

FARMAKOTERAPIA ARTÉRIOVEJ HYPERTENZIE U PACIENTOV S ISCHEMICKOU CHOROBOU SRDCA

Jana Sirotiaková¹, Peter Minárik¹, Lívia Magulová²

¹ Interná klinika II, Fakultná nemocnica Nitra, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva Univerzity Konštantína Filozofa, Nitra

² Oddelenie klinickej farmakológie pri Internej klinike II, Fakultná nemocnica Nitra, Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva Univerzity Konštantína Filozofa, Nitra

U pacientov s ischemickou chorobou srdca sa často vyskytujú zvýšené hodnoty krvného tlaku alebo anamnestický údaj o prítomnosti hypertenzie. Po prekonaní infarktu myokardu sa riziko recidívy koronárnych príhod zvyšuje, ak je zvýšený krvný tlak, nedostatočne kontrolovaný príslušnou antihypertenzívnou liečbou. Na základe výsledkov mnohých významných klinických štúdií sa v súčasnosti uprednostňujú niektoré skupiny antihypertenzív, akými sú betablokátory, ACE inhibítory a blokátory angiotenzínových receptorov AT₁ (ARB) práve u pacientov s ICHS, vrátane pacientov po prekonaní infarktu myokardu s dysfunkciou ľavej komory. Pri liečbe pacientov s kongestívnym srdcovým zlyhávaním a hypertenziou základ komplexnej liečby predstavujú diuretiká.

Kľúčové slová: artériová hypertenzia, ischemická choroba srdca, významné klinické štúdie, farmakoterapia.

PHARMACOTHERAPY OF ARTERIAL HYPERTENSION IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE

Patients with coronary heart disease often have elevated blood pressure values or a history of hypertension and after a myocardial infarction the risk of subsequent fatal or non-fatal coronary event is greater if blood pressure is raised. Many important clinical trials have been recently realized and there is nowadays a clear evidence favouring administration of antihypertensive agents such as β -blockers, angiotensin-converting enzyme inhibitors and angiotensin receptor antagonists in this group of patients, especially in those with recent myocardial infarction, particularly if complicated by systolic dysfunction. In patients with congestive heart failure and hypertension diuretics represent the important and basic part of pharmacotherapy.

Key words: arterial hypertension, coronary heart disease, important clinical trials, pharmacotherapy.

Via pract., 2008, roč. 5 (4/5): 202–205

Úvod

V priebehu uplynulých 30 rokov sa uskutočnil výrazný pokrok v liečbe a prevencii kardiovaskulárnych ochorení. Pacienti, u ktorých sa súčasne vyskytuje hypertenzia a ischemická choroba (ICHS), majú veľmi **vyšoké riziko mortality a morbidity**. Je všeobecne známe, že pacienti s ICHS majú často zvýšené hodnoty krvného tlaku alebo pozitívnu anamnézu artériovej hypertenzie. Po prekonaní infarktu myokardu sa zvyšuje riziko vzniku novej fatálnej alebo nefatálnej koronárnej príhody vtedy, ak pretrvávajú vyššie hodnoty krvného tlaku (1). Niektoré *betablokátory, ACE inhibítory a blokátory angiotenzín II (AT₁) receptorov (ARB)* použité vo viacerých klinických štúdiách jednak v porovnaní s placebom, ale aj s inými *antihypertenzívami* dokázali významnú redukciu kardiovaskulárnej a cerebrovaskulárnej mortality a morbidity. V mnohých prípadoch bol však dizajn klinických štúdií zameraný viac priamo na posúdenie orgánovej protekcie u jednotlivých skupín antihypertenzív ako na pokles krvného tlaku. Nezávisle od farmakologického mechanizmu účinku existujú jasné dôkazy o priaznivom pôsobení niektorých skupín antihypertenzív, napríklad betablokátorov, ACEI inhibítorov a ARB u pacientov po prekonaní infarktu myokardu, a to najmä vtedy, ak títo pacienti majú súčasne dysfunkciu ľavej komory (2).

Klinické skúsenosti s liečbou hypertenzie u pacientov s ICHS

U pacientov s chronickou ischemickou chorobou srdca sa možno pri liečbe artériovej hypertenzie oprieť o výsledky významných mortalitných klinických štúdií.

