
Spoločný XXIII. kongres Slovenskej hypertenziologickej spoločnosti a XII. kongres Slovenskej lekárskej spoločnosti v spolupráci so Slovenskou spoločnosťou všeobecného praktického lekárstva

Téma: Artériová hypertenzia

23. – 26. apríl 2008, Žilina

SÚHRNY

ARTERIAL HYPERTENSION (AH), CEREBRAL INFARCTION (CI) AND COGNITIVE DISORDERS (CD). TO DECREASE OR NOT TO DECREASE ARTERIAL HYPERTENSION?

Bartko D, Combor I, Pechanova O, Boselova M.

Central Military University Hospital, Institute of Medical Sciences, Neurosciences & Military Health, Institute of Normal & Pathological Physiology, Slovak Academy of Sciences, Faculty of Health Sciences Ruzomberok, Bratislava

Introduction: Strategy of therapy of AH in many clinical condition is often controversial not only in relation to CI but also to CD.

Aim of study: To analyse and to propose the optimal management of AH before, during and after the onset of CI.

Material and Methods: a) The data from Medline, Cochrane Library, Embase, SCI, b) 2800 pts with diagnosis of CI, c) experimental brain ischemia, d) controls: 150 hypertonics without clinical signs of CI, e) sBP, dBP, MABP, pBP monitoring.

Results: Both sBP and dBP are important predictors for CI. sBP is more significant. BP and CI are significant RFs also for CD. This was documented by association of high BP with lower score on tests of cogn. performance, with reduced vasodilatative response and with changing of rCBF to cogn. demands. Both subjects as hypertonics and normotonics may benefit from BP lowering. Although the higher BP predicts higher RR of CI and CD, there is an additional factor except AH which contributes to the onset of CI and CD. Many data showed for Ang II. Except AH there are other RFs (more than 35), α -1 antichymotripsine, homocysteine, hypercholesterolemia etc, they contribute to the onset of CI and CD. On the other hand, dementia can be considered as a RF of unfavorable outcome of CI: only 20% pts with pre-stroke dementia have survived 16 months comparing to 73% without pre-stroke dementia and only 58% pts with stroke-related dementia have survived 22 months after CI comparing to 96% without dementia. Vascular cogn. impairment (VCI) is common after CI. Prevention strategy of CI, CD and VCI means also to manage appropriately acute phase of CI. In experiments MABP significantly increased within secs and then spontaneously decreased. In clinical setting it was found transient elevation of sBP, dBP and MABP but only in normotonics, hypotonics and with normal ECG and then spontaneous decline of BP. This was interpreted as a compensatory mechanism assuring protective redistribution of minute blood volume into vitally important areas (brain). Question: should we keep BP gently elevated or bring it down? In acute CI lowering BP can be hazardous, generally it is not recommended. In clinical practice, when there is no CD or VCI-normalizing BP protects the brain. If there exist CD/VCI, lowering BP could be hazardous.

Conclusions: 1. Antihypertensive therapy is *conditio sine qua non* for prevention of CI, CD and VCI. 2. New perspectives offer Ang II and AT1/AT2 receptors. 3. Lowering BP in acute phase of CI can be hazardous, and therefore it is not recommended.

Supported by the governmental projects APVV 0586-06, LPP 0186-06 and Internat. project INTERREG III A 141-42-032.

FIXNÉ KOMBINÁCIE ANTIHYPERTENZÍV V NOVÝCH ODPORÚČANIACH

Beňová K, Novotný R.

Interná klinika, Fakultná nemocnica s poliklinikou J. A. Reimana, Prešov

Cieľom liečby artériovej hypertenzie je dosiahnuť maximálne zníženie dlhodobého celkového rizika kardiovaskulárnej morbidity a mortality. K dosiahnutiu cieľových hodnôt tlaku krvi je u 70 – 90 % hypertonikov potrebná kombinácia dvoch a viac preparátov. Pokles tlaku krvi pri strednej dávke monoterapie je asi 10 % východiskovej hodnoty, takže pri vstupnom tlaku krvi 160/100 mmHg a viac je pravdepodobnosť normalizácie tlaku krvi monoterapiou minimálna.

Podľa Odporúčaní ESH/ESC z roku 2007 v manažmente artériovej hypertenzie je v iníciaľnej liečbe artériovej hypertenzie kombinovaná liečba nízkymi dávkami antihypertenzív alternatívou k monoterapii. Základom liečby artériovej hypertenzie by mali byť metabolicky pozitívne látky (blokátory RAS = ACE inhibitory, ARB) a k nim je možné pridávať do kombinácie ďalšie preparáty podľa pridružených ochorení. Diuretiká sú indikované pri nekomplikovanej hypertenzii, systolickej hypertenzii, vo vyššom veku a pri srdcovom zlyhaní. BKK sú indikované u pacientov s diabetes mellitus, HLP, ICHDK a pri renálnej insuficiencii. BB sú indikované u pacientov s ICHS, so srdcovým zlyhaním a pri tachyarytmiách.

Výhodou kombinácie dvoch antihypertenzív s odlišným mechanizmom účinku je väčšia pravdepodobnosť, že tlak krvi a jeho komplikácie budú dobre kontrolované, prvý aj druhý liek sa môže podávať v rozmedzí nízkych dávok. Fixné kombinácie zlepšujú compliance, majú jednoduché dávkovanie pre lekára i pre pacienta, znižujú počet užívaných tabliet. Fixné kombinácie obsahujú často nízke dávky jednotlivých antihypertenzív, čím sa výrazne redukuje výskyt vedľajších účinkov.

V súčasnosti medzi najracionálnejšie fixné kombinácie patria fixné kombinácie blokátorov RAS s diuretikom (ACE inhibítor a diuretikum, ARB a diuretikum) a fixné kombinácie blokátorov RAS s blokátormi kalciového kanála. Predstavujú dostupné, efektívne, dobre tolerované antihypertenzívne látky, ktorých benefit bol potvrdený klinickými štúdiami.

LIEČBA ARTÉRIOVEJ HYPERTENZIE U POSTMENOPAUZÁLNYCH ŽIEN

Beňová K, Novotný R.

Interná klinika, Fakultná nemocnica s poliklinikou J. A. Reimana, Prešov

Artériová hypertenzia (AH) svojou vysokou prevalenciou predstavuje závažný zdravotný problém. Zároveň je spolu s fajčením, diabetes mellitus, HLP a obezitou aj jedným z najzávažnejších rizikových faktorov ischemickej choroby srdca. Riziko kardiovaskulárnych príhod sa u žien nápadne zvyšuje po menopauze, jedným z dôvodov je absencia ochranného faktora, ktorými sú estrogény. Estrogény priaznivo ovplyvňujú endotel a hladkú svalovinu cievnej steny, spektrum lipidov, majú komplexný vplyv na trombocyty a koagulačné faktory.

Príčina vzostupu tlaku krvi (TK) u postmenopauzálnych žien je multifaktoriálna, významnú úlohu zohráva zvýšená senzitivita TK na príjem NaCl, zvýšená aktivita RAAS a porucha funkcie endotelu.

