

UVEREJNENÉ: 18.06.2015

LEKÁRSKE LISTY

Vo vyspelých krajinách sú v terapii hypertenzie stále rezervy

Vysoký krvný tlak sa skloňuje v súvislosti s celým radom ochorení. O možnostiach manažmentu ochorenia a cieleného prístupu k liečbe sme sa zhovárali s popredným slovenským odborníkom doc. MUDr. Mariánom Sninčákom, PhD., mim. prof., prednostom Kliniky geriatrickej a ošetrovateľstva LF UPJŠ Košice, vedúcim lekárom Centra pre výskum, diagnostiku a liečbu hypertenzie z Vysokošpecializovaného odborného ústavu geriatrického sv. Lukáša v Košiciach, n. o.

- Hypertenzia väčšinou nebolí, a predsa zabíja. Venuje sa jej na Slovensku dostatok pozornosti? Hovorí sa, že až 50 % dospelaj populácie trpí vysokým krvným tlakom...

Neliečená artériová hypertenzia (AH) v prvých štádiách obvykle nemá závažnejšie klinické ťažkosti. Pre jej liečbu preto mnohí pacienti, najmä v mladšom veku, nemajú dostatočnú motiváciu a nevenujú jej potrebnú pozornosť. AH ale predstavuje závažný zdravotný problém. Spolu s fajčením, diabetom, dyslipidémiou a obezitou (najmä abdominálnou) je jedným z najzávažnejších rizikových faktorov cievnych mozgových príhod (CMP), ischemickej choroby srdca (IChS) a ďalších prejavov aterosklerózy. Epidemiologické prieskumy potvrdili, že na vysoký tlak krvi trpí napr. v Nemecku až 55,3 % populácie osôb vo veku 35 - 64 rokov (37,7 % v Taliansku, 38,4 % vo Švédsku, takmer 42 % v Anglicku, 46,8 % v Španielsku, 48,7 % vo Fínsku). Prevalencia artériovej hypertenzie v Slovenskej republike vo veku 25 - 64 rokov sa v populačnom prieskume Slovenskej hypertenziologickej spoločnosti (KESH SR 2004 - 2005; M. Sninčák a spol.) pohybuje okolo 41,7 %, so zreteľným nárastom vo vyšších vekových kategóriách. Pritom povedomie (informovanosť o vlastnej hypertenzii) bolo nízke, celkovo 65,6 % osôb s potvrdenou AH ani nevedelo o svojom ochorení. Veľmi dôležitý je poznatok, že u takmer 1/4 (23,7 %) jedincov bola artériová hypertenzia depistážnou akciou objavená de novo. Povedomie o vlastnej AH vekom u oboch pohlaví vekom stúpa; ženy vedeli o svojom ochorení častejšie než muži. Celkovo v dobe štúdie boli v súbore jedincov so zistenou AH potvrdené len 2/3 (63,7 %) farmakologicky liečených osôb s diagnózou AH. Antihypertenzíva častejšie užívali ženy, čo tiež potvrdilo známu skutočnosť, že ženy v produktívnom veku výrazne lepšie adherujú k liečebným a preventívnym opatreniam. Efektívnu kontrolu AH však dosiahlo len 30,4 % osôb s antihypertenzívnou farmakoterapiou v súbore hypertenzných jedincov; veľká časť z nich mala hodnoty miernej a stredne závažnej AH. Štúdia teda jasne potvrdila, že na Slovensku existuje populácia v strednom veku s vysokým podielom AH a značné rezervy sú i v znalostiach, liečbe a kontrole AH. Hoci účinná liečba AH je v našich podmienkach finančne dostupná, kontrola AH v našej populácii nie je uspokojivá. Údaje z tohto populačného vyšetrenia sú porovnateľné s výsledkami v 6 európskych krajinách, Severnej Amerike - Kanade, USA (Wolf-Maier a spol., 2003). Príčinou zlej adhérence k liečbe zo strany pacientov je často zložitá dávkovacia schéma a nežiaduce účinky antihypertenzív. Preto je vhodné uprednostniť antihypertenzíva, ktoré sa používajú 1-krát denne, teda s 24-hodinovou účinnosťou v jednej dennej dávke per os. Z hľadiska tolerancie liečby je často lepšie namiesto zvyšovania dávky kombinovať menšie dávky viacerých antihypertenzív, zvlášť výhodné sú fixné kombinácie, ktoré zjednodušujú dávkovaciu schému, najmä preferované kombinácie ACEI (ev. sartanov) s blokátormi vstupu kalcia do bunky resp. diuretikom. Štúdia súčasne potvrdila, že v našich podmienkach lekári stále používajú najčastejšie monoterapiu (až 56,1 % v dobe štúdie), 2-kombináciu používa 32,3 % a kombinácie viac látok len 10,8 %.

