

20. výročný kongres Americkej hypertenziologickej spoločnosti (ASH)

14. – 18. máj 2005, San Francisco, Kalifornia, USA

Tohtoročného významného amerického a medzinárodného medicínskeho fóra, ktoré organizovala Americká hypertenziologická spoločnosť, sa zúčastnilo vyše 2 500 odborníkov z celého sveta (takmer polovica účastníkov bola z krajín mimo USA). Kongres, jeho satelitné početné sympóziá a výstavy sa uskutočnili v San Franciscu, v modernom a rozsiahlom komplexe hotela Marriott. Umožnil prehľadnú prezentáciu všetkých aspektov súčasného výskumu, noviniek v prevencii, diagnostike, klinickej praxi, liečbe hypertenzie, komplikujúcich a sprievodných kardiovaskulárnych ochorení, čím sa súčasne stal mimoriadnou príležitosťou a udalosťou v edukácii. Dôraz celého prvého dňa kongresu, ale aj tohtoročného kongresu, sa kládol na problematiku „Vzťah tlaku krvi a kardiovaskulárneho zdravia“ s výzvou rozličným profesionálnym odborníkom-lekárom, špecialistom z oblasti hypertenzie a kardiovaskulárneho zdravia. V programe kongresu sa oproti minulosti uskutočnili viaceré zmeny. Udalosťou prvoradého významu boli tri úvodné celodenné zasadania adresované ako výzvy na liečbu hypertenzie v rozličných populáciách, afroamerickej, japonskej a hispánskej. Ďalším novým prvkom boli obedňajšie stretnutia expertov (The Meet the Experts/How-To Lunches) s cieľom diskutovať o návrhoch, problematike liečebného prístupu pri rezistentnej hypertenzii. Štyri plénarne zasadania sa venovali úvahám i zdrojovým informáciám pre a proti novej definícii a klasifikácii hypertenzie, o hraniciach v detekcii a manažmente hypertenzie; tretie bolo vyhradené prezentáciám autorov, ktorí získali ocenenia ASH a ďalšie dietologicko-metabolickej problematike: Ako sa stravujete? Novinkami boli aj špeciálne bloky pre lekárov poskytujúcich primárnu starostlivosť, o možnostiach na zlepšenie manažmentu hypertenzie (meranie tlaku krvi v ambulancii a doma, modifikácie životného štýlu, klinický význam prehypertenzie), manažmente problematického hypertenzného pacienta a hypertenzii v špeciálnych populáciách. Satelitné sympóziá sa plánovali na skoré ranné a skoré večerné hodiny; medzitým sa prezentovali vedecké sympóziá. Toto všetko ponúklo širšiu každodennú variáciu výberu a poskytlo mnohé príležitosti edukačných aktivít v priebehu štyroch dní konania kongresu. Vedecké posterové a technické technológie boli prezentované počas prvých štyroch dní. Novinkou tohto roku boli moderované posterové sekcie prehľadu a výberu z najlepších (2 500) abstraktov. Denne vychádzali oficiálne kongresové noviny (ASH Times).

Z veľkého množstva vedeckého programu uvádzame len tie súhrny, závery, novinky, abstraktové obsahy, ktoré profesne vzťahom k téme klinickej hypertenziológie zaujali a ktoré bolo možné z časových dôvodov navštíviť. Predpokladáme, že môžu byť podnetné i pre ďalších záujemcov o túto atraktívnu a dynamicky sa rozvíjajúcu oblasť vnútorného lekárstva a jej nadstavbových odborov.

