

What is the benefit of new guidelines for the diagnosis and therapy of hypertension?

Comment on 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension

Aký je prínos nových odporúčaní pre diagnostiku a liečbu hypertenzie? Komentár k 2013 ESH/ESC Odporúčaniam pre manažment artériovej hypertenzie

Filipová S^{1,2}, Dukát A³, Škultétyová D²

¹Klinika kardiológie a angiológie, Lekárska fakulta Slovenskej zdravotníckej univerzity, Bratislava, Slovenská republika

Po šiestich rokoch (v júni 2013) vydali Európska hypertenziologická spoločnosť (ESH) a Európska kardiologická spoločnosť (ESC) nový obsiahly 77-stranový text odporúčaní. Nadväzne rýchlo je však dostupná aj jeho praktická skrátená verzia a tiež vreckové vydanie. Predpokladáme, že úplný text si prečíta len veľmi málo lekárov v klinickej praxi, respektíve sa zamerajú len na jednotlivé kapitoly podľa svojich priorít. Tento text je dostupný v origináli na webových stránkach ESH, ESC, v oficiálnych časopisoch oboch európskych spoločností (J. Hypertension a European Heart J.) a v našom časopise Cardiology Letters. Súčasne Vám poskytujeme slovenský preklad samostatného praktického vreckového vydania.

Cieľom nášho komentára je:

- (I) upozorniť na dôležité zmeny oproti odporúčaniam z roku 2007, respektíve novelizácii z roku 2009,
- (II) komentovať viaceré stanoviská z pohľadu reality starostlivosti o hypertenznú populáciu na Slovensku,
- (III) poukázať na niektoré významné problémy v manažmente hypertenzie (rezistentná hypertenzia, compliance

s liečbou), keďže ide o ochorenie s vysokou prevalenciou v dospeljej populácii a so závažnými dôsledkami na kardiovaskulárnu (KV) morbiditu a mortalitu.

(I) Najdôležitejšie zmeny v odporúčaníach

ESH a ESC zavádzajú hodnotenie *tried odporúčaní* a *úrovne dôkazov*, ako ich poznáme viac rokov z rôznych odporúčacích materiálov, ktoré vydávajú medicínske spoločnosti v USA aj v Európe. Tento krok možno hodnotiť ako pozitívny, ktorým sa predkladané európske odporúčania medzinárodne štandardizujú.

Odporúčania sformulovali nové aspekty do 18 bodov (1):

1. Epidemiologické údaje o hypertenzii a kontrole tlaku krvi (TK) v Európe.
2. Posilnenie prognostickej hodnoty domáceho monitorovania TK (DMTK) a jeho úlohu v diagnostike a manažmente hypertenzie, popri ambulantnom monitorovaní TK (AMTK).
3. Aktualizácia prognostického významu nočného TK, hypertenzie bieleho plášťa a maskovanej hypertenzie.

Z ¹Kliniky kardiológie a angiológie, Lekárska fakulta Slovenskej zdravotníckej univerzity, Bratislava, ²Národného ústavu srdcových a cievnych chorôb, a.s., Bratislava a ³II. Internej kliniky, Lekárska fakulta Univerzity Komenského, Bratislava, Slovenská republika

Do redakcie prišlo dňa 23. januára 2014, prijaté dňa 24. januára 2014

Adresa pre korešpondenciu: Doc. MUDr. Slavomíra Filipová, CSc., FESC, Klinika kardiológie a angiológie, Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s., Pod Krásnou hôrkou 1, 833 48 Bratislava 37, Slovenská republika
e-mail: slavomira.filipova@nusch.sk