Betablokátory

Už v minulosti preukázali viaceré klinické štúdie priaznivý vplyv *betablokátorov* u pacientov s ICHS a srdcovým zlyhaním (napríklad *štúdie MERIT-HF, CIBIS II, COPERNICUS*). U pacientov hypertenikov s bolestivou formou ICHS, po prekonaní infarktu myokardu a s chronickým srdcovým zlyhávaním by mal byť betablokátor vždy súčasťou antihypertenzívnej liečby (3). U tejto skupiny pacientov sa neodporúča liečba betablokátorami s vnútornou sympatomimetickou aktivitou (ISA). Vzhľadom na to, že betablokátory majú viaceré nežiaduce účinky, je potrebné vždy zväžiť prínos a riziko tejto liečby, najmä pri známych kontraindikáciách betablokátorov. Keďže betablokáry tvoria heterogénnu skupinu, mal by sa zohľadniť pri liečbe hypertenzie u pacientov s ICHS vhodný výber konkrétneho prípravku zo skupiny betablokátorov s ohľadom na individuálny profil pacienta.

Nebivolol

Pri chronickom srdcovom zlyhávaní u starších pacientov sa potvrdil benefit podávania neivololu, ktorý má vysokú kardioselektivitu a zvyšuje produkciu NO (oxidu dusnatého). *Nebivolol* je taktiež vhodný pri liečbe hypertenzie u pacientov s chronickou ICHS a metabolickým syndrómom.

Ramipril

V ostatných rokoch sú dizajny viacerých klinických štúdií zamerané na porovnanie testovaného liečiva s placebom v skupinách pacientov, ktorí sú už liečení inými antihypertenzívami, prípadne inými kardiovaskulárnymi liečivami. Takýto postup prináša dôkaz o priaznivom účinku rôznych antihypertenzív a súčasne dokumentuje benefit liečby testovaným prípravkom aj pri nesignifikantnom poklese krvného tlaku.

V klinickej štúdií *HOPE (The Heart Outcomes Prevention Evaluation)* boli pacienti s veľmi vysokým kardiovaskulárnym rizikom (išlo väčšinou o pacientov s prekonaným infarktom myokardu) liečení viacerými kardiovaskulárnymi liečivami a pridanie *ramiprilu* k takejto liečbe spôsobilo iba mierny pokles systolického tlaku (asi 3 mmHg). U týchto pacientov sa však preukázala až 22 % redukcia v incidencii kardiovaskulárnych príhod v porovnaní s placebovou skupinou (4).

V štúdiu **MICRO-HOPE** (*Microalbuminuria, Cardiovascular and Renal Outcomes*) u pacientov s diabetom 2. typu sa v skupine probandov, ktorí dostávali **ramipril**, dokázala 37 % redukcia mortality z kardiovaskulárnych príčin, 22 % redukcia nefatálneho IM, 33 % redukcia cievnych mozgových príhod a 25 % pokles celkovej mortality (5).

Felodipín

V klinickej štúdiu **FEVER** (*The Felodipine Event Reduction Study*) bol porovnávaný kalciový blokátor **felodipín** s placebom u pacientov hypertonikov so známou diagnózou ICHS. V priebehu sledovania došlo k miernemu poklesu krvného tlaku vo felodipínovej skupine (–3,5/–1,5 mmHg), čiže dokonca o niečo menej ako v placebovej skupine. Oproti tomu však bola incidencia všetkých kardiovaskulárnych endpointov znížená v skupine pacientov liečených felodipínom o 28 % (6).

Perindopril

Ďalšou významnou klinickou štúdiou u pacientov s ICHS bola štúdia **EUROPA** (*The EUROpean trial On reduction of cardiac events with Perindopril in stable coronary disease Investigators*). V tejto klinickej štúdiu participovali pacienti s diagnostikovanou ICHS, ktorí boli v rámci tzv. bazálnej terapie liečení viacerými kardiovaskulárnymi liečivami. Z toho jedna skupina mala do liečby pridaný **perindopril**, prípadne v kombinácii s indapamidom a komparatívna skupina bola liečená placebom. Pokles krvného tlaku –5/–2 mmHg v skupine pacientov liečených perindoprilom preukázal priaznivé ovplyvnenie všetkých kardiovaskulárnych endpointov v porovnaní s placebovou skupinou (7).

Ivabradín

Pri kontraindikáciách pre liečbu betablokátormi sa javí ako sľubná **alternatíva ivabradín**. Ivabradín významne redukuje srdcovú frekvenciu inhibíciou I (f) prúdov. Môže sa bezpečne použiť aj u pacientov s bronchiálnou astmou.

