

Prehodnotenie Európskych odporúčaní manažmentu hypertenzie: Dokument Pracovnej skupiny Európskej hypertenziologickej spoločnosti

Skrátená verzia

Mancia G, Laurent S, Agabiti-Rosei E, Ambrosioni E, Burnier M, Caulfield MJ, Cifkova R, Clément D, Coa A, Dominiczak A, Erdine S, Fagard R, Farsahg C, Grassi G, Haller H, Haegerty A, Kjeldsen SE, Kiowski W, Mallion JM, Manolis A, Narkiewicz K, Nilsson P, Olsen MH, Rahn KH, Redon J, Rodicio J, Ruilope L, Schmieder RE, Struijker-Boudier HAJ, van Zwieten PA, Viigmaa M, Zanchetti A

Mancia G a spol. J Hypertens 2009;27(11):2121–2158

V priebehu dvoch rokov od publikovania (v roku 2007) Odporúčaní o manažmente artrériovej hypertenzie Európskej hypertenziologickej spoločnosti (ESH) a Európskej kardiologickej spoločnosti (ESC), výskum a vývoj v oblasti hypertenzie aktívne napreduje. Publikované boli výsledky nových dôležitých klinických štúdií (vrátane niekoľkých veľkých randomizovaných štúdií s antihypertenzívnou liečbou). Niektoré z týchto štúdií posilnili dôkazy, na ktorých boli založené odporúčania z roku 2007. Avšak ďalšie klinické štúdie rozšírili informácie, pôvodne dostupné v roku 2007, modifikovali niektoré predchádzajúce koncepcie, a je

pravdepodobné, že budú potrebné odporúčania, na základe nových údajov, založených na medicíne dôkazov.

Úlohou tohto dokumentu ESH je zamerať sa na skupinu štúdií o hypertenzii, publikovaných v posledných dvoch rokoch s cieľom určiť ich príspevok k rozšíreniu našich vedomostí o hypertenzii. Navyše bolo by užitočné určité kritické usporiadanie (aktualizácia) súčasných odporúčaní ESH/ESC, aj iných odporúčaní, ktoré by predchádzalo tretej budúcej verzii európskych odporúčaní.

Najdôležitejšie závery sú zhrnuté v paneloch. Hlavné témy, ktoré sú zdrojom diskusie, sú uvedené v paneli 1.

Panel 1 Vyjadrenie stanovísk k uvedeným oblastiam

Zhodnotenie subklinického orgánového poškodenia kvôli stratifikácii celkového kardiovaskulárneho rizika

1. srdce
2. krvné cievy
3. obličky
4. ďalšie parametre
5. subklinické orgánové poškodenie ako ukazovateľ vysokého kardiovaskulárneho rizika
6. prognostická hodnota zmien orgánového poškodenia vyvolaných liečbou
7. záver

Liečebný prístup

1. Kedy začať s antihypertenzívnou liečbou?
2. Cielové hodnoty TK
3. *Post hoc* analýza klinických štúdií a účinkov na orgánové poškodenie
4. Fenomén krivky J
5. Sú odporúčania z roku 2007 stále aktuálne?

Liečebné stratégie

1. Výber antihypertenzív
betablokátory
tiazidové diuretiká
inhibítory ACE a blokátory angiotenzínových receptorov
blokátory kalciových kanálov
nové antihypertenzívne lieky
2. Je klasifikácia antihypertenzívnych liekov podľa poradia voľby v praxi užitočná alebo zavádzajúca?
3. Preferované lieky
4. Monoterapia a kombinovaná terapia
znižovanie TK týmito dvoma prístupmi
kombinácia dvoch liekov ako začiatková liečba
preferované kombinácie liekov
kombinácie fixnej dávky (v jednej tablete)
záver

Terapeutický prístup v špeciálnych podmienkach

1. Staroba
2. Diabetes mellitus
3. Renálne ochorenie
4. Cerebrovaskulárne ochorenie
5. Koronárna choroba srdca a srdcové zlyhanie
6. Fibrilácia predsiení
7. Hypertenzia u žien
8. Erektálna dysfunkcia

