

Jednou z veľkých výziev v manažmente pacientov s AH je dosahovanie cieľových hodnôt TK u pacientov s nadváhou a obezitou. V štúdiu EUROASPIRE V malo 37,2 % pacientov (muži 41,6 %, ženy 33,9 %) nadváhu a 43,5 % pacientov (muži 41,7 %, ženy 44,9 %) obezitu. V literatúre opäť nachádzame dáta, že použitie fixných kombinácií antihypertenzív v adekvátnej dávke vedie po 3 mesiacoch liečby k dosiahnutiu cieľových hodnôt TK (< 140/90 mm Hg) u viac ako 70 % pacientov vo všetkých skupinách pacientov: 70,9 % u obéznych pacientov, 78,1 % u pacientov s nadváhou, 81,8 % u pacientov s normálnym BMI (19). Je preto potrebné u pacientov s vyšším BMI zbytočne nepodávať nízke dávky antihypertenzív a neodďalovať navýšenie a zmenu AH liečby.

U takto rizikových pacientov, akými sú pacienti s nadváhou, obezitou a DM, je veľmi dôležité, súčasne však náročnejšie, dosiahnuť kontrolu TK. Preto v takýchto skupinách pacientov nepostačuje liečba AH pomocou dvojkombinácie antihypertenzív. Na efektívnejšie a rýchlejšie zníženie hodnôt TK v súlade s 2018 ESC/ESH odporúčaniami je potrebné pridať včasne v druhom kroku ďalšie antihypertenzívum.

Ako ukazuje publikovaná štúdia, včasná zmena AH liečby na fixnú 3-kombináciu antihypertenzív viedla k účinnej kontrole TK už po mesiaci od zmeny liečby, do troch mesiacov došlo k ďalšej redukcii hodnôt TK (20).

Ak pacient naďalej nedosahuje cieľové hodnoty TK, je indikované v 3. kroku prídanie spironolaktónu. Prídanie betablokátoru sa odporúča zväžiť v akomkoľvek kroku liečby AH, v prípade že je podanie betablokátoru indikované (AH u pacienta so srdcovým zkyhaním, po IM, s fibriláciou predsiení, mladá hypertonička plánujúca graviditu, potreba kontroly SF) (5). Ostatné skupiny antihypertenzív sa majú používať v zriedkavých a špeciálnych situáciách, ak TK nie je kontrolovaný vyššie uvedenými liečebnými stratégiami. Je potrebné zo strany lekárov pri manažmente pacienta s AH vyhnúť sa terapeutickému inercii – včasnou iniciáciou AH liečby, včasnou

zmenou liečby, ak pacient nedosahuje cieľové hodnoty TK. Na druhej strane, je nutné do terapeutického procesu aktívne zapojiť pacienta, pretože iba aktívny pacient bude plne adherentný nielen k medikamentózne liečbe, ale aj k celkovej zmene životného štýlu.

Záver

Nedostatočná kontrola TK je globálnym problémom. Optimálna kontrola hodnôt TK je dôležitá nielen na zníženie výskytu hypertenziou navodeného orgánového poškodenia a ďalších komplikácií, tiež na zníženie mortality pacientov s AH.

Na zlepšenie nepriaznivej situácie v morbidite a mortalite na KVO na Slovensku je dôležitá včasná diagnostika artériovej hypertenzie, implementácia liečebných stratégií vychádzajúcich z kvalitnej medicíny dôkazov, efektívna liečba, priaznivo ovplyvňujúca výskyt komplikácií HT vďaka používaniu kombinovanej AH liečby, preferenčne vo fixnej kombinácii v 3 krokoch. Nutná je kontrola ďalších rizikových faktorov: hmotnosť, srdcová frekvencia, LDL cholesterol.

Cieľ Charty 70/2023 ešte nie je splnený. Výzva pre lepšiu kontrolu pacientov s AH a pridruženými ochoreniami pokračuje. Do výzvy sa môžete zapojiť aj vy, tak ako takmer 1 800 slovenských lekárov manažujúcich pacientov s artériovou hypertenziou. <https://www.sks.sk/news/charta-702023>.

Naše poďakovanie patrí všetkým zdravotníckym a nezdravotníckym pracovníkom, ktorí sa zúčastnili na projekte Domáceho monitorovania tlaku krvi u pacientov s artériovou hypertenziou v roku 2021.