Blokátory angiotenzín II – AT₁ receptorov

Podobné dizajny mali aj klinické štúdie realizované s novšími antihypertenzívami – **blokátormi angiotenzínu II – AT₁ receptorov (ARB)**. Angiotenzín II je zodpovedný za viaceré nepriaznivé zmeny v organizme a z hľadiska hypertenzie a ICHS zohráva kľúčovú úlohu v niektorých závažných morfológických a funkčných procesoch (**tabuľka 1**).

Kandesartán

V klinickej štúdiu **SCOPE** (*The Study on Cognition and Prognosis in the Elderly*) u pacientov

Tabuľka 1. Nepriaznivé účinky angiotenzínu II u hypertonikov s ICHS.

Priame pôsobenie angiotenzínu II
• Hypertrofia ľavej komory a vytváranie kolagénových depozitov
• Proliferácia fibroblastov
• Zvýšenie doťaženia (afterloadu)
• Diastolická dysfunkcia ľavej komory (porucha plnenia a relaxácie)
• Vazokonstrikcia koronárnych a periférnych artérií
Zdroj: Kostis JB, Benedict C., 2003.

nad 70 rokov bol sledovaný účinok **kandesartánu** v porovnaní s placebom. Základnú liečbu v oboch skupinách tvorilo diuretikum. V skupine liečenej kandesartánom došlo k významnej redukcii vzniku fatálnych cievnych mozgových príhod (8).

Verapamil

Dôležitá úloha znižovania hodnôt krvného tlaku u pacientov s ICHS bola podporená post-hoc analýzou štúdie **INVEST** (*International Verapamil-SR/trandolapril Study*), kde sa bez ohľadu na typ použitej liečby dokázal benefit u pacientov s kontrolovanou artériovou hypertenziou – u pacientov, ktorí dosiahli počas liečby hodnoty TK < 140/90 mmHg. U týchto pacientov bol pokles incidence kardiovaskulárnych príhod v priamej súvislosti s dosiahnutými hodnotami krvného tlaku. V štúdiu INVEST sa porovnávali dva terapeutické režimy – verapamil (prípadne v kombinácii s trandolaprilom, a atenolol, prípadne v kombinácii s hydrochlorotiazidom). Incidencia koronárnych a kardiovaskulárnych príhod bola podobná v oboch skupinách u pacientov hypertonikov s ICHS. V atenololovej skupine sa zaznamenala nižšia pokojová srdcová frekvencia počas liečby. U mužov sa preukázalo vyššie riziko ako u žien (9). Závety štúdie INVEST poukazujú na vhodnosť použitia betablokátorov v liečbe hypertenzie u pacientov s ICHS a súčasne poskytujú možnosť alternatívnej liečby verapamilom. Liečba verapamilom je limitovaná dobrou funkciou ľavej komory.

Chlortalidón

Taktiež v klinickej štúdiu **ALLHAT** (*The Anti-hypertensive and Lipid – Lowering treatment to prevent Heart Attack Trial*) sa dokázal podobný efekt z hľadiska incidence kardiovaskulárnych a koronárnych príhod u veľkej podskupiny hypertonikov s koincidenciou ICHS, ktorí boli liečení **chlortalidónom** v porovnaní s lizinoprilom alebo amlodipínom. Primárnym cieľom štúdie ALLHAT boli fatálne kardiovaskulárne príhody a nefatálny IM. V roku 2000 bolo predčasne ukončené rameno s α -blokátorom doxazosínom. Liečba hypertenzie doxazosínom v primárnej terapii viedla k dvojnásobne vyššiemu

výskytu srdcového zlyhania. Vysvetlením vzniku tejto komplikácie môže byť skutočnosť, že liečba doxazosínom nevedie k regresii ľavej komory. Tieto závery boli potvrdené aj v štúdiu **TOMHS** (*Treatment Of Mild Hypertension Study*). Hypertrofia ľavej komory predstavuje významný rizikový faktor náhlej smrti, ICHS a srdcového zlyhania. Prospektívne štúdie ukazujú, že hmotnosť ľavej komory je významnejším prediktorom budúcich kardiovaskulárnych komplikácií ako je krvný tlak a iné bežné rizikové faktory s výnimkou veku chorého (10).