Hypertenzia v afroamerickej, hispánskej a japonskej populácii. Prvý deň XX. výročného kongresu ASH v San Franciscu sa venoval trom špeciálnym sympóziám s výzvou na *liečbu hypertenzie v hispánskej, japonskej a afroamerickej populácii*. Ich význam a zohľadnenie etnických špecifik zdôrazňovalo aj simultánne tlmočenie zo španielštiny do angličtiny a do japonského jazyka. Sympóziom *Hypertenzia v afroamerickej populácii* bolo pripravené v spolupráci s International Society of Hypertension in Blacks. Prezident ASH T. Giles (USA) povedal, že tieto špeciálne sympóziá sú

začiatkom globálnejšieho prístupu k obrovskému problému hypertenzie vo vzťahu ku kardiovaskulárnemu riziku. Program integroval USA, Japonsko a Európu, kde liečba hypertenzie široko variruje vo výbere predpisovaných liekov a aplikácii liečby. Celodenné sympóziom o hypertenzii v hispánskej populácii sa zaoberalo liečbou chorých s hypertenziou tohto etnika v USA, ako aj vo svete. Hispánska populácia je jedna z najrýchlejšie rastúcich populácií v USA a je známa vysokým výskytom hypertenzie v USA i Latinskej Amerike. Je nevyhnutné zlepšiť program pomoci zlepšením primárneho povedomia o hypertenzii v Latinskej Amerike; všade sú populácie, o ktoré nie je v tomto smere dobre postarané. Neexistuje systém, ktorý by aktívne podporoval výživu a ďalšie aspekty zdravia. Ale aj v USA, často s adekvátnym miestnym zdravotníckym programom a starostlivosťou, len asi 30 % hypertenzných pacientov a 10 – 20 % chorých s hyperlipidémiou je efektívne kontrolovaných. V Latinskej Amerike však chýbajú akékoľvek finančné zdroje na vytvorenie zdravotníckych pomocných programov (L. Raji, Miami, USA). Sympóziom o hypertenzii u Afroameričanov poskytlo pohľad na úlohu rasových a genetických faktorov pri jej výskyte v tejto populácii. K. Ferdinand (New Orleans, USA) potvrdil, že výskyt artériovej hypertenzie u Afroameričanov je vysoký a v USA zostáva vyšší než v ostatných spoločnostiach. Stupeň kardiovaskulárneho (KV), obličkového postihnutia ako výsledok pôsobenia hypertenzie je u Afroameričanov oveľa vyšší. Vyššia je aj mortalita a chorobnosť, ako aj finančné náklady na zdravotnú starostlivosť. Hoci tvoria len 12 % obyvateľstva v USA, asi 35 % platieb Medicare na obličkovú dialýzu smeruje k Afroameričanom. Primárnou príčinou obličkového zlyhania v USA je obvykle diabetes mellitus, ale medzi Afroameričanmi je to diabetes a hypertenzia. Nevyhnutná je tu skorá identifikácia poškodenia cieľových orgánov (PCO) pred vznikom zlyhania srdca a konečného štádia renálneho zlyhania. Hľadajú sa cesty na diagnostiku a liečbu tejto populácie; môžu byť prítomné genetické alebo fyziologické komponenty. Podobne sú tu rozdiely v odozve na antihypertenznú liečbu u Afroameričanov. Kým diuretiká sú lacné a dostupné, cena početných medikamentov je bariérou. Japonci v USA i v Japonsku pestujú americký štýl života, ktorý zvyšuje ich riziko metabolického syndrómu, hypertenzie a obezity. M. Tuck (Los Angeles, California, USA) upozorňuje na skutočnosť, že tradične japonská strava je nízkoenergetická, s ryžou, zeleninou a rybami ako primárne jadro. Ale keď sa Japonci presťahujú do USA a prijímajú americké stravovanie a životný štýl, začínajú sa u nich objavovať a rozvíjať rizikové faktory KV ochorení. V súčasnosti je v Japonsku vyšší výskyt obezity, najmä u mladej populácie, ktorá konzumuje viac rýchlo výživových amerických než tradične japonských produktov. Navyše, v súčasnosti Japonci majú menej fyzickej aktivity a námahy. V minulosti sa tešili chôdzi, respektíve využívali verejnú dopravu, ale dnes má väčšina Japoncov autá. Jednou z medicínskych osobitostí v japonskej populácii je skutočnosť, že po detekcii hypertenzie existuje vyššia incidencia náhlejšej cievej príhody než u ostatnej populácie.