V roku 2000 boli uverejnené výsledky epidemiologickej, multicentrickej štúdie USA, ktorá analyzovala výskyt a liečbu AH u postmenopauzálnych žien. Prevalencia AH bola 37,8 %, z nich bolo 64,3 % liečených pre AH, cieľové hodnoty TK malo 36,1 %, diuretiká užívala takmer každá druhá žena. V roku 2004 boli publikované výsledky talianskej multicentrickej štúdie, ktorej cieľom bolo posúdiť vzťah medzi funkciou endotelu a rizikom vývoja arteriovej hypertenzie. Výsledky tejto štúdie potvrdili, že u žien s najhoršou funkciou endotelu je výrazne vyššie riziko AH ako u žien s najlepšou funkciou endotelu. Zlepšenie endotelovej dysfunkcie je sprevádzané aj významným znížením rizika kardiovaskulárnej príhody v nasledujúcom období. Liečba arteriovej hypertenzie u postmenopauzálnych žien je komplexná. Zahŕňa nefarmakologické opatrenia a farmakologickú liečbu. Vzhľadom k tomu, že AH u žien v postmenopauzálnom období je soľ senzitivná, sú v liečbe vhodné diuretiká.

Vzhľadom na zvýšenú aktivitu RAAS u žien v postmenopauzálnom období sú liekom voľby ACE inhibítory. Navyše ACE inhibítory priaznivo ovplyvňujú aj endotelovú dysfunkciu, čo potvrdili viaceré klinické štúdie.

ZMENY KRVNÉHO TLAKU U HEMODIALYZOVANÝCH PACIENTOV

Bobočká K, ¹Eisnerová D, ²Lehotská A, ³Pončuch P.

IV. interná klinika LFUK, ¹FMC dialýza, Bratislava-Petržalka

Dobrá kontrola krvného tlaku (TK) u hemodialyzovaných (HD) pacientov patrí k prioritám v komplexnom manažmente liečby, pretože významne znižuje výskyt kardiovaskulárnych komplikácií. Liečba musí byť dôsledne prehodnotená a treba aj zväziť elimináciu antihypertenzív počas hemodiafiltrácie HD.

Cieľ: Zistiť zmeny TK počas HD a v priebehu 24 h po HD.

Pacienti a metódy: Vyšetřili sme 18 HD pacientov (priemerný vek 44,9 rokov; M/Ž 13/5) s nedostatočne kontrolovanou arteriou hypertenziou. Počas HD sme merali TK ortuťovým tlakomerom každú hodinu. Po skončení HD sme urobili 24 h ambulantné monitorovanie TK (ABPM) prístrojom Space-Labs 90207/90217 (intervaly meraní bdenie/spánok 20 min/40 min).

Výsledky: Počas 4-hodinovej HD sme namerali TKs 136 (125, 156) mmHg (medián, 25 % a 75 % kvartil) a TKd 80 (80, 86). Počas celého 24 h ABPM bol TKs 136 (124, 147) a TKd 100 (91, 106). Pri podrobnejšej analýze bol počas bdenia TKs 137 (124, 147), TKd 100 (93, 107) a počas spánku TKs 131 (124, 140), TKd 97 (90, 103). Počet non-dipperov bol 14 (78 %) a dipperov 4 (22 %).

Záver: Prejavy hemodynamickej nestability sme počas HD nezaznamenali a hodnoty TKs sa menili v závislosti od UF. V súbore HD pacientov bol významne vyšší počet non-dipperov. Priemerná celková UF bola 3522 ml, priemerný medzidialyzačný m prírastok 2,23 kg. Udržanie rovnováhy medzi rýchlosťou UF a znovunaplnením ciev tekutinou z interstícia by malo zabezpečiť hemodynamickú stabilitu v priebehu HD.

HYPERTENZNÉ SRDCE – LIEČBA, ČI PREVENCIA?

Bulas J.

I. interná klinika, LFUK, Bratislava

Hypertenzné srdce v kontinuu kardiovaskulárneho rizika predstavuje dobre charakterizovanú súčasť kardiovaskulárneho systému. Vývoj hypertenzie sa dá vnímať ako výsledok interakcie života jedinca s danými polygénovými predispozíciami v určitom prostredí a spôsobom životného štýlu.

Zmeny srdca v tomto procese, sú postupné, od odchýlok v metabolizme na subcelulárnej a celulárnej úrovni, až po dobre definované funkčné a morfológické dôsledky, ktoré evidujeme pri neliečenej, alebo pokročilej hypertenzii.

Jedným z prvých prejavov býva porucha diastolickej funkcie srdca. Na morfológickej úrovni je nález koncentrickej remodelácie pri menenej hmotnosti ľavej komory, neskôr býva hypertrofia stien ľavej komory a nárast celkovej hmotnosti. Táto fáza najlepšie zodpovedá predstavám o hypertenznom srdci ako výsledku adaptácie na vysoký tlak, a pri hodnotení práce srdca zisťujeme tzv. supranormálnu výkonnosť (podľa iných pohľadov je to fáza neprimeranej hypertrofiie). V prognostickom pohľade sa táto adaptácia sama o sebe stáva kardiovaskulárnym rizikom, pretože po vyčerpaní jej priaznivých hemodynamických aspektov sa ďalej mení na sériu negatívnych prvkov.

Podstatným rysom vývoja hypertenzného srdca sú štrukturálne zmeny, regresia ktorých je dosiahnuteľná len čiastočne. Včasná a intenzívna liečba zabraňuje pokročilej remodelácii srdca. Prevencia vývoja hypertenzného srdca, pokiaľ je vôbec možná a dosiahnuteľná, je rozhodne výhodnejšia, než jeho liečba.

NIEKTORÉ ECHOKARDIOGRAFICKÉ PARAMETRE U PACIENTOV S HYPERTENZIOU A METABOLICKÝM SYNDRÓMOM

Bulas J, ¹Reptová A, ²Kasperová V, ³Murín J, ⁴Kozlíková K.

I. interná klinika a LFUK a FNsP a Ústav lekárskej fyziky, biofyziky, informatiky a telemedicíny, LF UK, Bratislava

Cieľ: Porovnať echokardiografické nálezy u pacientov s hypertenziou a metabolickým syndrómom (MS) a bez MS.

Súbor a metódy: Vyšetřili sme neselektovaný súbor 41 pacientov s arteriou hypertenziou, s priemerným vekom 63 rokov, ktorí absolvovali kompletné fyzikálne, biochemické, aj echokardiografické vyšetrenie, zamerané na detekciu štandardných rizikových faktorov kardiovaskulárneho ochorenia. Podmienkou zaradenia pacienta do súboru s MS bola abdominálna obezita s obvodom pásu 88 cm u žien a 102 cm u mužov. Echokardiografické vyšetrenie sme realizovali za štandardných podmienok a okrem základných metrických parametrov sme vypočítali hmotnosť ľavej komory (LK) (výpočet podľa Pennskej konvencie).

Výsledky: Štatisticky významný rozdiel ($p = 0,044$) bol v diastolickej rozmere dutiny LK – v skupine pacientov s MS bola táto hodnota väčšia. Nezaznamenali sme významný rozdiel v indexe masy LK na povrch tela medzi súbormi.

Záver: V skupine pacientov s metabolickým syndrómom sme zistili štatisticky významne väčší diastolický rozmer dutiny LK, čo môže pri porovnateľných hodnotách krvného tlaku podmieniť vyššie pracovné zaťaženie LK a viesť k skoršiemu vývoju systolickej dysfunkcie LK u pacientov s MS.

Táto práca vznikla v rámci grantu VEGA MŠ a SAV, č 1/3440/06.

JUVENILNÁ HYPERTENZIA A CENTRÁLNE ANTIHYPERTENZÍVA. VLASTNÉ SKÚSENOSTI.

Čižmarová E, ¹Ondrísková E, ²Jurko A ml., ³Horáková M, ⁴Turliková E,

⁵Krč-Turbová Z, ⁶Schwartzová D.