Účinok hypertenzií u pacientov s chronickým srdcovým zlyhávaním

Zvýšený krvný tlak sa vyskytuje zriedka u pacientov s chronickým srdcovým zlyhávaním, kde je typickým prejavom znížený minútový vývrhový objem. Viaceré randomizované klinické štúdie však potvrdili zlepšenie prežívania alebo pokles počtu hospitalizácií pri liečbe rôznymi antihypertenzívami v modifikovaných dávkach. V liečbe týchto pacientov sa môžu použiť **diuretiká** (tiazidové alebo slučkové), **beta blokátory**, **antagonisty aldosterónu** (spironolaktón, eplerenón), **ACE inhibítory** a **ARB** pridané k diuretickej liečbe. Ak pretrváva nekontrolovaná hypertenzia u pacientov s chronickým srdcovým zlyhávaním, je možno k terapii týmito liekmi pridať **kalciový blokátor dihydropiridínového typu**, a to najmä vtedy, ak je súčasne prítomná aj angína pectoris. Stále je viac zrejme, že určitá časť pacientov s chronickým srdcovým zlyhávaním, najmä starší pacienti, nemajú systolickú, ale diastolickú dysfunkciu ľavej komory (11).

Prehľad výsledkov novších klinických štúdií

V súčasnosti máme už prvé výsledky troch významných klinických štúdií: (ONTAGET, HYVET a ACCOMPLISH).

Telmisartán

Nedávno publikované prvé výsledky klinickej štúdie **ONTARGET** (*the Ongoing Telmisartan Alone, in Combination with Ramipril Global Endpoint Trial*), ktorá zahŕňala viac ako 25 600 pacientov s vysokým kardiovaskulárnym rizikom preukázali, že **telmisartán** má veľmi dobrú znášanlivosť u týchto pacientov a je rovnako účinný ako ramipril, jednak z hľadiska výskytu nefatálnych kardiovaskulárnych a cerebrovaskulárnych príhod, kardiovaskulárnej mortality, ale aj v počte hospitalizácií pre srdcové zlyhanie. Sekundárne a terciárne ciele boli novo diagnostikovaný diabetes mellitus, porucha kognitívnych funkcií, nefropatia, fibrilácia predsiení a hypertrofia ľavej komory. V súčasnosti sa dokončujú podrobné analýzy výsledkov týkajúcich sa sekundárnych a terciárnych

cieľov. V štúdiu bola porovnávaná terapia telmisartánom v dennej dávke 80 mg s ramiprilom 10 mg. Jednu časť štúdie tvorila skupina pacientov, ktorí dostávali kombinovanú liečbu telmisartánom 10 mg a ramiprilom 10 mg. Táto liečba bola porovnávaná s ramiprilom 1x10 mg a určitým prekvapením bolo, že podľa prvých vyhodnotení neprinesla aditívny efekt z hľadiska ovplyvnenia primárnych cieľov štúdie. (12).

Indapamid v kombinácii s perindoprilom

Výsledky klinickej štúdie *HYVET (Hypertension in the Very Elderly Trial)* potvrdili, že liečba hypertenzie u starších osôb môže priniesť významnú redukciu celkovej mortality o 20 % a výskyt kardiovaskulárnych príhod až o jednu tretinu. V štúdiu participovali pacienti starší ako 80 rokov, 1933 pacientov užívalo **indapamid s pomalým uvoľňovaním**, ku ktorému bol pridávaný perindopril v dennej dávke 2 a 4 mg pre dosiahnutie cieľových hodnôt krvného tlaku 150/80 mm Hg. 1912 pacientov tvorilo placebo skupinu (13).

Benazepril v kombinácii

Klinická štúdia *ACCOMPLISH (Avoiding Cardiovascular Events Through Combination Therapy in Patients Living With Systolic Hypertension)* ukázala, že kombinovaná liečba s **benazeprilom a amlodipínom** priniesla priaznivejšie výsledky, ktoré sa opierajú o vysokú štatistickú významnosť v porovnaní s kombinovanou liečbou s **benazeprilom a hydrochlorotiazidom** u pacientov s izolovanou systolickou hypertenziou s vysokým kardiovaskulárnym rizikom. Táto štúdia zahŕňala celkovo 11 462 pacientov, ktorí boli rozdelení v pomere 1:1 do dvoch kohort. Primárne ciele tvorili kardiovaskulárna mortalita, cievné mozgová príhoda, infarkt myokardu, koronárne revaskularizačné zákroky, nestabilná angína a resuscitácia. Štúdia bola predčasne ukončená po dosiahnutí 60 % očakávaných dát a pre významné rozdiely v oboch skupinách (14).

