

v manažmente AH. V manažmente pacienta s AH možno u stabilných chronických pacientov využiť aj telemedicínu.

Výsledky domáceho merania TK v roku 2021 a antihypertenzívna liečba

Po 3 rokoch od uvedenia nových odporúčaní ESC/ESH 2018 pre manažment AH a 2 roky od vzniku iniciatívy Charta 70/2023 máme k dispozícii nové výsledky z prieskumu Domáceho monitorovania tlaku krvi (DMTK) na Slovensku. Projektu DMTK sa zúčastnilo 112 všeobecných lekárov (VL), analyzovali sa údaje od 4 018 pacientov s liečenou AH (9). Analyzovali sa hodnoty TK a pulzu namerané v ambulancii lekára a doma, základné antropometrické parametre, liečba AH. Zber dát bol realizovaný duálne, pomocou elektronických alebo papierových dotazníkov. Vďaka cielenej práci na implementácii odporúčaní do praxe sa zaznamenal posun v miere kontroly TK (TK < 140/90 mm Hg) na Slovensku zo 45,6 % v roku 2019 na 66 % v roku 2021.

V roku 2019 boli namerané hodnoty TK \leq 140/90 mm Hg u 45,6 % pacientov, ktorí prišli k svojmu VL, viac ako polovica pacientov mala TK vyšší napriek AH liečbe (85 % z nich uviedlo, že v daný deň liek užíli) (6). V roku 2021 malo 2/3 pacientov hodnotu TK v ambulancii VL < 140/90 mm Hg, 1/3 malo TK > 140/90 mm Hg (9).

Pacient s artériovou hypertenziou a obezitou

Z rizikových faktorov boli vybrané nadváha a obezita. Nadváhu malo v roku 2021 41,7 % pacientov (mužov 52,8 %, žien 41 %), a 33,1 % pacientov bolo obezných (mužov 32,9 %, žien 44,0 %). Ako ukazujú výsledky DMTK z roku 2021, existuje jednoznačná súvislosť medzi kontrolou TK a BMI. Pacienti s vyšším BMI dosahovali pri rannom meraní vyššie hodnoty STK. Pri BMI nad 25 kg/m² už hodnoty STK neboli kontrolované v súlade s odporúčaním STK < 130 mm Hg.

Pri večernom meraní TK mali pacienti s vyšším BMI v porovnaní s pacientami s normálnym BMI namerané vyššie hodnoty STK. Pri BMI nad 25 kg/m² už hodnoty STK neboli kontrolované v súlade s odporúčaním STK < 130 mm Hg.

U pacientov s vyšším BMI bola zaznamenaná vyššia variabilita nameraných hodnôt TK. S narastajúcim BMI pacienta stúpala ranná hodnota STK, kritickými boli v tejto skupine pacientov najmä ranné hodiny.

Z výsledkov DMTK môžeme ukázať, že s nárastom BMI bol prítomný aj nárast TK. Hodnoty TK boli kontrolované podľa odporúčaní pri podváhe a normálnej hmotnosti, pri nadváhe boli kontrolované iba hodnoty DTK. Čím vyššie BMI mali pacienti, tým bola horšia kontrola ich TK.

Ako bolo uvedené, s narastajúcim počtom užívaných tabliet klesá adherencia pacienta k liečbe. Vo výsledkoch DMTK bol dokumentovaný vzťah medzi BMI a počtom tabliet. S nárastom BMI stúpala počet tabliet, najmä u pacientov s ťažkou obezitou. Pri podváhe (BMI < 18,5) bol počet tabliet 1,64, naopak, pri ťažkej obezite (BMI > 40) bol počet tabliet 2,17 tablety. Pri stúpajúcom BMI bol nárast účinných látok, avšak od BMI > 25 kg/m² počet účinných látok stagnoval. Terapeutickou implikáciou zo strany lekára by mohlo byť využívanie preferenčne fixných kombinácií a najmä u pacientov s vyšším BMI dodržiavať odporúčané dávkovanie.