Kardiologická ambulancia pre deti a dorast, Bratislava, Myjava, Martin, Trnava, Bratislava, Košice

Cieľ: V prospektívnej štúdiu bola indikovaná a použitá liečba moxonidínom. Podľa stanovených kritérií bola liečba vyhodnotená, bola vyhodnotená bezpečnosť liečby a ev. vedľajšie komplikácie. Boli použité jednotné diagnostické a indikačné kritériá pri indikácii k liečbe. Vo výbere pacientov bolo zamerané hlavne na pacientov s hyperkinetickou cirkuláciou a na pacientov s počínajúcim metabolickým syndrómom.

Súbor a metódy: V priebehu 6 mesiacov bolo 69 pacientov vo veku 14 – 19 rokov liečených moxonidínom. Išlo o 11 dievčat a 58 chlapcov. Do súboru boli zaradení pacienti s úvodnou liečbou juvenilnej hypertenzie prostredníctvom moxonidínu a pacienti po predchádzajúcej terapii inými antihypertenzívami. Do štúdie boli zaradení pacienti podľa jednotných kritérií. V liečbe bola sledovaná a vyhodnotená izolovaná liečba moxonidínom v stúpajúcich dávkach a liečba kombinovaná. Bol vyhodnotený vplyv liečby na vytýpané biochemické parametre, na hodnoty krvného tlaku kazuálneho a krvného tlaku sledovaného prostredníctvom 24-hodinového merania tlaku.

Výsledky: Pôvodne monoterapia bola použitá u 54 pacientov. Postupne jej podiel klesal až na 31 pacientov v závere liečby. Ostatní pacienti mali použitú liečbu kombinovanú. V priebehu liečby došlo k významnému poklesu klinických prejavov hyperkinetickej cirkulácie, k významnému poklesu systolického i diastolického tlaku ako aj k poklesu krvného tlaku v priebehu 24-hodinového monitorovania za ambulantných podmienok. Liečba bola predčasne ukončená u 6 pacientov. Len u 4 pacientov nebol dosiahnutý efekt liečby a u zvyšných bol efekt liečby výborný a dobrý.

Záver: Liečba moxonidínom je indikovaná u pacientov s juvenilnou hypertenziou. Najvýznamnejší je efekt u pacientov s hyperkinetickou cirkuláciou a s počínajúcim metabolickým syndrómom. Liečba je úspešná v monoterapii a lepšie v kombináčnej liečbe s inými antihypertenzívami.

SÚ NÁZORY VL A PACIENTOV NA DODRŽIAVANIE LIEČEBNÉHO REŽIMU KOMPATIBILNÉ?

¹Gajdošík J, ²Brukkerová D, ³Dukát A, ⁴Foltán V, ⁵Kriška M.

¹Zdravotnícke stredisko, Nové Zámky, ²SZU, Bratislava, ³II. interná klinika FN, Bratislava, ⁴FF UK, Bratislava, ⁵Farmakologický ústav LFUK, Bratislava

Cieľom zisťovania v súbore 100 všeobecných lekárov (VL) (62 % návratnosť dotazníkov) a 500 pacientov liečených na arteriálnu hypertenziu (43 % návratnosť) bolo spoznať a konfrontovať názory na dodržiavanie liečebného režimu. VL uviedli, že 49,85 % pacientov užíva lieky pravidelne podľa predpi-

su, 26,45 % pacientov sa lieči ale neberie lieky podľa predpisu, 12,01 % pacientov sa lieči, ale niekedy si sami určujú ako budú užívať lieky, 11,06 % pacientov lieky berie, len ak im je horšie a 10,89 % pacientov sa nelieči vôbec. Pri percentuálnom zhodnotení uviedlo 67 pacientov užívanie lieku na 95 – 100 %, 110 na 76 – 94 %, 30 pacientov na 25 – 75 %, 4 na menej ako 25 %, 5 uviedlo užívanie liekov len ak to považujú za vhodné. Úplné informovanie o dodržiavaní liečebného režimu pacientom nepredpokladá žiadny VL, informovanie v podstate áno 45 %, asi na polovicu 44 %, informovanie ešte menej ako na polovicu 11 %. Plné informovanie lekára o dodržiavaní liečebného režimu uviedlo 23 % chorých, v podstate áno 59 %, asi na polovicu 15 %. V odpovediach na otázku „pri akej príležitosti zistili Váš vysoký TK?“, uviedlo 27 % pacientov ako dôvod pociťovanie príznakov vysokého TK a vyhľadanie lekára, 12 % ho zistilo doma náhodným meraním, u 28 % ho zistil lekár pri návšteve kvôli inému ochoreniu, 33 % pri preventívnej prehliadke.

Napriek poznatku, že pacienti s nižšou ako 80 % compliance majú 4-násobne vyššie RR KV príhod, je možné konštatovať, že noncompliance je frekventnou príčinou neuspokojivej odpovede pacienta na liečbu. Odborné zvládnutie problematiky je predpokladom skvalitnenia zdravotnej starostlivosti, bez výraznejšieho nároku na vstup stále nedostatočných prostriedkov do systému.

RIZIKOVÉ FAKTORY ATEROSKLERÓZY U PACIENTOV S OCHORENAMI OBLIČIEK

Hirnerová E, Gašpar L, Štvrtinová V.

II. interná klinika FNŠP, pracovisko Staré Mesto, Bratislava

Úvod: Za najvýznamnejšie faktory ovplyvňujúce kardiovaskulárnu morbiditu a morbiditu v celej populácii sú považované artériová hypertenzia a dyslipoproteinémia, ktoré sú u pacientov s nefropatiami súčasne aj významnými faktormi ovplyvňujúcimi progresiu obličkového ochorenia. Vplyv týchto faktorov na aterosklerózu karotických artérií u pacientov s ochoreniami obličiek je však podľa výsledkov niektorých klinických štúdií rozporuplný.

Súbor a metódy: 1. Na základe údajov z literatúry poukazať na význam hypertenzie a dyslipoproteinémie ako rizikových faktorov aterosklerózy a faktorov progresie nefropatií u pacientov s ochoreniami obličiek. 2. V súbore 70 pacientov s ochoreniami obličiek sme merali hrúbku intimo-mediálneho komplexu (IMT) na karotických artériách pomocou Duplexného UZ vyšetrenia. Sledovali sme vplyv systolického, diastolického a pulzného tlaku, ale aj ďalších tradičných rizikových faktorov aterosklerózy (triglyceridy, cholesterol, BMI, fajčenie, pohlavie) na IMT.

Výsledky: Najvýznamnejší vplyv na IMT karotických artérií mali v sledovanom súbore vek ($p < 0,001$) a hladina triglyceridov ($p < 0,001$). Menej významným faktorom sa ukázala byť artériová hypertenzia – potvrdili sme vplyv systolického ($p < 0,01$) a diastolického krvného tlaku na IMT ($p < 0,01$). Nepotvrdili sme vplyv pulzného tlaku, hladiny celkového cholesterolu, BMI ani pohlavia na IMT.

Záver: Hypertenzia a hypertriglyceridémia sú významnými rizikovými faktormi aterosklerózy karotických artérií u pacientov s ochoreniami obličiek. Včasná diagnostika a liečba týchto faktorov môže významne znížiť riziko kardiovaskulárnych komplikácií u týchto pacientov, ale aj spomaliť progresiu obličkového ochorenia.

HYPERTENZIA, METABOLICKÝ SYNDRÓM A PORUCHY HEMOSTÁZY

¹Jamrišková L, ¹Galajda P, ²Ivanková J, ¹Mokáň M.

