

mozgových príhod (CMP) a mortality v tejto skupine pacientov. Ako je uvedené v záveroch štúdie, silnejší rizikový faktor je výška SF pri užívaní liečby, ako vstupná hodnota srdcovej frekvencie (5). Podľa 2019 Odporúčaní pre KCHS je riziková SF v skupine pacientov s AH a KCHS >60 úderov/min (6). Srdcová frekvencia je jednoducho merateľný parameter s prognostickými dôsledkami. Prognóza pacientov s angínou pectoris (AP) je úzko spojená s výškou ich SF. Výsledky štúdie ukázali, že pacienti so SF nižšou ako 62 úderov/min mali najlepšiu prognózu, kým pacienti so SF > 83 úderov/min mali o 31 % horšie prežívanie. Aj na základe tejto štúdie je odporúčané (6) u pacientov s AP dosiahnuť srdcovú frekvenciu 55 – 60 úderov /min (7).

Podľa registra CLARIFY však vieme, že slovenskí pacienti s AP často nedosahujú cieľovú srdcovú frekvenciu, až 82 % pacientov má SF nad 60 úderov za minútu (8).

SF a pacienti s AH a srdcovým zlyhávaním

Srdcová frekvencia u pacientov so srdcovým zlyhávaním (SZ) je tiež významný ukazovateľ mortality.

Z výsledkov štúdie SHIFT vyplýva, že pacienti s najvyššími hodnotami srdcovej frekvencie (≥ 87 úderov/min) mali viac ako dvojnásobné riziko výskytu KV príhod v porovnaní s pacientmi s najnižšími hodnotami srdcovej frekvencie (70 – 71 úderov /min) (9). Z najnovších údajov však vieme, že až 33 % pacientov so SZ má SF nad 70 úderov/min napriek liečbe betablokátorom (10). Kontrola srdcovej frekvencie je dôležitým cieľom liečby u pacientov so srdcovým zlyhávaním. Podľa najnovších ESC odporúčaní pre SZ je u pacienta s AH SF >60 úderov/min KV rizikovým faktorom (11).

Pacienti s AH z ambulancií slovenských lekárov

V roku 2021 sa realizoval celoslovenský projekt domáceho monitorovania TK u pacientov s AH zo 115 ambulancií praktických lekárov. Pacienti si merali hodnoty TK a pulzu v domácom prostredí a mali odmerané hodnoty TK a pulzu aj v ambulancii lekára. Cieľom projektu bolo zozbierať základné údaje o hodnotách tlaku krvi, srdcovej frekvencie a ďalších rizikových faktorov, zodpovedných za rozvoj srdcovo-cievnych ochorení u pacientov s diagnostikovanou a liečenou AH na Slovensku. Celkovo bolo zapojených 4 018 pacientov priemerného veku 60 rokov,

ktorí sa v priemere liečili na AH 9,3 roka. Výsledky ukázali, že 20 % pacientov s AH malo SF > 80/min a až 66 % pacientov s AH malo SF > 65/min (12). Z prieskumu domáceho monitorovania tlaku krvi 2021 vyplýva, že v našich podmienkach kontrola SF u väčšiny pacientov s AH v rámci KV kontinua nie je adekvátna a je potrebné aktívnejšie implementovať odporúčania ESC/ESH do každodennej klinickej praxe.

Ovplyvnenie faktora: adherencia pacienta

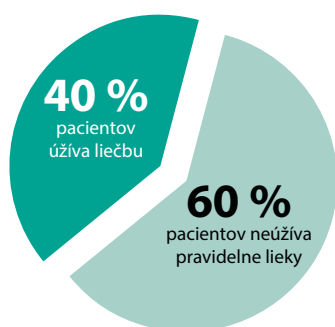
Jednou z dôležitých príčin nedostatočnej kontroly TK a súčasne kontroly SF je zlá adherencia pacientov k liečbe. Celosvetovo máme k dispozícii dáta o zlej adherencii pacientov k antihypertenzívnej liečbe (počet predpísaných balení, kvantifikácia hladiny antihypertenzív v krvi a v moči) – veď „artériová hypertenzia nebolí“. Compliance a perzistencia ku antihypertenzívnej liečbe je po 1 roku menej ako 50 %. Klinické štúdie a každodenná klinická prax nám dokazujú, že existuje inverzný vzťah medzi počtom užívaných liekov a adherenciou pacientov k liečbe. Známa štúdia s pacientami s rezistentnou AH ukázala, že až 60 % hypertonikov neužíva pravidelne predpísané lieky (13). Na riziká nízkej adherencie pacientov k liečbe upozorňujú aj 2018 ESC/ESH odporúčania pre liečbu AH. Uvádzajú, že nízka adherencia je jednou z hlavných príčin zlej kontroly TK a je spojená s vyšším rizikom KV príhod. Keďže nízka adherencia je priamo úmerná počtu predpísaných tabliet, preferovanie liečby fixnými kombináciami (FK) je v liečbe AH veľmi dôležité a potrebné (1).

Nízka adherencia k liečbe AH je problémom hlavne v skupine diuretík a betablokátorov (BB). BB sú liekmi voľby u väčšiny pacientov s AH a KV ochorením, majú morbi-mortalitný benefit pre túto vysokorizikóvu skupinu pacientov (1). Veľká metaanalýza s viac ako 376 000 pacientov, ktorá vyhodnocovala adherenciu k liekom na prevenciu KV ochorení, ukázala, že iba 44 % pacientov pravidelne užíva predpísaný betablokátor v primárnej prevencii. V sekundárnej prevencii KCHS je dokumentovaná adherencia k betablokátorom u 62 % pacientov, avšak stále 38 % vysokorizikových pacientov s AH vynecháva predpísaný betablokátor (14). Nonadherencia nie je významne ovplyvnená možným nežiaducimi účinkami liekov. Riešením, ako zlepšiť adherenciu pacientov k liečbe betablokátorom, je preferovať fixné kombinácie BB s blokátorom renín angiotenzín aldosterón, preferenčne inhibitor angiotenzín konvertujúceho enzýmu (ACEI) ako základná liečba AH v tejto skupine pacientov, čo je v súlade s odporúča-

Obr. 1. Zlá kontrola TK a SF zostáva naďalej hlavným problémom u hypertonikov, faktory zo strany pacienta (upravené podľa 1, 16)

Faktory ovplyvňujúce zlú kontrolu TK a SF

Zo strany pacienta: nízka adherencia k liečbe



- ❗ „Nízka adherencia je jednou z hlavných príčin **zlej kontroly TK.**“
- ❗ „Nízka adherencia je jednou s vyšším **rizikom KV príhod.**“
- ❗ „Nízka adherencia je priamo úmerná **počtu predpísaných tabliet.**“