Klinické kritériá na optimálnu antihypertenznú kombináciu. T. Gil- da (New Orleans, USA) *Mýty a skutočnosti kombinovanej antihypertenznej liečby*. Na všetkých úrovniach TK > 115/75 mmHg je silná, kontinuálna asociácia medzi zvýšeným TK a zvýšením rizika KV príhod, nezávislá od rasy, pohlavia alebo prítomnosti KV ochorení. Hoci dôležitosť diastolic-

kého TK (dTK) prirahovala hlavnú pozornosť po mnoho desaťročí, v súčasnosti existuje mnoho dôkazov, ktoré poukazujú na to, že systolický tlak krvi (sTK) je viac potentnejším rizikovým faktorom KVO u jedincov starších ako 50 rokov. Napriek početným a dostupným liečebným režimom hypertenzie kontrola TK stále zostáva zarážajúca, takmer nedosiahnuteľná. Primárne príčiny nedostatočnej kontroly TK zahŕňajú limitované použitie kombinovanej liečby a použitia menej než optimálnych liečebných režimov. Je známe, že monoterapia bude TK kontrolovať u menej než polovice hypertenzných pacientov; avšak podstatne lepšiu odozvu možno dosiahnuť pri stupni 1. hypertenzných pacientov pri zohľadnení obrazca vek – podľa rasy. JNC 7 odporúčať ako úvodnú antihypertenznú liečbu liečbu dvoma liekmi v separátnej preskripcii alebo v kombinácii vo fixnej dávke, ak je TK vyšší o 20/10 mmHg, ako je cieľová hladina. Kombinovaná antihypertenzná liečba preukázateľne poskytuje vyššiu účinnosť a tolerabilitu v porovnaní s vysokodávkovou monoterapiou. Ideálny kombinovaný režim poskytuje aditívnu, alebo často synergickú 24-hodinovú kontrolu TK a ochranu cieľových orgánov. Početné a zvyšujúce sa množstvo údajov v rozličných populáciách potvrdzuje, že kombinácia ACEI a BKK je efektívnejšia než v súčasnosti používané monoterapie. Štúdia SOLACE (Safety of Lotrel vs. Amlodipine in Comparative Efficacy Trial) hodnotila účinnosť a bezpečnosť iniciálnej kombinovanej liečby vs. monoterapie u chorých s 2. stupňom hypertenzie. Hlavným cieľom štúdie bolo porovnať percento jedincov liečených kombináciou amlodipín bezylátu/benazepril HCl a osôb liečených monoterapiou amlodipín bezylátom, ktorí dosiahli redukciu sTK v rozmedzí vyššom alebo rovnakom ≥ 25 mmHg (ak bazálny sTK bol nižší ako 180 mmHg), alebo redukciu sTK ≥ 32 mmHg (ak bazálny sTK bol \geq ako 180 mmHg). V 12. týždni 74 % pacientov randomizovaných na kombinovanú liečbu (amlodipín + benazepril) dosiahlo terapeutický cieľ v porovnaní s 54 % subjektov randomizovaných na liečbu monoterapiou amlodipín bezylátom ($p < 0,0001$). Pozoruhodné je, že incidencia periférnych opuchov bola signifikantne vyššia v skupine monoterapie v porovnaní so skupinou osôb liečených kombinovanou liečbou (23 % vs. 12, 6 %; $p = 0,01$). **N. Kaplan (Dallas, Texas, USA) Blokátory vstupu kalcia do bunky (BKK) v kombinácii: čo sme sa naučili z klinických štúdií?** BKK sú často používané antihypertenzné lieky vďaka svojej účinnosti pri znižovaní TK bez zreteľa na vek alebo etnikum pacienta. BKK jasne zabraňujú KV príhodám a redukujú mortalitu, čo sa preukázalo v nedávnej štúdií CAMELOT (Comparison of Amlodipin vs. Enalapril to Limit Occurrences of Thrombosis). V dvojitej slepej randomizovanej multicentrickej štúdií liečba amlodipínom znížila TK priemerne o 5/3 mmHg, a v porovnaní s placebom redukovala riziko KV príhod (31 % relatívna relatívna, 6,5 % absolútna redukcia) u normotenzných pacientov (priemerný základný TK 129/78 mmHg) s angiograficky dokumentovanou koronárnou chorobou srdca. Pri porovnaní liečba enalaprilom znížila TK priemerne o 5/2 mmHg, ale spolu s tým iba slabšie redukovala KV príhody (15,3 relatívna redukcia, 2,9 % absolútna redukcia). Podštúdia IVUS ukázala, že amlodipín a terapia na ňom založená prináša dôkaz o spomaľovaní postupu aterosklerózy. Na druhej strane správa zo štúdie Women's Health Initiative Observational Study naznačila, že terapia kombináciou BKK a diuretiká zvyšuje riziko KV mortality v porovnaní s kombináciou BB + diuretikum alebo ACEI/diuretikum. Avšak ako čisto pozorovacia štúdia neposkytuje v tomto smere validný dôkaz o kauzálnom spojení. Preto výsledky štúdie ASCOT (Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial) sú veľmi očakávané po tom, ako predčasne skoro ju ukončili v roku 2004 pre signifikantné KV úžitky zaznamenané v ramene tejto štúdie založenej na terapii amlodipín/perindopril, v porovnaní s ramenom štúdie založenom na liečbe atenolol/bendroflumetiazid. Štúdia ASCOT bola prospektívna randomizovaná štúdia pacientov s hypertenziou ($N = 19,342$) s \geq tromi prídavnými RF KVO. Výsledky zo štúdií, ako napríklad ASCOT, budú veľmi dôležité východiskové body na určovanie kombinácie antihypertenznej liečby, vrátane úvodnej liečby, a to najmä u vysokorizikových a ťažko liečiteľných pacientov v populácii. **B. Pitt (Ann Arbor, Michigan, USA) Zvyšovaním úžitkov kombinovanej antihypertenznej liečby k redukcii KV rizika.** Hlavným dôvodom na zníženie TK je redukcia