¹I. interná klinika, JLF UK, MFN, Martin, ²Klinika hematológie a transfúziológie, Národné centrum hemostázy, JLF UK, MFN, Martin

Cieľ práce: Zistiť pomocou prospektívnej štúdie vplyv artériovej hypertenzie (AH) v rámci metabolického syndrómu (MS) na poruchy endotelu, krvných doštičiek, hemostatického a fibrinolytického systému ako etiopatogenetických komponentov rizika cievnych komplikácií a artériovej trombózy. Súčasne posúdiť prítomnosť tromboembolickej choroby (TECH) pri metabolickom syndróme a vplyv jeho jednotlivých komponentov na jej prevalenciu pomocou retrospektívnej štúdie, sledovať vzťah získaných metabolických porúch k riziku venózneho trombózy.

Súbor a metódy: V prvej štúdií sme porovnávali tri skupiny subjektov. Prvá skupina predstavuje kontrolný súbor 10 zdravých jedincov (5 mužov a 5 žien) vo veku 35 až 55 rokov s hodnotami priemerného systolického tlaku krvi 120 mmHg a diastolického tlaku krvi 75 mmHg, s hodnotami cholesterolu, triacylglycerolov a glykémie nalačno v rozmedzí normálnych hodnôt. Druhú skupinu tvorí súbor 33 jedincov (17 mužov a 16 žien) vo veku 21 až 62 rokov s novozistenou neliečenou esenciálnou artériovou hypertenziou v prvom štádiu podľa JNC 7 klasifikácie so súčasou poruchou metabolizmu tukov

a s nadváhou, alebo obezitou podľa BMI, bez poruchy metabolizmu glukózy. Tretiu skupinu tvorí súbor 52 chorých (27 mužov a 25 žien) vo veku 33 až 77 rokov s diabetom mellitom 2. typu, alebo s poruchou glukózovej tolerancie, liečených diabetickou diétou, s prítomnou neliečenou esenciálnou artériovou hypertenziou s hodnotami tlaku krvi v rozmedzí prvého štádia podľa JNC 7 klasifikácie. Chorí v tejto skupine mali poruchu metabolizmu tukov, trpeli nadváhou, prípadne obezitou. Klinický stav jedincov vo všetkých skupinách sme posudzovali fyzikálnym vyšetrením a rutinnými laboratórnymi a pomocnými vyšetreniami. Jedinci zaradení do štúdie nemali poškodenie obličiek, pečene, systémové, zápalové, ani nádorové ochorenie. V retrospektívnej štúdií sme analyzovali zdravotnú dokumentáciu 182 pacientov hospitalizovaných na našom pracovisku s diagnózou hlboká žilová trombóza (HŽT) alebo pľúcna embólia (PE). 115 chorých (63 %) malo prejavy HŽT a 67 chorých (37 %) malo PE ako dominantný prejav TECH. V skupine s HŽT bolo 52 mužov a 63 žien. V skupine s PE bolo 30 mužov a 37 žien. Priemerný vek chorých bol 60 rokov. Počas hospitalizácie zomrelo 12 chorých s PE (18 %), v skupine pacientov hospitalizovaných pre HŽT úmrtie počas hospitalizácie nebolo zaznamenané.

Výsledky a záver: Na základe výsledkov sme potvrdili, že AH spojená s ďalšími komponentmi MS sa združuje s ďalšími rizikovými faktormi kardiovaskulárnych chorôb, ako sú dysfunkcia endotelu, hyperkoagulačný stav, zvýšená aktivácia doštičiek a hypofibrinolytický stav. V klinickej praxi okrem hodnotenia tlaku krvi treba posudzovať aj ďalšie komponenty MS, ktoré sa spájajú s poruchami hemostázy a tým sa významne podieľajú na zvýšení rizika kardiovaskulárnych chorôb. Príaznivé ovplyvnenie porúch hemostázy by sa mohlo stať atraktívnym cieľom pri liečbe AH.

EURÓPSKA ŠTÚDIA O SPOKOJNOSTI PACIENTOV S PREVENCIU V AMBULANCIÁCH PRIMÁRNEJ STAROSTLIVOSTI

Jurgová E.

Prvá privátna prax, združenie FO, Piešťany

Cieľ práce: Zistiť úroveň spokojnosti pacientov s poskytovaním preventívnych vyšetrení a zdravotnej výchovy v ambulanciách praktických/rodinných lekárov.

Metodika: Dotazníkový prieskum bol realizovaný v 28 európskych krajinách. V každej krajine bolo zapojených 10 praktických/rodinných lekárov, so zastúpením mestských aj vidieckych ambulancií. Každý lekár dal vyplniť dotazník 40 pacientom, z toho polovica boli ženy a polovica muži. Obe skupiny boli rozdelené do 2 vekových kategórií, 30 – 49 r., a 50 – 70 r. Dotazník má 24 otázok a je rozdelený do 4 častí: 1. údaje o pacientovi (vek, pohlavie, vzdelanie), 2. údaje o zdravotnom stave pacienta (prítomnosť chronických ochorení, užívanie liekov), 3. informácie o vykonaných preventívnych aktivitách v ambulancii (cholesterol, glykémia, TK, atď.), 4. otázky o očakávaníach pacienta v poskytovaní zdravotnej starostlivosti v oblasti prevencie v ambulancii.

Výsledky: Komparatívna štúdia výsledkov zo zúčastnených krajín Európy poukazuje na odlišnosti súvisiace s viacerými faktormi. Výsledky zo Slovenska dokazujú v niektorých oblastiach, ako napr. vyšetrenie cukru a cholesterolu v krvi, nadpriemernú úroveň, inde sú ešte značné rezervy.

Záver: Výsledky možno použiť pri plánovaní ďalších preventívnych programov v ambulanciách primárnej starostlivosti.

24-HODINOVÉ MONITOROVANIE TLAKU KRVÍ U ZDRAVÝCH SLOVENSKÝCH DEŤÍ A ADOLESCENTOV – MULTICENTRICKÁ ŠTÚDIA

¹Jurko A ml., ²Čižmárová E, ³Schwartzová D, ⁴Ondříšková E.

¹Detská klinika, JLF UK a MFN, Martin, ²Neštátna kardiologická ambulancia pre deti, dorast a vysokoškolskú mládež, Bratislava, ³Klinika detí a dorastu, FNŠP a LF UPJŠ, Košice, ⁴Pediatrická kardiológia, NsP, Myjava

Úvod: Ambulantné monitorovanie krvného tlaku (ABPM) je cenným a nenahraditeľným nástrojom pre diagnostiku juvenilnej hypertenzie. Doteraz neboli na Slovensku stanovené normálne hodnoty ABPM u zdravých detí a adolescentov a nebola stanovená kategorizácia juvenilnej hypertenzie podľa tejto metodiky.

Cieľ: Stanovenie normálnych hodnôt ABPM u zdravých detí v Slovenskej republike v závislosti od telesnej výšky.

Súbor a metodika: Súbor tvorilo 826 detí a adolescentov (437 chlapcov a 389 dievčat) vo veku od 10 do 19 rokov. V každej vekovej kategórii bolo 80 detí. Probandi boli z Bratislavy, Martina a Košíc. Vidiecke obyvateľstvo tvorili deti z Myjavy. Do štúdie boli zahrnutí len zdraví deti bez ochorenia a liekov. Merania boli robené podľa spoločného protokolu. Vo všetkých centrách bol používaný rovnaký prístroj (BP One) založený na oscilometrickej metóde.