Liečba hypertenzie u pacientov s fibriláciou predsiení

Hypertenzia je najdôležitejším rizikovým faktorom pre vznik fibrilácie predsiení. **Fibrilácia predsiení** zvyšuje riziko kardiovaskulárnej mortality a morbiditu približne 2 – 5-násobne a súčasne predstavuje zvýšené riziko kardioembolickej mozgovej príhody (15). Hypertrofia ľavej komory a dilatácia ľavej predsieni sa považujú za nezávislé determinanty nového vzniku fibrilácie predsiení. Pacienti s týmito morfológickými zmenami si vyžadujú intenzívnu terapiu znižovania krvného tlaku. Prísna kontrola krvného tlaku sa odporúča najmä pri súčasnej anti-koagulačnej liečbe, pretože cievné mozgové príhody a mozgové hemorágie vznikajú častejšie, ak systolický tlak dosahuje hodnoty ≥ 140 mmHg (16).

Tabuľka 2. Základná schéma antihypertenzívnej liečby u pacientov s ICHS.

Pacienti po infarkte myokardu

Včasné začatie liečby betablokátormi, ACE-inhibítormi, blokátormi angiotenzín II receptorov (ARB) znižuje incidenciu recidívy IM a kardiovaskulárnu mortalitu. Tieto priaznivé účinky sa pripisujú špecifickým protektívnym účinkom týchto skupín antihypertenzív, ale do istej miery aj poklesu krvného tlaku.

Chronická ischemická choroba srdca

Pacienti s chronickou ICHS profitujú z poklesu krvného tlaku. Priaznivé účinky sa môžu dosiahnuť viacerými skupinami antihypertenzív (vrátane kalciových blokátormi). Je pravdepodobné, že sa zvyšujú úmerne s dosiahnutým poklesom krvného tlaku. Pozitívny účinok sa objavuje aj pri počiatočných hodnotách TK < 140/90 mmHg a pri dosiahnutí hodnôt TK 130/80 a menej.

Kongestívne srdcové zlyhávanie

Ak u týchto pacientov zotrávajú zvýšené hodnoty TK, v liečbe hypertenzie sa môžu použiť tiazidové a slučkové diuretiká, betablokátory, ACE inhibítory, sartány (ARB), inhibítory aldosterónu. Diuretiká by sa mali použiť vždy. Kalciové blokátory sa do liečby pridávajú iba vtedy, ak má pacient súčasne anginózne bolesti.

Pacienti s diastolickým srdcovým zlyhávaním

V týchto prípadoch je prítomnosť hypertenzie častá, v súčasnosti však jednoznačne neexistuje skupina antihypertenzív, ktorá by sa u tejto skupiny pacientov uprednostňovala.

Poznámka: Modifikované podľa odporúčaní ESH-ESC 2007.

Kandesartán a valsartán

Na základe post-hoc analýz dvoch nedávnych klinických štúdií sa preukázala **nižšia incidencia nového vzniku fibrilácie predsiení** u pacientov liečených antagonistami angiotenzínových receptorov (ARB). Išlo o klinické štúdie s kandesartánom a valsartánom V štúdiu *LIFE (Losartan Intervention For Endpoint reduction)* nižšia incidencia fibrilácie predsiení korelovala s regresiou hypertrofie ľavej komory. Navyše liečba losartánom priniesla pozitívne výsledky z hľadiska niektorých metabolických parametrov a oproti atenololovej skupine nižší výskyt novodiagnostikovaného diabetu 2. typu (17).

V súčasnosti sa môžu sartány (ARB) preferovať tiež u pacientov s predchádzajúcimi epizódami fibrilácie predsiení, u ktorých je indikovaná antihypertenzná liečba. Na základe výsledkov viacerých klinických štúdií sa predpokladá, že blokáda renín-angiotenzín-aldosterónového systému **ACE inhibítormi alebo sartánmi** vedie **k redukcii epizód fibrilácie predsiení u pacientov s paroxysmami fibrilácie predsiení a so srdcovým zlyhávaním**.

U **permanentnej fibrilácie predsiení** sa preferuje liečba **beta blokátormi a non-dihydropiridínovým kalciovými blokátormi** (verapamil, diltiazem), ktoré sa aj v súčasnosti zaraďujú medzi dôležité liečivá z hľadiska kontroly frekvencie komôr (18).