Použité skratky

AH = artériová hypertenzia, ESC = European Society of Cardiology, ESH = European Society of Hypertension, TK = tlak krvi; mm Hg = milimetre ortuťového stĺpca

LITERATÚRA

1. Visseren FL, Mach F, Smulders YM et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies With the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC), EHJ. 2021; 42 (34): 3227-3337. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484> CVD Prevention.
2. www.statistics.sk
3. GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020; 396 (10258):1223-1249. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30752-2.
4. Kotseva K, De Backer G, De Bacquer D et al. Lifestyle and impact on cardiovascular risk factor control in coronary patients across 27 countries: Results from the European Society of Cardiology ESC-EORP EUROASPIRE V registry. *Eur J Prev Cardiol*. 2019;26(8):824-835. doi: 10.1177/2047487318825350. Epub 2019 Feb 10. PMID: 30739508.
5. Williams B, Mancia G, Spiering W et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2018;39(33):3021-3104. doi: 10.1093/eurheartj/ehy339.
6. Hatala R, Nehaj F, Šídlo R et al. Skrining artériovej hypertenzie u dospelých osôb pri návšteve ambulancie všeobecných lekárov na Slovensku – iniciatíva „Charta 70/2023“. *Cardiology Lett*. 2021;30(3-4):148-158.
7. Niccoli G, Montone RA, Ibanez B et al. Optimized Treatment of ST-Elevation Myocardial Infarction. *Circ Res*. 2019 Jul 5;125(2):245-258. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.119.315344. Epub 2019 Jul 3. PMID: 31268854.
8. Parati G, Kjeldsen S, Coca A et al. Adherence to Single-Pill Versus Free-Equivalent Combination Therapy in Hypertension: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Hypertension*. 2021 Feb;77(2):692-705. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15781. Epub 2021 Jan 4. PMID: 33390044.
9. Šimková A, Výsledky DMTK u pacientov s artériovou hypertenziou v roku 2021, *Medicus News* 3/3021.
10. Gradman AH, Parisé H, Lefebvre P et al. Initial combination therapy reduces the risk of cardiovascular events in hypertensive patients: a matched cohort study. *Hypertension*. 2013; 61(2):309-18. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.112.201566.

11. Strauss MH, Hall AS. Angiotensin Receptor Blockers Do Not Reduce Risk of Myocardial Infarction, Cardiovascular Death, or Total Mortality: Further Evidence for the ARB-MI Paradox. *Circulation*. 2017;135(22):2088-2090. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.117.026112.
12. Taddei S, Bortolotto L Unraveling the Pivotal Role of Bradykinin in ACE Inhibitor Activity. *Am J Cardiovasc Drugs*. 2016;16(5):309-21.
13. Van Vark LC, Bertrand M, Akkerhuis KM et al. Angiotensin-converting enzyme inhibitors reduce mortality in hypertension: a meta-analysis of randomized clinical trials of renin-angiotensin-aldosterone system inhibitors involving 158 998 patients. *EHI*. 2012; 33 (16):2088-2097.
14. Daskalopoulou S, Vilatte R. Effectiveness and Tolerability of Perindopril 3.5 Mg/amlodipine 2.5 Mg Single Pill Combination in Newly Diagnosed Patients With Hypertension. The Simple National Study Across Canada *Circ* 2020; Suppl 3 (142), A14065.
15. Glezer MG. Antihypertensive Effect of Switching to a Fixed Perindopril/Amlodipine Combination in Patients Ineffectively Treated by Free Sartan-Containing Combinations. Results of the AVANGARD Study. *Kardiologia*. 2019;59(10):31-38. doi: 10.18087/cardio.2019. n.731. PMID: 31615386.
16. Unger T, Borghi C, Charcar F et al. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. *Hypertension*. 202075(6):1334-1357. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026.
17. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng136>.
18. Chalmers J, Mourad JJ, De Champvallins M et al. Benefit of Indapamide- based treatment on mortality. *Journal of Hypertension* 2019; 37, Issue - p e57 doi: 10.1097/01.hjh.0000570928.33807.a8.
19. Glezer MG; FORSAGE Investigators. Antihypertensive Effectiveness of Perindopril Arginine and Indapamide Single-Pill Combination According to Body Mass Index: Findings from the FORSAGE Study. *Cardiol Ther*. 2020;9(1):139-152. doi: 10.1007/s40119-020-00162-x.
20. Karpov YA, Gorbunov VM, Logunova NA. Triple fixed-dose combination in the treatment of hypertension: the results of the Russian observational study TRICOLOR, *Russ J Cardiol*. 2020; 25(10):104-115. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2020-4130>.