Velkosť manžety bola prispôbená veku jednotlivých pacientov. Vo všetkých centrách bol meraný TK počas dňa každých 20 minút a v nočných hodinách každých 40 minút. Boli vyhodnotené minimálne, maximálne a priemerné hodnoty TK pre jednotlivé vekové obdobia a osobitne pre chlapcov a dievčatá. Získané dáta boli štatisticky analyzované a hodnoty TK radené podľa percentilových kanálov.

Výsledky: Systolický TK sa významne zvyšuje v závislosti od telesnej výšky. Zvýšenie je výraznejšie u chlapcov v porovnaní s dievčatami. 50. percentil 24-hodinového systolického TK sa u chlapcov zvyšuje v závislosti od výšky od 104 torr do 114 torr a u dievčat od 104 torr do 110 torr. 50. percentil diastolického 24-hodinového ABPM je 69 ± 8 torr a nekoreluje s výškou a pohlavím. Nočný pokles systolického TK bol 11 % (rovnako u oboch pohlaví) a diastolického TK až 21 % (chlapci 22 %, dievčatá 19 %).

Záver: Multicentrická štúdia poskytuje normálne hodnoty ABPM u zdravých detí v závislosti od pohlavia a výšky v Slovenskej republike.

RENÁLNE FUNKCIE A LIPIDOVÉ SPEKTRUM U PACIENTOV S ARTÉRIOVOU HYPERTENZIOU: EFEKT METABOLICKÉHO SYNDRÓMU?

Kosmálová V, Lietava J, Makovický T, Kubová M.
II. interná klinika UK a FNŠP, Bratislava

Ciel: Príčina súvislosť medzi výškou krvného tlaku a renálnymi parametrami je potvrdená a všeobecne akceptovaná. Napriek tomu vzťah hladín lipidového spektra a markerov renálnych funkcií v normálnych referenčných hodnotách kreatinínu u hypertonikov nebol doposiaľ dostatočne preverený.

Metóda: V multicentrickej prierezovej štúdií bolo skríňovaných 1 061 pacientov (M: 38,0 %; Ž: 61,1 %) s esenciálnou hypertenziou [STK: $156,1 \pm 13,4$ vs. $152,2 \pm 16,3$ mmHg ($p < 0,03$); DTK: $94,5 \pm 7,47$ vs. $92,9 \pm 8,3$ mmHg ($p < 0,003$)]. U všetkých bola robená analýza lipidového spektra a hladiny kreatinínu (CREA). 36 pacientov bolo vylúčených z analýzy pre CREA $> 135 \mu\text{mol/l}$. Glomerulárna filtrácia (GF) bola vypočítaná na základe Cockcroft-Gaultovej rovnice.

Výsledky: V referenčnej hladine CREA $\leq 135 \mu\text{mol/l}$ bolo 37,0 % pacientov zaradených do 1. stupňa poškodenia obličkových funkcií (K/DOQI), 44,7 % v 2. stupni K/DOQI a 17,4 % v 3. stupni K/DOQI. Systolický krvný tlak (STK) narastal paralelne so stupňom K/DOQI, avšak hladina lipidového spektra túto závislosť nepreukázala. Po rozdelení pacientov do kvartilov (Q) CREA nachádzame predpokladaný najvyšší STK a DTK v najvyššom Q-CREA ($p < 0,04$; resp. $0,02$). Z lipidového spektra iba triglyceridy (TG) preukázali významný nárast s Q-CREA ($p < 0,001$) s koreláciou $r = 0,17$ ($p < 0,01$) v rámci celej skupiny. Subanalýza pacientov v 1. stupni KDOQI preukázala koreláciu medzi celkovým cholesterolom (TCH) ($r = 0,15$; $p < 0,001$), HDL cholesterolom ($r = -0,25$; $0,001$) a TG ($r = 0,23$; $p < 0,002$). Obvod pásu (WC) narastal od $91,6 \pm 13,3$ do $96,1 \pm 13,5$ cm ($p < 0,03$) v závislosti od výšky Q-CREA a koreloval ako s Q-CREA [$r = 0,12$ ($p < 0,001$)] tak s CREA [$r = 0,13$ ($p < 0,01$)]. Naopak, výrazne negatívna korelácia ($r = -0,44$; $p < 0,001$) bola nájdená medzi WC a stupňom KDOQI.

Záver: U hypertonikov s GF v 1. štádiu KDOQI sme pozorovali nárast hladín TCH a TG, podobne ako pokles hladiny HDL cholesterolu s výškou CREA. Pozorovaná spojitosť nárastu obvodu pásu s vzostupom hladiny kreatinínu poukazuje na možný vplyv metabolického syndrómu.

MASKOVANÁ HYPERTENZIA PRI DOMÁCOM MERANÍ TLAKU KRVI V AMBULANTNEJ PRAXI

¹Mazúr J st., ²Mazúr J ml.

¹Kardiologická ambulancia, Dolný Kubín, ²Interné oddelenie, NsP, Dolný Kubín

Ciel: Maskovaná hypertenzia je obzvlášť dôležitá u pacientov s už diagnostikovanou hypertenziou, pretože hodnoty namerané v ambulancii môžu dať falošný dojem adekvátnej kontroly TK. Cieľom práce je upozorniť na možnosti komplexnejšieho pohľadu na kontrolu hypertenzie pri využívaní domáceho merania TK.

Súbor a metóдика: Do sledovania sme zaradili 300 hypertonikov, ktorí využívali pri kontrole hypertenzie i domáce meranie tlaku pomocou digitálnych tlakomerov. Hodnotenie kontroly hypertenzie sa opieralo o súčasné platné odporúčania.

Výsledky: Domáce meranie tlaku v našej ambulancii využívalo 48,4 % hypertonikov. Z nich malo dobre kontrolovaný tlak v ambulancii 63,3 % pacientov. V sledovanej vzorke malo 11,3 % pacientov hypertenziu bieleho plášťa a 23,3 % pacientov maskovanú hypertenziu. V skupine hypertonikov s maskovanou hypertenziou sa nedostatočná kontrola TK vyskytovala častejšie večer (22,9 %) ako ráno (20,6 %). Častejšie sa u nich vyskytovala ICHS, pri ECHOKG

vyšetrení bola nameraná hypertrofia ľavej komory a porucha diastolickej funkcie a častejší bol i výskyt kardiovaskulárnych rizikových faktorov.

Záver: Pacienti s maskovanou hypertenziou majú rovnaký rizikový profil pre kardiovaskulárne komplikácie, ako chorí s nekontrolovanou hypertenziou. Mali by sme na ňu myslieť u pacientov s viacerými rizikovými faktormi, s poškodením cieľových orgánov a pridruženými ochoreniami, ale aj u ambiciózných ľudí v stresujúcom zamestnaní. Využívanie domáceho merania tlaku našťastie u týchto skupín pacientov nachádza pozitívnu odozvu.

REZISTENTNÁ ARTÉRIOVÁ HYPERTENZIA

Pahuli K, Sninčák M, Zain ME, Solárová Z, Hrabčáková P.

Klinika geriatrickej a ošetrovateľstva LF UPJŠ a VŠOUÚG sv. Lukáša, Košice, n. o., Centrum pre hypertenziu, Košice

Artérová hypertenzia je závažný medicínsky problém. Početné epidemiologické ukazovatele sú nepriaznivé a najmä ciele liečby sú obtiažne dosahované.

V značnej časti liečených jedincov sa dokonca zdá, že sú rezistentnými na liečbu.

Príspevok sa stručne zaoberá najčastejšími príčinami rezistentnej artérovej hypertenzie v bežnej klinickej praxi, ktoré je nutné eliminovať.