4. Znovu dôraz na integráciu TK, KV rizikových faktorov, asymptomatického poškodenia orgánov a klinických komplikácií pre celkové posúdenie KV rizika.
5. Aktualizácia prognostického významu asymptomatického orgánového poškodenia, vrátane srdca, krvných ciev, obličiek, očí a mozgu.
6. Prehodnotenie rizika nadhmotnosti a cieľového body mass indexu (BMI) u pacientov s artériovou hypertenziou.
7. Hypertenzia u mladých dospelých.
8. Iniciácia antihypertenzívnej liečby. Viaceré kritériá založené na dôkazoch a žiadna medikamentózna liečba pri vyššom normálnom TK.
9. Cieľový TK pre liečbu. Viaceré kritériá založené na dôkazoch a zjednotený cieľový systolický TK (< 140 mmHg) u oboch skupín pacientov (s vyšším a nižším KV rizikom).
10. Liberálny prístup k iniciácii monoterapie.
11. Revidovaná schéma pre prioritnú dvojkombináciu liekov.
12. Nové terapeutické algoritmy na dosiahnutie cieľového TK.
13. Rozšírená sekcia o terapeutických stratégiách v špeciálnych podmienkach.
14. Revidované odporúčania na liečbu hypertenzie u pacientov vyššieho veku.
15. Medikamentózna liečba u osemdesiatnikov.
16. Špeciálny dôraz na rezistentnú hypertenziu a nové liečebné postupy.
17. Zvýšená pozornosť na vedenie liečby podľa poškodenia orgánov.
18. Nové prístupy k chronickému manažmentu hypertenikov.

Naším cieľom nie je rozbor všetkých bodov, ale upozorniť na dôležité a zaujímavé vzhľadom na každodennú prax, a tým vás motivovať, aby ste si ich podrobne preštudovali v základnom originálnom materiáli a aplikovali vo vlastnej práci.

Dôležitosť získania korektných hodnôt TK v ambulancii lekára. V súčasnosti sa neodporúča používať ortuťové tlakomery, ale vhodné sú poloautomatické, oscilometrické prístroje. Preferuje sa meranie TK v oblasti ramena, naopak neodporúča sa na zápästí, výnimku tvoria obézni pacienti s extrémne veľkým obvodom ramena. Oproti ESH/ESC Odporúčaniam z roku 2007 pri dysrytmii, akou je napríklad fibrilácia predsiene, odporúča sa TK merať opakovane. U starších ľudí je potrebné kontrolovať TK aj v stoji. Odporúčania upresňujú pojem posturálnej hypotenzie. Pokles systolického TK o viac ako 20 mmHg alebo diastolického TK o viac ako 10 mmHg po troch minútach státia predstavuje stav spojený so zvýšenou mortalitou a výskytom KV komplikácií.

Posilnené postavenie 24-hodinového ambulantného monitorovania TK (AMTK) a domáceho monitorovania TK (DMTK). Metódy merania TK mimo ambulancie dopĺňajú konvenčné meranie TK v ambulancii. Meranie TK v ambulancii zostáva ale stále „zlatým štandardom“ pre skrining, diagnostiku a liečbu hypertenzie. Pozornosť si zasluhuje aj

