniec 15. júna 2013 v *Blood Pressure*. V prezentácii dominovali **nové diagnostické aspekty odporúčaní, s definíciou AH podľa hodnôt TK a dôkazné dôvody pre preferované spôsoby merania (registrácie) tlaku krvi**.

V popredí dôležitosti v každodenných prístupoch rutinného klinického lekára bude naďalej absolútne nevyhnutná objektivna a opakovaná kontrola hodnôt tlaku krvi (TK), potreba veľmi rýchlych opatrení modifikácie nepriaznivého životného štýlu pacienta a jeho návykov. Nameraná hodnota (hoci arbitrárne stanovená) systolickej komponenty 140 mm Hg

a/alebo diastolickeho tlaku 90 mm Hg v ambulatnej a lôžkovej praxi (oficiálny TK) je i naďalej potvrdená ako deliaca čiara medzi normálnym a zvýšeným tlakom krvi (tabuľka 1).

Naďalej však tiež tento dokument potvrdzuje a pokračuje vo svojich predchádzajúcich odporúčaniach, ktoré potvrdzujú trend aj význam najmodernejšej automatickej techniky pre snímanie hodnôt TK (ambulantne alebo domácim meraním), resp. novými automatizovanými technickými metódami. Opakovane v priebehu konzultácií a pri každom vyšetrení, podobne u každého nového pacienta, by mali byť merania vykonané na oboch ramenách. A u starších osôb zmeranie TK v stoji je zvlášť nutné. V nových odporúčaniach sa aktualizoval prognostický význam ABPM, nočného TK, hypertenzie bieleho pláštá a maskovanej artériovej hypertenzie, ale priestor bol venovaný aj novým aspektom artériovej hypertenzie u mladých jedincov. Tak ako to je známe v posledných rokoch (dekáde) je pripomínané, že štúdie domáceho a ambulatného záznamu ponúkajú niekoľko ďalších zaujímavých pohľadov. Je to jednak, 1) lepšia korelácia medzi domácim TK (HBP, Home Blood Pressure) a kardiovaskulárnymi (KV) príhodami u liečených i neliečených jedincov s artériovou hypertenziou (AH) než pri 24-hodinovom zázname (ABPM), ďalej, 2) že vzostup TK v čase nočného odpočinku je spojený s horšou prognózou, 3) pribúda stále viac a viac argumentov, že hypertenzia bieleho pláštá, ktorá sa zdá taká nevinná, môže mať vážnejší vplyv na prognózu, ako sa očakávalo, a nakoniec, 4) maskovaná artériová hypertenzia je všeobecne prijímaná ako zvýšené riziko pre pacienta. Pozorovaný je však i trend častej náhrady registrácie 24-hodinových záznamov za domáce merania; tieto sú registrované za „normálneho“ životného rytmu a podmienok pacienta a môžu byť zaznamenané i za dlhšie obdobie (obvykle týždeň). Je však potrebné poznamenať, že domáce meranie nedokumentuje nočné hodnoty a môže niekedy viesť k panikej reakcii u senzitivných osôb. Centrálny TK a AI merania sú v odporúčaniach považované za veľký prínos pri mechanistickom analyzovaní patofyziológie, farmakológie a liečby, ale je potrebný ďalší výskum pred odporúčením rutinného používania v praxi.

Prevalencia AH, asociácia s rizikovými faktormi

Odporúčania upozorňujú, že prevalencia AH je podhodnotená. Málo údajov je dostupných o prevalencii artériovej hypertenzie v rôznych krajinách, podobne o zmenách TK v posledných rokoch. V krajinách Západu sa uvádza