Je potrebné pamätať tiež na to, že mnohopočetné exogénne faktory môžu koexistovať so sekundárnymi príčinami. Do úvahy pripadajú aj niektoré farmakoterapeutické postupy s použitím niektorých nových látok a v indikovaných prípadoch bola v literatúre popísaná ako účinná a bezpečná technická metóda využívajúca implantabilné stimulačné elektrické zariadenia.

PRIESKUM HODNÔT KRVNÉHO TLAKU DETSKEJ A DORASTOVEJ POPULÁCIE SR

¹Regecová V, ¹Kellerová E, ²Čížmarová E, ³Jurko A, ⁴Ondrísková E, ⁵Schwartzová D.

¹Ústav normálnej a patologickej fyziológie SAV, Bratislava, Neštátna kardiologická ambulancia ²Bratislava, ³Martin, ⁴Myjava, ⁵Košice

Cieľom práce bolo spracovanie databázy údajov o krvnom tlaku (TK) v detskej a dorastovej populácii SR vo vzťahu k telesnej výške, zistiť tesnosť korelácie k tomuto parametru v rôznych etapách vývinu u chlapcov a dievčat a či je výskyt vysokých hodnôt TK skutočne významne vyšší u detí s akcelerovaným rastom.

Súbor a metóдика: Deti a mládež vo veku od 3 do 20 rokov (1 286 chlapcov a 1 303 dievčat), z vybraných miest Slovenska (Bratislava, Nové Mesto nad Váhom, Myjava, Martin, Košice). Hodnoty TK boli merané pri preventívnych prehliadkach v kardiologických ambulanciách ortuovým tlakomerom 3-krát pri jednej príležitosti. V tejto analýze sme použili priemer z 2. a 3. merania. Pre každé dieťa sme stanovili z-skóre výšky voči hodnotám z Celoštátneho antropometrického prieskumu z roku 2001. Výskyt hodnôt TK prevyšujúcich 90 a 95 percentil (P) National High Blood Pressure Education Program (NHB-PEP 2004) a u mládeže od 18 rokov podľa ESH (2003) sme hodnotili Chikvadrátom osobitne u detí s výškou do a nad 95 P.

Výsledky: Priemerná výška detí v našom súbore zodpovedala 50 – 75 P výšky amerických detí (2005) a aj priemerné hodnoty TK zapadali do tohto rozpätia. U chlapcov dosiahli maximum v 18. roku, u dievčat v 12. roku, avšak mediánové hodnoty TK sa už od 15. roku u chlapcov a od 14. roku u dievčat nemenili. Po tomto období hodnoty TK u dievčat nekorelovali s vekom ani s výškou. Vysoké hodnoty TK sa významne častejšie vyskytovali u chlapcov (TK syst. v 4,9 % vs. 3,8 %), (TK diast. v 3,2 % vs. 1,8 %). Tieto deti mali v priemere aj významne vyššie z-skóre výšky.

Záver: Pri posudzovaní TK u detí podľa NHBP 2004 u priemerne vysokých detí na Slovensku sa treba orientovať podľa hodnôt určených pre 75 P výšky. Pre deti nižšie platí kritérium 50 P, pre vyššie je hranica normálnych hodnôt posunutá až na 90 P výšky.

Podporené grantom SKS 2008 a VEGA No. 2/6187/27.

AKO IMPLEMENTOVAŤ ODPORÚČANIA ESH/ESC 2007 V DOMÁCIH PODMIENKACH

Riečanský I.

SZU, NÚSCH, Bratislava

Odporúčania EHS/EKS 2007 pre manažment artérovej hypertenzie (AH) majú všeobecne medicínsky charakter. Ich úloha je predovšetkým edukácia, nie nadradujúca alebo dokonca donucujúca. Manažment jednotlivých pacientov, ktorí sa môžu veľmi odlišovať svojou osobnou, zdravotnou a kul-

túrnou charakteristikou, si vyžaduje rozhodnutia odlišujúce sa od všeobecne formulovaných rozhodnutí uvedených v odporúčaní. Každý človek je z hľadiska regulácie TK jedinečný a tak rôzni pacienti reagujú na rôzne antihypertenzíva rozdielne. Preto nie je možné liečiť hypertonikov iba na základe výsledkov klinických štúdií, ale je potrebný inter- a intraindividuálny prístup.

Cieľom odporúčaného manažmentu AH je odstránenie medzery medzi odporúčaniami vypracovanými odborníkmi a nedostatočnou kontrolou TK v lekárskej praxi. Odporúčania sa musia stať trvalou súčasťou zdravotníckej starostlivosti na jej všetkých úrovniach, no najmä v primárnej sfére. Pri realizovaní sa odporúčania musia adaptovať na situáciu v jednotlivých štátoch (socioekonomická, zdravotnícka, kultúrna...).

Podmienky úspešnej implementácie odporúčaní: a) znalosť, pochopenie a osvojenie si odporúčaní lekármi v súčinnosti s ďalšími odborníkmi, sestrami a ostatnými zdravotníckymi pracovníkmi, b) osvojenie odporúčaní širokou laickou verejnosťou, c) podpora a účasť štátnych riadiacich a politických orgánov.

Pri osvojení si odporúčaní laickou verejnosťou je rozhodujúca spolupráca lekára a pacienta zameraná na zmenu životného štýlu. Tu je osobný rozhovor lekára s pacientom najdôležitejší; ďalej je to tvorba odporúčaní pre kontrolu H a prevenciu KVCH pre laikov; informácie musia byť prístupné a zrozumiteľné pre každého. Programy prevencie a zdravotná výchova majú byť nasmerované: a) do rodín pacientov s KVCH, b) do škôl pre nastupujúcu generáciu.

Stratégia prevencie a kontroly AH a kardiovaskulárnych chorôb (KVCH) musí byť integrálnou súčasťou politických rozhodnutí (legislatíva, programy) na všetkých úrovniach (európskej, štátnej, regionálnej, miestnej). Znamená cieľené ovplyvnenie sociálnych a ekonomických ukazovateľov KVCH prostredníctvom politických nástrojov tak, aby sa dostal výskyt rizikových faktorov v populácii na priaznivejšiu úroveň, t. j. vytvoriť vhodné spoločenské prostredie na zachovanie kardiovaskulárneho zdravia a zvýšiť tým ekonomický potenciál štátu, zabezpečiť finančné krytie preventívnych programov (z existujúcich poisťovní, zdravotníckych systémov atď.), zvýšiť motiváciu lekárov (finančná, spoločenská, morálna). Implementácia odporúčaní a úroveň efektívneho manažmentu AH má byť jedným z ukazovateľov kvalitatívnej zdravotnej starostlivosti a kritériom pri odmeňovaní.

OPTIMALIZÁCIA KONTROLY TLAKU KRVI V RUTINNEJ KLINICKEJ PRAXI, STRATÉGIE NA JEJ DOSIAHNUTIE

Sninčák M, Pahuli K, Zain ME, Solárová Z, Hrabčáková P.

Klinika geriatrickej a ošetrovateľstva LF UPJŠ a VŠOUŠG sv. Lukáša, Košice, n. o., Centrum pre hypertenziu, Košice

Kontrola artériovej hypertenzie sa dosahuje len zriedkavo, zvlášť ak sa jedná o systolický komponent tlaku krvi. Ciele odporúčaní sa v rutinnej praxi dosahujú veľmi obtiažne.