morbidity a mortality spojenej s hypertenziou. V klinických štúdiách antihypertenzná liečba súvisí s redukciami vo výskytke CMP v priemere 35 – 40 %, redukciami IM o 20 – 25 %, SZ viac než o 50 %. Kombinovaná liečba pri hypertenzii použitím nízkych dávok dvoch alebo viacerých prípravkov zvyšuje účinnosť redukcie TK a zlepšuje tolerabilitu v porovnaní s monoterapiou. Nedávne veľké klinické štúdie hypertenzie, ako napríklad ALLHAT a ANBP-2 (the Second Australian National Blood Pressure Study, 2003) dosiahli rozdielne závery, pokiaľ ide o použitie optimálneho prípravku na začiatok antihypertenznej liečby. Komisia JNC-7 nasledovala zistenia štúdie ALLHAT, ktoré sa týkajú odporúčania použitia tiazidových diuretiká pri začiatku liečby pacientov s nekomplikovanou hypertenziou. Avšak iba málo pacientov s hypertenziou je v skutočnosti nekomplikovaných. Snáď najdôležitejšou otázkou, ktorú treba zodpovedať, nie je tá, akú antihypertenznú triedu treba použiť ako iniciálnu liečbu, ale aká kombinácia prípravkov prinesie najlepšie výsledky u pacientov s hypertenziou. Existuje vzrušujúca možnosť, že špecifická kombinácia liekov môže ochrániť cieľové orgány nezávisle od ich účinkov, ktoré znižujú TK. Avšak vlastnosti viacerých kombinácií antihypertenzných prípravkov prospektívne randomizované klinické štúdie neskúmali. Nová klinická štúdia ACCOMPLISH (Avoiding Cardiovascular Events through Combination Therapy in Patients Living with Systolic Hypertension, 2003) je prvou veľkou klinickou štúdiou, ktorá priamo porovnáva KV morbiditu a mortalitu a ich úrovne pri dvoch kombinovaných terapiách s fixnými dávkami. Táto štúdia chce vyhodnotiť, či použitie kombinácie ACEI/BKK, alebo ACEI/diuretikum prinesie lepší úžitok pri redukcii morbidity a mortality na základe výskytu KV príhod v hypertenznej populácii s vysokým štádiom rizika. Táto štúdia randomizuje jedincov buď do skupiny liečenej amlodipín bezylátom/benazepril HCl, alebo benazepril HCl/diuretikum a v súčasnosti už prebieha nábor pacientov z USA a severnej Európy. K dispozícii je množstvo dôkazov, ktoré podporujú použitie ACEI u hypertenzných pacientov s DM, renálnou insuficienciou a/alebo PŮ. Takto použitie ACEI benazeprilu v oboch liečebných skupinách vie zahrnúť tieto dôležité vysokorizikové podskupiny pacientov do štúdie ACCOMPLISH. Výsledky tejto štúdie by mali poskytnúť veľmi potrebné smerovanie pri výbere optimálnej kombinovanej liečby pre vysokorizikových hypertenzných pacientov.