rozdielnosť cieľových hodnôt TK meraných v ambulancii, pri AMTK a pri DMTK (tabuľka v odporúčaníach). **Metóda ABPM** poskytuje informácie o priemernom TK počas dennej periódy, nočnej periódy a za 24 hodín. Oproti odporúčaniam z roku 2007 možno využiť alternatívne metódy fixného merania TK (úseky dňa: 10.00 – 20.00 h; 24.00 – 06.00 h; 09.00 – 21.00 h, 01.00 – 06.00 h). Pomer TK noc/deň predstavuje priemerný TK počas nočnej a dennej periódy. Pri fyziologických podmienkach dochádza počas nočnej periódy k poklesu TK $> 10\%$ oproti dennej perióde. Ak je pomer TK noc/deň $< 0,9$, pacienta hodnotíme ako dippera. Pritom podľa pomeru TK noc/deň sú navrhnuté kategórie: chýba nočný pokles TK, naopak vzostup TK v noci (pomer $> 1,0$); mierny dipper ($0,9 < \text{pomer} < 1,0$); dipper ($0,8 < \text{pomer} < 0,9$); extrémny dipper (pomer $< 0,8$). Reprodukovanosť zatriedenia pacientov podľa dipperstva je však obmedzená. Ovplyvňovaná je poruchami spánku s rôznou etiológiou. Viaceré práce však ukázali, že pomer TK noc/deň je významným prediktorom KV príhod, pričom príhody vznikajú častejšie pri menej vyznačenom poklese TK v noci. Na druhej strane extrémni dipperi sú častejšie ohrození náhlou cievnu mozgovou príhodou (NCMP). Aktuálne odporúčania 2013 pri hodnotení orgánového poškodenia zdôrazňujú nadradenosť ABPM oproti meraniu TK v ambulancii lekára. Zistil sa významnejší vzťah medzi KV príhodami a priemerným 24-hodinovým TK oproti TK v ambulancii lekára. Obdobne TK počas noci je významnejším prediktorom KV príhod ako TK počas denného bdenia. Pri hodnotení ABPM sa využívajú viaceré doplnujúce indexy (TK variabilita, ranný vzostup TK, ambulantný artériový index tuhosti a iné), u ktorých ale ešte nie je jasná prediktívna hodnota, preto sa ich použitie obmedzuje zatiaľ prevažne vo výskume, a menej v klinickej praxi. Ako špecifická indikácia pre AMTK sa zdôrazňuje zistenie overeného významného rozdielu medzi nemocničným a domácim TK. Abnormálna odpoveď TK na telesnú záťaž (napríklad pri ergometrii) je indikáciou pre ABPM.

Monitorovanie krvného tlaku mimo zdravotníckeho zariadenia pacientom (tzv. out-of-office, domáce monitorovanie TK, DMTK) sa v súčasnosti dostáva do značnej pozornosti. Odporúčania DMTK schvaľujú ako významný príspevok k diagnostike artériovej hypertenzie. Pre diagnostické využitie sa odporúča kontrolovať TK doma ráno aj večer v období siedmich po sebe idúcich dní v jednom mesiaci. Prínosom v diagnostike sú TK prístroje s pamäťou a tiež telemonitoring TK, ak sú na to podmienky. Podobne, ako ABPM aj DMTK užšie súvisí so vznikom a výskytom orgánových poškodení v porovnaní s TK meraným v ambulancii lekára.

Obidve metódy merania TK (AMTK aj DMTK) sa využívajú v diagnostike **hypertenzie bieleho pláštá a maskovanej hypertenzie**. Treba zdôrazniť, že tieto termíny sú vyhradené pre hypertenikov bez medikamentózne liečby, na čo sa v praxi často zabúda. V diagnostike hypertenzie bieleho pláštá sa odporúča zrealizovať opakované merania TK mimo ambulancie

v priebehu 3 až 6 mesiacov. Pri maskovanej hypertenzii, keď dochádza k vzostupu TK mimo ambulancie lekára, je riziko KV príhod úmerné stupňu hypertenzie.