Liečba pridružených rizikových faktorov

1. Hypolipidemiká
2. Protidoštičková liečba
3. Kontrola glykémie
4. Otázka „polypill“

Potreba nových štúdií

Panel 2 Subklinické poškodenie orgánov v stratifikácii celkového kardiovaskulárneho rizika

1. Pri hypertenzii je dôležité posúdiť celkové kardiovaskulárne riziko, aby sa optimálne rozhodlo o začiatku liečby, jej intenzite a cieľoch.
2. Kvantifikácia celkového kardiovaskulárneho rizika musí obsahovať pátranie po subklinických orgánových poškodeniach, ktoré sú pri hypertenzii bežné a majú nezávislý prognostický význam.
3. Výskyt subklinického orgánového poškodenia u pacientov s hypertenziou zvyčajne posúva kardiovaskulárne riziko do vyššieho stupňa. Samotné subklinické orgánové poškodenie nemusí postačovať na to, aby bol pacient s normálnym TK zaradený do kategórie s vysokým rizikom, ale môže sa to stať v prípadoch, ak je poškodených viacero orgánov a pri metabolickom syndróme.
4. Podľa odporúčaní ESH/ESC z roku 2007 pri určovaní celkového kardiovaskulárneho rizika možno zobrať do úvahy niekoľko metód merania renálneho, kardiologického a vaskulárneho poškodenia. Vzhľadom na jednoduchosť, dostupnosť a nízke náklady sú merania používané v bežnej praxi založené na meraní vylučovania bielkovín v moči (vrátane mikroalbuminúrie), výpočte eGFR (podľa vzorca MDRD) a registrácii EKG. Kardiologické a vaskulárne ultrazvukové vyšetrenia sú v Európe čoraz dostupnejšie a ich používanie pri hodnotení pacienta s hypertenziou možno len odporúčať.
5. Subklinické orgánové poškodenie by sa malo sledovať tak počas skríningu, ako aj počas liečby, pretože množstvo liečbou navodených zmien orgánového poškodenia súvisí s kardiovaskulárnymi a renálnymi dôsledkami a tým

poskytuje informácie o tom, či zvolená liečba chráni pacienta pred ďalším poškodzovaním orgánov a potenciálne pred kardiovaskulárnymi príhodami.

6. Prognostický význam sa ukázal aj u niekoľkých ďalších meraní subklinického orgánového poškodenia, ale ich zložitost', nedostupnosť a vysoké náklady neumožňujú ich používanie v bežnej klinickej praxi. Možno predpokladať, že technologický vývoj umožní bežné používanie niektorých z týchto meraní. Určite by sa akékoľvek meranie malo brať do úvahy len v prípade, že prispeje k celkovému spresneniu určenia kardiovaskulárneho rizika.