W. Cushman (Memphis, TN, USA) Dosiahnutie cieľových hodnôt pri veľkých prelomových štúdiách: čo je potrebné preto urobiť? JNC 7 odporučilo cieľové hodnoty TK pri liečbe hypertenzie väčšiny pacientov v hodnote $< 140/90$ mmHg a $< 130/80$ mmHg pre pacientov s DM a chronickou chorobou obličiek. Tieto odporúčania sú založené na výsledkoch veľkého počtu veľkých prelomových klinických štúdií. Epidemiologické údaje jasne poukazujú na vzťah medzi KV výsledkami a sTK i dTK vo veľkých vekových skupinách nad 40 rokov života, v celom rozsahu sTK 130 – 180 mmHg a dTK medzi 80 – 110 mmHg. Avšak napriek jasnej spojitosti rizika hypertenzia pretrváva neliečená, alebo nedostatočne liečená u veľkej časti pacientov. Preto je to tak, že tak málo pacientov dosiahne cieľové hodnoty TK a my lekári robíme všetko, aby sme dosiahli tieto cieľové hodnoty TK u jednotlivých pacientov? Prvé štúdie v 70. rokoch, ako napríklad štúdia HDFP (the Hypertension Detection and Follow-up Program, 1979) dokázali, že intenzívnejšia liečba TK (intenzifikovaná liečba až kým sa nedosiahne pokles ≥ 10 mmHg alebo cieľový TK < 90 mmHg) sa spájala s nižšou päťročnou úroveňou mortality. Novšie štúdie, ako HOT, SHEP (Systolic Hypertension in the Elderly, 1991), UKPDS a ALLHAT potvrdili tieto zistenia. Neexistujú teda pochybnosti, že intenzívna liečba hypertenzie umožňuje lepšie klinické výsledky a najmä vo vysokorizikových skupinách, ako sú pacienti s cukrovkou. Rovnaké zistenie vo všetkých štúdiách bolo, že väčšina pacientov potrebovala viac ako jeden antihypertenzný liek na to, aby sa dosiahli cieľové hodnoty TK. Štúdia ACCORD (the Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes) umožní ďalšie posúdením dôležitosti dosahovania liečebných cieľov. Táto štúdia bude porovnávať agresívne a štandardné ciele pre glykémiiu, cholesterolémiiu a TK. V prípade TK, cieľom v štúdií ACCORD bude sTK < 120 mmHg v porovnaní s hodnotou < 140 mmHg. Primárnym výsledkom je prvý výskyt veľkej KV príhody. Výsledky štúdie ACCORD sa veľmi

očakávajú a môžu ďalej ovplyvniť náš prístup k hodnotám TK v manažmente diabetickej populácie