- Kde sú rezervy v diagnostike hypertenzie?

Vysoký tlak krvi (hypertenzná choroba, esenciálna AH) je závažné chronické, celoživotné ochorenie, ktoré nevieme vyliečiť, vieme ho však veľmi úspešne pod lekárskej dohľadom liečiť. Sám pacient

však môže vo veľkej miere pozitívne ovplyvniť jeho prevenciu a liečbu tým, že bude aktívne pristupovať k udržaniu si svojho zdravia a prípadné riziká zníži na minimum. Poznať svoj TK by sa malo stať samozrejmom potrebou dnešného človeka vystaveného množstvu vplyvov, ktoré menia výšku TK a nevyhnutnosťou v prípade hypertenzného ochorenia. Hodnota TK u zdravého človeka je < 140 a/alebo 90 mmHg; normálny TK je v pásme 120 - 129/80 - 84 mmHg a optimálne hodnoty sa pohybujú pod 120/80 mmHg. Ak má dospelý človek v pokoji TK 140 a/alebo 90 mmHg a vyšší, v tomto prípade hovoríme o vysokom tlaku krvi. Malé ťažkosti nás nemusia nejako mimoriadne obťažovať, ale ich nástup by mal byť popudom na lekárske vyšetrenie a zmeranie TK. Ľahká diagnóza artériovej hypertenzie výrazne zvyšuje záchytnosť ochorenia (nameranie 2 hodnôt artériovej hypertenzie pri 2 za sebou idúcich návštevách u lekára) musí znamenať i povinnosť každého lekára, všeobecného či špecialistu, zmerať TK pri akomkoľvek vyšetrení. Meranie TK patrí k najdôležitejším spôsobom vyšetrenia zdravotného stavu. Napriek tomu sa vykonáva zriedkavo a spomedzi všetkých vyšetrení sa robí najnedbanlivejšie.

- A kde sú rezervy v liečbe?