Panel 3 Začiatok liečby

1. Hoci dôkazov z klinických štúdií je len málo, zdajú sa racionálne tieto odporúčania: pri hypertenzii 1. stupňa (sTK 140 – 159 mmHg alebo dTK 90 – 99 mmHg) s malým alebo stredným rizikom by sa malo začať s farmakoterapiou až po uplynutí primerane dlhého obdobia, počas ktorého došlo k zmene životného štýlu. Skoršie začatie liečby sa odporúča v prípade, ak hypertenziu 1. stupňa sprevádza vysoké riziko alebo ak ide o hypertenziu 2. alebo 3. stupňa.
2. U pacientov s vysokým normálnym TK (sTK 130 – 139 mmHg alebo dTK 85 – 89 mmHg), ktorý nie je komplikovaný diabetom alebo predchádzajúcimi kardiovaskulárnymi príhodami, nie sú dostupné žiadne dôkazy z klinických štúdií, ktoré by potvrdzovali iný prínos liečby, ako je neskorší nástup hypertenzie (prekročenie hranice 140/90 mmHg).
3. Začatie liečby antihypertenzívnymi liekmi u diabetických pacientov s vysokým normálnym TK nie je doposiaľ podložené dôkazmi z klinických štúdií. V súčasnosti sa však zdá vhodné odporúčať začiatok liečby u diabetických pacientov s vysokým normálnym TK, u ktorých sa preukázalo subklinické orgánové poškodenie (najmä mikroalbuminúria alebo proteinúria).
4. Dôkazy z klinických štúdií, ktoré sa týkajú antihypertenzívnej terapie pacientov s predchádzajúcimi kardiovaskulárnymi príhodami, ktorí ale nemali hypertenziu, sú kontroverzné. Preto je potrebné uskutočniť ďalšie štúdie pred tým, ako budú doplnené presné odporúčania.
5. Všeobecne sa ukazuje ako racionálne odporúčať včasnú liečbu zameranú na zníženie TK skôr, ako dôjde k nezvratnému poškodeniu orgánov alebo ku kardiovaskulárnej príhode, pretože u vysokorizikových pacientov s hypertenziou nie je možné ani intenzívnou farmakoterapiou znížiť celkové kardiovaskulárne riziko pod hranicu vysokého rizika, hoci je táto terapia inak účinná.

Panel 4 Ciele liečby krvného tlaku

1. Existuje dostatok dôkazov na to, aby sa odporúčalo zníženie sTK pod 140 mmHg (a dTK pod 90 mmHg) u všetkých pacientov s hypertenziou, rovnako u tých s nízkym či stredným rizikom, ako aj u tých s vysokým rizikom. Dôkazy chýbajú len u starších pacientov s hypertenziou, u ktorých sa výhody zníženia sTK pod 140 mmHg nikdy neskúmali v randomizovaných štúdiách.
2. Predchádzajúce odporúčania zamerané na dosiahnutie nižšieho cieľového sTK (< 130 mmHg) u pacientov s diabetom a u pacientov s veľmi vysokým kardiovaskulárnym rizikom (po kardiovaskulárnych príhodách) sú možno rozumné, ale zatiaľ nie sú dostatočne podporené dôkazmi z klinických štúdií. V žiadnej randomizovanej štúdií sa u pacientov s diabetom pri znížení sTK pod 130 mmHg nepreukázal benefit. Štúdie, v ktorých bol sTK znížený pod 130 mmHg u pacientov s prekonanými kardiovaskulárnymi príhodami, priniesli kontroverzné výsledky.
3. Napriek zrejším nedostatkom a slabšej sile dôkazov, *post hoc* analýzy údajov získaných v štúdiách naznačujú progresívne zníženie výskytu kardiovaskulárnych príhod v súvislosti s progresívnym znížením sTK na hodnoty okolo 120 mmHg a znížením dTK na hodnoty okolo 75 mmHg, hoci ďalší benefit pri nízkych hodnotách TK je skôr nízky. Pri takýchto nízkych hodnotách TK bol v niektorých štúdiách tiež zaznamenaný priaznivý efekt na orgánové poškodenia. Fenomén krivky J je nepravdepodobný, a ak áno, tak len pri dosiahnutí nižších hodnôt, možno s výnimkou pacientov s pokročilým aterosklerotickým cievnym ochorením.
4. Na základe aktuálnych údajov sa zdá vhodné odporúčať u všetkých pacientov s hypertenziou znížovanie sTK/dTK na hodnoty v rozmedzí 130 – 139/80 – 85 mmHg a možno bližšie k nižším hodnotám v uvedenom rozmedzí. V každom prípade by bolo žiaduce získať viac dôkazov zo špecifických randomizovaných klinických štúdií.