Hypertenzia, metabolický syndróm a kardiovaskulárne riziko. W. Hsueh (Los Angeles, Kalifornia, USA) *Inzulínová rezistencia (IR) a endoteliálna dysfunkcia: vplyv na liečebné intervencie.* Uvedenie si skutočnosti, že adipózne tkanivo produkuje vazoaktívne a proinflatórne substancie, podstatne prispelo k pochopeniu vzťahu medzi obezitou a KVO. Obidve hlavné substancie produkované adipocytom, angiotenzín (prekurzor A II) a leptín sú spúšťačmi hypertenzie. Vplyv týchto oboch mediátorov z tukovej bunky narastá pri obezite, čo vedie k vyššej aktivite RAS a zvýšeným hladinám cirkulujúceho leptínu, a to vyvráža hypertenziu. Známe mechanizmy prispievajú k inzulínovej rezistencii i endoteliálnej dysfunkcii. Tukové tkanivo vylučuje adipokíny, ktoré ak sú viac zvýraznené u jedincov s vysokou adipozitou zapríčínujú IR a vaskulárny zápal, čo vedie k endoteliálnej dysfunkcii (ED). Tieto adipokíny zahŕňajú voľné tukové kyseliny, TNF- α (tumor necrosis factor- α), C-reaktívny proteín (CRP), malé denzné LDL, leptín a angiotenzín. Stav vysokej adipozity sa spočiatku tiež spájajú jednak so zníženým vylučovaním adiponektínu (inzulínového senzitizedera a potlačovateľa cievného zápalu) a tiež so zvýšenou sekréciou protrombotického inhibítora-1 aktívátora plazminogénu (PAI-1). Štúdie silno podporujú úlohy týchto adipokínov pri IR, ED a KVO. Pacienti s IR majú signifikantne vyššie hladiny CRP a PAI-1 a signifikantne nižšie hladiny adiponektínu v porovnaní s pacientami senzitivnými na inzulín. Navyše koronárny tok krvi, ktorý závisí od endotelu, preukázateľne inverzne koreloval s BMI a cirkulujúcimi hladinami PAI-1 a pozitívne koreloval s plazmatickými hladinami adiponektínu. Liečba inzulínovými senzitizedermi PPAR-gama a ARB zlepšujú koronárny prúd krvi závislý od endotelu. Tieto látky znižujú zápal, znižujú tlak krvi a spájajú sa so zlepšením inzulínovej senzitivity, potenciálnou prevenciou diabetu a KVO. **P. Gorelick (Chicago, Illinois, USA) *Metabolický syndróm a cieвне mozgové príhody: stratégie prevencie.*** Metabolický syndróm je základným prediktorom morbiditu a mortality koronárnej choroby srdca a KVO, vrátane CMP. Obezita je dôležitým motorom metabolického syndrómu (MS) a súvisí s veľkými zdravotnými rizikami, ako DM, hypertenzia, hypercholesterolémia, všeobecne zlý zdravotný stav a nízka životná expektancia. Navyše viscerálna adipozita sa nezávisle spája s IR, zápalom, DM a ďalšími metabolickými a KV poruchami. Existuje relatívne malé množstvo informácií v súvislosti so vzťahom metabolického syndrómu k zvýšenému riziku CMP, keďže väčšina rizikových odhadov je zahrnutá do kombinovaných koncových bodov ako KVO (čo zahŕňa koronárnu chorobu srdca a mozgovú príhodu). Podobne, keďže individuálne komponenty metabolického syndrómu sa často analyzujú nezávisle, často je komplikované zachytiť špecifický komponent rizika CMP pre celkový syndróm. Avšak je isté, že komponenty MS, ako napríklad DM a hypertenzia, sú silnými RF pre CMP a že optimálna kontrola hypertenzie a glykemická kontrola môžu signifikantne znížiť celkové riziko CMP. Prospektívne epidemiologické štúdie a kontrolované štúdie prípadov naznačujú, že IR môže byť signifikantným rizikovým faktorom CMP a že lieky, ktoré bránia alebo ovplyvňujú IR, môžu byť tiež efektívne pri redukcii rizika CMP. Prezentácia predstavila tiež údaje niekoľkých štúdií, ktoré hodnotili vzťah CMP, metabolického syndrómu a terapeutických stratégií.