Ak sa vysoký TK včas diagnostikuje a dôsledne lieči, je možné riziko vážnych srdcovo-cievnych ochorení a porúch orgánov podstatne znížiť. Je to možné pomocou medikamentózneho liečby, v našich podmienkach veľmi dostupnej v širokom meradle a potrebnom sortimente - a zdravého spôsobu života odvrátiť nebezpečenstvo artériovej hypertenzie. Čo môže urobiť sám pacient? Stačí relatívne málo: dôverovať svojmu lekárovi, rešpektovať jeho rady. Treba zdôrazniť, že ani ten najlepší (najdrahší) liek nemôže dobre účinkovať, ak vonkajšie okolnosti vysokého TK aj naďalej pretrvávajú! Preto pre úspešnú liečbu je dôležitá spolupráca pacienta s lekárom. Sám pacient môže podstatne prispieť k zníženiu TK tak, že sa pokúsi odstrániť všetky známe rizikové faktory a zmeniť niektoré nesprávne návyky. To nebýva, samozrejme, vždy jednoduché a pacient to často vníma ako obmedzovanie. Treba však brať na vedomie skutočnosť, že vážne ochorenia, príčinou ktorých je vysoký TK, si o to viac vyžadujú aktívny prístup jedincov s artériovou hypertenziou. To však vôbec neznamená, že život pacientov s týmto ochorením vďaka potrebným a realizovaným zmenám už viac nebude zábavný a zaujímavý - navyše, dáva výbornú šancu, že sa predĺži a získa vyššiu kvalitu (zníženie obezity a nadváhy, správne stravovanie - pestrá a vyvážená strava s obmedzením soli pri príprave a konzumácii jedál, zrieknutie sa fajčenia a nadmernej konzumácie alkoholu, vyhýbať sa stresu a odbúravať negatívne stresové situácie, dopriať si dostatočný odpočinok, dbať na šport a dostatočné pohybové aktivity). Meranie TK v domácom prostredí je považované za dôležitý doplnok k meraniu TK v ambulancii. Stačí teda mať svoj tlakomer a vedieť ho správne používať. Pacientovi odporúčame merať si vlastný TK najvhodnejšie ráno po zobudení (ešte pred užitím liekov), resp. večer pred spaním (v sede, v pokoji, po 10-minútovom upokojení, aspoň 2-krát po sebe, s voľne položeným predlaktím vo výške srdca, s primerane širokou a dlhou manžetou, vhodné v ten istý čas, u starších osôb a jedincov s diabetom i v stoji, pre možnosť tzv. ortostatickej hypotenzie), resp. pri zdravotných ťažkostiach a namerané hodnoty si zapisovať. Je optimálne, ak si pacient takto zmeria TK 7 dní v týždni, ktorý predchádza klinickej kontrole. Je to dôležité i pre zlepšenie adhérencie a podrobnejšiu informáciu o TK a úspešnosti liečby. Priemer hodnôt TK v domácich podmienkach \geq 135 a/alebo 85 mmHg je považovaný za zvýšený. Podľa všeobecných skúseností lekárov i odporúčaní záverom je potrebné povedať, že liečbu artériovej hypertenzie je možno začať monoterapiou (obvykle v nízkej dávke), alebo voľnou kombináciou dvoch liekov či fixnou kombináciou v nízkej dávke. Monoterapia býva úspešná maximálne u 1/3 pacientov. Výsledky mnohých štúdií potvrdili, že väčšina (2/3) potrebuje k dosiahnutiu cieľových hodnôt TK dve a viac látok s antihypertenznými účinkami s pravidelným používaním, s nutnosťou dlhodobej - celoživotnej liečby v drvivej väčšine prípadov.

- Problémom pre pacienta môže byť aj dlhodobé užívanie liekov a compliance tak klesá...

Áno a stúpajúci počet liekov, často potrebných i ku kontrole konkomitantných, zmeniteľných rizikových faktorov a pridružených ochorení, ako napr. k metabolickej kontrole diabetu,

hyperlipoproteinémie, hyperurikémie a ďalších, znižuje ochotu pacienta liečbu dlhodobo užívať. Okrem antihypertenzív s obsahom jednej účinnej látky v jednotlivých dávkach je dostupný veľký rad kombinovaných liekov, s fixným dávkovaním 2 - 3 rôznych jednotlivých komponentov a s 24-hodinovou účinnosťou v jednej tabletku, čo zohráva významnú úlohu v zlepšení spolupráce, dodržiavania liečby (compliance) chorým v súlade s odporúčaním lekára. Výrazne to zvyšuje u chorých efekt liečby, adhérenciu a perzistenciu k liečbe a najmä tiež prognózu pacientov. Vo všeobecnosti platí, že dodržiavanie dlhodobej (často celoživotnej) antihypertenznej liečby najmä u mladších pacientov v primárnej prevencii KV ochorení je horšie ako dodržiavanie liečby pri iných ochoreniach a v staršom veku. Primárna (esenciálna) artériová hypertenzia nie je vyliečiteľná, avšak lieky by sa mali používať celý život na prevenciu vzniku závažných komplikácií. Neliečená hypertenzia totiž významne skracuje dĺžku života, zásadne zvyšuje výskyt komplikácií (KV príhod). To je dôležité chorým priebežne opakovane pripomínať, zdôrazňovať a motivovať ich pri každej návšteve v ordinácii k pravidelnému používaniu liečby. Ako teda zlepšiť compliance osôb s AH? Informovať pacientov o riziku AH, ale i benefite liečby, zaistiť pre nich zrozumiteľné, ústne a písomné odporúčenia liečby, ponúknuť a zaistiť im liečbu podľa individuálnej charakteristiky, zjednodušovať im liečbu (napr. lieky s 24-hodinovým pôsobením 1-krát denne), spolupracovať s partnerom (príbuznými pacienta), domáce meranie TK (ak nie je úzkostný syndróm či tendencia k modifikácii liečby), včas detekovať event. nežiaduce účinky liečby a rešpektovať sociálnu situáciu chorého (ekonomické aspekty liečby). Ak sa hodnota TK pod vplyvom medikamentózneho liečby zlepšuje alebo normalizuje, v žiadnom prípade by pacient nemal z vlastnej vôle a bez konzultovania s ošetrovujúcim lekárom lieky vysadiť! Chorému neodporúčame, aby sám menil liečbu v závislosti na nameraných hodnotách.