Panel 5 Výber antihypertenzív

1. Rozsiahle metaanalýzy dostupných údajov potvrdzujú, že hlavné skupiny antihypertenzív, t. j. diuretiká, ACE inhibítory, blokátory kalciových kanálov, antagonisty angiotenzínových receptorov a betablokátory sa od seba vo významnej miere neodlišujú, vzhľadom na svoju celkovú schopnosť znížiť hodnoty TK pri hypertenzii.
2. Neexistujú však žiadne nezvratné dôkazy o tom, že by sa tieto hlavné skupiny liekov odlišovali vo svojej schopnosti ochraňovať pred celkovým kardiovaskulárnym rizikom alebo špecifickými kardiovaskulárnymi príhodami, ako sú náhla cieвна mozgová príhoda a infarkt myokardu. Záver z Odporúčaní ESH/ESC 2007 o tom, že diuretiká, ACE inhibítory, blokátory kalciových kanálov, antagonisty angiotenzínových receptorov a betablokátory sa môžu považovať za vhodné tak na začiatok liečby hypertenzie, ako aj na dlhodobú liečbu, možno týmto potvrdiť.
3. Keďže počet pacientov, ktorí dobre znášajú ktorúkoľvek skupinu liekov, je obmedzený, a pacienti dobre reagujúci na jednu skupinu liekov často nereagujú na inú skupinu liekov, zachovanie veľkého počtu liekových možností zvyšuje šancu na kontrolu TK vo väčšej skupine hypertonikov. Toto je zásadne dôležité, pretože kardiovaskulárna ochrana antihypertenzívnou liečbou závisí od samotného zníženia TK bez zreteľa na to, ako sa dosiahne.
4. Každá skupina liekov má svoje kontraindikácie aj priaznivé účinky v špecifickom klinickom prostredí. Od toho by mala závisieť aj voľba lieku/lievkov. Tradičná klasifikácia liekov na lieky prvej, druhej, tretej a ďalšej voľby vo vzťahu k bežnému pacientovi má dnes malé vedecké a praktické opodstatnenie a malo by sa od nej upustiť.
5. Lieky účinkujúce cestou priamej renínovej inhibície sú jediné nové skupiny antihypertenzívnych liekov, ktoré sa v ostatnom čase stali dostupnými v klinickej praxi. Niekoľko ďalších nových skupín je v súčasnosti vo fáze včasného výskumu. Selektívny blokátor endotelínových receptorov sa prejavuje sľubne, čo sa týka zlepšenia stupňa kontroly TK u hypertenzívnych pacientov rezistentných na kombinovanú terapiu.

Panel 6 Kombinovaná terapia

1. Existuje čoraz viac dôkazov o tom, že u veľkej väčšiny hypertonikov možno dosiahnuť efektívnu kontrolu TK len kombináciou aspoň dvoch antihypertenzívnych liekov.
2. Pridanie lieku z inej skupiny k pôvodne predpísanému lieku by sa teda malo považovať za odporúčanú stratégiu liečby, okrem prípadov, kedy pôvodný liek treba vysadiť kvôli výskytu nežiaducich účinkov alebo jeho nedostatočnému pôsobeniu na zníženie TK.
3. Kombinácia dvoch antihypertenzívnych liekov môže byť výhodná aj na začiatku liečby, najmä u pacientov s vysokým kardiovaskulárnym rizikom, u ktorých je žiaduca skorá kontrola TK.
4. Kedykoľvek je to možné, malo by sa uprednostniť použitie fixnej kombinácie (alebo jednej tabletky), pretože zjednodušenie liečby prináša výhodu lepšej *compliance*.
5. Ako sa uvádza v texte Odporúčaní ESH/ESC 2007, existuje niekoľko kombinácií dvoch liekov vhodných pre klinickú prax. Dôkazy na podklade klinických štúdií o výslednom znížení však boli potvrdené najmä pre kombinácie diuretikum s ACE inhibítorom alebo s blokátorom angiotenzínových receptorov alebo s blokátorom kalciových kanálov a v nedávnej rozsiahlej štúdií aj pre kombináciu ACE inhibítor/blokátor kalciových kanálov. Kombinácia blokátor angiotenzínových receptorov/blokátor kalciových kanálov sa tiež ukazuje ako racionálna a účinná. Tieto kombinácie teda možno odporúčať pre prioritné použitie.
6. Napriek dôkazom z klinických štúdií o výslednom znížení, kombinácia betablokátorov a diuretik podporuje rozvoj diabetu, a preto by sme sa jej mali vyhnúť, okrem potreby tejto liečby z iných dôvodov u predisponovaných pacientov. Používanie kombinácie ACE inhibítor – blokátor angiotenzínových receptorov prináša pochybné zvýšenie prospechu a súčasne významne viac závažných vedľajších účinkov. Špecifický benefit pre pacientov s nefropatiou a s proteínúriou (kvôli lepšiemu antiproteínurickému účinku) sa musí ešte potvrdiť v klinických štúdiách zameraných priamo na tieto ciele.
7. Až u 15 – 20 % hypertonikov nie je možné dosiahnuť kontrolu TK kombináciou dvoch liekov. Keď je potrebné nasadiť tri lieky, najvhodnejšou sa zdá byť kombinácia blokátor renín-angiotenzínového systému, blokátor kalciových kanálov a diuretikum v účinných dávkach.