C. Venkata S. Ram (Dallas, Texas, USA) *Poučenie z posledných koncových štúdií u pacientov s hypertenziou a viacerými kardiovaskulárnymi rizikovými faktormi.* S pacientmi s hypertenziou sa môžeme niekedy stretnúť aj

vtedy, ak sú asymptomatickí alebo už majú spektrum manifestácií poškodenia cieľových orgánov. Kým úroveň tlaku krvi je dôležitá, nemenej tiež aj trvanie hypertenzie, ktoré určuje rozšírenie komplikácií a predčasnú mortalitu. Žiaľ, celé poškodenie vyplývajúce z ochorenia, spôsobené nekontrolovanou hypertenziou a nad cieľovými hodnotami tlaku krvi. Našťastie epidemiologické a randomizované klinické štúdie presvedčivo dokázali, že zníženie TK k cieľovým hodnotám môže zabrániť progresii ochorenia a viesť k redukcii počtu úmrtí. Posledné štúdie (a v súčasnosti prebiehajúce) ukázali, že hypertenzní pacienti s normalizovanými hodnotami tlaku krvi majú najlepšiu prognózu. Niektoré z nich (VALUE, ALLHAT a ASCOT) boli predmetom bližšej analýzy počas prezentácie. Chorí s hypertenziou majú často prítomné ďalšie rizikové faktory popri zvýšených hodnotách TK a ďalšiu redukcii KV príhod možno dosiahnuť ich liečbou. Posledné údaje NHANES ukázali, že 85 % hypertenzných pacientov má zvýšené hodnoty LDL cholesterolu. Veľká randomizovaná štúdia ASCOT-LLA potvrdila, že podávanie statínu u chorých s kontrolovanou hypertenziou sa spájalo s významnou (36 %) redukciou fatálnych KVO a nefatálneho IM, ako aj redukcii sekundárnych príhod, vrátane CMP. **J. Staessen (Leuven, Belgicko) *Antihypertenzná liečba pri koronárnom ochorení srdca v posledných štúdiách: VALUE, PEACE, CAMELOT.*** V metaanalýze publikovanej v júni 2003 autori referovali, že nové a staršie triedy antihypertenzív mali podobnú dlhodobú účinnosť a bezpečnosť. Okrem toho pozorovali, že v klinických štúdiách u hypertenzných a vysokorizikových pacientov gradienty systolického TK mali za následok väčšinu rozdielov vo výsledku. V rokoch 2003 – 2004 autori priniesli nové informácie v ich kvantitatívnom pohľade z klinických štúdií publikovaných v týchto dvoch rokoch. Hlavné zistenia tohto aktualizovaného pohľadu boli také, že redukcija systolického TK z veľkej miery vysvetľovala KV výsledky v nedávno publikovanej aktívne kontrolovanej štúdií hypertenzných pacientov a v placebom kontrolovaných sekundárne preventívnych štúdiách. U pacientov s koronárnou chorobou srdca a zachovanou funkciou ľavej komory srdca poskytli ACEI zvýšený úžitok v štúdií EUROPA, ale nie v štúdií PEACE. V štúdiách ACTION a CAMELOT liečba dihydro-pyridínovými blokátormi vstupu kalcia do bunky (BKK) redukovala združený kardiovaskulárny endpoint. V štúdií VALUE kontrola systolického TK počas šiestich mesiacov (< 140 mmHg) signifikantne redukovala všetky veľké endpointy. V štúdií CAMELOT sa zistil blízky pozitívny vzťah medzi zmenami v objeme koronárneho aterómu a zmenami v dosiahnutom systolickom TK pri aktívnej liečbe amlodipínom alebo enalaprilom. Na záver autor dodáva, že hypotéza o nových antihypertenzných prípravkoch môže ovplyvniť kardiovaskulárnu prognózu počas a po ich antihypertenznom účinku, zostáva nepreukázaná. Prehľadná prezentácia zdôraznila potrebu prísnej kontroly TK najmä u pacientov s koronárnou chorobou srdca.

Pre informáciu o členstve alebo nastávajúcích edukačných aktivitách a programoch možno kontaktovať: The American Society of Hypertension, Inc., 148 Madison Avenue, Fifth Floor, New York, NY 10016, tel: 212-696-9099, fax:212-696-0711, e-mail:ash@ash-us.org, website: www.ash-us.org

Doc. MUDr. Marian Sninčák, CSc.
Klinika geriatrickej a ošetrovateľstva LF UPJŠ, Košice