

niami pre manažment AH (1). Výsledky meta-analýzy zahrňujúcej vyše 11 tisíc pacientov ukázali, že použitie fixnej kombinácie zlepšilo adhérenciu pacientov k liečbe o 24 % v porovnaní s voľnou kombináciou (15). Liečba fixnými kombináciami znižuje riziko nonkompliance k liečbe u pacientov s chronickými ochoreniami. Pretože práve pri liečbe chronických ochorení, akým je AH-liečba fixnými kombináciami nielenže znižuje hodnoty TK a SF, ale znižuje i mortalitu pacientov.

Ovplyvnenie faktora: klinická inercia

Medzi faktory ovplyvňujúce kontrolu TK a SF zo strany lekára patrí klinická inercia. V klinickej praxi veľa lekárov začína liečbu AH monoterapiou, pričom ACEi a BB sú najčastejšou prvotnou liečbou hypertenzie, podľa slovenských dát je uvedená liečba liečbou prvej línie až u 49 % pacientov s AH (15). Pri manažmente pacientov s AH však nedochádza k ďalšej úprave liečby AH podľa aktuálnych potrieb pacienta. Veľa pacientov zostáva dlhodobo na monoterapii alebo na suboptimálnych dávkach antihypertenzív napriek nedostatočnej kontrole TK (1).

2018 ESC/ESH odporúčania pre liečbu AH dávajú jasný odkaz do klinickej praxe. Hlavnou stratégiou liečby hypertenzie vrátane rizikových faktorov (ako je zvýšená SF) a komorbidít je u väčšiny pacientov preferovanie dvojkombinácie liekov najmä vo fixnej kombinácii už na iniciáciu liečby (blokátory systému renín angiotenzín aldosterón, preferenčne ACEi a blokátory kalciových kanálov alebo diuretikum-tiazidu podobné).

Pri nedosahovaní cieľových hodnôt TK je indikované čím včasnejšie prejsť na trojkombináciu antihypertenzív (preferenčne fixnú). Účinnosť a organoprotektívne účinky ACEi boli potvrdené u tisícov pacientov v mnohých klinických randomizovaných štúdiách, avšak sartany uvedenú orgánovú protektivitu a mortalitný benefit nemajú. Kardiovaskulárny benefit ACEi môže byť pravdepodobne v dôsledku zvýšenej hladiny bradykinínu viac, než pokles angiotenzínu II (1). Z ACE inhibitorov sa nejedná iba o „class effect“ ACEi, preto je potrebné zvoliť ACEi, ktorý má medicínu dôkazov pre rôzne klinické situácie. Použitie betablokátorov v liečbe artériovej hypertenzie je indikované. Beta-blokátory je odporúčané kombinovať

s inými antihypertenzívami, v akomkoľvek kroku liečby (aj ako iniciálna liečba), ak je prítomná angína pectoris, stav po infarkte myokardu, srdcové zlyhávanie, fibrilácia predsiení alebo je nutné kontrolovať srdcovú frekvenciu (1). V porovnaní s inými antihypertenzívami sa betablokátoři javia ako menej protektívne v ochrane pacientov pred vznikom cievnej mozgovej príhody. Ako ukazujú novšie metanalýzy, liečba betablokátořmi vedie k dosiahnutiu redukcie nielen tlaku krvi, ale aj srdcovej frekvencie u pacientov s AH v celom KV kontinuu a je spojená s dôkazom o KV ochranu (redukcia fatálnych a nefatálnych príhod u pacientov s hodnotami STK viac ako 160 mmHg) (16).

U pacientov s AH a zvýšenou SF (> 80 úderov/min), ako aj hypertonikov s fibriláciou predsiení, pacientov s AP, po IM, so SZ, je fixná kombinácia BB a ACEi odporúčaná hneď v prvom kroku liečby. V ďalšom kroku u pacientov s rezistentnou AH (po vylúčení non compliance a sekundárnej príčiny AH) je odporúčané pridať spironolakton (1). Fixné kombinácie zlepšujú adhérenciu pacienta, zabezpečia rýchlejšiu kontrolu TK a sú spájané s nižším rizikom nežiaducich účinkov (1).

Kombinovaná liečba ACEi a BB alebo blokátora kalciového kanála ideálne vo FK, už ako iniciálna liečba, je odporúčaná v stratégii liečby pacienta s AH a KCHS, pri nedosahovaní cieľových hodnôt TK a SF je odporúčaná v druhom kroku trojkombinácia vyššie uvedených liekov. Pri blokátoroch renín angiotenzín aldosterón odporúčanie pre chronické koronárne syndrómy (6) a pre SZ (11) navyše zdôrazňujú, že sartan sa má použiť len v prípade intolerancie na ACEi.

Pri výbere antihypertenzív je potrebné sa zamerať nielen na tzv. „class efekt“ danej liekovej skupiny, ale preferovať molekuly s kvalitnou medicínskou dôkazov. Ako ukázala nedávno publikovaná štúdia u pacientov s AH a KCHS (zahŕňajúca pacientov po IM a po revaskularizácii myokardu), fixná kombinácia bisoprolol/perindopril arginín zabezpečila signifikantné zníženie systolického TK (o 28 mmHg) ako aj diastolického TK (o 14 mmHg) už za 1 mesiac liečby, zároveň došlo k žiadanému poklesu SF o 17 úderov za minútu pri dobrej tolerancii liečby (17). Ideálne antihypertenzívum by malo zabezpečiť ochranu pacienta v priebehu 24 hodín, najmä v kritických

Obr. 2. Zlá kontrola TK a SF zostáva naďalej hlavným problémom u hypertonikov, faktory zo strany lekára (upravené podľa 1, 15)

Zo strany lekára – klinická inercia

- Veľa lekárov začína liečbou AH monoterapiou
- napriek nedostatočnej kontrole TK zostávajú pacienti dlhodobo na monoterapii (1/2 pacientov) alebo na suboptimálnych dávkach

ACEi a BB sú najčastejšou prvotnou liečbou hypertenzie