Panel 7 Antihypertenzívna liečba v starobe

1. Od publikovania posledných odporúčaní boli zaznamenané dôkazy z rozsiahlych metaanalýz publikovaných štúdií, ktoré potvrdzujú, že u starších pacientov je antihypertenzívna liečba vysoko prospešná. Proporcionálny prospech z liečby pacientov starších ako 65 rokov je rovnaký ako u mladších pacientov.
2. Údaje z metaanalýz nepodporujú tvrdenie, že antihypertenzívne liekové skupiny sa významne odlišujú vo svojej schopnosti znížiť TK a poskytnúť kardiovaskulárnu ochranu rovnako u mladších, ako aj starších pacientov. Voľba lieku by preto nemala byť ovplyvnená vekom. Tiazidové diuretiká, ACE inhibítory, blokátory kalciových kanálov, blokátory angiotenzínových receptorov a betablokátory možno aj v starobe použiť tak na začiatočnú, ako aj na dlhodobú liečbu.
3. Klinické štúdie v starobe boli zamerané len na pacientov s hodnotou vstupného sTK najmenej 160 mmHg a v žiadnej štúdií, v ktorej bol preukázaný benefit, sa nedosiahol priemerný sTK nižší ako 140 mmHg. Preto je potrebné získať dôkazy z klinických štúdií zameraných na nižšie vstupné hodnoty a na dosiahnutie nižších cieľových hodnôt. Skúsenosti však naznačujú, že aj u starších pacientov možno začať s farmakoterapiou, keď je sTK vyšší ako 140 mmHg a že u nich možno znížiť sTK pod 140 mmHg za predpokladu, že sa pri takejto liečbe venuje osobitná pozornosť možným nežiaducim reakciám, ktoré sa u starších pacientov môžu vyskytovať častejšie.
4. V rozpore s predchádzajúcimi odporúčaniami sú dnes k dispozícii dôkazy z klinickej štúdie (HYVET) o tom, že antihypertenzívna liečba je prospešná aj u pacientov starších ako 80 rokov. S liečbou zameranou na zníženie TK by preto bolo vhodné pokračovať, prípadne ju začať, ak pacient dovŕši 80 rokov, a to najskôr monoterapiou a v prípade potreby pridaním druhého lieku. Keďže pacienti v štúdií HYVET boli všeobecne v dobrej kondícii, nie je isté, do akej miery možno tieto údaje preniesť na zdravotne krehkejších osemdesiatnikov. Liečba takýchto pacientov by preto vždy mala byť posudzovaná individuálne a pacienti by mali byť dôkladne sledovaní počas a po fáze titrácie liečby.