u dospelých vo všeobecnej populácii do 30 – 45 % (i viac), s trendom poklesu mortality na cievne mozgové príhody (na rozdiel od krajín východnej Európy). Avšak tieto počty sú získané štúdiami malých populačných vzoriek, tiež sa pripúšťa trend mierneho poklesu prevalence AH v západnej Európe a vzostup vo východnej časti; navyše je dobre známa vysoká a stúpajúca prevalencia zvýšeného systolickeho tlaku krvi u starších osôb, čo spôsobuje značný problém, ktorý je spojený v budúcnosti so závažnými spoločensko-ekonomickými udalosťami. Zvýšené riziko AH nie je len počas zvýšeného tlaku krvi „per se“; ale je tiež spôsobené prítomnosťou komitantných rizikových faktorov (RF). V tomto ohľade je v nových odporúčaniach zvlášť zdôrazňovaná najmä riziková závažnosť spojenia obezity a diabetes mellitus s AH (a najmä ak prítomnosť miernej AH je často podceňovaná). Stanovenie globálneho kardiovaskulárneho rizika u každého pacienta s artériovou hypertenziou by preto malo byť samozrejme. Novými aspektmi bol znovu sústredený dôraz na integráciu hodnôt TK, RF, asymptomatických orgánových ochorení a klinických komplikácií na posúdenie a zhodnotenie celkového kardiovaskulárneho rizika. V tomto smere sa opäť aktualizoval prognostický význam asymptomatického orgánového ochorenia. Stratifikácia celkového kardiovaskulárneho rizika v rozličných kategóriách je založená na kategórii TK, prítomnosti ostatných kardiovaskulárnych rizikových faktorov, prítomnosti asymptomatického orgánového poškodenia, prítomnosti diabetes mellitus, a prítomnosti symptomatického kardiovaskulárneho a renálneho ochorenia. Ale pohľad odporúčaní 2013 na stanovenie celkového KV rizika (okrem tradičného základu – merania TK na ambulancii/v nemocnici) poskytuje aj priestor na zohľadnenie výsledkov merania TK inými prístupmi (domáce meranie, ABPM), najmä pri maskovanej artériovej hypertenzii, hypertenzii bieleho pláštá v modeli rizikovej stratifikácie. Prevalencia hypertenzie bieleho pláštá v populácii je totiž okolo 13 %, a v skupine hypertenzných jedincov dokonca okolo 32 %; podobne, prevalencia maskovanej hypertenzie je okolo 13 %. Incidencia KV príhod je však v prípade maskovanej hypertenzie 2-krát vyššia ako pri pravej normotenzii. Početné markery kardiologických ochorení (echokardiografia, eGRF, mikroalbuminúria, IMT a. carotis, arteriálny stiffness, členkovo-brachiálny index, fundoskopia, a ďalšie pridané markery ako napr. koronárne kalciové skóre, endoteliálna dysfunkcia, ale aj cerebrálne lakúny (lézie bielej hmoty WML), či kardiálna NMR) boli prehľadne v tabuľkách

zhodnotené z hľadiska ich prediktívnej hodnoty, dostupnosti, reproducibility a tiež z aspektu cost/benefit.

Vyšetrenia

Odporúčania stanovujú charakter a rozsah vyšetrení u každého „nového“ pacienta: najdôležitejšie by malo principiálne byť technicky správne a opakované meranie TK. Pravidelne by mali byť stanovené RF, ako je hladina celkového cholesterolu v plazme, glykémia, telesná hmotnosť a fajčenie, rovnako je nutné získať informácie o funkcii obličiek, vrátane mikroalbuminúrie (MAÚ) a hladiny elektrolytov (Na, K v sére). Na určenie vplyvu vysokého TK na srdce je užitočný elektrokardiogram; echokardiografia je potrebná, ak je nevyhnutná vizualizácia srdcových štruktúr a funkcie. Ambulantné meranie TK (ABPM) je odporúčané pre pacientov s veľkou variáciou tlaku krvi a v prípadoch, keď je suspektná hypertenzia bieleho pláštá (WCH) alebo maskovaná artériová hypertenzia (Masked Hypertension). Tiež je odporúčané v situáciách, keď sú pri oficiálnom meraní zistené opakované hodnoty vysokého TK bez hypertrofie ľavej komory srdca alebo naopak. Podobne tiež rezistentná artériová hypertenzia je dobrou indikáciou na predĺženú registráciu hodnôt TK.