- Aké sú poznatky ohľadne problematiky hypertenzie vo vašom centre?

Komplexný manažment artériovej hypertenzie vyžaduje multidisciplinárny prístup k pacientovi za účasti lekára - klinického hypertenziológa (internistu), kardiológa, diabetológa - metabológa, nefrológa, neurológa, oftalmológa, klinického psychológa, odborníka na poli fyziatrie a rehabilitácie, asistenta výživy i ďalších špecialistov. V praxi, od roku 1995, sa nám najviac osvedčil model starostlivosti, keď sú títo odborníci metodicky integrovaní do centra pre diagnostiku a liečbu hypertenzie (CDLH). Spolupráca na takomto pracovisku umožňuje komplexný pohľad na pacienta s artériovou hypertenziou, zlepšuje, skvalitňuje a zrýchľuje diagnostický proces a zvyšuje efektivitu liečby. Postavenie uvedených odborníkov treba považovať za prioritné a nenahraditeľné i v pravidelnom monitoringu a priebežnej, plnohodnotnej edukácii. Výsledkom tejto komplexnej starostlivosti je nielen úsilie o udržanie cieľových hodnôt TK, ale súčasne i spôsob, ako možno zabrániť vzniku ďalšieho množstva zdravotných problémov a komplikácií. Prvá takáto základňa budúceho pracoviska vznikla pôvodne v rámci Vnútrošného oddelenia s JIS a endoskopickou jednotkou Leteckej vojenskej nemocnice Košice pre potreby širšieho spádu, s metodickým usmernením a vypracovaným štatútom schváleným výborom Slovenskej hypertenziologickej spoločnosti a v spolupráci s II. internou klinikou LF UK v Bratislave (prednosta prof. MUDr. I. Balažovjeh, DrSc.) ako Poradňa pre vysoký tlak krvi v úzkej nadväznosti na činnosť oddelenia neinvazívnej kardiológie a funkčnej diagnostiky kardiopulmonálneho systému. Dňa 1. apríla 2004 na základe 10-ročnej činnosti a výsledkov poradne vzniklo Centrum pre diagnostiku a liečbu hypertenzie s osobitným štatútom, lokalizované v samostatných priestoroch; hospitalizačnou základňou centra boli lôžkové trakty diferencovanej starostlivosti interného oddelenia (expektačný, intermediárna jednotka, JIS s hypertenznou jednotkou). Išlo o úplne nové pracovisko tohto typu v SR, ktoré sa zaoberalo komplexne problematikou AH ako najčastejšieho ochorenia KV systému. Vznik pracoviska bol navyše logickým vyústením mnohoročnej tradície výskumu AH na Slovensku a v Československu. V klinickej práci od doby vzniku bolo na uvedenom pracovisku s nadregionálnym spádom postupne vyšetrených a liečených 18 465 pacientov z celej SR, prevažne z východného Slovenska. Vo vedeckej, výskumnej a pedagogickej činnosti pracovisko reprezentuje široká paleta záujmu - neinvazívna diagnostika v kardiológii, tichá ischémia myokardu, rizikové faktory ICHS a hypertenzia, rezortné a

národné epidemiologicko-klinické štúdie, dlhodobá registrácia TK neinvazívnymi systémami, non-dipper a prognóza, hypertenzné krízy, izolovaná systolická hypertenzia a ďalšie.