Panel 8 Antihypertenzívna liečba diabetických pacientov

1. U diabetických pacientov by sa malo začať s antihypertenzívnou liečbou vždy, keď je TK 140/90 mmHg a vyšší. Začiatok liečby v štádiu vysokého normálneho TK zatiaľ nemá dostatočnú podporu v dôkazoch založených na výsledkoch klinických štúdií. Túto liečbu napriek tomu možno odporúčať, ak je prítomná mikroalbuminúria, čo je podložené dôkazmi priaznivých účinkov uvedenej liečby na regresiu a progresiu tohto prejavu orgánového poškodenia.
2. Cieľový TK tradične odporúčaný pri diabete, t. j. menej ako 130/80 mmHg, tiež nie je podložený dôkazmi založenými na výsledkoch klinických štúdií a navyše, len ťažko ho možno dosiahnuť u väčšiny pacientov. Realistické je tak odporúčanie – značné zníženie TK bez uvádzania cieľového TK, ktorý je nepotvrdený.
3. Metaanalýzy dostupných štúdií ukazujú, že pri diabete všetky hlavné skupiny antihypertenzívnych liekov poskytujú ochranu pred kardiovaskulárnymi komplikáciami, pravdepodobne vďaka ochrannému vplyvu, ktorý má samotné zníženie TK. Pri liečbe sa teda berú do úvahy všetky skupiny.
4. Pri diabete je zvyčajne potrebná kombinovaná liečba na dosiahnutie efektívneho zníženia TK. Blokátory renín-angiotenzínových receptorov by mali vždy byť súčasťou liečby, pretože u nich sa dokázala lepšia schopnosť ochrany pred nástupom alebo progresiou nefropatie.
5. U diabetických hypertenzívnikov je prínosom prísna kontrola glykémie (HbA_{1c} do 6,5 %), najmä pri mikrovaskulárnych komplikáciách. Dôkazy z posledného obdobia naznačujú, že kombinácia efektívnej kontroly glykémie a kontroly TK zvyšuje ochranu, najmä obličiek.
6. O prísnu kontrolu glykémie by sa nemalo usilovať náhle a pacienti by bolo treba dôkladne sledovať kvôli zvýšenému riziku závažných hypoglykemických príhod.
7. Mikrovaskulárne komplikácie diabetu v rôznych orgánoch sú rôznymi spôsobmi ovplyvňované terapiou. Antihypertenzívna liečba prináša väčší ochranný účinok pred renálnymi komplikáciami, kým dôkazy o podobnom účinku na očné a nervové komplikácie nie sú také jednoznačné.

Panel 9 Potreba nových klinických štúdií

Veľa dôležitých rozhodnutí o manažmente hypertenzie sa v súčasnosti musí uskutočniť bez podpory dôkazov z rozsiahlych randomizovaných kontrolovaných štúdií. Zdá sa, že treba nevyhnutne pristúpiť k riešeniu nasledovných problémov, a to pomocou jednoducho navrhnutých klinických štúdií.