Na dosiahnutie lepšej kontroly v klinickej praxi je možné odporučiť niekoľko základných prístupov, s dôrazom na skorú intervenciu liekmi (môže podporiť dosiahnutie lepšej kontroly TK, a to tým, že podporuje regresiu vasculárnych zmien hneď na začiatku tohto procesu) a potrebu od začiatku používať kombinovanú liečbu. Použitie fixnej alebo voľnej kombinácie hneď od začiatku farmakologickej liečby je obsiahnuté v amerických i európskych odporúčaní. Implementácia tejto možnosti pravdepodobne prispôjde k zlepšeniu kontroly TK vzhľadom k vyššej schopnosti (kapacite) kombinovanej liečby znižovať TK.

Dôležité je akcentovať v tomto smere iniciatívu a klinický prístup lekára u pacientov s pridruženými klinickými stavmi, alebo s pokročilým poškodením cieľových orgánov a najmä s orientáciou na antihypertenzíva, ktoré predchádzajú alebo spomaľujú rozvoj diabetu mellitus.

Liečbu je nutné operatívne prispôbiť veku konkrétne liečených jedincov, podporovať u pacientov dlhodobú adhérenciu k liečbe a nastaviť ekonomický systém verejného zdravotníctva tak, aby podporoval zdravý životný štýl.

HYPERTENZNÁ KRÍZA A AKÚTNY KORONÁRNY SYNDRÓM. VLASTNÉ SKÚSENOSTI.

Spíšák V.

Interné oddelenie, NSP, Žilina

Cieľ práce: Zistiť frekvenciu výskytu akútneho koronárneho syndrómu ako následku hypertenznej krízy.

Súbor a metóda: Prospektívne 10-mesačné sledovanie hospitalizovaných pacientov s hypertenznou krízou.

Výsledky: Hypertenzná kríza sa počas 10-mesačného sledovania vyskytla u 99 pacientov, čo tvorilo 3,28 % zo všetkých hospitalizovaných. Akútny koronárny syndróm (AKS) sa vyskytol u 36, čo tvorilo 36,3 % zo všetkých hypertenzných kríz. Najfrekvencovanejším prejavom AKS bola nestabilná an-

gína pectoris (NAP) u 19,1 % pacientov, na 2. mieste bol NSTEMI u 10,1 % pacientov a STEMI sa vyskytol u 7,1 % pacientov s hypertenznou krízou.

Záver: Hypertenzná kríza sa významne podieľala na vzniku AKS. Aj keď tvorila len 3,28 % hospitalizovaných pacientov, vyvolala 12,6 % zo všetkých AKS, prijatých na interné oddelenie v sledovanom období.

ZÁSADY PRE VÝKON OČKOVANIA

¹Striežová E, ²Krištúfková Z.

¹Regionálny úrad verejného zdravotníctva, Žiar nad Hronom, ²Fakulta verejného zdravotníctva, SZU, Bratislava

Očkovanie proti prenosným ochoreniam je jedným z najväčších výdobytkov medicíny posledných desaťročí. Vďaka náležitému používaniu očkovacích látok sa podarilo jedno ochorenie (variola) úplne eradikovať a sme na prahu eradikácie ďalšej choroby (poliomyelitída). Úspechy modernej imunológie, biotechnológie a ďalších odborov vedy v súčasnosti vytvárajú perspektívu ešte pestrejšej palety nových vakcín. Nikto si neželá výrobu, resp. použitie nebezpečných alebo neúčinných prípravkov. Na druhej strane si však treba uvedomiť, že nulové riziko aplikáciou samotných vakcín sa nedá doceliť.

Každé pracovisko, ktoré vykonáva očkovanie, musí pre bezpečnosť a účinnosť očkovania dodržiavať zásady a všeobecné odporúčania, a to: 1. prístupovať ku každej očkovanej osobe ako aj k očkovaciemu výkonu individuálne, o očkovaní rozhoduje zdravotný stav očkovancu, u ktorého je potrebné okrem anamnézy urobiť vždy aj fyzikálne vyšetrenie, zväžiť pomer riziko/benefit pre každého jedinca, 2. pri zistení kontraindikácií očkovania navrhnuť individuálny postup, 3. dodržiavať odporúčanú dávku a aplikáciu vakcíny (výber vhodného miesta a správnej očkovacej techniky), 4. dodržiavať časové odstupy medzi vakcínami a inými imunopreparátmi, 5. manipulovať s očkovacou látkou podľa údajov v príbalovom letáku (transport, skladovanie, expiračná doba, vzhľad očkovacej látky, atď.), 6. poučiť očkovanca (u detí zákonného zástupcu) o možných vedľajších reakciách a obmedzení fyzickej záťaže na určitý čas po očkovaní, 7. očkovanie zdokumentovať v zdravotnej dokumentácii pacienta.

METABOLICKÝ SYNDRÓM AKO VÝZNAMNÁ SÚČASŤ KARDIOVASKULÁRNEHO RIZIKA U PACIENTOV S HYPERTENZIOU

Šimková A, Bulas J, Reptová A, Kozlíková K, Murín J.

I. interná klinika a LFUK a FNŠP a Ústav lekárskej fyziky, biofyziky, informatiky a telemedicíny, LFUK, Bratislava

Cieľ: Vyhodnotiť kardiovaskulárne riziko pacientov s hypertenziou vo vzťah k prítomnosti metabolického syndrómu (MS) a stanoviť globálne kardiovaskulárne riziko v súbore liečených pacientov s hypertenziou vzhľadom k zaradeniu do rizikovej skupiny podľa ESH/ECS.

Súbor a metódy: Vyšetřili sme neselektovaný súbor 41 pacientov s artériovou hypertenziou, s priemerným vekom 63 rokov, ktorí absolvovali kompletné fyzikálne, biochemické, aj echokardiografické vyšetrenie, zamerané na detekciu štandardných rizikových faktorov (vrátane merania obvodu pásu), na prítomnosť predklinických ochorení; zisťovali sme aj prítomnosť klinických kardiovaskulárnych ochorení. Po zhodnotení vyšetření sme podľa počtu pozitívnych náleзов zaradili pacientov do príslušného rizikového stupňa podľa kritérií ESH/ECS 2007, a rozdelili ich na štyri triedy rizikovosti podľa stupňa prirátateľného rizika pre vznik kardiovaskulárneho ochorenia. Pri abdominálnej obezite sme podľa nahromadení klastra rizík súboru vyčlenili aj podskupinu s metabolickým syndrómom.

Výsledky: Z vyšetřených 41 bol MS prítomný u 25 pacientov, pričom podľa počtu rizikových parametrov bolo u pacientov s MS významne viac negatívnych rizikových faktorov. Signifikantne vyššia bola aj hodnota mikroalbuminúrie a hladiny lipidov.

Záver: Pacienti s metabolickým syndrómom majú vyššie globálne kardiovaskulárne riziko v porovnaní s pacientmi bez MS.

Táto práca vznikla v rámci grantu VEGA 1/06.

MOŽNOSTI VČASNÉHO NEINVAZÍVNEHO HODNOTENIA ZMIEN CIEVNEJ STENY U CHORÝCH S ARTÉRIOVOU HYPERTENZIOU

Škultétyová D.

Kardiologická klinika, NUSCH, Bratislava

Cieľ práce: Zhodnotiť zmeny cievej steny pomocou: a) vyšetřenia adhezívnych molekúl, b) ultrasonografického vyšetřenia endotelovej funkcie, c)

ultrasonografického merania intimomediálneho indexu spoločnej karotickej tepny (IMI ACC).