Kedy iniciovať farmakologickú antihypertenznú liečbu? Čo je nové v antihypertenznom algoritme? Nové ciele v liečbe hypertenzie. Hlavné preventívne a liečebné opatrenia pri artériovej hypertenzii

Modifikácia životného štýlu

V nových odporúčaniach je venovaná zvlášť veľká pozornosť opatreniam zmeny životného štýlu, vrátane gastronomických návykov. Zmeny životného štýlu môžu byť najlepšou pomocou na kontrolu rizikových faktorov; početné štúdie potvrdili, že tieto môžu redukovať TK dokonca tak ako monoterapia. Kontrola hmotnosti je ďalším dôležitým faktorom, najmä v svetle „epidemickej“ obezity v západnom svete. Zníženie obsahu cukru v nápojoch a kontrola príjmu nasaturovaných a transmasných kyselín je veľmi dôležitou radou lekára pacientovi. Pravidelná fyzická aktivita by mala byť smerovaná nielen k vysokej záťaži, ale tiež k limitovanej aktivite ako je napr. denná chôdza (30 minút chôdze pomôže lepšie kontrolovať tlak krvi). Odporúčania zdôrazňujú význam redukcie príjmu kuchynskej soli: ak sa zníži príjem NaCl v potrave z obvyklých 10 gramov denne na 5 g denne, vedie to u hypertenzných jedincov

k redukcii systolického TK o 4 – 5 mm Hg. Hoci fermentácia vyžaduje obe súčasti, kvasnice a soľ, obsah soľi v chlebe nie je nevyhnutne vysoká. Cieľom vo viacerých európskych krajinách je obsah soli menej než 1 gram na 100 gramov chleba. Stále to však nie je všeobecne platné pravidlo.

Farmakologická liečba

Medikamentózna liečba artériovej hypertenzie v dokumente zaberá samozrejme veľký priestor. Zaujímavá je všeobecná pripomienka, že adaptácia životného štýlu a farmakologická liečba AH by mali začínať tak skoro ako je to možné po zistení artériovej hypertenzie; môžu byť iniciované spoločne namiesto toho, čo robíme v dennej praxi. A zvlášť je to potrebné v prípadoch s vysokým celkovým rizikom, rovnako, ak hodnoty TK nie sú veľmi vysoké. Iniciácia medikamentózne liečby je založená na iniciálnej úrovni celkového kardiovaskulárneho rizika. Ako viesť pacienta s miernou artériovou hypertenziou a nízkym celkovým rizikom sa dlhodobo diskutuje. Je navrhnuté vykonať ambulantný záznam u každého pacienta; v prípade, kde výsledok spadá do rozsahu normálnych limitov, by všetka pozornosť mala byť venovaná na adaptáciu životného štýlu a na kontrolu telesnej hmotnosti a príjmu soli. Podobná otázka je ohľadom staršieho pacienta so systolickým tlakom krvi nad 160 mm Hg. Odpoveďou je, že antihypertenzíva by mali byť zvažované v prípade, ak adaptácia životného štýlu neprinesla uspokojivé výsledky; preferované by malo byť dosiahnutie nižšej hodnoty TK nefarmakologickou liečbou.

Áký je pohľad nových odporúčaní na iniciáciu liečby u niektorých špecifických populácií? V prípade hypertenzie bieleho pláštá (HBP) bez pridaných RF by liečebná intervencia mala byť obmedzená na úpravu životného štýlu, ale v spojitosti so sledovaním pacienta.

Pri kombinácii HBP s vyšším kardiovaskulárnym rizikom u pacienta (metabolická porucha, alebo asymptomatické orgánové poškodenie) môže byť uvažovaná medikamentózna liečba v kombinácii s opatreniami racionálneho životného štýlu; rovnako pri maskovanej hypertenzii, pretože tento typ hypertenzie má riziko ako potvrdená perzistujúca AH. Napriek absencii dôkazov randomizovaných kontrolovaných štúdií, môže byť opatrná antihypertenzná medikamentózna liečba uvažovaná u mladých dospělých jedincov, zvlášť ak sú prítomné ostatné KV rizikové faktory.