Veľký dôraz sa kladie na komplexnú rizikovú stratifikáciu každého hypertonika a na cieľové pátranie po orgánových poškodeniach (OP). Tzv. pridané KV riziko, t. j. zistenie ďalších rizikových faktorov okrem hypertenzie a diagnostiky orgánových poškodení, sa musí brať do úvahy už na začiatku liečebného manažmentu a potom pri opakovaných kontrolách v priebehu dlhodobej starostlivosti o hypertonika. V pátraní po OP je žiaduce využiť komplex vyšetrení, aby sme orgánové poškodenia boli schopní zachytiť vo včasnom štádiu a podľa toho postupovať v ďalšej preventívnej a liečebnej stratégii. Ultrazvukové vyšetrenie karotických tepien sa odporúča na odhalenie cievnej hypertrofie alebo asymptomatickej aterosklerózy, osobitne u starších ľudí. Karotický intimo-mediálny index (IMT) a/alebo plaky môžu predpovedať riziko vzniku cievnej mozgovej príhody a infarktu myokardu, nezávisle od iných KV rizikových faktorov. Odporúčania z roku 2007 považovali hodnotu $IMT > 0,9$ mm za abnormálnu. Štúdie Cardiovascular Health Study a European Lacidipine Study on Atherosclerosis (ELSA) ale zistili, že cieľové hodnoty pre vysoké KV riziko sú vyššie u chorých vyššieho a stredného veku (1,06 a 1,16 mm). Karoticko-femorálna rýchlosť šírenia pulznej vlny (PWV) sa používa na diagnostiku stuhnutia veľkých artérií. Odporúčania z roku 2007 predpokladali, že hodnota $PWV > 12$ m/s označuje signifikantné zmeny vo funkcii aorty u hypertonikov stredného veku. Súčasné odporúčania na základe konsenzu expertov znížili túto hodnotu na 10 m/s. Tuhosť aorty predstavuje nezávislý prediktívny faktor pre fatálne a nefatálne KV príhody. Meranie artériovej tuhosti môže pomôcť prehodnotiť pacientov so stredným KV rizikom a zaradiť ich do skupiny s vyšším, respektíve nižším KV rizikom. Členkovo-brachiálny index (ABI) sa používa na odhalenie ochorenia periférnych artérií. Znížený ABI pod 0,9 poukazuje na celkovú aterosklerózu, má prediktívnu hodnotu pre KV príhody a je spojený s dvojnásobne vyššou mortalitou a vznikom závažných koronárnych príhod v priebehu nasledujúcich 10 rokov života hypertonika.

Obličkové funkcie. U všetkých hypertonikov sa odporúča merať sérový kreatinín a kalkulovať glomerulárnu filtračnú frakciu (eGFR). Na diagnostiku chronického obličkového ochorenia (CchO) sa eGFR vypočítava podľa vzorca MDRT, Cockcroftovho-Gaultovho vzorca alebo CKI-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration) vzorca – pre výpočty je potrebné poznať vek, pohlavie, etnikum a sérový kreatinín. Uvedený parameter možno bežne vypočítať priamo v laboratóriu, respektíve si eGFR môže ľahko vypočítať lekár sám využitím dostupnej špeciálnej webovej stránky. Hyperurikémia, ktorá je častá u neliečených hypertonikov, koreluje so zníženým renálnym prietokom a nefrosklerózou. U všetkých hypertonikov sa odporúča hodnotiť bielkovinu v moči pomocou testu labstixom. Mikroalbuminúria sa hodnotí vo

vzorke moča a vo vzťahu k vylučovaniu kreatinínu močom. Mikroalbuminúria sa preukázala ako významný prognostický faktor KV príhod. V niektorých štúdiách sa zistil vzťah medzi KV a neKV mortalitou a pomerom albumín/kreatinín v moči (muži $> 3,9$ mg/g a ženy $> 7,5$ mg/g).

Dôležitou praktickou zmenou v nových odporúčaníach je **zjednotenie hodnôt cieľového systolického TK (< 140 mmHg) u všetkých hypertonikov, teda u tých s vyšším aj nižším KV rizikom.** Neodporúča sa liečba osôb s vysokým normálnym tlakom (130 – 139/85 – 89 mmHg). Zmenil sa pohľad aj na cieľové hodnoty TK pre starších hypertonikov, a to pre jedincov nižšie 80 rokov veku a aj starších ako 80 rokov. U všetkých pacientov vo veku menej ako 80 rokov je cieľový systolický TK 140 mmHg. Ak hypertonici starší ako 80 rokov majú systolický TK nad 160 mmHg, odporúča sa jeho zníženie medzi 140 – 150 mmHg. Liečbu hypertonikov nad 80 rokov je žiaduce individualizovať podľa komorbidít a celkového telesného a psychického statusu. Opätovne sa konštatovalo, že nemáme dôkazy z medicíny založenej na dôkazoch (EBM) o benefite agresívnu liečbou na zníženie systolického krvného tlaku pod 130 mmHg u žiadnych skupín hypertonikov.