1. Mali by sa antihypertenzívne lieky predpisovať všetkým pacientom s 1. stupňom hypertenzie, aj keď je ich celkové kardiovaskulárne riziko relatívne nízke alebo stredné? Keďže u týchto pacientov možno očakávať len nízky výskyt kardiovaskulárnych príhod, štúdia kontrolovaná placebom použitím priebežných cieľových ukazovateľov, ako sú príznaky orgánového poškodenia prípustnej prognostickej dôležitosti, by bola realizovateľná, etická a klinicky relevantná.
2. Mali by sa antihypertenzívne lieky predpisovať aj v starobe pacientom s hypertenziou 1. stupňa a mala by sa antihypertenzívna liečba v starobe snažiť tiež o dosiahnutie hodnôt pod 140/90 mmHg? Tieto štúdie by mohli použiť silné kardiovaskulárne ciele a mali by byť kontrolované placebom.
3. Malo by sa začínať s antihypertenzívnou farmakoterapiou u diabetických pacientov alebo u pacientov s prekonanými cerebrovaskulárnymi alebo kardiovaskulárnymi chorobami, ak je TK ešte len na úrovni vysokého normálneho TK a mal by byť cieľový TK u týchto pacientov pod 130/80 mmHg? Na tieto otázky by mohli odpovedať štúdie kontrolované placebom, pretože ešte stále neexistujú žiadne dôkazy z klinických štúdií, ktoré potvrdzujú prospech znižovania vysokého normálneho TK alebo dosiahnutia cieľového TK pod 130/80 mmHg.
4. Aké sú najnižšie bezpečné hodnoty TK, ktoré možno dosiahnuť liečbou v rôznych klinických podmienkach? Túto otázku by mohli vyriešiť klinické štúdie, v ktorých by sa porovnávali liečebné stratégie zamerané na intenzívnejšie alebo menej intenzívne zníženie TK u pacientov s rôznym stupňom kardiovaskulárneho rizika.
5. Môžu opatrenia týkajúce sa zmeny životného štýlu, o ktorých je známe že znižujú TK, znížiť aj morbiditu a mortalitu pri hypertenzii? Kontrolovaná randomizovaná štúdia, ktorá by sledovala priebežné cieľové ukazovatele (orgánové poškodenia), by bola realizovateľná a žiaduca u pacientov s vysokým normálnym TK alebo hypertenziou 1. stupňa.

ACE – enzým konvertujúci angiotenzín, TK – tlak krvi, dTK – diastolický tlak krvi, eGFR – odhadnutá glomerulárna filtrácia, ESC – Európska kardiologická spoločnosť, ESH – Európska hypertenziologická spoločnosť, ET – endotelín, IMT – intimomediálna hrúbka, JNC – Joint National Committee, HLK – hypertrofia ľavej komory, MLK – masa ľavej komory, PDE-5 – 5-forfodiesteráza, PPAR-gama – receptor aktivovaný peroxizómových aktivátorov gama, PWV – rýchlosť pulzovej vlny, sTK – systolický krvný tlak, SZO – Svetová zdravotnícka organizácia

Preklad:

Doc. MUDr. Slavomíra Filipová, CSc., FESC

Prof. MUDr. Andrej Dukát, CSc., FESC

MUDr. Dana Škultétyová, PhD., FESC

MUDr. Peter Jonáš

Komentár k Prehodnoteniu Európskych odporúčaní manažmentu hypertenzie

Mancia G a spol. J Hypertens 2009;27(11):2121–2158

Originálny text „Prehodnotenia“ v uvedenom periodiku je všeobecne dostupný a pomerne rozsiahly materiál. Vedenie Slovenskej hypertenziologickej spoločnosti sa preto rozhodlo, že bude preferovať vydanie prehľadného dokumentu – **skrátenej verzie**, ktorá bude mať reálnu šancu na to, aby upútala pozornosť klinických lekárov, ktorí každodenne riešia problematiku diagnostiky, diferenciálnej diagnostiky, liečby a dlhodobého sledovania a usmerňovania hypertonikov.

Na novej **webovej stránke SHS** (www.hypertenzia.org) chceme sprístupniť nielen uvedenú skrátenu verziu, ale tiež celú originálnu verziu dokumentu (v anglickom origináli) pre tých, ktorí majú odborný záujem preštudovať si kompletný dokument.

Cieľová hodnota krvného tlaku je síce výsledkom „konsenzuálnych“ diskusií, ale podstatné hodnoty sa opierajú o EBM. Do budúcnosti stále chýba jednoznačné vyjadrenie k benefitu nižších hodnôt TK (pri hodnotách menej ako 130 mmHg sa zlepši prognóza, mortalita a morbidita?). Aké sú najnižšie bezpečné hodnoty TK, si vyžaduje ďalšie klinické štúdie.