- Aké budú nové možnosti terapie hypertenzie? Bude niekedy liečba taká, že nebude významne zaťažovať pacienta užívaním liekov?

V súčasnej dobe zostávajú režimové opatrenia a farmakologická antihypertenzná liečba jedinou účinnou liečbou artériovej hypertenzie. Počas histórie vývoja antihypertenzív od 60. rokov minulého storočia postupne narastala ich účinnosť a zlepšovala sa ich tolerabilita a vrcholom sú dnešné prístupy a pohľady na používanie kombinovanej farmakologickej liečby. Vytvárajú a skúšajú sa fixné kombinácie až troch antihypertenzných látok, ktoré môžu zlepšiť compliance a kontrolu AH najmä pri ťažších formách ochorenia. Objavilo sa niekoľko fixných 3-kombinácií i v klinických štúdiách fázy II - III i v rutinej praxi. Za 3-kombináciu s najširším použitím je považované podávanie inhibítora ACE/sartanu, blokátora vstupu kalcia do bunky a diuretika, pri voľbe ktorých sa riadime klinickou situáciou, t. j. komorbiditami, účinnosťou a znášanlivosťou liečby. Dostupnosť sa rozšírila dokonca k tzv. polypill (napr. kombinácie fixných dávok viacerých antihypertenzných látok so statínom a nízka dávka kyseliny acetylosalicylovej s odôvodnením, že pacienti s AH sa často prezentujú dyslipidémiou a majú často vysoké KV riziko). Dosiahnutie cieľových hodnôt TK v populácii však zostáva veľkým zdravotným problémom, napriek tomu, že máme k dispozícii celkovo už 8 tried antihypertenzív. Našťastie, úsilie farmaceutických spoločností nepoľavuje a pokračuje výskum radu nových liekov, z ktorých niektoré sú už aktuálne v klinickom testovaní a môžu byť ďalším prínosom v liečbe artériovej hypertenzie. Sú to jednak duálne inhibítory (neutrálnych) vazopeptidáz, veľmi perspektívne sa zdajú duálne inhibítory AT1 receptorov a neprilyzínu (LCZ696), ďalej sú to inhibítory aldosterónsyntázy, antagonisty endotelínového receptora, donory oxidu dusnatého, inhibítory centrálnej aminopeptidázy A. Veľmi zaujímavou a zároveň asi najkontroverznejšou kapitolou nových antihypertenzných prístupov je vakcinácia proti zložkám systému renín-angiotenzín-aldosterón. Najďalej vo vývoji sú dve očkovacie látky mierené proti štruktúram angiotenzínu. Použitie týchto imunizačných agensov u ľudí vzbudilo v odborných kruhoch veľký rozruch. Iste, pretože v tomto prípade narážame na vážny etický problém; stimulácia imunitného systému proti fyziologickým častiam vlastného tela. K dispozícii sú predbežne dva známe druhy vakcíny, ktoré prešli 2. fázou klinického skúšania, jedna vznikla konjugáciou vírusovej partikuly s antigénou štruktúrou ľudského angiotenzínu, druhá je cieleňá proti angiotenzínu I. Pri rezistentných, výrazne refraktérnych stavoch artériovej hypertenzie prebiehajú klinické skúšania a sledovanie prístrojových miniaturizovaných medicínskych technológií, vyhodnocovanie efektu renálnej denervácie prostredníctvom katéetrových výbojov a barická vagová stimulácia.