Liberálny prístup k iniciácii monoterapie. Revidované schéma pre prioritnú dvojkombináciu liekov. Odporúčania všeobecne neformulovali vyslovene špecifickú preferenciu pre žiadnu konkrétnu skupinu antihypertenzív, ani pre žiadny liek. Experti nevytvorili konkrétnu hierarchiu liekových skupín. Vytvorený je však algoritmus na použitie liekov v monoterapii a v kombináciách (obrázky 3 a 4), ktorý sa riadi údajmi z EBM. Duálna inhibícia RAAS sa jednoznačne neodporúča a tiež nie je vhodná kombinácia nedihydropyridínového blokátora kalciových kanálov s betablokátorom. Betablokátor ostáva jedným zo základných liekov u hypertonikov so srdcovým zlyhávaním, koronárnou chorobou srdca a tachyarytmiami. Aj pre ďalšie komorbidity a špecifické situácie sa odporúčania vyjadrujú v zmysle preferovania jednotlivých skupín antihypertenzív.

O začatí liečby hneď dvojkombináciou antihypertenzív je nevyhnutné uvažovať u hypertonikov s významne zvýšenými hodnotami TK a u hypertonikov s vysokým a veľmi vysokým KV rizikom. Čím je hypertonik vo väčšom riziku, tým má byť rozhodovanie o dvoj- a viackombinácii rýchlejšie a razancia liečby väčšia. Dostupnosť fixných kombinácií zlepšuje spoluprácu pacienta s liečbou (compliance) a tiež zotrvanie v liečbe (adherencia). Tieto faktory sú významné, keďže hypertenzia je chronické ochorenie, ktoré si vyžaduje mnohoročnú (vo väčšine prípadov celoživotnú) liečbu. K dispozícii máme veľké množstvo rôznych typov fixných kombinácií. Nižšie uvedená **tabuľka 1**, ktorá bola vypracovaná na účely pripravovaného Metodického listu racionálnej farmakoterapie hypertenzie (v tlači), nám pomôže zorientovať sa nielen v možnostiach fixných kombinácií antihypertenzív, ale zhodnotiť aj prítomnosť a úroveň EBM, ktoré súvisia s jednotlivými fixnými kombináciami.

Tabuľka 1 Fixné kombinácie antihypertenzív dostupné v SR a ich EBM (aktuálne k 1. januáru 2014)					
Kombinácia liekov	Štúdia (EBM)	Komparátor	Charakteristika pacientov	Pokles STK (mmHg)	Výsledok s kritériom EBM
Inhibitory ACE a diuretiká					
Perindopril/indapamid	PROGRESS	Placebo	Predchádzajúca NCMP/TIA	- 9	- 28 % NCMP (p < 0,001)
Perindopril/indapamid	ADVANCE	Placebo	Hypertonicí vo veku ≥ 80 rokov	- 5,6	- 9 % mikro- a makrovaskulárne príhody (p = 0,04)
Perindopril/indapamid	HYVET	Placebo	DM	- 15	- 34 % KV príhod (p < 0,001)
Enalapril/HCTZ	ND	ND	ND	ND	ND
Fosinopril/HCTZ	ND	ND	ND	ND	ND
Lizinopril/HCTZ	ND	ND	ND	ND	ND
Quinapril/HCTZ	ND	ND	ND	ND	ND
Ramipril/HCTZ	ND	ND	ND	ND	ND
Antagonisty angiotenzínu II (sartany) a diuretiká					
Candesartan/HCTZ	SCOPE	D+placebo	Hypertonicí vo veku ≥ 70 rokov	- 3,2	- 28 % nefatálna NCMP (p = 0,04)
Losartan/HCTZ	LIFE	BB+D	Hypertonicí s HLK	- 1	- 26 % NCMP (p < 0,001)
Irbesartan/HCTZ	ND	ND	ND	ND	ND
Telmisartan/HCTZ	ND	ND	ND	ND	ND
Valsartan/HCTZ	ND	ND	ND	ND	ND
Inhibitory ACE a blokátory kalciového kanála					
Perindopril/amlodipín	ASCOT	BB+D	Hypertonicí s RF	- 3	- 16 % KV príhod (p < 0,001)
Lizinopril/amlodipín	ND	ND	ND	ND	ND
Ramipril/amlodipín	ND	ND	ND	ND	ND
Trandolapril/verapamil	ND	ND	ND	ND	ND
Antagonisty angiotenzínu II a blokátory kalciového kanála					
Telmisartan/amlodipín	ND	ND	ND	ND	ND
Valsartan/amlodipín	ND	ND	ND	ND	ND
Selektívne betablokátory a diuretiká					
Atenolol/chlortalidón	SHEP	Placebo	Starší ľudia s izolovanou systolickou AH	- 13	- 36 % NCMP (p < 0,001)
Bisoprolol/HCTZ	ND	ND	ND	ND	ND
Nebivolol/HCTZ	ND	ND	ND	ND	ND
Selektívne betablokátory a blokátory kalciového kanála					
Bisoprolol/amlodipín	ND	ND	ND	ND	ND
Inhibitory renínu a blokátory kalciového kanála					
Aliskirén/amlodipín	ND	ND	ND	ND	ND
Inhibitory renínu a diuretiká					
Aliskirén/HCTZ	ND	ND	ND	ND	ND