Významnou oblasťou v *prehodnotení* je problematika včasnej diagnostiky hypertenzie a včasnej diagnostiky *subklinického orgánového poškodenia*. Podľa nášho názoru tieto úvahy patria medzi kľúčové v tomto dokumente. Čím skôr sa uskutoční korektná diagnóza hypertenzie, kardiovaskulárna stratifikácia hypertonika, tým je vyššia pravdepodobnosť včasného odhalenia potenciálne prítomných subklinických orgánových poškodení. Práve zameranie sa na diagnostiku subklinických, a nie až zjavných klinických orgánových poškodení, posúva kvalitu tohto dokumentu tam, kde je to žiaduce – zabrániť nezvratným orgánovým poškodeniam a tým predĺžiť obdobie života hypertonika bez komplikácií, čiže významne zlepšiť kvalitu jeho života.

V terapeutických *stretégiiach prehodnotenia* je dôležité konštatovanie, že EBM prekonala klasické obdobie odporúčaní, ktoré zdôrazňovali postupné pridávanie ďalšieho (druhého, tretieho,...) antihypertenzíva podľa hodnôt TK. Upúšťa sa definitívne od povinnej preferencie jedného liečiva pred druhým. Všetko závisí od celkového klinického zhodnotenia pacienta-hypertonika a odborného zhodnotenia lekárom, ktorý sa o liečbe rozhoduje (výška TK, prítomnosť rizikových faktorov a ochorení, najmä diabetu, hyperlipoproteinémie a poškodenie

renálnych funkcií). U hypertonikov zastratifikovaných do vysokého a veľmi vysokého pripočítaného kardiovaskulárneho rizika je racionálne začať terapiu aj hneď dvoj- alebo trojkombináciou, pričom compliance môže zvýšiť používanie fixných kombinácií. *Prehodnotenie* aj konkrétne cituje najoptimálnejšie kombinácie, respektíve fixné kombinácie: je významné, že základom väčšiny kombinácií sa stali lieky, ktoré ovplyvňujú na rôznej úrovni renín-angiotenzín-aldosterónový systém. Najnovšie údaje EMB preukázali vynikajúce výsledky kombinácií ACE inhibítora a blokátora kalciových kanálov, alebo ACE inhibítora s diuretikom. Do úvahy prichádzajú novšie antihypertenzíva, ako sú blokátory renínu a blokátory aldosterónu, ktoré sú tiež úspešne kombinovateľné.

Osobitná pozornosť sa venuje špecifickým skupinám pacientov – diabetikom, pacientom s cerebrovaskulárnym ochorením, s koronárnou chorobou srdca a iné. Trvalo zostáva v pozornosti terapia hypertenzie u žien a u mužov s erektilnou dysfunkciou.

Zatiaľ žiadne kontrolované klinické štúdie jednoznačne nepotvrdili, že lepšia kontrola artériovej hypertenzie znižuje nástup fibrilácie predsiení. Tieto výsledky pochádzajú skôr z metaanalýz a poukazujú na to, že liečba betablokátormi signifikantne znižuje incidenciu fibrilácie predsiení.

Predložené *prehodnotenie* je dôkazom toho, že oblasť manažmentu artériovej hypertenzie je významne živou kontinuálne sa vyvíjajúcou oblasťou medicíny – viaceré názory sa „prehodnocujú“, od mnohých odporúčaní sa upúšťa, prichádzajú nové liekové skupiny, ktorých benefity na úrovni EBM však ešte nie sú často k dispozícii, aj keď vstupné údaje sú sľubné. Klinický lekár, v ktorého medicínskych rukách sa nachádza hypertonik, má povinnosť nielen poznať meniace sa názory a nové údaje, ale najmä etickú povinnosť veľmi racionálne, sčasti „konzervatívne“, sčasti „progresívne“ včleniť tieto meniace sa názory do svojej práce tak, aby na konci záverečnej úvahy bol prospech pre pacienta.

Autori komentára:

Doc. MUDr. Slavomíra Filipová, CSc., FESC
Prof. MUDr. Andrej Dukát, CSc., FESC
MUDr. Dana Škultétyová, PhD., FESC
MUDr. Peter Jonáš