Súbor a metódy: Z adhezívnych molekúl sme vyšetrili pomocou ELISA metódy intercelulárnu adhezívnu molekulu-1 (ICAM-1) u 19 chorých s arteriou hypertenziou (AH) a 12 zdravých dobrovoľníkov. Endotelovú funkciu sme hodnotili pomocou prietokom navodenej dilatácie (flow mediated vasodilation = FMD) u 73 chorých s AH, komplikovanou ICHS a 44 zdravými dobrovoľníkmi. V danom súbore sme vyšetrili IMI ACC obojstranne.

Výsledky: Pri sledovaní ICAM-1 sme zistili signifikantne vyššie hodnoty u chorých oproti kontrole (ICAM-1: HT: 163 ng/ml, K: 84 ng/ml, $p < 0,01$). U chorých bola signifikantne znížená FMD v 60. a v 90. s reaktívnej hyperémie (FMD v 60. s: HT: $96,5 \pm 13,4\%$, K: $108,3 \pm 7,1\%$, $p < 0,0001$; FMD v 90. s: HT: $98,1 \pm 6,9\%$, K: $104,1 \pm 14,5\%$, $p = 0,01$). Obdobne u chorých boli významne zvýšené priemerné hodnoty IMI ACC na prednej a zadnej stene (IMIACC PS: HT: $0,92 \pm 0,9$ mm, K: $0,87 \pm 0,2$ mm, $p < 0,0001$; IMIACC ZS: HT: $0,87 \pm 0,2$ mm, K: $0,56 \pm 0,1$ mm, $p < 0,0001$).

Záver: U chorých s arteriou hypertenziou v porovnaní so zdravými dobrovoľníkmi sme zistili poruchu funkcie endotelu a štrukturálne zmeny cievnej steny v povodí spoločnej karotickej tepny.

AKÉ JE MIESTO VŠEOBECNÉHO LEKÁRA V PREVENCIÍ KARDIOVASKULÁRNYCH OCHORENÍ?

Tesárová K.

Ambulancia všeobecného lekára, Bratislava

Analýzou vykonaných preventívnych prehliadok skúmanú výpovednú hodnotu jednotlivých vyšetrení v rámci preventívnej prehliadky v ambulancii všeobecného lekára a možnosť zachytenia a ovplyvnenia zistených kardiometabolických rizík. Svojou prácou chcem prispieť k skúmaniu účinnosti preventívnych prehliadok v rámci opatrení proti stále sa zvyšujúcej kardiovaskulárnej morbidite a mortalite. Preventívne prehliadky s náplňou, ktorú definuje zákon 577/2004 vykonávam v mojej ambulancii periodicky v 2,5-ročných intervaloch od roku 1987, t. j. 20 rokov.

Metódou prieskumu je štatistická analýza údajov získaných pri preventívnych prehliadkach v roku 2006 a v roku 2007 a dotazníková metóda merania spätnej väzby u pacientov.

Súbor tvoria zmluvní pacienti ambulancie, ktorí sa zúčastnili na preventívnej prehliadke v roku 2006 (522 preventívnych prehliadok), v roku 2007 (568 preventívnych prehliadok). Celkový počet zmluvných pacientov našej ambulancie je 1 855. Zo zdravotného hľadiska je výber náhodný.

Výsledky: Segment preventívnych prehliadok, t. j. odbery biologického materiálu, anamnéza a klinické vyšetrenie, EKG, zhodnotenie nálezov a poučenie pacienta, tvoria v 18 % práce ambulancie. Záchyt rizikových kardiometabolických faktorov: 1. pohybová inaktivita – 77 %, 2. zvýšený celkový cholesterol – nad hornú hranicu stanovenú laboratóriom (5,2) – 41 %, 3. patologické hodnoty obvodu pása – 53 %, 4. BMI nad 25 – 50,6 %, 5. zvýšený TK pri preventívnej prehliadke – 14 %, 6. pozitívna RA – 38 %, 7. fajčenie – 17 %. Analýza výsledkov preventívnych prehliadok z hľadiska kardiometabolického rizika vykázala u vyšetovaných prítomnosť nasledujúcich ochorení (nie len novozistené, ale aj už diagnostikované a liečené ochorenia): obezita

a nadváha – 50,6 % (BMI nad 30: 16,9 %), hypertenzia – 33 %, hyperlipidémie – 27 %, DM alebo porucha glukózovej tolerancie – 7,08 %, nikotinizmus: 17 %. V našej ambulancii liečime 482 pacientov s arteriou hypertenziou. Z celého počtu zmluvných pacientov ambulancie má 26 % zistenú a liečenú arteriou hypertenziu.

Záver 1: Najčastejšie zistené patologické nálezy sú totožné s hlavnými rizikovými faktormi kardiovaskulárnych ochorení. Hlavné rizikové faktory kardiovaskulárnych ochorení je možné zachytiť jednoduchými postupmi: kvalitná anamnéza, dôkladné somatické vyšetrenie, odmeranie tlaku krvi, antropometrické vyšetrenie, zhodnotenie pohybových návykov, posúdenie fajčenia, vyšetrenie lipidov v krvi.

Záver 2: Vyhodnotením dotazníkového prieskumu našich pacientov sme zistili: 1. Pacienti absolvovali preventívnu prehliadku v posledných 2 rokoch v 80 %. 2. Pacienti poznajú hodnotu svojho krvného tlaku (90 %) a cholesterolu (61 %). 3. Ovplynvenie životosprávy zoznámením sa so svojim kardiovaskulárnym rizikom – podľa tabuľky SCORE, odporúčenie pohybovej aktivity a oboznámenie s nízkocholesterolovou diétou formou rozpisu vhodných a nevhodných jedál vedie len k deklarativnému efektu zo strany pacientov – reálne ľudia životosprávu nemenia.

Záver 3: Preventívne prehliadky majú svoj význam vo včasnom zachytení a liečbe rizikových faktorov (hypertenzia, diabetes mellitus, dyslipidémie). Rizikové správanie populácie však možno ovplyvniť len celospoločenskými opatreniami.

NON-DIPPING PATTERN, A PREDICTOR OF STROKE AND MYOCARDIAL INFARCTION IN ELDERLY PATIENTS WITH ISOLATED SYSTOLIC HYPERTENSION

Zain ME, Snincak M, Pahuli K, Solarova Z, Hrabcakova P.

Clinic of Geriatrics and Nursing Safarik University and of Institute of Geriatrics, Kosice, Center Of Hypertension

Diurnal variation of blood pressure has proved its association to Ischemic Heart Disease and Stroke, by the help of ABPM. Early morning blood pressure is an important marker of whether incidents such as TIA, Stroke and MI can occur.

Home 24-hr BP measurement has been recommended in patients with high clinic BP and patients with Target Organ Damage to differentiate between kinds of hypertension, better treatment and better prognosis. Furthermore 24-hr BP measurement doesn't only evaluate BP outside clinic but also BP during daily activity. ABPM provides average pressures during the entire day (24 hours) and during various distinct periods within the day, wakefulness, sleep, or upon awakening, when there is a rapid increase in pressure or "surge". This latter period has been associated with greater risk of CV events. Careful control of 24-hr BP, especially day-night difference, may provide better protection against target organ damage.

In a recent study on elderly patients with isolated systolic hypertension, increased nocturnal BP (non-dipping) by > 10 mmHg above expected average night BP and increased morning blood pressure (early morning period) have shown a significant increase in further target organ damage, development of CVD and Stroke.

Poznámka redakcie: Súhrny z prednášok z vedeckých podujatí neprechádzajú jazykovou ani obsahovou korektúrou, preto za ich správnosť redakcia nezodpovedá.