EBM – evidence based medicine (medicina založená na dôkazoch), ND – nie sú údaje (no data)

(II) Komentár k niektorým aspektom starostlivosti o hypertenznú populáciu na Slovensku a farmako-ekonomické analýzy

Liečba AH je jednoznačne výhodná, napriek tomu, že náklady na kardiovaskulárne lieky (ATC skupina C) v roku 2012 dosahovali na Slovensku hodnotu asi 165 miliónov Eur. Údaje zdravotných poisťovní z Európy aj USA ukazujú, že náklady na neliečeného hypertonika sú viac než trojnásobne

vyššie v porovnaní s bežne liečeným a dokonca päťnásobne vyššie v porovnaní s financiami potrebnými na terapiu optimálne liečených hypertonikov.

V SR v terapii AH výdavky vynaložené na liečbu antihypertenzívom použitým v monoterapii sa môžu pohybovať od 10 Eur/mesiac v prípade diuretika až po 80 Eur/mesiac pri podaní modernejších antihypertenzív. Pri použití trojkombinácie antihypertenzív, čo predstavuje štandardnú liečebnú schému

na dôslednú kontrolu AH a dosiahnutie cieľových hodnôt TK, sa môžu náklady na jedného hypertonika pohybovať medzi 3,0 – 5,5 tisícami Eur na jeden rok terapie.

Farmakoekonomické analýzy sa pri lieku nezaoberajú len samotnou cenou, ale aj celkovou hodnotou, vrátane dôsledkov jeho zavedenia do praxe, prejavmi vo všetkých sférach zdravotnej a sociálnej starostlivosti. K nim patria pri aktuálnej farmakoterapii náklady na doplnkovú liečbu, biochemické a hematologické vyšetrenia, vlastnú priebežnú kontrolu lekárom, ale aj náklady na špecializované vyšetrenia, hospitalizáciu a prípadnú farmakoterapiu v dôsledku výskytu komplikácií hypertenzie a riešenia nežiaducich účinkov terapie.

Ekonomické prepočty vzťahov medzi priamymi vstupmi, nepriamymi nákladmi a dopadom na populáciu pri hodnotení vzťahu *cost/benefit* otvárajú aj v preventívnych programoch na Slovensku niektoré nádejné smery, ktorých výsledky môžu priniesť zlepšenie ukazovateľov zdravotného stavu populácie. Nákladnosť liečby sa tak presunie významnejšie k prevencii KV ochorení v populácii.