Medzinárodné smernice

Prehľad odporúčaní pre liečbu pacientov s hypertenziou a ICHS podľa **Európskej hypertenziologickej spoločnosti (ESH) a Európskej kardiologickej spoločnosti (ESC)** znázorňuje **tabuľka 2**.

Záver a odporúčenia

Veľký počet významných klinických štúdií jednoznačne dokumentuje prínos blokády renín-angiotenzín-aldosterónového systému na jeho rôznych úrovniach. Je tu vytvorený veľký priestor

pre **ACE inhibítory, sartány a betablokátory**. Ďalšie možnosti v tomto smere prinášajú nové liečiva, medzi ktoré môžeme v súčasnosti zaradiť **eplerenon – inhibitor aldosterónových receptorov a aliskirén – priamy inhibitor renínu**.

- Benefit liečby hypertenzie u pacientov s ICHS zvyšujú aj **antiagregačné, antikoagulačné a hypolipidemické liečivá**.
- Veľký význam sa kladie tiež na **nefarmakologickú liečbu**.
- Pri liečbe hypertenzie u pacienta so všetkými prejavmi ICHS by sa malo postupovať podľa **súčasných európskych odporúčaní** a pri výbere antihypertenzív zohľadniť **správny výber jednotlivých prípravkov, ich dávkovací režim a vhodné kombinácie**. Dôležité je posúdenie **adherencie** pacienta k liečbe, **monitorovanie nežiaducich účinkov**, najmä s ohľadom na možné liekové interakcie a kontraindikácie zvolenej antihypertenzívnej liečby.
- V neposlednom rade je potrebné dbať na **správnu diagnózu artériovej hypertenzie** u daného pacienta a jej komplikácie, vylúčiť prítomnosť sekundárnej hypertenzie a dodržiavať správne zásady merania krvného tlaku. V indikovaných prípadoch by sa malo realizovať 24 hodinové ambulantné monitorovanie krvného tlaku.
- Veľmi dôležitá je **spolupráca praktického lekára s kardiológom**, prípadne s inými odborníkmi podľa prítomnosti iných ochorení u konkrétneho pacienta.

h. doc. MUDr. Jana Sirotiaková, PhD.

Interná klinika II, Fakultná nemocnica Nitra
Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva
Univerzita Konštantína Filozofa
Špitálska 6, 950 01 Nitra
e-mail: jana.sir@fnnitra.sk

Literatúra

1. Yap YG, Duong T, Bland JM et al. Prognostic value of blood pressure measured during hospitalization after acute myocardial infarction: an insight from survival trials. *J Hypertens* 2007; 25: 307–313.
2. Shekelle PG, Rich MV, Morton SC, et al. Efficacy of angiotensin-converting enzyme inhibitors and beta blockers in the management of left ventricular systolic dysfunction according to race, gender, and diabetic status: a meta analyse of major clinical trials. *J Am Coll Cardiol* 2003; 41: 1529–1538.
3. Asirvatham S, Sebastian C, Thadani U. Choosing the most appropriate treatment for stable angina. Safety considerations. *Drug Saf* 1998; 19(1): 23–44.
4. The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators. Effects of an angiotensin-converting enzyme inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in high risk patients. *N Engl J Med* 2000; 342: 145–153.
5. Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators. Effect of ramipril on cardiovascular and microvascular outcomes in people with diabetes mellitus: results of the HOPE study and MICRO-HOPE substudy. *Lancet* 2000; 355: 253–259.
6. Liu L, Zhang Y, Liu G, Zanchetti A. FEVER Study Group. The Felodipine Event Reduction (FEVER) Study: a randomized long-term placebo-controlled trial in Chinese hypertensive patients. *J Hypertens* 2005; 23: 2157–2172.
7. The EUROpean trial On Reduction of cardiac events with Perindopril in stable coronary Artery disease Investigators. Efficacy of perindopril in reduction of cardiovascular events among patients with stable coronary artery disease: randomized, double-blind, placebo controlled, multi-centre trial (the EUROPA study). *Lancet* 2003; 362: 782–788.
8. Lithell H, Hansson L, Skoog I. et al. SCOPE Study Group. The Study on Cognition and Prognosis in the Elderly. Principle results of a randomized double-blind intervention trial. *J Hypertens* 2003; 21: 875–886.
9. Pepine CJ, Handberg EM, Cooper-DeHoff RM et al. INVEST Investigators. A calcium antagonist vs a non-calcium antagonist hypertension treatment strategy for patients with coronary ar-