Diskusia

Porovnaním zozbieraných a publikovaných dát o hodnotách TK v populácii slovenských pacientov s AH vidíme posun v miere kontroly pacientov s AH v roku 2021 oproti roku 2019. Zatiaľ však nemôžeme byť s týmto výsledkom spokojní. Zníženie hodnôt TK pod 140/90 mm Hg je prvým krokom v manažmente pacienta s AH. Následne sa má medikamentóznou liečbou dosiahnuť cieľová hodnota TK podľa veku a pridružených komorbidít (5). Preto vyvstáva nutnosť včasnej ďalšej úpravy AH liečby. Riešenie na dosiahnutie cieľových hodnôt TK je začatie liečby u väčšiny pacientov fixnou kombináciou dvoch liekov. Liečba fixnou kombináciou zlepší rýchlosť dosiahnutia poklesu TK, je účinnejšia a zabezpečí predvídateľnosť kontroly TK (5).

Podľa výsledkov publikovaných dát, najmenej 75 % pacientov potrebuje na dosiahnutie cieľových hodnôt tlaku krvi kombinovanú AH liečbu. Iniciácia liečby kombináciou AH liekov zabezpečí rýchlejšiu kontrolu TK ako monoterapia, je potrebný signifikantne kratší priemerný čas na dosiahnutie kontroly TK. Ako ukazuje štúdia porovnávajúca iniciáciu AH liečby kombináciou vs. monoterapiou, pri kombinovanej AH liečbe bola dosiahnutá rýchlejšia kontrola TK o 18,5 % (9,7 vs. 11,9 mesiacov, $p = 0,004$) (10). Iniciácia liečby kombináciou bola spojená so signifikantnou redukciami rizika KV príhod a mortality o 34 % vs. iniciácia liečby monoterapiou. Pri hodnotení jednotlivých KV príhod osobitne bola potvrdená signifikantná redukcia akútneho IM až o 81 %, signifikantná redukcia hospitalizácií pre SZ až o 46 % a redukcia CMP/TIA o 21 % (10).

Častou otázkou v praxi je, prečo začať liečbu hypertenzie ACE inhibítormi. Liečba AH by mala zahŕňať lieky, ktoré majú nielen preukázaný účinok na redukciiu TK, ale aj na redukciiu kardiovaskulárnych príhod. Ako preukázali viaceré metaanalýzy morbi-mortalitných štúdií, ACE-I na rozdiel od sartanov signifikantne znižujú riziko celkovej mortality, KV mortality a IM (11, 12, 13). Do kombinácie s ACEI je v súlade s 2018 ESC/ESH odporúčaniami odporúčaný blokátor kalciového kanála alebo diuretikum. Aj v podmienkach Slovenskej republiky máme k dispozícii fixné kombinácie uvedených skupín liekov, výhodou je, že sú dostupné v rôznych dávkovacích schémach.

Účinnosť a tolerancia iniciálnej AH liečby je dôležitá pre dlhodobú adherenciu pacienta. Ako ukázala kanadská štúdia, využitie iniciálnej FK perindopril arginínu/amlodipínu viedlo nielen k signifikantnému poklesu hodnôt TK, tiež k dosiahnutiu cieľových hodnôt TK u 70 % pacientov a súčasnej dobrej compliance u 95 % pacientov (14). V recentne publikovanej štúdií po zmene liečby u nekontrolovaných hypertenikov na sartane vo voľnej kombinácii na fixnú kombináciu (perindopril arginín/amlodipín), došlo k dosiahnutiu TK < 140/90 mm Hg v ambulancii lekára u 94 % pacientov a priemerného TK < 135/85 mm Hg pri DMTK u 84 % pacientov (15). Z hľadiska výberu diuretika do kombinovanej AH liečby je indikované na základe odporúčaní International Society of Hypertension a NICE odporúčaní použitie tiazidu podobného diuretika. V našich podmienkach je možné využiť indapamid, ktorý má kvalitnú medicínu dôkazov nielen na efektívnu redukciiu TK, metabolickú neutralitu na rozdiel od HCTZ, ale najmä má dáta na KV protekciu pacientov s AH (16, 17). Metaanalýza morbi-mortalitných štúdií z roku 2019 potvrdila, že liečba založená na indapamide signifikantne znižuje celkovú mortalitu, KV mortalitu, riziko CMP i fatálnej CMP (18).