U starších jedincov s TK nad 160 mm Hg je dostatok dôkazov na redukcii hodnoty systolického TK na hodnoty 150 – 140 mm Hg. U osôb

< 80 rokov v dobrom klinickom stave môže byť zvažovaná hodnota sTK ≥ 140 mm Hg s cieľovými hodnotami <140 mm Hg, ak je liečba dobre tolerovaná. U jedincov starších ako 80 rokov s iniciálnym TK ≥ 160 mm Hg je odporúčané redukovať TK na hodnoty sTK medzi 150 – 140 mm Hg, za predpokladu, že sú v dobrom fyzickom a psychickom stave. Pokračovanie v dobre tolerovanej antihypertenznej liečbe by malo byť uvážené, ak sa pacient dožíva 80 rokov života.

Cerebrovaskulárne ochorenia. Nie je odporúčaná intervenčná medikamentózna liečba prvý týždeň po vzniku akútnej mozgovej príhody, bez ohľadu na hodnoty TK, hoci klinické rozhodnutie by malo padnúť smerom k vysokým hodnotám sTK. Antihypertenzná liečba by mala byť odporúčaná pacientom s anamnézou po prekonaní cievnej mozgovej príhody alebo TIA, aj keď iniciálny sTK je v rozmedzí 150 – 140 mm Hg.

Medikamentózna liečba prípadov ťažkej hypertenzie v tehotenstve (sTK >160 mm Hg, alebo dTK > 110 mm Hg) je odporúčaná. Medikamentózna liečba artériovej hypertenzie môže byť tiež zvažovaná v tehotenstve, ak hodnoty TK $\geq 150/95$ mm Hg, i v prípadoch TK > 140/90 mm Hg, ak je prítomná gestačná hypertenzia, subklinické orgánové poškodenie alebo symptomatológia. U žien s vysokým rizikom preeklampsie môže byť zvažovaná liečba kyselinou acetylosalicilovou (ASA) v nízkej dávke. Hormonálna terapia a použitie selektívnych modulátorov estrogénových receptorov nie je odporúčané a nemali by byť použité v primárnej alebo sekundárnej prevencii kardiovaskulárných ochorení. Ak je zvažovaná liečba u mladých perimenopauzálnych žien pre závažné menopauzálné ťažkosti, benefit by mal byť porovnávaný s potenciálnymi rizikami.

Diabetes mellitus. Zvýšené hodnoty TK sú častejšie pri DM 2. typu ako pri 1. type tohto diabetickeho ochorenia, s prevalenciou AH až v 70 – 80 %. Súčasná prítomnosť AH a diabetes mellitus oboch typov zvyšuje KV riziko s favorizovaným výskytom a smerom k progresii kardiálnych, mozgových, cievnych a obličkových orgánových poškodení. Cieľom liečby AH u diabetickeých pacientov s AH v odporúčaniach z roku 2007 i Reappraisal (3) bol < 130/80 mm Hg. U týchto hypertenzných pacientov súčasne aktuálne odporúčania z roku 2013 (1, 2) podporujú ako lepšiu voľbu cieľ antihypertenznej liečby redukcii STK pod 140 mm Hg a DTK < 85 mm Hg. Nefarmakologická liečba musí byť predpísaná vždy a konzultovaná pri každom kontrolnom vyšetrení u lekára. Medikamentózna liečba by nemala byť začatá, ak hodnoty TK sú v pásme vysokého normálneho TK, avšak vždy s ohľadom na starostlivé hodnotenie celkového

KV rizika a prítomnosť špecifických indikácií. Použité môžu byť látky všetkých antihypertenzných tried; pridané renoprotektívne vlastnosti podporujú v týchto odporúčaní najmä použitie ACE-i (blokátory konvertázy angiotenzínu I) a sartanov. Ciele TK sú však ťažko dosahované a veľmi často je vyžadované použitie kombinovanej liečby.