- tery disease. The International Verapamil-Trandolapril Study (INVEST): a randomized controlled trial. *JAMA* 2003; 290: 2805–2816.
10. The ALLHAT Officers, Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group. Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium-channel blocker vs diuretics: The Antihypertensive and Lipid-Lowering treatment to prevent Heart Attack Trial (ALLHAT). *JAMA* 2002; 288: 2981–2997.
 11. 2007 Guidelines for Management of Arterial Hypertension. The Task for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J Advance Access* 2007.
 12. The ONTARGET Investigators. Telmisartan, ramipril or both in patients at high risk for vascular events. *N Engl J Med* 2008; 358: 1547–1549.
 13. Susman E. The Hypertension in the Very Elderly Trial (HYVET): Main results. Presented at the American College of Cardiology (ACC) 57th Annual Scientific Session. Abstract 407–3.
 14. Sylvester B. Avoiding Cardiovascular Events Through Combination Therapy in Patients Living With Systolic Hypertension, The Early Termination of the ACCOMPLISH Trial for Efficacy. Presented at the American College of Cardiology (ACC) 57th Annual Scientific Session. Abstract 407–2.
 15. Hankey GJ. Preventable stroke and stroke prevention. *J Tromb Haemost* 2005; 3: 1638–1645.
 16. Lip GY, Frison L, Grind M. Effect of hypertension on anticoagulated patients with atrial fibrillation. *Eur Heart J* 2007; 28: 752–759.
 17. Dahlof B, Devereux RB, Kjeldsen SE, Julius S et al. LIFE Study Group cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): against atenolol. *Lancet* 2002; 359: 995–1003.
 18. Healey JS, Baranchuk A, Crystal E et al. Prevention of atrial fibrillation with angiotensin-converting enzyme inhibitors and angiotensin receptor blockers: a meta-analysis. *J Am Coll Cardiol* 2005; 45: 1832–1839.

SVETOVÝ DEŇ ZDRAVÉHO TRÁVENIA

20. máj 2008

tlačová správa

Slovensko sa dňa 29. mája 2008 zapojilo do osvetového programu pod názvom Svetový deň zdravého trávenia, ktorý od roku 2004 vyhlasuje Svetová gastroenterologická organizácia (WGO). Iniciatíva upriamuje pozornosť na problematiku zdravého trávenia a chorôb gastrointestinálneho traktu. V roku 2006 stál v centre pozornosti *Helicobacter pylori*, v roku 2007 vírusové hepatitídy, tohtoročná kampaň upriamila pozornosť na **Optimálnu výživu pri zdravom trávení a ochoreniach tráviaceho systému**.

Z epidemiologických údajov o poruchách tráviaceho systému v 50 krajinách sveta vyplýva, že:

- Každá forma **chronického funkčného postihnutia tráviaceho systému** (obstipácia, syndróm dráždivého čreva, dyspepsia, nadúvanie, meteorizmus) postihuje približne 15 % svetovej populácie;
- **Infekcia *Helicobacter pylori*** sa týka 50 % populácie, ale asi 80 % z postihnutých ľudí je asymptomatických. Široká variabilita prevahy medzi rôznymi krajinami (od 1 do 80 %) súvisí pravdepodobne so sociálno-ekonomickými rozdielmi;
- **Kolorektálny karcinóm** predstavuje tretiu najčastejšiu formu rakoviny v rozvinutých krajinách (prevalencia je 6 %). Každoročne na toto ochorenie umiera vo svete 600 000 pacientov;
- **Pálenie záhy** postihuje 7 % svetovej populácie denne (14 % týždenne a 15% mesačne);
- **GERD – gastroezofageálny reflux postihuje 5 až 10% populácie**, s najväčšou prevahou v západných krajinách;
- **Zápcha** – vo väčšine zo sledovaných 17 krajín prevalencia funkčnej obstipácie presahuje 15 % bežnej populácie (maximum: 34 % detí v Taliansku).

Na Slovensku pripravila WGO v spolupráci so Slovenskou spoločnosťou všeobecného praktického lekárstva (SSVPL SLS) **Deň otvorených dverí**. Zaujímavosťou mali možnosť bezplatne využiť konzultačné služby jednotlivých praktických lekárov.