(III) Niektoré aktuálne významné problémy v manažmente hypertenzie vo vyspelých krajinách: rezistentná hypertenzia a compliance s liečbou

Rezistentná hypertenzia (RH) ako termín – diagnóza sa používa často, pričom len minimálne percento tzv. rezistentných hypertenzií sú „pravé“, skutočné, potvrdené. Prevalenciu RH v celkovej hypertenznej populácii vyspelých krajín možno len odhadnúť (predpokladá sa, že RH má päť a maximálne 10 % zo všetkých hypertonikov). Odporúčania venujú veľkú pozornosť diagnostike a diferenciálnej diagnostike stavov, ktoré „imitujú“ rezistentnú hypertenziu. Realita veľkých nezávislých sledovaní, publikovaných v súčasnosti, však hovorí jasne – najväčšie percento tzv. rezistentných hypertenzií tvoria pacienti, ktorí sú **neprístupní** k zmenám životného štýlu a k medikamentóznej terapii. Nezávislé údaje hovoria, že viac ako 40 % tzv. rezistentných hypertenzií predstavujú **nespolupracujúci (non-kompliantní) pacienti** (2, 3). Dôležitý je údaj z veľkej finskej epidemiologickej koncipovanej štúdie o dlhodobej adherencii k antihypertenzívnej liečbe (13-ročné sledovanie), publikovanej v roku 2013 (3). Vzťah medzi non-adherenciou a náhlou cievnu mozgovou príhodou (NCMP) závisí od adherencie k liečbe a dodržania dávok ordinovanej liečby. Horšia adherencia viedla k významne vyššiemu krátkodobému aj dlhodobému riziku smrti a hospitalizácii pre NCMP u hypertonikov. Českí autori (2) jednoznačne

preukázali objektívnym stanovením hladín antihypertenzív v krvi, že viac ako u 65 % sledovaných hypertonikov ide o non-adherenciu k liečbe, teda len necelých 35 % hypertonikov predpisovanú liečbu skutočne užíva.

Americké kritické vyjadrenia k aktuálnym odporúčaniam (4) sú do istej miery pravdivé – materiál odporúčaní je príliš dlhý a má diskusný charakter, čo ho vzdaluje od každodennej praxe. Ďalej sa im vyčíta, že nevenujú dostatočnú pozornosť práve odhaľovaniu nespokojných pacientov s nízkou adherenciou k liečbe a nedávajú dostatočné odporúčania, ako ich diagnostikovať a najmä ako zmeniť ich postoj k liečbe. Na obranu komentovaného textu je potrebné povedať, že praktická a vrecková verzia odporúčaní spĺňa kritériá na použitie v každodennej praxi (zrozumiteľnosť, prehľadnosť a konkrétnosť).

Jednoznačne možno povedať, že včasná a korektná diagnostika hypertenzie, rizikového profilu a komorbidít, dlhodobá adherencia k liečbe, ktorá je kvalitne odborne vybraná, komplexná a individualizovaná, sú základnými predpokladmi na prevenciu závažných komplikácií hypertenzie (KV príhody a smrť z KV príčin). Tieto ciele v oblasti hypertenzie možno dosiahnuť len tímovým prístupom – nielen lekárskou starostlivosťou, ale uplatnením rôznych spôsobov komplexných zdravotníckych, organizačných a informačných zásahov od úrovne prvého kontaktu s hypertnikom u praktického lekára až po zdravotnícko-ekonomické zabezpečenie a realizovanie efektívnych stratégií štátom a zdravotníckymi poisťovňami.

Literatúra

1. Mancia G, Fagard R (chairpersons) et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC). *J. Hypertens.* 2013;31:1181-1357.
2. Ceral J, Habrdová V, Vorisek V, et al. Difficult-to-control arterial hypertension or uncooperative patients? The assessment of serum antihypertensive drug levels to differentiate non-responsiveness from non-adherence to recommended therapy. *Hypertens. Res.* 2011;34(1):87-90.
3. Herttua K, Tabák AG, Martikainen P, et al. Adherence to anti-hypertensive therapy prior to the first presentation of stroke in hypertensive adults: population-based study. *Eur. Heart J.* 2013;34:2933-2939.
4. Jennings GLR, Touyz RM. Hypertension guidelines. More challenges highlighted by Europe. *Hypertension* 2013; 62:660-665.