Cieľový tlak krvi a výber antihypertenzív

Cieľom zostáva jasné dosiahnutie hodnoty tlaku krvi 140/90 mm Hg (tabuľka 2). U pacientov s diabetes mellitus (DM) je cieľová hodnota 140/85 mm Hg. V kritickom prehodení európskych odporúčaní (3) z roku 2009 (Reappraisal of European Guidelines on Hypertension Management, 2009) bola zmienka, že u pacientov s DM, by mala byť používaná ako referenčná hodnota 130/80 mm Hg. Cieľové a starostlivé analýzy publikovaných údajov nám však neposkytli overené informácie, či tieto nižšie hodnoty by mali byť v praxi skutočne používané.

Navrhnuté cieľové hodnoty zrejme prenikli skôr zo všeobecného pohľadu a trendu „čím nižšie, tým lepšie“, ale solídna pevná, bezpečná a overená situácia s cieľovou hodnotou TK 130/80 mm Hg nám stále chýba, alebo nie je úplná. Podobne je tu jasná zmena v názoroch, ktoré sa dotýkajú J-krivky. Tento koncept bol prevažne spochybnovaný a odmietaný na konci minulého storočia, ale zdá sa, že prichádza naspäť ako realita. Napriek uvedeným zmenám názorov, by v každom prípade všetka naša pozornosť mala byť sústredená na nedostatočnú kontrolu tlaku krvi u tých pacientov, u ktorých nie sú cieľové hodnoty TK veľmi často dosahované (resp. niekedy vôbec). Odporúčania zdôrazňujú, že rozdiely v redukcii hodnôt TK medzi jednotlivými antihypertenznými látkami sú relatívne malé. Potvrďuje sa tiež stále viac tendencia k častejšiemu používaniu kombinovanej liečby. Výber medzi jednotlivými látkami je považovaný za oveľa viac závislý od individuálnych charakteristík pacienta a od individuálnej odozvy na danú medicínu; okrem toho veľa event. rozdielov medzi jednotlivými látkami sa stráca pri používaní kombinovanej liečby. V posledných rokoch bolo veľa úsilia venovaného porovnávaniu rozličných diuretík. Autori odporúčaní sa príliš naliehavo otázkou nezaobierajú, ale akceptujú, že odozva individuálneho pacienta sa môže značne líšiť a môže skutočne ovplyvniť kvalitu života.

Neexistuje tiež žiadny argument preto, že by jednotlivé používané antihypertenzíva mohli ovplyvniť proces kancerogenézy. Betablokátoři (BB) stále majú svoje miesto pri liečbe artériovej hypertenzie, najmä u pacientov s ischemickou chorobou srdca, so zlyhaním srdca, pri tachyarytmii (vrátane fibrilačnej predsieňovej arytmie). U vysokorizikových pacientov sa navrhuje začiatok liečby kombináciou antihypertenzív ako prvá voľba. Text odporúčaní celkom jasne ponúka a deklaruje schémy pre začiatok liečby antihypertenznými liekmi a pri kombináciách antihypertenzných látok je akceptovateľných najviac možností. Existujú síce isté výhrady, ktoré sa dotýkajú kombinácie diuretík a betablokátorov pre ich možný vzdialený vplyv na začiatok nástupu diabetes mellitus. Veľmi prísna výhrada existuje ohľadom kombinácie ACEi a sartanov (spojitosť viacerých príhod, štúdia ONTARGET). Pre pacientov s nedávnou cerebrovaskulárnou príhodou je potrebné opatrné pomalé znižovanie hodnôt TK. V týchto prípadoch existuje možná preferencia blokátorov vstupu kalcia do bunky (BKK), ale argumenty a dôkazy nie sú celkom jednoznačné.

Rezistentná artériová hypertenzia, niektoré otázky a zostávajúce nevyriešené problémy

V posledných niekoľkých rokoch bola značná pozornosť venovaná zvýšeným hodnotám tlaku krvi rezistentným na liečbu. Definícia rezistentnej artériovej hypertenzie (RH) však zostáva nezmenená: ak pretrvávajú hodnoty TK opakovane namerané nad 140/90 mm Hg napriek liečbe tromi antihypertenzívami, vrátane diuretika. V uvedených situáciách sa odporúča kontrola compliance pacienta k liečbe a potom kontrola TK s použitím ambulantných techník. Absolútne nevyhnutná je striktná kontrola rizikových faktorov. Vo väčšine prípadov je zrejme, že takéto hodnoty TK nie sú skutočne rezistentné a že len v malej podskupine (10 – 15 %) týchto prípadov odpovedá situácii tak, ako ich charakterizuje definícia. V tejto malej skupine pacientov je indikované snažiť sa v prvom rade podať antagonisty aldosterónu v malých dávkach. V prípade, že odpoveď ešte nie je uspokojivá, môže byť riešením ablácia sympatických obličkových nervov. Renálna denervácia prináša dobré výsledky u viacerých pacientov, nie však u všetkých. Priaznivý efekt sa týka kontroly tlaku

krvi bez vedľajších účinkov. Avšak stále nemáme výsledky očakávaných dlhodobějších pozorovaní; preto aktuálne odporúčania hoci akceptujú tieto povzbudzujúce výsledky, navrhujú zohľadniť predovšetkým tieto potvrdenia pred rozšírením do rutínnej praxe, a tiež pohľad smerom k istej reštrikcii výkonov týmito technikami a aj k manažmentu event. neočakávaných následkov. Všetky dôkazy potvrdili, že prinajmenej z vedeckého uhla pohľadu, manažment artériovej hypertenzie, a predovšetkým v teoretickej rovine, nie je dlhšie trvajúcim problémom. Stále však výsledky mnohých populačných štúdií jasne demonštrujú, že v praxi vysoký tlak krvi v populácii ešte stále nie je pod kontrolou! Príčiny týchto prekvapujúcich negatívnych nálezov sú početné. Predovšetkým je to veľmi nízka compliance k antihypertenznej liečbe. Pacient s AH nemá obvykle stále dostatočné porozumenie pre to, čo je jeho vážnym zdravotným problémom – najmä, že jeho stav vyžaduje celoživotnú liečbu a pozornosť. Okrem toho, lekárske (zdravotnícke) sektory na celom svete ešte stále nie je natoľko sústredený na úlohu dlhodobého sledovania tlaku krvi u hypertenzných pacientov meracími technikami. Je potrebné vysloviť nádej a dúfať, že aj niektoré zložky politických systémov by mohli byť oslovené na pomoc a k riešeniu tohto celosvetového problému, predovšetkým pri zabezpečení dostatku liekov a pri riešení vznikajúcich sociálnych a finančných dôsledkov (4).

Literatúra

1. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K. 2013 ESH-ESC Guidelines for the management of Hypertension. *J Hypertens.* 2013;31(7):1281–1357.
2. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K. 2013 ESH-ESC Guidelines for the management of Hypertension. *European Heart J.* 2013;34(28):2159–2219.
3. Mancia G, Laurent S, Agabiti-Rosei E. Reappraisal of European Guidelines in hypertension management. *J Hypertension.* 2009;27:2121–2158.
4. Clement DL. Arterial Hypertension 2013 guidelines (Management of), reviewed. *E-journal of the ESC Council for Cardiology Practice.* 2013;12 (3):1–4.

doc. MUDr. Marian Snincák, CSc., mim. prof.

Centrum pre výskum, diagnostiku a liečbu hypertenzie
Klinika geriatrickej a ošetrovateľstva UPJŠ LF a VOÚG sv.
Lukáša v Košiciach, n.o.
Strojárska 13, 040 01 Košice-Staré Mesto
marian.snincak@upjs.sk